



วารสารการแพทย์

โรงพยาบาลอุดรธานี



UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2560

VOL.25 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 2017

ISSN 0858 - 6632



วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

เจ้าของ	โรงพยาบาลอุดรธานี	
ที่ปรึกษา	นพ.ธรรมบุญ วิสิฐนวรรธ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี
	นพ.เทียนชัย รัศมีมาสเมือง	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการฯ
บรรณาธิการ	พญ.สุกัญญา ภัยหลีกส์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
กองบรรณาธิการ	พญ.ปิยรัตน์ โรจน์สง่า	โรงพยาบาลอุดรธานี
	พญ.นิษฐา นิภาวงศ์	โรงพยาบาลอุดรธานี
	นพ.ศราวุธ ลอมศรี	โรงพยาบาลอุดรธานี
	ทพญ.สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล	โรงพยาบาลอุดรธานี
	นางสาวจิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์	โรงพยาบาลอุดรธานี
	นางเนาวนิตย์ พลพินิจ	โรงพยาบาลอุดรธานี
	นางสาวพิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี	โรงพยาบาลอุดรธานี
	นางสาววาสนา วงษ์ศิลป์	โรงพยาบาลอุดรธานี
	ผศ.ดร.กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
	ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ฝ่ายธุรการประสานงาน	นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	โรงพยาบาลอุดรธานี
กำหนดออก	ราย ๔ เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม,กันยายน-ธันวาคม)	
ส่งต้นฉบับที่	แจกจ่ายแก่ รพศ., รพท., รพช., และคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ	
	นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	
	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	
	๓๓ ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี ๔๑๐๐๐	
	โทร. ๐๔๒-๒๔๕๕๕๕ (ต่อ ๓๔๑๙-๒๑)	

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิจัย ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ออกแบบและจัดพิมพ์ ไทยชบา กราฟฟิคเฮาส์ เอเจนซี

๔๗๐/๕ ถ.อดุลยเดช ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี โทร. ๐๔๒-๑๔๑๔๔๔

คำแนะนำสำหรับผู้ลงบทความตีพิมพ์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยและค้นคว้าวิชาแพทย์ บทความพื้นฐาน การบรรยายพิเศษ รายงานผู้ที่เป็นที่น่าสนใจ เป็นต้น วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน

การลำดับต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาด ๑๖ รวมแล้วเอกสารไม่ควรเกิน ๑ - ๑๒ หน้า ส่งต้นฉบับ ๒ ชุด พร้อม Diskette หรือแผ่น CD และมีจดหมายเขียนถึงบรรณาธิการ เพื่อส่งต้นฉบับลงพิมพ์และจะต้องลงลายมือชื่อของผู้พิมพ์ทุกคนในจดหมาย

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรกระชับและสื่อความหมายชัดเจนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้พิมพ์ใช้ระบบชื่อนามสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงานด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็น สิ่งตรวจพบ หลักฐาน และผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต จำนวนคำไม่เกิน ๓๐๐ ตัวอักษร ไม่ควรมีคำย่อหรือไม่มีภาษาอังกฤษเอกสาร

เนื้อเรื่อง ควรเสนอตามลำดับขั้นตอนคือ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอาราบิก(Arabic) เอกสารอ้างอิงไว้บนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเต็ม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ชื่อเรียงตามรูปแบบของ International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก Website http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงหรือใช้ตามเอกสารนั้นๆ

บทความทุกบทความได้รับการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ และต่างหน่วยงาน/ต่างสถาบัน อย่างน้อยจำนวน ๒ ท่าน โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์บทความ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

๑. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่ (Vol):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน ๖ คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี ๗ คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง ๖ ชื่อแรกและตามด้วย et al

๑. ล้นทิติ บุญส่ง. สาเหตุการขาดอากาศของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารกรมการแพทย์ 2540;24:7-16

๒. Apgar. A Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anest Analg 1953;32:260

๒. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

๒.๑ หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม
ลำดับที่.ผู้พิมพ์/หน่วยงาน.ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. พรจันทร สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; ๒๕๔๓

๒. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997.

๒.๒ หนังสือมีบรรณาธิการ

ลำดับที่. ผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. วิลาวัลย์ จิงประเสริฐ, สุจิตต์ สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพฯ มหานคร: ไชเบอร์เพรส; 2542.

๒. Norman IJ, Reddfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

๒.๓ บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีพิมพ์: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

๑. ธีระ สิลานันทกิจ, ชูทิพย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน: เกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๖: ๙๖๑-๙๙๖.

๒. Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. In : DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1986:0368-83.

๓. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา

(Conference Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

๑. Kimura J, Shibasaki H, editors. recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

๔. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา] ภาควิชา, คณะ. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

๑. พรทิพย์ อุโนโกล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและ

ป้องกันโรคในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

๕. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

๑. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serial-online) 1995; Jan-Mara (cited 1996 Jun 5) :1(1) : [24 screens]. Available from : URL; <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/edi.htm>.

๒. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational systems: 1993.

๖. อื่นๆ

๖.๑ เอกสารอ้างอิงประเภทพจนานุกรม

ลำดับที่. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี. คำศัพท์; หน้า.

๑. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; ๒๕๓๘. ๕๔๕.

๖.๒ การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

๑. ซี ๑๒. ตุลาคมการศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. ๒๕๔๓ พ.ย. ๒๐; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: ๑๒ (คอลัมน์ ๑).

๒. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารจะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน ๒ ชุด

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และโรงพยาบาลกุ่มภวนปี
นิภาภรณ์ อินทรสถกุล

211

ความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี
วิญญา ลือเลื่อง

221

ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี
กัญวานไทย ออกตลาด

231

ผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
โสภิตา ตันธวัฒน์

241

การศึกษาประสิทธิภาพการระงับปวดหลังผ่าตัด Surgical Staging ในผู้ป่วยนิเวศด้วยวิธีการทำ
Bilateral TAP Block ในโรงพยาบาลอุดรธานี
สุจิตรา ตันทัตประเสริฐ

249

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
โรงพยาบาลอุดรธานี
อุไรวรรณ พลชา, พรพรรณวรา สุวัน

259

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟ
รักษา หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี
พัชรา ประเสริฐวิทย์

273

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสารภี
อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่
วรรณารถ เล้าติมาน, ธิติสุดา สมเวที, ประภาพร มุทุมม, เดชา ทำดี

283

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำเพื่อการพัฒนาโปรแกรมอบอุ่นร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัด
ที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
เกษร พัวเหล็ก

294

เรื่อง

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาคุณภาพข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย กาญจนา ศรีสวัสดิ์	306
--	-----

อัตราการครองเตียงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังใช้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังด้วยตนเอง โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี วิมลพร พูลศิริ	316
---	-----

บทความวิชาการ

การจัดการเรียนรู้แบบตกผลึกทางปัญญา นฤมล จันทร์สุข, จีระภา นະແສ, สิริมาส วงศ์ใหญ่, ชวนนท์ จันทร์สุข	327
---	-----

ผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

นิภาภรณ์ อินทรสัทกุล พ.บ.ว.ว. (อายุรศาสตร์) กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเลิกบุหรี่เป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อวัดผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง และโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ระหว่างตุลาคม 2559 – เมษายน 2560 โดยมีการเก็บข้อมูลทั่วไปก่อนเข้าคลินิกเลิกบุหรี่, วิเคราะห์อัตราการเลิกบุหรี่ปะหว่างช่วงเวลาของการติดตามที่สัปดาห์ที่ 4, จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน, ระดับการติดนิโคตินโดยใช้แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม (Fagerstrom score), ความแตกต่างของระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ (stage of change)

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างรวม 114 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 99.12) อายุเฉลี่ย 58.09 ปี (SD=11.69) มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 47.36 14.03 และ 27.19 ตามลำดับ มีผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรงพยาบาลกุมภวาปี มีคลินิกเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 63.16 หลังจากเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่ปะหว่างสัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 21.05 จำนวนการสูบบุหรี่ลดลงจาก 9.97 เป็น 4.01 มวนต่อวัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) และมีระดับการเสพติดนิโคติน ลดลงจาก 3.50 เป็น 2.34 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value <0.001) ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระยะที่เริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตแต่ยังไม่ได้คิดที่จะลงมือทำ หลังเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ปะมีการปรับเปลี่ยนไปเป็นระยะเริ่มวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 3.51 และเริ่มลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 21.05

สรุป: คลินิกเลิกบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ และมีระดับการติดนิโคตินลดลง

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ภาวะการติดนิโคติน, โรงพยาบาลกุมภวาปี

The Outcomes of Smoking Cessation among Non-communicable disease Patients at Primary Care Unit and Kumpawapi Hospital

Nipaporn Intarasattakul M.D. Kumpawapi Hospital, Udon Thani Province, Thailand.

Abstract

Introduction: Smoking is one of the major causes of cardiovascular event in non-communicable disease. Smoking cessation is the method which reduce mortality and morbidity. Therefore this research is setting for assessment the outcomes of smoking cessation.

Methods: This action research study recruited current smokers in non-communicable disease clinic (NCD clinic), out-patient department at primary care unit (PCU) and Kumpawapi Hospital from October 2016 through April 2017. Baseline and 4 week follow up measurements were record. Data consisted of general information, the reduction in number of cigarettes per day, Fagerstrom score, stage of change and abstinence rate at 4 weeks follow up.

Result: Out of 114 total patients, the majority were male (99.12%) and the average age was 58.09 years (SD 11.69). The total abstinence rate at 4 weeks was 21.05%. The number of patients with hypertension, diabetes mellitus and hypertension with diabetes mellitus was 47.36, 14.03 and 27.19% respectively. Most of patients (63.16%) were unknown about smoking cessation clinic at Kumpawapi Hospital. Reduction in number of cigarettes per day at 4 weeks decreased from 9.97 to 4.01 in 4 weeks follow up, this was statistically significant (p -value <0.001) and the Fagerstrom score similarly declined from 3.50 to 2.34 (p -value <0.001). The stage of change model changed from precontemplation and contemplation to action 21.05%

Conclusion: Smoking cessation clinic could assist smokers with non-communicable disease to stop smoking and decreased nicotine dependence level.

Keyword: smoking cessation, non-communicable diseases, Fagerstrom score, Kumpawapi Hospital

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก จากข้อมูลพบว่า ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปีซึ่งมากกว่า 5 ล้านคนเป็นคนที่สูบบุหรี่โดยตรงและมากกว่า 6 แสนคนเป็นกลุ่มควันบุหรี่มือสอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกเฝ้าระวังติดตามและกำหนดนโยบายเพื่อลดการสูบบุหรี่ ได้แก่ นโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่ ป้ายคำเตือนที่ผลิตภัณฑ์ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ อีกทั้งมีการกำหนดกฎหมายที่ปลดบุหรี่เพื่อลดกลุ่มควันบุหรี่มือสอง¹

ในประเทศไทยพบมีประชากรสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15 -79 ปี ร้อยละ 21.3 พบเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 27 เท่าในทุกกลุ่มอายุ ในภาพรวมเพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.3 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 1.6 พบว่ากลุ่มอายุ 25-55 ปี มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ เพศชายหนึ่งในสองคนหรือ ร้อยละ 50 ขณะที่เพศหญิงพบ ร้อยละ 2 และพบความชุกการสูบบุหรี่ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะลดลงเมื่ออายุสูงมากขึ้น นอกจากนี้พบความชุกการสูบบุหรี่ที่ระดับการศึกษาต่างๆ มีความแตกต่างกันคือผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาพบความชุกการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าพบความชุกร้อยละ 11.2 จำแนกในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต พบความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 14.8 - 27.6²

อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งต่างๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก และทางเดินอาหาร เป็นต้น พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 20 เท่า อีกทั้งยังมีความเสี่ยงในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น โรคอัมพาต เบาหวาน กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม วัณโรค ถุงลมปอดโป่งพอง และอื่นๆ³ และในกลุ่มคนที่เป้นควันบุหรี่มือสอง ก็มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งต่างๆ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน⁴

องค์การอนามัยโลกสำรวจข้อมูลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิตจาก กลุ่ม

โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีถึงร้อยละ 46⁵ และองค์การอนามัยโลกได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่า การเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยป้องกันกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคอัมพาตได้ และหากเป็นโรคแล้ว การเลิกบุหรี่ยังช่วยลดอัตราการเป็นซ้ำได้เช่นกัน (evidence Level 1)⁶

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติด มีผู้สูบบุหรี่ที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 41 พบว่า ร้อยละ 38 สามารถเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลและการทำกลุ่ม และอีก ร้อยละ 17 ใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่⁷ ในประเทศไทยมีการศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร พบว่า มีอัตราเลิกบุหรี่หลังครบระยะเวลา 1 ปี ถึง ร้อยละ 30.7 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน และระดับการเสพติดสารนิโคติน (fagerstrom score)⁸ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยจำนวนบุหรี่ยลดลงจาก 12.4 เป็น 2.7 มวนต่อวัน ระดับคะแนน Fagerstrom score ลดลงจาก 4.2 เป็น 1.2 อีกทั้งผลของการเลิกสูบบุหรี่ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี โดยใช้ Framingham 10-year risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁹ อีกทั้งยังมีหน่วยงานศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ได้ศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 25 ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน¹⁰

การดำเนินการกระบวนการเลิกบุหรี่ มีการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในทุกโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้น จึงได้มีการจัดวิจัยขึ้นเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเข้าถึง

บริการของคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอ้างอิง พัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ และการเข้าถึงบริการต่อไป

คำจำกัดความในการวิจัย

ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom score)¹¹

หมายถึง การประเมินระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคติน มีคำถาม 6 ข้อ สอบถามการสูบบุหรี่มวน แรกหลังตื่นนอน, ความรู้สึกที่อยู่ในสถานที่ห้ามสูบ, จำนวนมวนที่สูบ, ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ปริมาณมาก, การสูบบุหรี่ขณะเจ็บป่วย และความรู้สึกที่คิดว่าบุหรี่มวนใด เลิกยาก คะแนน 0 - 3 มี 2 ข้อ, คะแนน 0 - 1 มี 4 ข้อ รวมคะแนน 10 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0 - 2 คะแนนติดสารนิโคตินเล็กน้อย, 3 - 4 คะแนน ติดปานกลาง, 5 - 10 คะแนน ติดรุนแรง

รูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model หรือ Stages of changes Model)¹² คือแบบวัดระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยแบ่งได้เป็น 6 ระดับ คือ 1) precontemplation: ไม่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า 2) contemplation: มีการตัดสินใจว่าจะเลิกบุหรี่แต่ยังไม่มีความชัดเจน 3) preparation: วางแผนที่จะเลิกบุหรี่โดยกำหนดในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน กำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ 4) action: ลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ไม่เกิน 6 เดือน 5) maintenance: สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 6) relapse: กลับไปสูบบุหรี่ใหม่

5A¹³ หมายถึง กระบวนการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ประกอบด้วย 1) Ask: การซักถามข้อมูลการสูบบุหรี่และชักชวนในการเลิกบุหรี่ 2) Advise: การให้คำปรึกษาแนะนำในการเลิกบุหรี่ 3) Assess: การประเมินติดตามการเลิกบุหรี่ 4) Assist: การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ในการเลิกบุหรี่ 5) Arrange: การจัดระบบในการดูแลติดตามผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง คลินิกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนานต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวาย หัวใจขาดเลือด หอบหืดและไทรอยด์

คลินิกเลิกบุหรี่ หมายถึง คลินิกที่ให้ความรู้คำแนะนำ และวิธีการเลิกบุหรี่

ผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้หลังจากเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ต่อจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

เพื่อวัดระดับการติดบุหรี่ (สารนิโคติน) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (action research) เพื่อศึกษาความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ พันดอน บ้านผือ ตุมใต้และเหล่าลีเสียด

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอกุมภวาปี ได้แก่ พันดอน บ้านผือ ตุมใต้ เหล่าลีเสียด ทั้งหมดจำนวน 7,390 คน เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จำนวน 435 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากความชุกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จำนวนประชากรศึกษาถูกคำนวณจากสูตรคำนวณ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.06)(1-0.06)}{(0.05)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96, $Z\alpha$ คือ ค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติ
 P คือ ค่าสัดส่วน = 435/7390 (คนไข้
 NCD ทั้งหมด 7390 คน สิบบุหรีทั้งหมด 435 คน)
 e คือ ความคลาดเคลื่อน กำหนดให้เท่ากับ
 0.05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการตอบกลับของข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 รวมเป็นจำนวนที่เก็บข้อมูล 114 คน ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สิบบุหรีมารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ได้แก่ พันดอนบ้านผือ ตุมใต้ เหล่าสี่เสียด และโรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ณ วันที่เริ่มทำการวิจัย 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 เมษายน 2560 ทั้งหมด 114 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อนของการสิบบุหรี ความคิดเกี่ยวกับการสิบบุหรี การรับรู้ว่ามีคลินิกสิบบุหรีในรพ.กุมภวาปี

- แบบวัดระดับการติดสิบบุหรี (สารนิโคติน), แบบประเมิน stage of change, แบบบันทึกการติดตามการรักษาที่ 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบติดตามของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- เก็บข้อมูล ระบบถามและบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัย โดยใช้เอกสารแบบสอบถามชุดคัดกรองผู้

สิบบุหรี (อ้างอิงตามโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี)

- เริ่มให้คำปรึกษา 5A แก่ผู้เข้าคลินิกเล็ก

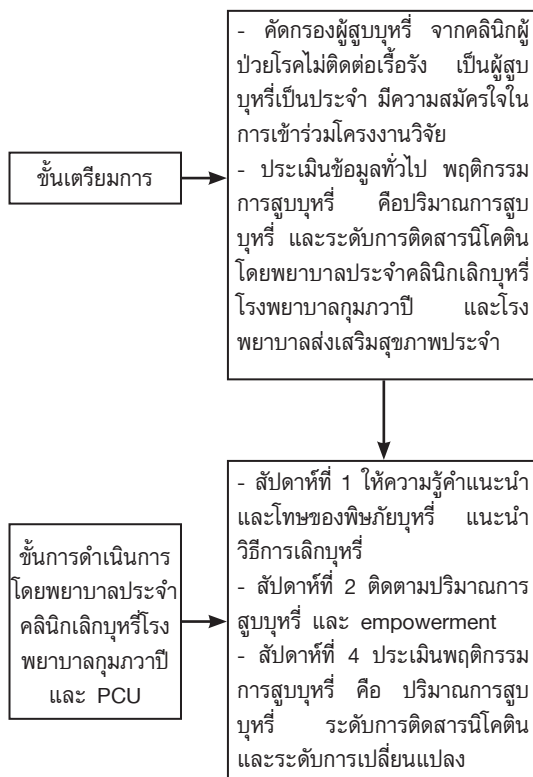
บุหรี ตามเขตตำบล

- ติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมทางโทรศัพท์

โดยพยาบาลคลินิกสิบบุหรีโรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสิบบุหรีโรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่งที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสิบบุหรี ได้แก่ พันดอนบ้านผือ ตุมใต้ เหล่าสี่เสียด ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรสิบบุหรีและอบรมเพิ่มเติมเรื่อง การใช้แบบสอบถามและเก็บข้อมูล

- ตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูล



แผนภูมิ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ โดยการติดตามผู้ป่วยก่อนการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ และขณะเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในระยะเวลา 2 และ 4 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไป, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมคลินิก และหลังเข้าร่วมคลินิก 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการตัดสินใจตัดสินใจของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมคลินิก และหลังเข้าร่วมคลินิก 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ paired t-test และ 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ 114 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 27-86 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 74.56 จบประถมศึกษา ร้อยละ 58.77 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 41.23 รายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.74 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.56, โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.63 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 44.74 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	99.12
หญิง	1	0.88
อายุ (ปี)		
< 40	9	7.89
40 - 60	56	49.12
> 60	49	42.98
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	58.09(11.69)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	59.00(27.00; 86.00)	
สถานภาพสมรส		
โสด	21	18.42
สมรส	85	74.56
แยกกันอยู่	1	0.88
หย่าร้าง	1	0.88
หม้าย	6	5.26
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.88
ประถมศึกษา	67	58.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	21.93
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	15	13.16
ปริญญาตรี ขึ้นไป	6	5.26
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	20	17.54
เกษตรกรรม	47	41.23
ค้าขาย	9	7.89
รับราชการ/บำนาญ	11	9.64
รับจ้าง	17	14.91
อื่น ๆ	10	8.77
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	51	44.74
5,000 - 10,000	47	41.23
10,001 - 20,000	13	11.40
มากกว่า 20,000	3	2.63
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6,591.23 (7,844.95)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	5,000.00 (0.00; 64,000.00)	
โรคประจำตัว (อาจมีมากกว่า 1 โรค)		
โรคเบาหวาน	51	44.74
โรคความดันโลหิตสูง	85	74.56
โรคไขมันในเลือดสูง	60	52.63
โรคไตวาย	3	2.63
โรคหัวใจขาดเลือด	2	1.75
โรคหอบหืด	5	4.39
อื่น ๆ	12	10.53

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ก่อนเริ่มเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันร้อยละ 76.32 (เฉลี่ย 9.30 มวน) ระยะเวลาสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 39.47 หลังตื่นนอนตอนเช้าสูบบุหรี่มวนแรกภายใน 31 - 60 นาทีหลังตื่นนอน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน) ร้อยละ 62.28 บุหรี่มวนแรกในตอนเช้าไม่อยากเลิกมากที่สุด ร้อยละ 50.88 ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ร้านอาหาร โรงพยาบาล ฯลฯ ร้อยละ 56.14 ไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่เวลาเจ็บป่วยที่ต้องนอนทั้งวัน ร้อยละ 77.19 ส่วนใหญ่ทราบว่าคนที่มียาโรคประจำตัว อาทิ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหอบหืด การสูบบุหรี่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ร้อยละ 78.07 ส่วนใหญ่มีความคิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ 45.61 แต่ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลกุ่มกาวปี มีคลินิกเลิกบุหรี่เปิดให้บริการ ร้อยละ 63.16 ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ อยู่ในระดับ 5-10 คะแนน ร้อยละ 35.09 (เฉลี่ย 3.52) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวนต่อวัน)		
≤10	87	76.32
11 - 20	27	23.68
21 - 30	0	0.00
≥31	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.30 (5.19)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	10.00 (1.00; 30.00)	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		
< 10	45	39.47
11 - 20	34	29.82
21 - 30	21	18.42
> 30	14	12.28
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.74 (11.80)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	10.25 (0.75; 47.00)	

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกหลังตื่นนอน		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	27	23.68
6 - 30 นาทีหลังตื่นนอน	15	13.16
31 - 60 นาทีหลังตื่นนอน	38	33.33
มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน	34	29.82
การสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน)		
ใช่	43	37.72
ไม่ใช่	71	62.28
บุหรี่ยี่ห้อที่เลิกยากมากที่สุด		
มวนแรกในตอนเช้า	58	50.88
มวนอื่นๆ	56	49.12
ความลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่		
ใช่	50	43.86
ไม่ใช่	64	56.14
มีความต้องการสูบบุหรี่มานานจนเจ็บป่วยบนเตียงทั้งวัน		
ใช่	26	22.81
ไม่ใช่	88	77.19
ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นในผู้มียาโรคประจำตัว		
ไม่ทราบทราบ	25	21.93
ทราบ	89	78.07
1) ดึงลมโป่งพอง	20	31.25
2) มะเร็งปอด	8	34.78
3) มะเร็งกล่องเสียง, ไตวาย, เส้นเลือดหัวใจตีบ	2	28.57
ความคิดที่จะเลิกบุหรี่		
ต้องการเลิก	52	45.61
ไม่ต้องการเลิก	18	15.79
ไม่แน่ใจ	44	38.60
ความรู้เรื่องโรงพยาบาลกุ่มกาวปีมีคลินิกเลิกบุหรี่เปิดให้บริการ		
ไม่ทราบ	72	63.16
ทราบ	42	36.84
ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ		
0 - 2 คะแนน (ตัดสินใจน้อย)	37	32.46
3 - 4 คะแนน (ตัดสินใจปานกลาง)	37	32.46
5 - 10 คะแนน (ตัดสินใจดี)	40	35.09
รุนแรง)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.52 (2.24)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด ; ค่าสูงสุด)	4.00 (0.00; 8.00)	

3. ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ มีจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลงจาก 9.97 เป็น 6.04 และ 4.01 มวน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ < 0.001 ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ($n = 114$)

ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	เริ่มต้น	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์
จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน			
- ≤ 10 มวน	87 (76.32)	109 (95.61)	113 (99.12)
-11 - 20 มวน	27 (23.68)	5 (4.39)	1 (0.88)
-21 - 30 มวน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
- ≥ 31 มวน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Mean (SD)	9.97 (3.92)	6.04 (3.72)	4.01 (2.90)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการเฉลี่ยสูบบุหรี่ต่อวันระหว่างเริ่มต้น และหลังดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ($n = 114$)

ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	mean	sd	p-value	95%CI	หมายเหตุ
เริ่มต้น	9.97	3.92			
(0 สัปดาห์)					
2 สัปดาห์	6.04	3.72	$< 0.001^*$	3.36-4.52	0.2 สัปดาห์
4 สัปดาห์	4.01	2.90	$< 0.001^*$	5.32- 6.61	0.4 สัปดาห์

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

4. ระดับการเสพติดสารนิโคตินของผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีระดับการเสพติดสารนิโคตินในระดับ 5-10 คะแนน ร้อยละ 35.09 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ลดลงเป็นร้อยละ 13.16 และค่าเฉลี่ยของการเสพติดสารนิโคติน ลดลงจาก 3.50 เป็น 2.34 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ระดับการเสพติดสารนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ($n = 114$)

ระดับการเสพติดสารนิโคติน (Fagerstrom Score)	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่	
	จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มต้น	4 สัปดาห์
0 - 2 คะแนน (ติดเล็กน้อย)	37 (32.46)	58 (50.88)
3 - 4 คะแนน (ติดนิโคตินปานกลาง)	37 (32.46)	41 (35.96)
5 - 10 คะแนน (ติดนิโคตินรุนแรง)	40 (35.09)	15 (13.16)
mean (SD)	3.50 (2.22)	2.34 (1.96)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนการเสพติดสารนิโคตินระหว่างเริ่มต้น และหลังดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ($n = 114$)

คะแนนการเสพติดสารนิโคติน	mean	sd	p-value	95%CI
เริ่มต้น	3.50	2.22	$< 0.001^*$	0.90 -1.42
4 สัปดาห์	2.34	1.96		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5. ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระยะที่คนเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ยังไม่ได้คิดที่จะลงมือทำหรือวางแผนการปรับเปลี่ยน (Contemplation) ร้อยละ 85.96 และลดลงเมื่อได้รับบริการ 4

สัปดาห์ เหลือร้อยละ 75.44 โดยมีการปรับเปลี่ยนไปเป็นระยะเริ่มวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Preparation) ร้อยละ 3.51 และเริ่มลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ (Action) ร้อยละ 21.05 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มต้น	4 สัปดาห์
Precontemplation	12 (10.53)	0 (0.00)
Contemplation	98 (85.96)	86 (75.44)
Preparation	4 (3.51)	4 (3.51)
Action	0 (0.00)	24 (21.05)
Maintenance	0 (0.00)	0 (0.00)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่โดยให้คำแนะนำและไม่ใช้ยาที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 21.05 และผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการตัดสินใจตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถือว่าไม่ตัดสินใจตัดสินใจ ร้อยละ 46.4 ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่หลังจากได้รับคำแนะนำจากคลินิกเลิกบุหรี่ที่มีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ตัดสินใจตัดสินใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปส่วนในกลุ่มที่มีภาวะตัดสินใจตัดสินใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปส่วนในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากคลินิกเลิกบุหรี่ มีระดับการตัดสินใจตัดสินใจลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร^๑ ที่ระยะเวลา 1 ปี มีผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 30.7 ในการศึกษาที่มีการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วยทำให้มีจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

จากข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มการศึกษารายว่าการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

แทรกซ้อนได้ ร้อยละ 78.07 ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง, มะเร็งปอด, มะเร็งกล่องเสียง, ไตวาย, เส้นเลือดหัวใจตีบสะท้อนให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่อาจขาดความตระหนัก อีกทั้งการเข้าถึงบริการของคลินิกเลิกบุหรี่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลว่าร้อยละ 63.16 ไม่ทราบว่า โรงพยาบาลกุมภวาปีมีคลินิกเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยระยะเวลาและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาติดตามต่อไปเป็นเวลา 3, 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปและเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปทราบว่า โรงพยาบาลกุมภวาปีมีคลินิกเลิกบุหรี่ให้บริการ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมงานคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน บ้านผือ ตุมใต้ และเหล่าสืเสียดที่ร่วมในการดำเนินการ ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการติดตามการให้บริการบริการเลิกบุหรี่ การสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณภาพร กันธิยะที่ให้ความรู้และคำปรึกษาในด้านระเบียบวิธีวิจัย และการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. Tobacco (2016) (cited 2017 Feb 13) Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>.
2. ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. Tobacco-related mortality (2016). (cited 2017 Feb 13). Available form: <https://>

www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality.

4. The American Cancer Society. Health Risks of secondhand smoke. (cited 2017 Feb 13) Available form: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/Fsecondhand-smoke.html>.

5. World Health Report 2012. NCD mortality and morbidity. (cited 2017 Feb 13). Available form: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en.

6. World Health Report 2010. Package of Essential Noncommunicable(PEN) disease Interventions of Primary Health Care. (cited 2017 Feb 13) . Available form: https://www.who.int/nmh/publication/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf.

7. Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs at the United States. J Subst Abuse Treat. 2008 Mar; 34(2):165-72. Available form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509809>.

8. Fagerstrom KKO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat Journal. 1990 Nov; 69 (11), 763-5.

9. ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์, ระรินทร์ ษร เกตุสุณี เลิศสินอุดม. ผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2558; 11(4): 83-103.

10. จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์. สุนิดา ปรีชาวงษ์, สุวิมล โรตนาวิ. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2556; 11(2): 49-61.

11. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย. 2552; 33.

12. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.

13. Peter J. Lawson, MA, MPH. Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. Am J Prev Med. 2009 Sep; 37(3):248-254.

ความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

วิญญูญา ลือเลื่อง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 61 คน ระหว่าง เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นชุดแบบสอบถามเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ แบบวัดความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดของสเวนปรุง จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียดของรัตนภรณ์ ดวงธรรม จำนวน 25 ข้อ ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของลาซารัสและคณะ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียด เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียดเท่ากับ 0.97 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 58 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 95.08 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยการหาค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 58 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.75 อายุเฉลี่ย 38.24 ปี (SD 9.09) ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 12.18 ปี (SD 8.83) มีความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 91.38 ทำงานล่วงเวลาแบบเป็น on call ร้อยละ 70.69 โดยมีความถี่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.52 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน, ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 100 และ 96.55 ตามลำดับ มีเวลาให้ครอบครัว ร้อยละ 74.14 และมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 71.69 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.45 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า ข้อที่มีความเครียดระดับรุนแรงมากที่สุดคือ การกลัวทำงานผิดพลาด คิดเป็นร้อยละ 10.36 ข้อที่มีความเครียดระดับสูงมากที่สุดคือ มีอาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 31.03 ข้อที่มีความเครียดระดับ ปานกลางมากที่สุดคือ การกลัวไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ และความกังวลกับเรื่องการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.93 และข้อที่มีความเครียดระดับต่ำมากที่สุดคือ ความรู้สึกสับสน คิดเป็นร้อยละ 81.03 ส่วนการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.62

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเข้าใจในสถานการณ์ความเครียดที่พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเผชิญ เอื้ออำนวยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานห้องผ่าตัด ส่งเสริมสุขภาพจิตของพยาบาลห้องผ่าตัดให้มากขึ้นเป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัด คงไว้ซึ่งการให้บริการที่ดี

คำสำคัญ: ความเครียด การจัดการความเครียด พยาบาลห้องผ่าตัด

Stress and Stress Management in Perioperative Nurse, Udonthani Hospital

Weekunya Lueluang, Professional nurse, Operating Room Nursing Department, Udonthani Hospital

Abstract

The descriptive research aimed to study level of stress and stress management in perioperative nurse, Udonthani hospital. The sample consisted of 61 perioperative nurses who worked in Udonthani hospital more than 1 year. Data collected during June – August 2016.

The research instrument was questionnaire about stress and stress management of perioperative nurses, Udonthani hospital, including 20 demographic data form, 20 stress form by Suanprung Hospital and 25 stress management form by Rattanaorn Doungthrom depend on Lazarus& Folkman. The content validity of the file was examined by 3 experts. The reliability of stress form was 0.82 and stress management form was 0.97. was return 58; 95.08%. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results found that mostly were female, average age 38-24 years old (SD 9.09). There worked experience in operating room 12.18 year average. Satisfaction to there job was high level 91.38%. They had good relationship to their college, their commander and their family the stress level of the samples were mild stress 53.45. By items analysis were the most severe stress was 10.36% fear malfunction, the most height stress was 31.03% pain of muscle, the most moderate stress was 37.93% fear does not reach the aim, and worry about risk of infection in the hospital, and the most mild stress was 81.03% confused. And the stress management: problem-focused coping method and emotional-focused coping method level of the samples were moderate stress 2.11, 1.62.

From this study, the nursing of administrator should understand situation's stress of perioperative nurse, supporting perioperative nurse to standard working, support mental health of perioperative nurse more. Make performance of perioperative nurse on the job, good services.

Key word: Stress, Stress Management, Perioperative Nurse

บทนำ

โลกปัจจุบันเป็นโลกที่เต็มไปด้วยความเครียด ทุกคนต้องประสบกับปัญหาการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในยุคเศรษฐกิจถดถอย ปัญหาการทำงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองและบุคคลในครอบครัว ความเครียดเป็นเรื่องบั่นทอนสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คนไทยวัยทำงานจะมีระดับความเครียดสูงมากโดยมีปัจจัยพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจการแข่งขันที่สูงในเรื่องการทำงานทำให้เกิดความกดดันในการดำเนินชีวิตสูงมาก สถาบันวิจัยและบริหารวิชาการ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ¹ เปิดเผยผลวิจัยเชิงสำรวจเรื่องดัชนีความเครียดของคนไทย พบว่าประชาชนรู้สึกเบื่อหน่าย (ร้อยละ 71.06) ไม่มีความสุขเลย (ร้อยละ 62.41) รู้สึกหมดกำลังใจ (ร้อยละ 47.61) และไม่อยากพบปะผู้คน (ร้อยละ 43.86) ฉะนั้น จำเป็นที่ทุกคนควรรู้จักวิธีรับมือกับความเครียด เพราะถ้าไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมแล้วโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ตามมาได้อีกมาก โดยเฉพาะคนทำงานหากมีความกดดันกับการทำงาน ต้องทำงานแข่งกับเวลา อาจเกิดความเครียดได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้างได้

ความเครียดเกิดจากการปรับตัวใหม่ของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะพอใจหรือไม่ก็ตาม จึงนับได้ว่าความเครียดเป็นกระบวนการของชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีผลต่อบุคคลทั้งในด้านผลดีและผลเสีย ผลดีคือการที่บุคคลมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะทำให้มีแรงกระตุ้น เป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายตื่นตัว เพื่อการตอบสนองท้าทายต่างๆ ในชีวิตประจำวัน สามารถกระทำการกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้² ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความเครียดมากเกินไป ไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือปรับลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด ก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน มือเท้าเย็น นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและโครงสร้าง รวมถึงโรคเมอเร็งและ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว หวาดกลัว หลงลืม ขาดสมาธิ กลุ่มอาชีพที่มีความเครียดสูงและอาจป่วยด้วยโรคที่เกิดจากผลกระทบของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กลุ่มอาชีพด้านบริการ ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น³

ขณะเดียวกันความเครียดเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ความเป็นความตายของผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบตัว ความเครียดจึงเป็นปัญหาที่ได้รับ ความสนใจศึกษาอย่างแพร่หลายในทุกวงการ โดยเฉพาะทีมสุขภาพ⁴ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยทางกายได้ทุกระบบและมีผลแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเพราะจุดอ่อนในร่างกายนของแต่ละคนไม่เหมือนกันผลสำรวจสุขภาพจิตของระบาศาสนา⁵ พบว่าคนไทยร้อยละ 1.80 หรือประมาณ 9 แสนคน เป็นโรคซึมเศร้าขณะที่ร้อยละ 3.10 หรือประมาณ 1.60 ล้านคน เป็นโรควิตกกังวล

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ให้การดูแลระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมประชากรทั้งภายในจังหวัด และจังหวัดเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 8 รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย และเป็นสถาบันฝึกอบรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นสถานที่จัดเตรียมไว้สำหรับการผ่าตัด และรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในเวลาราชการและในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วยห้องผ่าตัดจำนวน 18 ห้อง และหน่วยพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด (pre – operative unit) อีก 1 หน่วย ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัดคือรับผิดชอบในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความรู้ ความชำนาญ ความสามารถเฉพาะทางในแต่ละประเภทของการผ่าตัดมีความสามารถใช้และจัดเตรียม

อุปกรณ์ เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง และช่วยแพทย์ในการผ่าตัด⁶ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องใช้กระบวนการทางการแพทย์ปฏิบัติการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด และป้องกันอันตรายหรือให้การดูแลผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องเผชิญกับความเครียดตลอดเวลา ต้องทำงานท่ามกลางความกดดัน ต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งจากทีมผ่าตัดและตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วยที่มารับบริการ⁷ ต้องมีความอดทนอย่างสูงทำงานภายใต้สภาวะกดดันทั้งจากภาระงานและผู้ร่วมทีมซึ่งแต่ละคนหวังที่จะให้สิ่งที่ดีและถูกต้องสมบูรณ์ เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด เป็นผู้ประสานงานให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างสำเร็จลุล่วง การทำงานในห้องผ่าตัดจะต้องเสี่ยงต่อความเป็นความตายของผู้ป่วยจึงต้องอาศัยความรวดเร็วในการทำงาน ถูกต้อง ประณีต รวมทั้งต้องมีความซื่อสัตย์และรับผิดชอบสูงต่องานที่ได้รับมอบหมาย การทำงานที่ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการ หรือการรอเรียกขึ้นปฏิบัติงาน (On Call) อยู่ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้แบบแผนในการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่น มูก เลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยตลอดเวลาเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคที่สามารถแพร่กระจายผ่านทางเลือดและสิ่งคัดหลั่งได้หากเกิดอุบัติเหตุจากสิ่งมีคมขณะทำงาน⁸ ทั้งยังต้องใช้หน้ากากปิดปากและจมูกการสวมหมวกไว้ตลอดเวลา ยืนติดต่อกันเป็นระยะเวลา นาน จากสภาวะการทำงานดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความเครียดในการทำงานได้

จากการสำรวจภาวะสุขภาพประจำปี 2559 พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีอาการปวดศีรษะไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 60.00 เหนื่อยง่าย ร้อยละ 25.00 เป็นหวัดบ่อย ร้อยละ 60.00 หงุดหงิดบ่อย ร้อยละ 30.00 จากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดของผู้วิจัย พบว่านอกเหนือจากลักษณะงานที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ถูกต้อง รอบคอบระมัดระวัง ความละเอียดอ่อนและประณีตแล้ว ยังมีสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็นหรือร้อนจัด สารเคมี อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ซับซ้อนและยุ่งยาก นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนพยาบาลห้องผ่าตัดมี

ไม่เพียงพอกับการะงาน บางครั้งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องทำหน้าที่อื่นนอกเหนือจากความรับผิดชอบ เช่น เป็นผู้ช่วยแพทย์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความเครียดมากขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีเพื่อใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต และการจัดการความเครียดในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลห้องผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 61 คน โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ แบบวัดความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง⁹ จำนวน 20 ข้อ แบ่งค่าคะแนนเป็นระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับดังนี้ คะแนน 0 – 24 เครียดน้อย, คะแนน 25 – 42 เครียดปานกลาง, คะแนน 43 – 62 เครียดสูง และคะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียด โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียดของรัตนภรณ์ ดวงธรรม¹⁰ จำนวน 25 ข้อ ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ ลาซารัส และคณะ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ มีความเชื่อมั่นของ

แบบวัดความเครียด เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด เท่ากับ 0.97 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2559 ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 58 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 95.08 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 37 ปี มีจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.32 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 38.24 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.75 สถานภาพโสด จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.27 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.65 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 8 - 14 ปี มีจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.32 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 14.92 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 1 - 7 ปี มีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.39 โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.18 ปี ดำรงสถานะเป็นข้าราชการมากที่สุด จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.93 ตำแหน่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.93 ลักษณะงานที่ทำเป็นแบบปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้ายดึก และเวร On Call มากที่สุด จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.07 ครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 25,001 - 35,000 บาท โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35,517 บาท มีความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.38 มีการทำงานล่วงเวลาแบบ On Call จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.69 มีความถี่ในการทำงานล่วงเวลาแบบ On Call มากที่สุดอยู่ในช่วง 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีจำนวน 38 ราย คิด

เป็นร้อยละ 65.52 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่แผนกผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอกมีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.00 มีความก้าวหน้าในงานจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.96 ทั้งหมดมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนมากสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชาจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55 ครอบครัวสนับสนุนการทำงาน ร้อยละ 100.00 มีเวลาสำหรับครอบครัว จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.14 และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.69 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 58)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 31	12	20.68
31 - 37	17	29.32
38 - 44	15	25.86
45 - 51	6	10.35
> 51	8	13.79
$(\bar{X}= 38.24, S.D. = 9.09, \text{Min} = 24, \text{Max} = 59)$		
เพศ		
ชาย	10	17.25
หญิง	48	82.75
สถานภาพสมรส		
โสด	28	48.27
สมรส	26	44.83
แยกกันอยู่	4	6.90
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	52	89.65
ปริญญาโท	6	10.35
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
1 - 7	12	20.68
8 - 14	17	29.32
15 - 21	15	25.86
22 - 28	6	10.35
29 - 35	8	13.79
$(\bar{X}= 14.94, S.D. = 9.21, \text{Min} = 1, \text{Max} = 34)$		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (ปี)		
1 - 7	24	41.39
8 - 14	12	20.68
15 - 21	13	22.41
22 - 28	4	6.90
29 - 35	5	8.62
$(\bar{X} = 12.18, S.D. = 8.83, \text{Min} = 1, \text{Max} = 34)$		
สถานะ		
ข้าราชการ	51	87.93
พนักงานราชการ	1	1.73
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	6	10.34
ตำแหน่ง		
หัวหน้างาน/หัวหน้าแผนก	7	12.07
พยาบาลปฏิบัติการ	51	87.93
ลักษณะงานที่ทำ		
ปฏิบัติงานในเวลาราชการเท่านั้น	5	8.62
ปฏิบัติงานในเวรเช้า และเวร On Call	6	10.34
ปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้าย ดึก	11	18.97
ปฏิบัติงานในเวรเช้า ป้าย ดึก และเวร On Call	36	62.07
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
<20,000	5	8.62
20,000 - 25,000	4	6.90
25,001 - 30,000	15	25.86
30,001 - 35,000	14	24.14
35,001 - 40,000	5	8.62
40,001 - 45,000	6	10.34
45,001 - 50,000	4	6.90
>50,000	5	8.62
$(\bar{X} = 35,517, S.D. = 1.95, \text{Min} = 20,000, \text{Max} = 70,000)$		
ความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย		
ใช่	53	91.38
ไม่ใช่	5	8.62
การทำงานล่วงเวลาแบบ On Call		
ใช่	41	70.69
ไม่ใช่	17	29.31
ความถี่ในการทำงานล่วงเวลาแบบ On Call		
ไม่มี	16	27.58
2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์	38	65.52
4 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์	3	5.17
ทุกวัน	1	1.73
แผนกที่ทำงาน		
ผ่าตัด หัวใจ หลอดเลือด	11	19.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน		
ใช่	58	100.00
ไม่ใช่	0	0.00
สัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ		
ใช่	56	96.55
ไม่ใช่	2	3.45
ครอบครัวสนับสนุนการทำงาน		
ใช่	58	100.00
ไม่ใช่	0	0.00
เวลาสำหรับครอบครัว		
ใช่	43	74.14
ไม่ใช่	15	25.86
สุขภาพร่างกายแข็งแรง		
ใช่	41	70.69
ไม่ใช่	17	29.31

2. ความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 53.45 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าชื่อที่มีความเครียดระดับรุนแรงมากที่สุดคือ การกลัวทำงานผิดพลาด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.36 ชื่อที่มีความเครียดระดับสูงมากที่สุดคือ มีอาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 31.03 ชื่อที่มีความเครียดระดับปานกลางมากที่สุดคือ การกลัวไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ และความกังวลกับเรื่อง การเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 เท่ากัน และชื่อที่มีความเครียดระดับต่ำมากที่สุดคือ ความรู้สึกสับสน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 81.03 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียด
จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N = 58)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความเครียด			
	น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. กลัวทำงาน	22(37.93)	19(32.75)	11(18.96)	6(10.36)
ผลิตผล				
2. กลัวไปไม่ถึง	16(27.58)	22(37.93)	15(25.86)	5(8.63)
เป้าหมายที่วางไว้				
3. ครอบครัวมีความ	37(63.79)	16(27.58)	5(8.63)	0.00(0)
ขัดแย้งกันในเรื่อง				
เงิน หรือเรื่องงาน				
4. เป็นกังวลกับเรื่อง	20(34.48)	22(37.93)	13(22.42)	3(5.17)
การเสี่ยงต่อการติด				
เชื้อในโรงพยาบาล				
5. รู้สึกว่าต้องแข่ง	34(58.63)	19(32.75)	4(7.00)	1(1.72)
ขันหรือเปรียบเทียบกับ				
คนอื่น ๆ				
6. เงินไม่พอใช้	26(44.84)	21(36.20)	10(17.24)	1(1.72)
7. มีอาการปวดหรือ	20(34.48)	25.86(15)	18(31.03)	5(8.63)
ตึงกล้ามเนื้อ				
8.มีอาการปวดหัว	23(39.65)	15(25.86)	15(25.86)	5(8.63)
จากความตึงเครียด				
9. มีอาการปวดหลัง	24(41.38)	20(34.48)	9(15.51)	5(8.63)
10. ความอยาก	37(63.79)	14(24.13)	6(10.36)	1(1.72)
อาหารเปลี่ยนแปลง				
11. มีอาการปวดหัว	32(55.19)	14(24.13)	9(15.51)	3(5.17)
ข้างเดียว				
12. มีความรู้สึกวิตก	29(50.00)	16(27.58)	9(15.51)	4(7.00)
กังวล				
13. มีความรู้สึกคับ	26(44.84)	21(36.20)	10(17.24)	1(1.72)
ข้องใจ				
14. รู้สึกโกรธ หรือ	33(56.89)	19(32.75)	6(10.36)	0(0.00)
หงุดหงิด				
15. รู้สึกเศร้า	46(79.30)	10(17.24)	2(3.46)	0(0.00)
16. มีความจำไม่ดี	35(60.33)	13(22.42)	8(13.79)	2(3.46)
17. รู้สึกสับสน	47(81.03)	8(13.79)	3(5.18)	0(0.00)
18. ตั้งสมาธิลำบาก	37(63.79)	18(31.03)	1(1.72)	2(3.46)
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	31(53.45)	21(36.20)	5(8.63)	1(1.72)
20. เป็นหวัดบ่อยๆ	43(74.13)	12(20.69)	3(5.18)	0(0.00)
รวม	31(53.45)	29.30(17)	13.79(8)	2(3.46)

3. การจัดการความเครียดพบว่า การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ พิจารณาปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหาในการทำงานที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 ส่วนการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ปรึกษาหารือกับผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความถี่ของการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจำแนกตามรายชื่อและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=58)

การจัดการความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหา	X̄	S.D.	ระดับ ความถี่
1. ยอมรับปัญหาในการปฏิบัติงาน	2.31	0.70	ปานกลาง
ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง			
2. พิจารณาปัญหาและพยายาม	2.34	0.75	ปานกลาง
แก้ไขปัญหาในการทำงานที่เป็นอยู่			
ให้ดีขึ้น			
3. แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตาม	2.18	0.68	ปานกลาง
ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่			
เคยทำมาในอดีต			
4. ปรึกษาหารือกับผู้ที่เราารู้จักไว้	1.98	0.66	ปานกลาง
วางใจ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับ			
เหตุการณ์			
5. ปรึกษาหารือกับผู้บังคับบัญชา	1.16	0.62	น้อย
หรือผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์			
มากกว่า			
6. ศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ	2.09	0.14	ปานกลาง
ปัญหาและวิธีการแก้ไขโดยการ			
สังเกต ชักถามหรืออ่านหนังสือ			
ต่างๆ เพื่อช่วยให้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น			
7. พยายามปรับตัวเองให้เข้ากับ	2.16	0.55	ปานกลาง
สถานการณ์ หรือพยายามปรับ			
เปลี่ยนสถานการณ์ใหม่			
8. ทำสมาธิ หรือฝึกการลดความ	1.91	0.79	ปานกลาง
เครียดด้วยวิธีการต่างๆ			
รวม	2.11	0.34	ปานกลาง

และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เลือกใช้การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ มองปัญหาในแง่ดี ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ส่วนการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ใช้นานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความถี่ของการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ จำแนกตามรายชื่อและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=58)

การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความถี่
1. พุดระบายความไม่สบายใจหรือปัญหาในการทำงานให้บุคคลอื่นฟัง	1.88	0.62	ปานกลาง
2. พยายามไม่คิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น	1.89	0.88	ปานกลาง
3. พุดคุยในเรื่องขบขันหรือเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาแสดงอาการเร้นเรียงเพื่อกลบบกลืนความไม่สบายใจ	1.79	0.72	ปานกลาง
4. มองปัญหาในแง่ดี	2.29	0.61	ปานกลาง
5. ทำกิจกรรมต่างๆ ทำมากขึ้น เช่น ทำงานอดิเรก เล่นดนตรี ฟังเพลง เล่นกีฬา หรือทำงานประจำมากกว่าเดิม	1.71	0.77	ปานกลาง
6. เข้าสังคมหรือทำกิจกรรมบันเทิงร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปพักผ่อน หย่อนใจกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง	2.13	0.72	ปานกลาง
7. สวดมนต์ ทำบุญ หรือปฏิบัติกิจทางศาสนาต่างๆ	2.01	0.77	ปานกลาง
8. นอนหลับมากขึ้น	2.13	0.76	ปานกลาง
9. หลีกเลี่ยงปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยการหยุดงาน ลาป่วย ลาพักร้อน หรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่นั่น	1.38	0.72	น้อย
10. มักแสดงอารมณ์ขุ่นมัว ไม่สบายใจที่เกิดจากการทำงานกับผู้อื่น หรือสิ่งของ เช่น ขว้างปาสิ่งของตำหนิผู้อื่น เป็นต้น	1.16	0.67	น้อย
11. จินตนาการว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว	1.21	0.67	น้อย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความถี่ของการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ จำแนกตามรายชื่อและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=58) (ต่อ)

การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความถี่
12. ไม่ทำอะไรกับปัญหาที่เกิดขึ้น	1.35	0.71	น้อย
13. ทำกิจกรรมที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น กัดนิ้ว โยกตัว เดินไปเดินมา เป็นต้น	1.09	0.62	น้อย
14. รับประทานอาหาร ขนมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น	1.47	0.72	น้อย
15. ใช้นานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท	0.95	0.58	น้อย
16. ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โค้ก เพิ่มขึ้น	1.48	0.82	น้อย
17. ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา เพิ่มขึ้น	1.20	0.81	น้อย
รวม	1.62	0.33	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งในวิชาชีพพยาบาลที่ขณะทำงานต้องเผชิญกับความเครียด¹¹ ซึ่งมีสาเหตุมาจากลักษณะงานที่เต็มไปด้วยความเครียด การบริหารงานและสภาพแวดล้อมในขณะปฏิบัติงาน¹² ตลอดจนสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากลักษณะงานในห้องผ่าตัดต้องทำงานเป็นทีม พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องติดต่อขอความร่วมมือจากบุคลากรต่างๆ ซึ่งอาจพบปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอยู่เสมอ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเผชิญกับความเครียดตลอดเวลา ต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งจากทีมสุขภาพและตัวผู้ป่วยเอง ต้องมีความอดทนอย่างสูงทำงานภายใต้สภาวะกดดันทั้งจากงานและผู้ร่วมทีมซึ่งแต่ละคนหวังที่จะให้สิ่งที่ดีและถูกต้องสมบูรณ์เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Preston และคณะ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอันดับแรก พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ถึงแม้จะต้องเผชิญกับความเครียดตลอดเวลา และมีความเครียดระดับรุนแรงมากที่สุดคือ การกลัวทำงาน

ผิดพลาด คิดเป็นร้อยละ 10.36 มีความเครียดระดับสูงมากที่สุดคือ มีอาการปวดหรือตึงกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 31.03 มีความเครียดระดับปานกลางมากที่สุดคือ การกลัวไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ และความกังวลกับเรื่องการเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.93 และมีความเครียดระดับต่ำมากที่สุดคือ ความรู้สึกสับสน คิดเป็นร้อยละ 81.03 แต่ก็สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีมีความเครียดโดยรวมในระดับต่ำจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 53.45

การจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ใช้ในการเรียนรู้ที่นำมาใช้จัดการกับความเครียด และไม่ว่าแต่ละคนจะรับมือกับความเครียดอย่างไรก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อกพวกเขาไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม การจัดการกับความเครียดเป็นกลยุทธ์การปรับตัวผู้คนจะมีกลวิธีรับมือและจัดการกับความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับปัญหารุนแรงที่พวกเขาไม่สามารถอยู่เหนือพฤติกรรมหรือพลอันเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีต้องเผชิญกับลักษณะงานที่เต็มไปด้วยความเครียด บางครั้งต้องทำงานอย่างเร่งด่วนเพื่อให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดทันที จำเป็นต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอและการแสดงออกอย่างเหมาะสม ช่วยให้นักบุคลากรสามารถรักษาสมาดุลของสภาพจิต และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีพลังต่อสู้กับชีวิตต่อไปสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พลอยเลื่อนแสง¹⁴ พบว่า พยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ใช้เมื่อเกิดความเครียด คือ พฤติกรรมบรรเทาความเครียดมากกว่าแบบแก้ปัญหา กิจกรรมที่ใช้มากที่สุดคือ กิจกรรมออกกำลังกาย ส่วนพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานีมีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งแก้อารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 และ 1.62 ตามลำดับการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ พิจารณาปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหในการทำงานที่เป็นอยู่

ให้ดีขึ้น ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 ส่วน การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ มองปัญหาในแง่ดี ระดับค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่าความเครียดระดับรุนแรงมากที่สุดคือ การกลัวทำงานผิดพลาดซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้เหมาะสม สนับสนุนให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความมั่นใจใน การปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานห้องผ่าตัด เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. การจัดการความเครียดพบว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุด ได้แก่ ปรึกษาหารือกับผู้บังคับบัญชา หรือผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า ดังนั้น ควรมีช่องทางให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้ผ่อนคลายความเครียดจากการปฏิบัติงาน เช่น ห้องสันทนาการ ห้องระบายความในใจ การมีคู่มือหรือพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน เป็นต้น
3. จัดเตรียมพยาบาลก่อนเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยเน้นให้เห็นถึงสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน และปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด ตลอดจนให้ความรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเครียดในบุคลากรกลุ่มอื่นของห้องผ่าตัด และในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาความเครียดในภาพรวม
2. ในการศึกษาแต่ละครั้งควรมีการประเมินความเครียดและการแก้ไขปัญหาความเครียดที่อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ และการเปลี่ยนแปลงนโยบายขององค์กร
3. ควรศึกษาชาวอีอารมณของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดการความเครียด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธรรมบุญ วิสิฐธนวรรธ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีที่อนุญาตให้ศึกษา และนำเสนอผลงานชิ้นนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณคุณพณีย์ เดียว ศิริทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ พยาบาลห้องผ่าตัด ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คุณทิพย์สุคนธ์ อารยวงศ์ ที่เป็น พี่เลี้ยงงานวิจัย และอาจารย์ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นพี่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและบริการวิชาการ. ดัชนีความเครียดของคนไทย[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2559. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2559 เข้าถึงได้จาก: <http://www.ryt9.com/s/abcp/2505816>.
2. วรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และคณะ. ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
3. ทะนงค์ศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข. การประเมินความเครียดจากการทำงานของพนักงานผู้ทำงานในสำนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง อำเภอสัตหีบ จ.ชลบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
4. ขจิตพรณ เหลืองวิรุจน์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานกับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย[วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
5. ระบาดวิทยา. สุขภาพจิต[อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2559 เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th>.
6. ดร.ณศรี สิริยศารัง. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
7. American Operating Room Nurses. Standards, Recommended practices & guideline. Denver: Association of Operating Room Nurses; 2001.
8. เรณู อาจสาลี และคณะ. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
9. โรงพยาบาลสวนปรุง. แบบวัดความเครียดของสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2559 เข้าถึงได้จาก: <http://www.suanprung.go.th/index2559/index.php>.
10. รัตนาภรณ์ ดวงธรรม. กระบวนการแก้ไขปัญหาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานณ ศูนย์บำบัด รักษายาเสพติดในภาคเหนือ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
11. Lenox, C. Stress and the operating room nurse. Can Oper Room Nurs J 1988;6(2): 34-36.
12. Astbury, C. Stress on operating days. Nursing Times 1986; 82(33): 55-56.
13. Preston, C.A. Ivancevich, J.M., Matteson, M.T. (1981). Stress and the OR. Nurse Association of Operating Room Nurse Journal 1981; 33: 662-671.
14. ลักษณะ พลอยเลื่อมแสง. ภาวะความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. ว.สวนปรุง 2543;1-13.

ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี

กั้ววานไทย ออกตลาด พ.บ., ส.ม., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน ประกอบด้วย อาสาสมัคร จำนวน 24 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 54 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2560 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ (alpha 0.87) แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF- Thai) (alpha 0.94) และแบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai HADS) (alpha 0.85) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอย Multinomial logistic regression และวิเคราะห์สรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 70.8 และ 75.9 อายุเฉลี่ย 42 และ 51 ปี ตามลำดับ มีศักยภาพด้านบทบาทโดยรวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 39.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28, 44.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28), คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 29.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.7, 27.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในเกณฑ์ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 93.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.0, 85.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.8) จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 25.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 24.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 27.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 22.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) ด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 10.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 10.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) และด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 29.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0, 27.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8), ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.5 และ 87.0 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และ 68.5 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และ 79.6 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทย (adj.OR = 19.18, 95% CI: 0.29-0.36) การสนับสนุนของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92) ศักยภาพตามบทบาท (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90) เพศ (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) และอายุของผู้ดูแล (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77) ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05) และพบว่าความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสังคม 2) ระดับจังหวัด มีการสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางด้านการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 3) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษา 4) มีการส่งเสริมสุขภาพ จัดให้มีค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้า และ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

สรุป ผลการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง, ผู้ดูแล, ศักยภาพ, คุณภาพชีวิต

The Capacity and Quality of Life of Caregivers Caring for Patients Who need Long-term Care in Huaykoeng Hospital, Udonthani Province

Kangwanthai Oaktalad M.D., M.P.H., Dip. Preventive Medicine, (Community Mental Health),
Huaykoeng Hospital

ABSTRACT

This research was aimed to evaluate the capacity and quality of life of caregivers caring for patients who need long-term care in Huaykoeng hospital, Udonthani province. 78 samples were composed of 24 volunteers, 54 family members and in-depth interviewed 8 caregivers who have been caregivers at least 1 year. Collected data during June to July 2017, by using demographic and satisfaction questionnaires (alpha 0.87), quality of life (WHOQOL-BREF- Thai) assessment (alpha 0.94), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) assessment (alpha 0.85). The statistical data analysis was conducted by using the descriptive statistics, the multinomial logistic regression and content of Induction analysis.

The results: Most of caregivers (volunteers and family member group) were female (70.8%, 75.9%), mean ages 42 (SD 2.0) and 51 (SD 6.8) years old, having their capacity at high level (mean $39.50 \pm SD 11.28$ and $44.01 \pm SD 11.28$), Average score of quality service (mean $29.20 \pm SD 8.7$ and $27.2 \pm SD 6.8$), average score of quality of life (mean $93.31 \pm SD 12.0$ and $85.01 \pm SD 16.8$) there were physical sign (mean $25.20 \pm SD 2.0$ and $24.70 \pm SD 6.8$ respectively), mental sign (mean $27.70 \pm SD 2.0$ and $22.14 \pm SD 6.8$), social sign (mean $10.91 \pm SD 2.0$ and $10.20 \pm SD 6.8$) and environment sign (mean $29.50 \pm SD 2.0$ and $27.66 \pm SD 6.8$ respectively). Overall of anxiety of caregivers (volunteers and family members) was at moderate level (87.5% and 87.0%), overall depression was moderate level (66.7% and 68.5%), overall of caregiver satisfaction was high level (83.3% and 79.6%). Factors influence to caregiver's quality of life had statistically significant were as follows support of Thai traditional medicine (adj.OR= 19.18, 95% CI: 0.29-0.36), support of nurses (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92), capacity's role (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90), gender (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86), anxiety (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) and age (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35), factors impede the quality of life were as follows working (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77), Potential's caregivers (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) and depression (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05). From indepth interview, caregivers would like to five needs: 1) government or Ministry of public health should define health policy for caregiver and the laws related to social services, 2) health provincial government to encourage people to prepare themselves financially before old age, 3) need the assistance in any activity from the nurse, 4) health promoting for caregiver, determine of salaries, allowances and development of potential for advancement and 5) local government organization and community network to establish group club of health support for long term patients.

Conclusion: these findings illustrate the capacity and quality of life of caregivers could be increased the capacity's caregivers that significantly.

Keywords: Long-term Patients, Caregivers, Capacity, Quality of Life

บทนำ

สถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิงจากโครงสร้างประชากรในประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จังหวัดอุดรธานี มีสัดส่วนและแนวโน้มกลุ่มประชากรสอดคล้องกับระดับประเทศ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี รองลงมา ช่วง 60 ปีขึ้นไป วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงานในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อัตราตายต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากปี 2556 อัตรา 5.15 ต่อประชากรพันคน ในปี 2559 ลดลงเป็น 4.75 ต่อประชากรพันคน ระหว่างปี 2556-2559 มีจำนวนการตาย (อัตราตายต่อประชากรพันคน) เท่ากับ 893 (5.15), 970 (5.52), 975 (5.55) และ 894 (4.75) ตามลำดับ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังในผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น¹ การได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงหรือที่เรียกว่า caregiver นั้น มักเกิดขึ้นแบบกะทันหันส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ของคนในครอบครัวที่ต้องล้มป่วยลงโดยไม่คาดหมาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตกอยู่ในสภาพเป็นมือสมัครเล่นที่ต้องมารับมือกับความรับผิดชอบแบบยิ่งใหญ่นิดไม่รู้อันใด ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักตกอยู่ในสภาพตั้งหลักไม่ทัน แม้เวลาจะผ่านไปเนิ่นนานหลายปีก็ตาม ทำให้วันเวลาที่ใช้ทำสิ่งดีๆ เพื่อคนที่ตนรักในครอบครัวกลับกลายเป็นวันเวลาที่ตนเองมีความสุขไม่ไปอย่างน่าเสียดาย และต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก²

ปัจจุบันพบว่า โรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ 10 อันดับแรกของโรคในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโรคที่เกิดขึ้นมักมีความก้าวหน้าและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยน้อยลง จึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นผู้ดูแล สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวลและซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัวและออกไปติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง จากการรวบรวมหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อ

การสูญเสียสุขภาพกายและจิต รวมถึงมีโอกาเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจมากขึ้น³ นอกจากนี้ความเครียดยังจะแสดงผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (quality of care) แล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ดูแลตามมา⁴ ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีความสำคัญกับการมีสุขภาพจิตทางบวกแทนการรับมือกับความทุกข์และการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการดูแลทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแล และการปรับตัวต่อปัญหาความเจ็บป่วย⁵ จากสถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิงและระบบการดูแลระยะยาวที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวมาข้างต้น ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง มีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง จำนวน 111 คน ที่จำเป็นต้องมีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (continuity of care: COC) ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนามาตั้งแต่ปี 2558 กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง เป็นการวางแผนระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการสม่ำเสมอ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver) โดยกำหนดบทบาทของทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT) กำหนดบทบาทผู้จัดการระบบดูแล (care manager) และกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การออกแบบกระบวนการงานสำคัญ ได้แก่ กำหนดแผนการพัฒนา พัฒนางานสำคัญ ให้แก่ผู้ดูแล ปรับปรุงคุณภาพกระบวนการ ประเมินผล และใช้กระบวนการวงจรต่อเนื่อง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงทั้งกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง
3. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลจากหน่วยงานของรัฐในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2560

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล การสนับสนุนของทีมหมอบริการ ศักยภาพตามบทบาท ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
2. ตัวแปรตาม คือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้อย่างน้อย 1 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}$$

N = population size

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

d = ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้ผิดพลาดได้ 5% (Acceptable error = 0.05)

q = 1 - p, p = สัดส่วนผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงต่อผู้ดูแลกลุ่มป่วยทั้งหมด⁷ ร้อยละ 21.0, ค่า p เท่ากับ 0.21

n = $111 \times (1.96)^2 \times (0.21(1-0.21)) = 78$ คน
 $((0.05)^2 \times (111-1) + (1.96)^2 (0.21(1-0.21)))$

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 78 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกลุ่มป่วยติดเตียงเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 54 คน และเป็นอาสาสมัคร จำนวน 24 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม มีทั้งแบบให้

เลือกตอบ (Multiple choices) และคำถามแบบเปิด (Open-ended) จำนวน 77 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา การทำงาน จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทีมหมอบริการที่ทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ คำถามเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน และด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอบริการครอบครัว⁸ ระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้น มากที่สุด และศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย และระบบส่งต่อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ($\alpha = 0.86$) คำถามเกี่ยวกับพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ระบบส่งต่อ และการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ⁹ การตอบ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 26 ข้อ

4.1 เป็นแบบประเมิน สำหรับวัดคุณภาพชีวิต (QoL: Quality of Life indicator) พัฒนาจากองค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ¹⁰ มีค่า ($\alpha = 0.94$) คำถาม

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คำตอบมี 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงมากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกพอใจมาก-ดี คำถามทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต วิเคราะห์รายด้าน ตามระดับคะแนนดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ร่างกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
จิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
สังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
สิ่งแวดล้อม (Environment)	8 -18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 -60	61-95	96-130

4.2 แบบประเมิน the Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทย¹¹ ประเมินความวิตกกังวล ($\alpha = 0.99$) 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และภาวะซึมเศร้า ($\alpha = 0.85$) 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) คะแนนการตอบ 0 = ไม่เป็นเลย, 1 = บางครั้ง, 2 = บ่อยครั้ง, 3 = เป็นส่วนใหญ่

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากทีมหมอครอบครัวและความต้องการ จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบบันทึกและแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิจารณาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยการให้ความเคารพในความเป็นบุคคล

ได้อธิบายถึงการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย และเมื่อผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลรายบุคคล ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอหรือเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-square tests (X^2) และการวิเคราะห์ถดถอย Multinomial logistic regression อธิบายด้วยค่า adjusted OR และ 95% confidence interval

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร ($n=24$) และผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$) ส่วนใหญ่เพศหญิงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 70.8 และ 75.9 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD 2.0) และ 51 ปี (SD 6.8) ตามลำดับ จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.2, 66.7 ทำงานและรายได้ ร้อยละ 83.3 และ 70.4 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 62.5 และ 74.1 ตามลำดับ ทีมหมอครอบครัวให้การสนับสนุนจากนักการแพทย์แผนไทยร้อยละ 50.0, 66.7 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 62.5 และ 79.6 ตามลำดับ และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ร้อยละ 91.7 และ 87.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร ($n=24$) และผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$)

ข้อมูลทั่วไป	อาสาสมัคร ($n=24$)		ผู้ดูแลในครอบครัว ($n=54$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	17	70.8	41	75.9
ชาย	7	29.2	13	24.1
อายุ (ปี) $\bar{X}$ (SD)	42 (SD 2.0)		51 (SD 6.8)	
< 30	2	8.3	1	1.9
30-39	8	33.3	3	5.6
40-49	8	33.3	19	35.2
≥ 50	6	25.0	31	57.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร (n=24) และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	อาสาสมัคร (n=24)		ผู้ดูแลในครอบครัว (n=54)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	54.2	36	66.7
มัธยมศึกษา- อาชีวศึกษา	8	33.3	14	25.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	12.5	4	7.4
การทำงานและรายได้				
ไม่ได้ทำงาน	4	16.7	16	29.6
ทำงานประจำ-มีรายได้	20	83.3	38	70.4
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล				
1 คน	15	62.5	40	74.1
2 คน	6	25.0	12	22.2
3 คน	3	12.5	2	3.7
ทีมหมอครอบครัวที่ให้การสนับสนุน				
แพทย์	3	12.5	15	27.8
พยาบาลวิชาชีพ	15	62.5	43	79.6
นักการแพทย์แผนไทย	12	50.0	36	66.7
สหวิชาชีพอื่นๆ *	24	100	54	100
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
เป็นคู่สมรส	2	8.3	7	13.0
อื่นๆ (บุตร หลาน ญาติฝ่ายอื่นๆ)	22	91.7	47	87.0

*ทันตภิบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, เกษัชกร, เจ้าพนักงานสาธารณสุข, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

วัตถุประสงค์ที่ 1. เพื่อศึกษาศักยภาพ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงทั้งกลุ่มอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ศักยภาพของอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 68.5 อาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัว (mean 39.50±SD 11.28, mean 44.01±SD 11.28) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 41.7 และ 57.4 โดยรวมอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 29.20 ±SD 8.7, mean 27.27 ±SD

6.8) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 และ 51.9 ในกลุ่มอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัวคะแนนคุณภาพชีวิต (mean 93.31 ± SD 12.0, mean 85.01±SD 16.8) โดยเฉลี่ยอาสาสมัครมากกว่าผู้ดูแลเล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 และ 74.1 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 25.20±SD 2.0, mean 24.70 ±SD 6.8) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 55.6 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ย (mean 27.70 ±SD 2.0, mean 22.14±SD 6.8) ในกลุ่มอาสาสมัครมากกว่าผู้ดูแลเล็กน้อยด้านสังคม คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 54.2 และ 53.7 โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (mean 10.91±SD 2.0, mean 10.20±SD 6.8) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 50.0, 48.1 และมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (mean 29.50±SD 2.0, mean 27.66±SD 6.8) โดยด้านความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 87.5 และ 87.0 โดยรวมด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 66.7 และ 68.5 และความพึงพอใจโดยรวมในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.3 และ 79.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของอาสาสมัคร และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54)

ประเด็น	คะแนน	อาสาสมัคร (n = 24)	ผู้ดูแลในครอบครัว (n = 54)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
I ศักยภาพบทบาทของผู้ดูแล		39.50 ±11.28*	44.01±11.28*
ระดับต่ำ	1-21	3(12.5)	3(5.6)
ระดับปานกลาง	22-43	8(33.3)	14(25.9)
ระดับสูง	44-63	13(54.2)	37(68.5)
II คุณภาพการดูแลผู้ป่วย		29.20 ±8.7*	27.27 ± 6.8*
ระดับต่ำ	1-16	5(20.8)	7(13.0)
ระดับปานกลาง	17-32	10(41.7)	31(57.4)
ระดับสูง	33-50	9(37.5)	16(29.6)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่ศึกษาของอาสาสมัคร (n=24) และผู้ดูแลในครอบครัว (n=54) (ต่อ)

ประเด็น	คะแนน	อาสาสมัคร (n = 24)	ผู้ดูแลในครอบครัว (n = 54)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
III คุณภาพชีวิตของ			
ผู้ดูแล			
ด้านร่างกาย		25.20±2.0*	24.70±6.8*
ไม่ดี	7-16	1(4.2)	1(1.9)
ปานกลาง	17-26	14(58.3)	40(74.1)
ดี	27-35	9(37.5)	13(24.1)
ด้านจิตใจ		27.70±2.0*	22.14±6.8*
ไม่ดี	6-14	0(0.0)	4(7.4)
ปานกลาง	15-22	11(45.8)	20(37.0)
ดี	23-30	13(54.2)	29(53.7)
ด้านสังคม		10.91±2.0	10.20±6.8*
ไม่ดี	3-7	2(8.3)	7(13.0)
ปานกลาง	8-11	13(54.2)	29(53.7)
ดี	12-15	9(37.5)	18(33.3)
ด้านสิ่งแวดล้อม		29.50±2.0	27.66±6.8*
ไม่ดี	8-18	0(0.0)	3(5.6)
ปานกลาง	19-29	12(50.0)	26(48.1)
ดี	30-40	12(50.0)	26(48.1)
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล		93.31±12.0*	85.01±6.8*
โดยรวม			
ไม่ดี	26-60	11(45.8)	3(5.6)
ปานกลาง	61-95	1(4.2)	28(51.9)
ดี	96-130	21(87.5)	23(42.6)
IV ความวิตกกังวลโดย			
รวม		11.06±2.39*	11.94 ±2.39*
ไม่ดี	1-6	2(8.3)	0(0.0)
ปานกลาง	7-14	7(29.2)	47(87.0)
ดี	15-21	16(66.7)	7(13.0)
V ภาวะซึมเศร้าโดยรวม			
ไม่ดี	1-6	1(4.2)	16(29.6)
ปานกลาง	7-14	0(0.0)	37(68.5)
ดี	15-21	4(16.7)	1(1.9)
VI ความพึงพอใจโดย			
รวม		37.10±5.2*	35.50 ±1.82*
ระดับต่ำ	1-16	20(83.3)	0(0.0)
ระดับปานกลาง	17-32	0(0.0)	11(20.4)
ระดับสูง	33-50	13(54.2)	43(79.6)

วัตถุประสงค์ที่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทย (adj.OR= 19.18, 95% CI: 0.29-0.36) การสนับสนุนของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: 2.82, 95%CI: 0.78-0.92) ศักยภาพด้านบทบาท (adj.OR: 2.50, 95%CI: 0.69-0.90) เพศหญิง (adj.OR: 1.88, 95%CI: 0.45-0.86) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (adj.OR: 1.85, 95%CI: 0.32-0.54) อายุของผู้ดูแล ช่วง 30-39 ปี (adj.OR: 1.08, 95%CI: 0.30-0.35) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: 0.25, 95%CI: 0.14-0.77) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง (adj.OR: 0.65, 95%CI: 0.18-0.31) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: 0.34, 95%CI: 0.01-0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (n=78)

ปัจจัย	Exp(B)	95% Confidence Interval		p-value
		adjustOR	Lower Upper	
เพศ				
หญิง	1.88	0.45	0.86	0.038*
ชาย	0			0
อายุผู้ดูแล (ปี)				
<30	6.95	1.05	2.33	0.046*
30-39	1.08	0.30	0.35	<0.001*
40-49	2.55	0.66	9.83	0.173
≥50	0			0
การทำงาน				
ไม่ได้ทำงาน	0.25	0.14	0.77	0.028*
ทำงานประจำ-มีรายได้	0			0
การสนับสนุนของทีมหมอครอบครัว				
พยาบาลวิชาชีพ	2.82	0.78	0.92	0.011*
นักการแพทย์แผนไทย	19.18	0.29	0.36	0.045*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (n=78)(ต่อ)

ปัจจัย	Exp(B)	95% Confidence Interval		p-value
		adjustOR	Lower Upper	
ศักยภาพด้านบทบาท				
ระดับต่ำ	4.70	0.60	36.48	0.139
ระดับปานกลาง	2.50	0.69	0.90	0.016*
ระดับสูง	0			0
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย				
ระดับต่ำ	1.98	0.36	0.78	0.430
ระดับปานกลาง	0.65	0.18	0.31	0.010*
ระดับสูง	0			0
ความวิตกกังวล				
ระดับต่ำ	5.60	0.60	0.68	0
ระดับปานกลาง	1.85	0.32	0.54	0.048*
ระดับสูง	0			0
ภาวะซึมเศร้า				
ระดับต่ำ	0.28	0.01	0.06	0.419
ระดับปานกลาง	0.34	0.01	0.05	0.047*
ระดับสูง	0			0

*p-value < 0.05

วัตถุประสงค์ที่ 3. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลจากหน่วยงานของรัฐในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง สรุปความต้องการของผู้ดูแลแบ่งเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2) ระดับจังหวัด ควรสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางด้านการเงินก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษา 4) มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้คำตอบแทนเบี่ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพ และ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง

ตัวอย่างคำพูดความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

“ภาระที่ได้ดูแลเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และบ่อยครั้งที่ทำให้เกิดความตึงเครียด จึงมีความต้องการมีตัวช่วย จัดหาผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นพี่เลี้ยงและคอยติดตามดูแลในเรื่องการกินยาและความเป็นอยู่ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มญาติ มาช่วยแก้ปัญหา ช่วยดูแลเอาใจใส่ หรือช่วยให้กำลังใจจากกลุ่มเพื่อน ญาติ พี่น้อง ใครมีเวลา ผลัดเวรกันมาช่วยแบ่งเบาภาระกันระบายนความคับข้องใจกันและกัน” ...ผู้ดูแล 1

“การเป็นผู้ดูแล บางวันก็อาจมีอารมณ์โมโห ฉุนเฉียวกับผู้ป่วยบ้าง เช่น โกรธ หงุดหงิด เบื่อ เศร้า ต้องการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้สามารถควบคุมหรือ ลดอาการเหล่านี้ลงบ้าง จะได้สบายใจขึ้น” ...ผู้ดูแล 2

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยอาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลในครอบครัว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจุบันความเจริญด้านการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์เราอายุยืนมากขึ้น มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นนำมาซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ทุพพลภาพและต้องการการดูแลมากขึ้น ซึ่งภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลานั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด รายได้ผู้ป่วยมาจากเงินเบี่ยยังชีพสูงอายุ (800 บาท) และเบี่ยยังชีพผู้พิการ (800 บาท) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้สูงอายุและมีความพิการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹² ที่พบปัจจัยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือเห็นผลได้จริง แต่ผู้ดูแลควรระมัดระวังปัญหาการทำร้ายจากผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตและภาวะความเครียดที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาที่พบว่า บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล¹³ และการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁴ ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ประกอบด้วย ความต้องการคนที่มาช่วยดูแลเพิ่ม การสลับเปลี่ยนการดูแล รวมทั้งความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักการแพทย์แผนไทยและพยาบาลวิชาชีพ ศักยภาพตามบทบาท เพศ ความวิตกกังวล ผู้ดูแลอายุต่ำกว่า 39 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน¹⁵ ที่พบทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการหรือผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวนั้น ทำให้เกิดความตึงเครียดสูงต่อผู้ดูแล จากการศึกษาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ระบบที่พัฒนารายได้ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแบบบูรณาการนี้ มีคุณภาพและเป็นจุดแข็งสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ เป็นต้นแบบที่ดี สามารถนำไปเป็นบทเรียนรู้ให้แก่บุคคลและสังคมอื่นๆ ที่มีบริบทสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกันได้

2. ใช้เป็นฐานข้อมูลการดูแลที่ดีทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม จะสะท้อนบริบทการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของสังคมไทยที่ชัดเจนและสามารถนำไปกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวของทาง

ราชการ และเอกชนที่เหมาะสม

3. นำไปสู่การจัดทำระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคม อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายศิริชัย ระบายเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง ที่เปิดโอกาสและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ นางวิภาดา อาสนะ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง และ นางกุหลาบ ชนะพจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเกิ้ง เป็นผู้ประสานงานด้านการเก็บข้อมูลงานวิจัยทั้งหมด เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเกิ้ง ตลอดจนทีมหมอครอบครัวตำบลห้วยเกิ้ง สหวิชาชีพทุกท่าน ผู้ร่วมงานในการทำแผนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติงานพัฒนางานปฐมนิเทศร่วมกัน อาจารย์สมพร แวงแก้ว กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำปรึกษา และการวิเคราะห์ผลงานวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่กล่าวถึงในที่นี้ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. พิเศษฐ์ ศรีประเสริฐ. 7 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จัดระบบการดูแลเชิงรุกผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าว hfocus; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content>.
2. วัจนา ลีละพัฒนะ, สายพิน หัตถิรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว (working with caregiver burnout). ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.mahidol.ac.th/fammed/th/article23>.
3. สันต์ ไชยอดศิลป์. การเป็นผู้ดูแลคนป่วย

เรื้อรัง (Caregiver) [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.visit-drsant.blogspot.com/2010/07/caregiver.html>

4. Ebrahimzadeh MH, Shojaee BS, Keshtan FG, Moharari F, Kachooei AR, Fattahi AS. Depression, anxiety and quality of life in caregiver spouses of veterans with chronic spinal cord injury. *Iran J Psychiatry* 2014; 9(3): 133–36.

5. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติการดูแลทางสังคมจิตใจใน Psychosocial clinic และคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: ปิยอนันต์ พับลิชชิ่ง; 2559: 3-18. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sorporsor.com>

6. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995: 180.

7. เวชระเบียนโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี. 2559.

8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุญบุญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2558; 16.

9. Best JW. Research in education. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice hall inc; 1970.

10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.

11. ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41(1): 18-30.

12. อุเทน มุกเย. การพัฒนาระบบการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านด้วยการแพทย์แผนไทย ของชุมชนตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. [วิทยานิพนธ์]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558: 213-23.

13. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurs J* 2555; 20(1): 10-21.

14. อรพรรณ กาศโอสถ, ศิริภรณ์ ทองคำ, ขวัญทิพย์ กาสาย, วิชุดา ศรียุทนา, วราภรณ์ มหาพรหม, ยงยุทธ แก้วเต็ม. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตพื้นที่อำเภอเงิน จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558: 1-14.

15. Hoof JV, Wetzels MH, Dooremalen AM, Overdiep RA, Nieboer ME, Eyck AM. Exploring Innovative Solutions for Quality of Life and Care of Bed-Ridden Nursing Home Residents Through Codesign Sessions. *JA research* 2015: 1-14.

ผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

โสภิตา ตันธวัฒน์ พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นกลุ่มทารกที่มีอัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การทบทวนผลการรักษาจะมีประโยชน์ในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องและเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทารกกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการรักษา อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี จากเวชระเบียนผู้ป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 – ธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา: ในระยะเวลา 2 ปี มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีชีพ 155 ราย ถูกคัดออกจากการศึกษา 8 ราย เสียชีวิต 28 ราย (ร้อยละ 19) อัตราการรอดชีวิตจะสูงขึ้นสัมพันธ์กับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (ร้อยละ 51) และโรคปอดเรื้อรัง (ร้อยละ 27.2) ตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (ร้อยละ 53.6) การติดเชื้อ (ร้อยละ 35.7) และภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศชนิดเกิดแรงดัน (ร้อยละ 10.7)

สรุป: ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งน้อยกว่า 1,000 กรัม เป็นทารกที่มีอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนสูง

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมาก, อุดรธานี

Outcome of Very Low Birth Weight infants in Udonthani Hospital

Sopida Tanthawat, M.D. Department of Pediatrics, Udonthani Hospital

Abstract

Background: Morbidity and mortality in infants of birth weight less than 1,500 grams (very low birth weight, VLBW) has remained higher than those in any other group of infants. Review of the outcome of treatment is worthwhile for identify the associated problems and for improving newborn services for this group of infants.

Objectives: To analyze outcome of treatment, mortality and morbidity rates in VLBW infants.

Methods: This study was a retrospective study. Medical records was reviewed for database of the preterm infants who was born in Udonthani Hospital and birth weight less than 1,500 grams between January 2015 – December 2016.

Results: During the study period, there were 155 VLBW infants. 8 infants were excluded, 28 infants passed away (19%). The survival rate increased according to increasing gestational age and birth weights. The important morbidity included respiratory distress syndrome (51%) and bronchopulmonary dysplasia (27.2%). Causes of death were respiratory distress syndrome (51%), sepsis (35.7%) and tension pneumothorax (10.7%).

Conclusion: Mortality and morbidity rate was high among VLBW infants especially those of birth weight less than 1,000 grams.

Key words: Very low birth weight infants, Udonthani hospital.

บทนำ

อุบัติการณ์ของภาวะคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10-12 โดย ร้อยละ 0.8 เป็นทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม¹ ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมาก (very low birth weight infant; VLBW หมายถึงน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และ extremely low birth weight; ELBW หมายถึง น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม) ส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ ระบบอวัยวะต่างๆ ของทารกกลุ่มนี้ ยังทำงานไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบทางเดินอาหาร ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และอาจพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระบบต่างๆ เช่น ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (respiratory distress syndrome; RDS) ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage; IVH) ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตาย (necrotizing enterocolitis; NEC) โรคปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia; BPD) ติดเชื้อ การคงอยู่ของเส้นเลือด PDA (patent ductus arteriosus; PDA) ภาวะตัวเหลืองในทารกเกิดก่อนกำหนด (jaundice of prematurity) ภาวะซีดในทารกเกิดก่อนกำหนด (anemia of prematurity) จอประสาทตาพิการ (retinopathy of prematurity; ROP) และพัฒนาการช้าซึ่งล้วนแล้วแต่สัมพันธ์กับการเกิดก่อนกำหนดทั้งสิ้น² ปัจจุบันพบว่าทารกกลุ่มนี้มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทารกกกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตสูง จากการศึกษาของ Fanaroff AA และคณะ³ พบว่าอัตราการรอดชีวิตทารก VLBW ในสหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 85 เนื่องจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า บุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม สำหรับประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ยังมีข้อจำกัดด้านต่างๆ มีผลทำให้โอกาสรอดชีวิตของทารกกลุ่มนี้ยังน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 1,022 เตียง ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ลาว ทำให้ต้องมีการพัฒนาการดูแลให้ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนั้นการที่ทราบถึงปัญหาในการวินิจฉัยและรักษาย่อมนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด และลดการเสียชีวิตด้วยเหตุอันไม่สมควร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม
2. เพื่อศึกษาจำนวนและอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในโรงพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม
3. เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม

วัสดุวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 – ธันวาคม พ.ศ. 2559

เกณฑ์การคัดเข้า

ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์และมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 – ธันวาคม พ.ศ. 2559

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง
- 2) โคโรโมฆมผิดปกติ

การประมวลข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

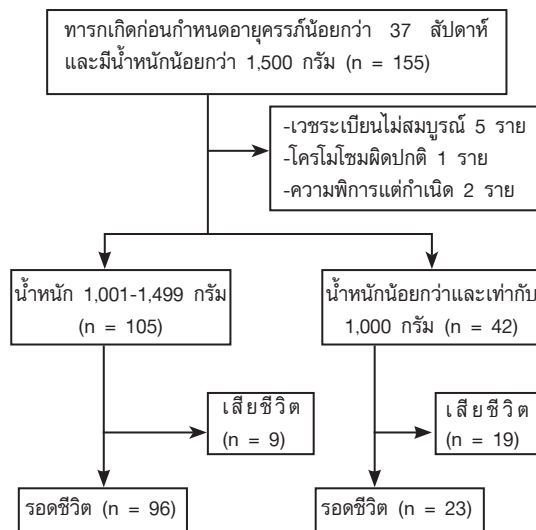
ผลการศึกษา

ในระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2558 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 รวมเวลา 2 ปี มีทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมที่เกิดมีชีพในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีทั้งหมด 155 ราย ถูกคัดออกจากการศึกษา 8 ราย เสียชีวิต 28 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามน้ำหนักแรกเกิด ดังนี้

ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,001-1,499 กรัม จำนวน 105 ราย

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าและเท่ากับ 1,000 กรัม จำนวน 42 ราย

ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 จำนวนทารกแบ่งตามน้ำหนักแรกเกิด

ข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย อายุครรภ์ (gestational age; GA) น้ำหนักแรกเกิด (birth weight; BW) เพศ ทารกที่มีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (small for gestational age; SGA) การฝากครรภ์ มารดาก่อนคลอด (antenatal care; ANC) การได้รับยาสเตียรอยด์ก่อนคลอด (full course antenatal steroid) วิธีการคลอด (mode of delivery) ภาวะน้ำคร่ำอักเสบ (chorioamnionitis) และ Apgar scores ที่ 1 และ 5 นาที พบว่า ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักเฉลี่ย 1,143.4 กรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 246.9) อายุ

ครรภ์เฉลี่ย 29.8 สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.6) ทารกที่มีน้ำหนักน้อยที่สุดที่รอดชีวิตมีน้ำหนัก 650 กรัม โดยทารกอายุครรภ์ต่ำสุดที่รอดชีวิตคือ 25 สัปดาห์ สัดส่วนทารกเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบ 6 รายและทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะก่อนคลอดมากกว่า 4 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของมารดาและทารก ตามปีปฏิทิน

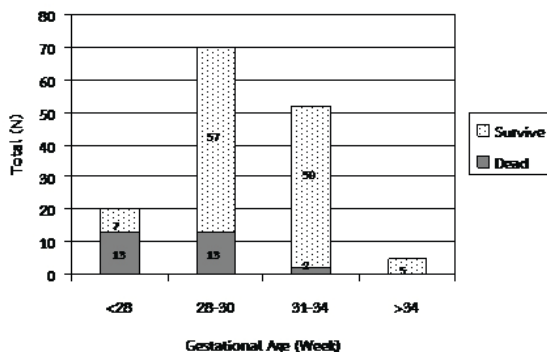
ข้อมูลพื้นฐาน	2558	2559	Total
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวน	94 (63.9)	53 (36.1)	147 (100)
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์) $\bar{x}$ (SD)	29.7 $\pm$ 2.5	29.8 $\pm$ 2.5	29.8 $\pm$ 2.6
น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย (กรัม) $\bar{x}$ (SD)	1,161.5 $\pm$ 239.7	1,111 $\pm$ 246.7	1,143 $\pm$ 246.9
$\leq 1,000$	24 (25.5)	18 (34)	42 (28.6)
1,001-1,499	70 (74.5)	35 (66)	105 (71.4)
เพศ			
ชาย	53 (56.4)	28 (52.8)	81 (55.1)
หญิง	41 (43.6)	25 (47.2)	66 (44.9)
ภาวะ SGA			
ไม่มี	74 (78.7)	33 (62.3)	107 (72.8)
มี	20 (21.3)	20 (37.7)	40 (27.2)
การฝากครรภ์ ANC			
ไม่ฝาก	4 (4.3)	3 (5.7)	7 (4.8)
ฝาก	90 (95.7)	50 (94.3)	140 (95.2)
การได้ยาสเตียรอยด์			
ก่อนคลอด			
ไม่ได้	46 (48.9)	25 (47.2)	71 (48.3)
ได้	48 (51.1)	28 (52.8)	76 (51.7)
วิธีการคลอด			
คลอดปกติ			
ผ่าตัดคลอด c/s	51 (54.3)	30 (56.6)	81 (55.1)
การติดเชื้อถุงน้ำคร่ำ			
อักเสบ			
ไม่มี	91 (96.8)	50 (94.3)	141 (95.9)
มี	3 (3.2)	3 (5.7)	6 (4.1)
คะแนน APGAR			
$\bar{x}$ (range)			
ที่ 1 นาที	7 (0-10)	6 (0-10)	7 (0-10)
ที่ 5 นาที	9 (1-10)	8 (1-10)	9 (1-10)

กลุ่มทารกที่เสียชีวิตทั้งหมด 28 ราย อายุครรภ์เฉลี่ย 27.1 ± 2.6 (24-33) สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 893.5 ± 246.6 (630-1,460) กรัม ทารกที่เสียชีวิตส่วนมากมีน้ำหนักน้อยกว่าและเท่ากับ 1,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 67.9 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.9 ค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 40.5 (1-153) วัน สาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะ RDS และ sepsis ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

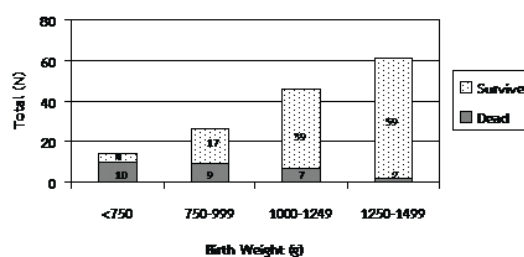
ตารางที่ 2 อัตราตายและสาเหตุการเสียชีวิต

Death	2558	2559	รวม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวน	17 (18)	11 (20.8)	28 (19)
อายุครรภ์(สัปดาห์)	27.1(2.6)	27.2(2.5)	27.1(2.6)
$\bar{X}$ SD			
น้ำหนักแรกคลอด			
(กรัม) $\bar{X}$ SD			
- $\leq 1,000$	798.3(37.6)	720.7(243.5)	769.7(128.8)
			(67.9)
- 1,001-1,499	1164.4(234.1)	1142.5(245.2)	1154.7(133.9)
			(32.1)
สาเหตุการตาย			
- RDS	9 (53)	6 (54.5)	15 (53.6)
- Sepsis	6 (35.2)	4 (36.4)	10 (35.7)
- Tension pneu	2 (11.8)	1 (9.1)	3 (10.7)
mothorax			
คะแนนAPGAR			
score** $\bar{X}$ (range)			
- 1 นาที	7 (0-9)	6 (0-10)	5 (0-10)
- 5 นาที	9 (1-9)	8 (1-10)	6 (1-10)

อัตราการรอดชีวิตแบ่งตามอายุครรภ์ (น้อยกว่า 28 สัปดาห์, 28-30, 31-34 และมากกว่า 34 สัปดาห์) พบว่าอัตราการรอดชีวิตของทารกมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการรอดชีวิตตามกลุ่มน้ำหนักตัว (น้อยกว่า 750, 750-999, 1,000-1,249, 1,250-1,499 กรัม) พบว่า อัตราการรอดชีวิตของทารกสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่มากขึ้นเช่นกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และ 3



แผนภาพที่ 2 อัตราการรอดชีวิตตามช่วงอายุครรภ์



แผนภาพที่ 3 อัตราการรอดชีวิตตามกลุ่มน้ำหนักตัว

ในระยะเวลา 2 ปี จำนวนทารกมีแนวโน้มลดลงจาก 94 ราย เป็น 53 รายตามลำดับ แต่พบว่าอัตราเสียชีวิตมีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 20.8 ภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลที่พบมาก 2 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (RDS) และโรคปอดเรื้อรัง (BPD) ตามลำดับ ทารกได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อตรวจภาวะเลือดออกในโพรงสมองทั้ง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.8 และ 24.5 ตามลำดับ ทารกทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาพิการ (ROP) ตามเกณฑ์ที่อายุหลังเกิด 4 สัปดาห์ และหลังอายุปรับ 31 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานอายุที่ทารกเริ่มได้นมมารดา 2 วัน (ระหว่าง 1-10 วัน) วัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย

Neonatal complications	2558 n (%)	2559 n (%)	Total n (%)
RDS	44 (46.8)	31 (58.5)	75 (51)
-Received surfactant	19 (20.2)	16 (30.2)	35 (23.8)
IVH	11 (11.7)	8 (15.1)	14 (9.5)
-Severe IVH(≥grade 3)	1 (1.1)	1 (1.9)	2 (1.4)
NEC	16 (17)	8 (15.1)	24 (16.3)
-NEC stage ≥ II	2 (2.1)	2 (3.8)	4 (2.7)
PDA			
-Medical treatment	20 (21.3)	15 (28.3)	35 (23.8)
-PDA ligation	1 (1.1)	1 (1.9)	2 (1.4)
BPD	18 (19.1)	12 (22.6)	40 (27.2)
ROP	13 (13.8)	10 (18.9)	23 (15.6)
-Laser	2 (2.1)	3 (5.7)	5 (3.4)
Sepsis (H/C positive)	10 (10.6)	6 (11.3)	16 (10.9)
Invasive mechanical ventilator	49 (52.1)	29 (54.7)	78 (53.1)
- Days**	7 (1-65)	14 (1-96)	9 (1-96)
(Median(range))	36 (0-120)	44 (0-153)	40 (0-153)
Length of stay (days) **	17 (18)	11 (20.7)	28 (19)
Death**			

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัมที่เกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ในระยะเวลา 2 ปีมีแนวโน้มลดลง น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1143.4 ± 246.9 กรัม อายุครรภ์เฉลี่ย 29.8 ± 2.6 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศ^{4,5} พบว่าใกล้เคียงกัน ในการศึกษาที่พบว่าทารกแรกเกิดที่ไม่ได้รับยาสูดก่อนคลอดในมารดาที่มีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Sritipsukho S⁶ พบว่ามารดาที่ไม่ได้รับยาสูดก่อนคลอดเพิ่มความถี่ของภาวะแทรกซ้อนทางสถิติ การศึกษาของ Doyle และคณะ⁷ พบว่าการให้ยาสูดก่อนคลอดในมารดาช่วยลดการเกิด RDS ที่รุนแรงได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ นอกจากนี้ NIH development program⁸ แนะนำให้ใช้ยาสูดก่อนคลอด พบว่าสามารถลด RDS IVH NEC และอัตราการตายได้

การศึกษาของปริยานุช ตรงฤทธิชัยการ⁵ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่าเท่ากับ 28 สัปดาห์, ELBW, คะแนน APGAR score ที่ 1, 5 นาที น้อยกว่า 5 การต้องใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่ในห้องคลอด บ่งบอกว่าทารกน่าจะมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งผลการศึกษใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sritipsukho S⁶ ในการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าเท่ากับ 28 สัปดาห์ และทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 750 กรัม มีอัตราการตายสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุครรภ์และน้ำหนักตัวที่มากกว่า ดังนั้นหากมีความร่วมมือระหว่างทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และแพทย์ จากโรงพยาบาลชุมชนในการประเมินทารกในครรภ์ การให้ยาสูดก่อนคลอดในมารดา การให้ยาปฏิชีวนะแก่มารดาเมื่อมีข้อบ่งชี้ การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน การเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดและทีมช่วยชีวิตเด็กที่ดี อาจจะช่วยลดอัตราการตายได้

การศึกษาของ Thorngren และคณะ⁹ พบว่าคะแนน APGAR score ที่ 5 นาที ที่ต่ำจะเพิ่มความถี่ของภาวะแทรกซ้อนทางสมองและอัตราการตาย ในการศึกษาพบว่าคะแนน APGAR score ที่ 5 นาทีของทารกทั้งหมดและทารกที่เสียชีวิตมีค่ามัธยฐานของคะแนน Apgar เท่ากับ 9 (ต่ำสุด-สูงสุด 1-10) และ 6 (ต่ำสุด-สูงสุด 1-10) ตามลำดับ ซึ่งให้ผลการศึกษาคลายกัน

การศึกษาของ Stool BJ และคณะ¹⁰ พบอุบัติการณ์ภาวะ RDS สูงมากกว่าร้อยละ 90 เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของปอดและการสร้างสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) และจำเป็นต้องได้รับ Surfactant ทดแทนตามข้อบ่งชี้ แต่ในการศึกษานี้พบภาวะ RDS ร้อยละ 51 และมีทารกที่ได้รับ Surfactant ร้อยละ 23.8 อาจเนื่องจากการศึกษานี้ทารกมีอายุครรภ์ที่มากกว่า นอกจากนั้นการเตรียมความพร้อมของทีมในการรับทารกแรกเกิด การให้แรงดันบวกตั้งแต่ในห้องคลอด (Early CPAP) การให้ Surfactant และเครื่องช่วยหายใจตามความเหมาะสมจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์การรักษาได้¹¹

ในการศึกษานี้พบว่าภาวะ RDS เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ให้ผลการศึกษาคลายกับการศึกษา

ของกนิษฐา กลิ่นราตรีและคณะ¹² และการศึกษาของ สรรธีรา วนสุวรรณกุล⁴ โดยปัจจุบัน^{13,14} พบว่าการใช้ Early CPAP ในทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก ช่วยลดภาวะ RDS และช่วยลดความรุนแรงได้ ลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจและ BPD ได้ นอกจากนี้การให้ Surfactant โดยเทคนิค INSURE¹⁵ ช่วยลดภาวะปอดถูกทำลายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบทารกที่ได้รับการให้ Surfactant โดยเทคนิค INSURE

พบทารกมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ผลเพาะเชื้อให้ผลบวก (sepsis-hemoculture positive) สูงใกล้เคียงกับการศึกษากนิษฐา กลิ่นราตรีและคณะ¹² และพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 โดยเชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Acinetobacter baumannii* MDR เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีระบบภูมิคุ้มกันร่างกายไม่สมบูรณ์ รวมทั้งมีผิวหนังที่บอบบาง เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผล ทารกกลุ่มนี้มักมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน (ค่ามัธยฐานจำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจในการศึกษานี้ 9 วัน (ค่าต่ำสุด 1-ค่าสูงสุด 96) วัน) หรือใส่สายสวนหลอดเลือดดำนาน ส่งผลให้มีการติดเชื้อได้ง่าย

การศึกษาของ Dunn L และคณะ¹⁶ พบว่าการให้ minimal enteral feeding ในทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม มีประโยชน์มาก ช่วยให้ทารกสามารถรับนมจนเต็มที่ได้เร็วขึ้นและมีผลดีต่อการเพิ่มความสมบูรณ์ของลำไส้ โดยนมที่ดีที่สุดคือนมแม่และควรเริ่มให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้าม ในการศึกษาทารกทุกรายได้รับนมแม่ ค่ามัธยฐานอายุที่ทารกเริ่มได้นมมารดา 2 (1-10) วัน ซึ่งการให้นมแม่สามารถป้องกันการเกิด NEC ได้^{17,18} ในการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิด NEC ร้อยละ 16.3 ซึ่งต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของรสสุคนธ์¹⁹ และสมชาย²⁰ ร้อยละ 23.3 และ 39.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังนมแม่ยังลดลดการเกิด ROP และความรุนแรงในทารกเกิดก่อนกำหนดด้วย

สรุป

อัตราการรอดชีวิตทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีใกล้เคียง

กับการศึกษาอื่นในประเทศไทย แต่แนวโน้มภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนดยังสูง การเตรียมความพร้อมในมารดาที่มีความเสี่ยงที่คลอดทารกเกิดก่อนกำหนดโดยสูติแพทย์และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มนี้โดยกุมารแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ จะสามารถช่วยให้ทารกกลุ่มนี้รอดมากขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Russell RB, Green NS, Steiner CA, Meikle S, Howse JL, Poschman K, et al. Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. *Pediatrics*. 2007; 120(1): e1-9.
2. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2007 period Linked Birth/Infant Death data set, United States: Natl Vital Stat Rep; 2011. 59:6.
3. Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, Stark AR, et al. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birth weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 147-8.
4. สรรธีรา วนสุวรรณกุล. ผลการรักษาของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าและเท่ากับ 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital* 2007; 13.
5. ปริยานุช ตรงฤทธิชัยการ. การศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1500 กรัม ในโรงพยาบาลชัยนาท. *ว.กุมารเวชศาสตร์* 2552; 48: 123-7.
6. Sritipsukho S, Suarod T, Sritipsukho P. Survival and outcome of very low birth weight infants born in a university hospital with level II NICU. *J Med Assoc Thai*. 2007 Jul; 90(7): 1323-9.
7. Doyle LW, Kitchen WH, Ford GW, Rickards AL, Kelly EA. Antenatal steroid thera-

py and 5-year outcome of extremely low birth weight infants. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 743-6.

8. The effect of antenatal steroid for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consens Statement Online 1994; 12(2): 1-24.

9. Throngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute APGAR score: a population-base register study of 1 million term births. *Obstet Gynecol* 2001; 98(1): 65-70.

10. Stool BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from NICHD neonatal research network. *Pediatrics* 2010; 126(3): 443-56.

11. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, et al. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory Syndrome in preterm infants. 2010 update. *Neonatology* 2010; 97(4): 402-17.

12. กนิษฐา กลิ่นราตรี, ฌานิกา โกษารัตน์, วัชรวิ ตันติประภา. อัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2553 และ 2558. *ว.กุมารเวชศาสตร์* 2560; 56: 51-9.

13. ปราโมทย์ ไพรสุวรรณา. Continuous positive airway pressure (CPAP). ใน: สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. Update neonatal care and workshop in neonatal care. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2545: 9-15.

14. Miksch R, Armbrust S, Pahnke J, Fusch C. Outcome of very low birth weight infants in Taiwan. *Acta Paediatr Taiwan* 2003; 44: 349-55.

15. Rojas-Reyes MX, Morley CJ, Soll R: Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012: CD000510.

16. Dunn L, Hulman S, Weiner J, Kliegman R. Beneficial effects of early hypocaloric enteral feeding on neonatal gastrointestinal function: preliminary report of randomized trial. *J Pediatr* 1988; 112(4): 622-9.

17. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. Breast feeding practice in premature infant. ใน: สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. *Neonatology* 2007. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2550: 12-23.

18. โสภภาพรณ เงินฉ่ำ. Nutritional management in preterm. ใน: สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. Update neonatal care and workshop in neonatal care. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2545: 210-29.

19. รสสุคนธ์ เจริญสัจยศิริ, สุภาภรณ์ สมหล่อ. การบริบาลทารกน้ำหนักตัวน้อยมากที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงสี่ปีของการเริ่มสหเวชกรรมใหม่. *ว.ศูนย์การแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2547; 21: 175-83.

20. สมชาย เล่าหุทัยวัฒนา. อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในทารกน้ำหนักตัวน้อยมากในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *ว.กุมารเวชศาสตร์* 2549; 45: 44-50.

การศึกษาประสิทธิภาพการระงับปวดหลังผ่าตัด Surgical Staging ในผู้ป่วยนิ่วไตด้วยวิธีการทำ Bilateral TAP Block ในโรงพยาบาลอุดรธานี

สุจิตรา ตันหัตตประเสริฐ วว. (วิสัญญีวิทยา) กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาประสิทธิภาพ การระงับปวดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่ที่พ่นหน้าท้องระหว่างชั้นกล้ามเนื้อทั้ง 2 มัด ทั้งชายและหญิง ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Bilateral TAP Block) ในผู้ป่วยนิ่วไตที่มาผ่าตัด Surgical Staging, low midline incision

สถานที่ศึกษา: ห้องผ่าตัด 504 ตึกเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุดรธานี

รูปแบบการศึกษา: Randomized Controlled Trial

วิธีการศึกษา: ศึกษาการระงับปวดด้วยวิธี Bilateral TAP Block under ultrasound guide หลังการผ่าตัดเพื่อแยกกระยะของโรคมะเร็งลงแผลผ่าตัดกึ่งกลางด้านล่าง (Surgical Staging, low midline incision) ในผู้ป่วยนิ่วไตในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 24 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มศึกษา (TAP) ที่ใช้วิธี Bilateral Tap Block และกลุ่มไม่ใช้ (no TAP) เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 12 ราย ติดตามเพื่อประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 0, 15 นาทีหลังต่อ iv PCA, 1, 6, 12, 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พร้อมเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการใช้ยา morphine ทั้งหมด ที่ผู้ป่วยต้องการเสริมในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา morphine iv PCA และความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้วยสถิติ Chi-square test และ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ t-test แสดงผลในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 95% Confidence interval กำหนดให้ p-value <0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะแทรกซ้อนแสดงในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะทั่วไป ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความปวดหลังผ่าตัด ณ เวลาที่ 1, 6, 12, 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อเริ่มเปลี่ยนอิริยาบถ กลุ่มศึกษามีระดับคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปริมาณการใช้ Morphine iv PCA ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มศึกษาใช้ปริมาณมอร์ฟีนทั้งสิ้น เฉลี่ย 14.8 มก. (SD 12.5) หรือ 0.4 ± 0.2 มก./กก. ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ปริมาณมอร์ฟีนทั้งสิ้น 52.8 มก. (SD 17.1) หรือ 1.0 ± 0.5 มก./กก. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การระงับปวดด้วยวิธี Bilateral TAP Block under ultrasound guide หลังการผ่าตัด Surgical Staging, Low Midline Incision ในผู้ป่วยนิ่วไต สามารถลดระดับความปวดได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: Bilateral TAP Block, ระดับความปวดหลังผ่าตัด, Surgical Staging

Efficacy of Post-operative Pain Control with Bilateral TAP Block in Gynecologic Patients Undergoing Surgical Staging in Udonthani Hospital

Sujitra Tantadprasert MD. Department of Anesthesiology, Udonthani Hospital

Abstract

Background: The Transversus Abdominis Plane (TAP) block is relatively regional anesthesia technique that provides analgesia to the parietal peritoneum as well as the skin and muscle of the anterior abdominal wall. It has a high margin of safety and is technically simple to perform, especially under ultrasound guidance.

Objective: To efficacy of post-operative pain control after Bilateral TAP block under ultrasound guided in gynecologic patient undergoing surgical staging, low midline incision

Setting: Operation theater No.504, Excellent Building, Udonthani Hospital

Study design: Randomized Controlled Trials.

Method: The study collected data from 24 gynecologic patients undergoing surgical staging, low midline incision under general anesthesia during December 2016-August 2017. Samples were allocated into 2 groups: Group TAP (12 patients) received bilateral TAP block under ultrasound guidance. Group no TAP (12 patients) no received block. The clinical data were records included post-operative pain assessment by VRS at 0, 15 min after start Morphine IV PCA 1, 6, 12, 24 hrs. Post-operative, morphine consumption in first 24 hrs. post-operative, side effect of Morphine IV PCA and satisfaction score. The statistical analysis was performed using Chi-square test for patients' characteristics, using t-test for mean, standard deviation and 95% confidence interval and using descriptive analysis for percentage.

Result: There were no other differences in patients' characteristic. Patients receiving bilateral TAP block were lower pain score (VRS) at 1, 6, 12, 24 hrs. post-operative and early ambulation than patients no receiving block. This was significant statistic difference ($p < 0.005$). The average dose of morphine consumption in 24 hrs.post-operative in Group TAP 14.8(12.5) mg. or 0.4(0.2) mg/kg.and in Group no TAP was 52.8(17.1) mg. or 1.0+0.5 mg/kg.

Conclusion: Bilateral TAP Block under ultrasound guided demonstrate good technique and good efficacy for acute post-operative pain controlled in 24 hrs. in gynecologic patients undergoing surgical staging, low midline incision.

Key words: Bilateral TAP Block, post-operative pain assessment, surgical staging

บทนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์เพศหญิงตรวจพบได้บ่อยและมีช่วงอายุที่เร็วขึ้นในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเพื่อแยกระยะของโรคมะเร็ง (Surgical Staging) เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้ผู้ป่วยจะมีการปวดภายหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง จากการสำรวจเก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 เดือน ณ โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 พบมีผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเพื่อแยกระยะของโรคมะเร็ง (Surgical Staging) ร่วมกับใช้เครื่องกดยาแก้ปวดด้วยตนเองชนิด Morphine (Morphine iv PCA) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อระงับปวด ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลอุดรธานีจำนวนทั้งสิ้น 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของจำนวนผู้ป่วยสูตินรีเวชทั้งหมดที่เข้าผ่าตัด พบว่าวิธีระงับปวดดังกล่าวให้ผลระงับปวดในระดับหนึ่งเท่านั้นในขนาดยาปกติที่นิยมใช้ ขณะเดียวกันได้ปรับขนาดยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถระงับปวดได้มากกว่าเดิมตามความต้องการของผู้ป่วย พบว่าอาการปวดภายหลังผ่าตัดดีขึ้น แต่ผู้ป่วยก็จะมีอาการจากภาวะแทรกซ้อนของการเพิ่มปริมาณยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เป็นอย่างมากและเป็นเวลานาน แม้จะปรับขนาดยาลดลงแล้วก็ตามจนผู้ป่วยต้องขอใช้การใช้เครื่องกดยาแก้ปวดด้วยตนเองชนิด Morphine ก่อนกำหนด

มีการศึกษาวิจัยทางเลือกการระงับปวดภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีในช่องท้องชนิดต่างๆ อีกวิธี คือ การฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ผนังหน้าท้องระหว่างชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องทั้ง 2 มัด ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Transversus Abdominis Plane (TAP) Block under Ultrasound Guided) พบว่า สามารถลดอาการปวดภายหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ง่ายทำให้ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย

เทคนิคการทำ TAP Block เพื่อระงับปวดเริ่มต้นถูกแนะนำโดย Dr. Rafi et al ในปี ค.ศ. 2001¹ และ McDonnell et al ในปี ค.ศ. 2004² โดย

ให้ผลระงับปวดแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องระดับที่ T10-L1 (Dermatome T10-L1) และสามารถกระจายสูงถึงระดับ Dermatome ที่ T7-T10 ได้ตามลักษณะความแตกต่างทางกายภาพของแต่ละคน ซึ่งในสมัยนั้นยังใช้เทคนิคการหาสามเหลี่ยมของเพติโดยการคลำ (Identification of the Triangle of Petit, Blind Technique) พบว่า มีประสิทธิภาพดีให้ผลลดปริมาณการใช้ Morphine ได้ถึง 33.3%-73.1%³ ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคนิคนำเครื่องอัลตราซาวด์มาใช้ โดยผู้ที่นำมาใช้เป็นครั้งแรก คือ Hebbard et al ในปี ค.ศ. 2007⁴ เพื่อเพิ่มความแม่นยำของตำแหน่งที่ต้องการฉีดยาชาเฉพาะที่ จากที่ผ่านมามีการศึกษา^{3,5} เป็นจำนวนมากที่นำ TAP Block มาระงับปวดภายหลังผ่าตัดด้วยวิธีในช่องท้องชนิดต่างๆ สำหรับการศึกษาเพื่อให้สามารถระงับปวดภายหลังผ่าตัด Surgical Staging ลงแผลผ่าตัดกึ่งกลางด้านล่าง (low midline incision) ได้เพียงพอจึงเลือกวิธีการทำแบบ Bilateral TAP Block⁶ ที่ตำแหน่ง Triangle of Petit ที่ระดับกึ่งกลางของรักแร้ และที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TAP Block under Ultrasound Guide แต่อย่างใด⁶

เพื่อต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดภายหลังการผ่าตัดจากเดิมด้วยวิธีใช้เครื่องกดยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ด้วยตนเอง (opioids iv PCA) ซึ่งเป็นเทคนิคมาตรฐาน (gold standard) สำหรับการระงับปวดภายหลังการผ่าตัดและต้องการลดภาวะแทรกซ้อนของยา opioids โดยยังสามารถทำให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้เร็วขึ้นภายหลังการผ่าตัด จึงได้นำวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วยเทคนิคการฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ผนังหน้าท้องระหว่างชั้นกล้ามเนื้อทั้ง 2 มัด ทั้งชายและหญิง ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Bilateral TAP Block, ultrasound guide) มาใช้ศึกษาในงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น คาดว่าวิธีการนี้จึงน่าจะเป็นทางเลือกใหม่เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการระงับปวดภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มาผ่าตัด Surgical Staging ในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยยังคงคำนึงถึงผลการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการระงับปวดภายหลังผ่าตัด Surgical Staging, low midline incision โดยตั้งสมมุติฐานไว้ว่า การทำ Bilateral TAP Block under Ultrasound Guide ในผู้ป่วยนิ่วที่มาผ่าตัด Surgical Staging, low midline incision สามารถลดระดับความปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Double Blinded Randomized Controlled Trial Study (RCT)

สถานที่ทำการศึกษาคือ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ชั้น 5 ห้องผ่าตัด 504 ตึกเขียวชาวน โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2560 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย คือ

1. เพศหญิง อายุ 20-70 ปี
2. ASA Classification I-II
3. ผ่าตัดชนิด Surgical Staging ตาม

ตารางนัดหมาย

4. ลงแผลผ่าตัดชนิด Low midline
5. ผ่าตัดโดยสูติรีแพทย์สาขามะเร็งเพียง

1 ท่าน ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia) อย่างเดียว

คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยการนำ Pilot study ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 5 ราย ได้ค่าเฉลี่ยระดับความปวดภายหลังผ่าตัด (mean±SD) ที่ 6 ชั่วโมง เท่ากับ 2.8 ± 1.4 หน่วย และ 6.0 ± 3.0 หน่วย กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type 1 error) ที่ 5% และ Power 90% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดสำหรับการศึกษากลุ่มละ 12 ราย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง ทุกชนิดทุกระยะ ผู้มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก มีประวัติแพ้ยาเฉพาะที่

ขั้นตอนการวิจัย

1. วิสัญญีแพทย์ผู้ทำการศึกษาคัดเลือกประชากรที่เข้าการศึกษา

2. อธิบายขั้นตอนการรักษาและประโยชน์ของการศึกษาอย่างละเอียด สอนวิธีการประเมินความปวดแบบ Visual Rating Scale (VRS) โดยใช้เส้นตรงยาว 10 ซม. แบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 ซม. โดยให้ทำการขึ้นบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนระดับความรุนแรงของความปวด

3. ผู้ป่วยจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีการสุ่มเลือกทางคอมพิวเตอร์ วิสัญญีพยาบาลผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้เปิดฉลากในเช้าวันผ่าตัด

4. วิสัญญีแพทย์ผู้ทำวิจัยซึ่งผ่านการฝึกอบรมการฉีดยาเฉพาะที่ด้วยวิธีการอาศัยเครื่องอัลตราซาวด์เป็นผู้เตรียมยาตามกลุ่มที่สุ่มได้ และเป็นผู้ลงมือทำการฉีดยาเฉพาะที่แต่เพียงผู้เดียวเมื่อผ่าตัดเสร็จ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (TAP) ได้ฉีดยาละลายที่มีส่วนผสมของ 0.5% Levobupivacaine 30 มิลลิลิตร 2% Xylocaine with ADR (1:80,000) 10 มิลลิลิตร Dexamethasone 8 mg (2 มิลลิลิตร) รวม 42 มิลลิลิตร แบ่งฉีดยา 2 ข้างซ้ายขวาของแผลผ่าตัด ข้างละ 21 มิลลิลิตร ส่วนกลุ่มควบคุม (No TAP) ไม่ได้ฉีดยาละลาย เพียงใช้สำลีแห้งปิดแผลสเตอริลไว้ที่ผนังหน้าท้องทั้ง 2 ข้าง

การบันทึกข้อมูลประกอบด้วย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ASA Classification การใช้ยาแก้ปวดก่อนผ่าตัด ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ฉายรังสีรักษา ผ่านการผ่าตัดในช่องท้อง ระยะเวลาผ่าตัด

2. ระดับคะแนนความปวดภายหลังผ่าตัด ณ เวลาที่ 0, 15 นาทีหลังต่อ iv PCA และ 1, 6, 12, 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด รวมถึงจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนอิริยาบถพร้อมประเมินระดับคะแนนความปวด

3. ปริมาณความต้องการ Morphine ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด

4. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ Morphine iv PCA คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคัน อาการง่วงซึม

5. ประเมินความพึงพอใจต่อการให้การรักษ เพื่อระงับปวด

ในห้องผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายงดน้ำและอาหารมาอย่างน้อย 8 ชม. ผู้ป่วยได้รับการติดอุปกรณ์เฝ้าระวังพร้อมบันทึกสัญญาณชีพด้วย วัดความดันโลหิตทุก 5 นาที, คลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา วัดการอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วตลอดเวลา, วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ผู้ป่วยทุกรายได้สูดดมออกซิเจนความเข้มข้น 100% เป็นเวลา 5 นาที นำสลบทางหลอดเลือดด้วย Propofol 2 mg/kg, Morphine 0.1 mg/kg ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ Cisatracurium 0.15 mg/kg และตลอดการระงับความรู้สึกใช้ Cisatracurium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ ใช้ Morphine เป็นยาแก้ปวด ใช้ยาดมสลบไอระเหยชนิด Sevoflurane จึงอนุญาตให้เริ่มผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จเย็บปิดผนังหน้าท้องพร้อมปิดแผลด้วยผ้าก๊อชเรียบร้อย แต่ยังไม่ปลุกผู้ป่วย จึงเป็นขั้นตอนการทำ Bilateral TAP Block under Ultrasound guide เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นปิดยาดมสลบไอระเหย ปรับความเข้มข้นออกซิเจน 100% ด้วยอัตราการไหล 6 ลิตรต่อนาที ตามด้วยฉีดยาแก้ฤทธิ์การหย่อนกล้ามเนื้อด้วย Prostigmine 0.05 mg/kg, Atropine 0.02 mg/kg ทางหลอดเลือดดำก่อนถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกรายต้องทำตามคำสั่งได้ กำมือได้แน่น กลืนได้ และยกศีรษะค้างได้นาน 5 วินาที จากนั้นส่งผู้ป่วยสู่ห้องพักฟื้น (PACU) เป็นเวลา 1 ชม. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและประเมินระดับความปวดโดยพยาบาลห้องพักฟื้นซึ่งไม่ทราบกลุ่มศึกษาและไม่ได้อยู่ในทีมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้ VRS score ที่เวลา 0 ชม.หลังผ่าตัดเมื่อมาถึง PACU จากนั้นผู้ป่วยทุกรายได้ต่อเครื่องกดยาแก้ปวดด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ชนิด Morphine (Morphine iv PCA only mode) Protocol ดังนี้ Morphine conc. 1 mg/ml, PCA dose 1mg/dose, Lock out 5 min, 4 hr Limit 30 mg เพื่อระงับปวดสำรองกรณีผู้ป่วยปวดมากจากนั้นอีก 15 นาทีจึงประเมินระดับความปวดอีกครั้ง และ

อีกครั้ง ณ เวลาที่ 1 ชม. จากนั้นจะส่งตัวต่อไปยังหอผู้ป่วยเมื่อผ่านเกณฑ์ตาม Recovery score โดยเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกของห้องพักฟื้นโรงพยาบาลอุดรธานีที่หอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยผู้เก็บข้อมูลที่ไม่ทราบกลุ่มการศึกษาและไม่อยู่ในทีมผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลประเมินระดับความปวด ณ เวลาที่ 6, 12, 24 ชม. หลังผ่าตัด บันทึกจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนอิริยาบถในครั้งแรก พร้อมประเมินระดับความปวดเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ อีกทั้งเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาแก้ปวดคือ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคัน อาการง่วงซึม

ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรวบรวมโดยใช้โปรแกรม Stata Version 12 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้วยสถิติ Chi-square test และการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิตินำมาวิเคราะห์โดยใช้ t-test แสดงผลในรูปของ mean+SD กำหนดให้ p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาแก้ปวดชนิดกดด้วยตนเองแสดงผลในรูปจำนวนและร้อยละ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาร่วมใจ พร้อมลงนามบันทึกความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ทำ TAP 12 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ทำ TAP 12 ราย ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ดรรชนีมวลกาย ASA Classification การใช้ยาแก้ปวดก่อนผ่าตัดใน 24 ชม ระดับความปวดก่อนผ่าตัด ผ่านการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ฉายรังสีรักษา ผ่านการผ่าตัดในช่องท้อง และระยะเวลาผ่าตัด ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	TAP (n =12) Mean±SD	No TAP (n =12) Mean±SD	p- value
อายุ (ปี)	47.6±10.6	55.0±6.7	0.050
น้ำหนัก (กก.)	56.6±14.9	53.7±9.4	0.564
BMI (กก./ตร.ม.)	23.5±4.8	22.2±3.8	0.478
ASA Class (จำนวน/ร้อยละ)			
I	7/58.3	9/75	0.386
II	5/41.6	3/25	
ใช้ยาแก้ปวดมาก่อนภายใน 24 ชม. (จำนวน)	0	0	1.000
VRS at baseline ก่อน ผ่าตัด (คะแนน)	0	0	1.000
การรักษาที่ได้รับมาก่อน (จำนวน/ร้อยละ)			
Chemotherapy	2/16.67	1/8.3	0.537
Radiation therapy	1/8.3	0/0	0.307
Status post Abdominal surgery	1/8.3	1/8.3	1.000
Operation time (นาที)	95.4±20.2	92.1±26.6	0.733

การประเมินความปวดภายหลังการผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ณ เวลาที่ 0, 15 นาทีหลังต่อยากดแก้ปวด คะแนนความปวดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ขณะที่ ณ เวลาที่ 1, 6, 12 และ 24 ชม. หลังผ่าตัด และเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ กลุ่ม TAP มีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่ม No TAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่ม TAP เริ่มเปลี่ยนอิริยาบถเร็วกว่ากลุ่ม No TAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	TAP (n =12) Mean±SD	No TAP (n =12) Mean±SD	p- value	Mean differ- ence	95% CI
I VRS ณ เวลาต่างๆ					
At PACU	4.9±3.7	7.3±2.4	0.069	2.41	(-0.21)-5.04
15 min หลังต่อ iv PCA	6.1±2.6	7.9±2.2	0.072	1.83	(-0.18)-3.84
1 hr. post-op	3.6±2.3	6.7±2.7	0.006	3.08	0.98-5.18
6 hr. post-op	2.6±0.9	5.9±1.8	<0.001	3.33	2.14-4.52
12hr. post-op	2.8±0.8	4.8±1.5	<0.001	2.00	0.97-3.02
24hr. post-op	2.3±0.8	3.8±1.6	0.009	1.50	0.41-2.58

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	TAP (n =12) Mean±SD	No TAP (n =12) Mean±SD	p- value	Mean differ- ence	95% CI
II Morphine consumption in 24 hrs.					
Total(mg)	24.8±12.5	24.8±12.5	<0.001	28.08	15.37-40.79
Average(mg/kg)	0.4±0.2	0.4±0.2	0.002	0.54	0.23-0.85
III เริ่ม ambulation หลังผ่าตัด (hr.)					
	16.2±8.8	18.5±7.7	0.500	2.34	(-4.68)-9.36
IV VRS ambulate					
	3.4±0.8	5.3±1.5	<0.001	1.91	0.90-2.93
V Satisfaction score					
	4.4±0.7	3.6±1.1	0.034	0.83	(-1.59)-(-0.07)
VI Side effect of Morphine iv PCA					
				Prop diff	
PONV	0	5(41.7)	0.012	0.42	(-0.69)-(-0.07)
Itching	0	0	1.000	0	0
Sedation	0	0	1.000	0	0

Values are mean ±SD, 95% CI, and percentage (%)

สำหรับปริมาณการใช้ Morphine iv PCA ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่ม TAP ใช้ปริมาณ Morphine ทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่ม No TAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตามตารางที่ 2

ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ Morphine iv PCA ใน 24 ชม. แรกหลังผ่าตัด กลุ่ม No TAP มีอุบัติการณ์เกิดคลื่นไส้อาเจียน มากกว่ากลุ่ม TAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงตามตารางที่ 2

คะแนนความพึงพอใจต่อการให้บริการระงับปวดด้วยเทคนิคฉีดยาเฉพาะที่ Bilateral TAP Block พบว่ากลุ่ม TAP มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่ม No TAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงตามตารางที่ 2

วิจารณ์

ปัจจุบันการระงับปวดหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้องนิยมเลือกเทคนิคการทำ Transversus Abdominis Plane Block (TAP Block) ที่ให้ประสิทธิภาพดีใน

การระงับปวดภายหลังการผ่าตัดและเพิ่มศักยภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อเร่งฟื้นฟูให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Enhanced Recovery After Surgery = ERAS) สามารถระงับปวดภายหลังผ่าตัดชนิดต่างๆ เช่น การผ่าตัดใหญ่ของอวัยวะในช่องท้อง (Major Abdominal Surgery)⁷ ผลการศึกษาพบว่าการทำ TAP Block ที่ตำแหน่ง Bilateral Lumbar Triangles of Petit ในกลุ่มผู้ที่มาผ่าตัดลำไส้ใหญ่ (Large Bowel Resection) ลงแผลผ่าตัดชนิด Midline incision ให้ผลระงับปวดภายหลังผ่าตัดได้ดีใน 24 ชั่วโมงแรกโดยไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อน เมื่อวิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้นได้นำเครื่องอัลตราซาวด์มาใช้เพื่อช่วยเพิ่มความสำเร็จของการทำ TAP Block ในกลุ่มผู้ที่มาผ่าตัดชนิด Major Open and Laparoscopic Abdominal Surgery⁸ โดยเพิ่มตำแหน่งการทำ TAP Block เป็น 4 จุด เพื่อหวังให้ระงับปวดภายหลังผ่าตัดได้ครอบคลุมผนังหน้าท้องทั้งหมดทั้งส่วนบนและส่วนล่าง (T6-T9 และ T10-T12 ตามลำดับ) ทั้งชายและหญิง ผลการศึกษา พบว่า ให้ประสิทธิภาพการระงับปวดได้ดีเยี่ยม นอกจากนี้มีการรวบรวมงานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 2007-2010 เกี่ยวกับการทำ TAP Block ทั้งแบบ Unilateral และ Bilateral⁹ เพื่อระงับปวดในการผ่าตัดชนิด ผ่าตัดคลอด (Cesarean delivery), ผ่าตัดมดลูก (Trans Abdominal Hysterectomy), ผ่าตัดส่องกล้องในอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Gynecological Laparotomy), ผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy), ผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy), ผ่าตัดลำไส้ทั้งแบบเปิดและส่องกล้อง (Open and Laparoscopic Colorectal Surgery) รวมถึงการผ่าตัดตัดกระเพาะอาหาร (Aesthetic Post-bariatric Abdominoplasty) ผลการศึกษา พบว่า สามารถระงับปวดภายหลังการผ่าตัดได้ แต่ยังคงต้องการการระงับปวดแบบหลายชนิดร่วมกัน (Multimodal Analgesia) ต่อมามีการรวบรวมงานวิจัยอีกครั้งในช่วงปี ค.ศ. 2006-2011 เกี่ยวกับการทำ TAP Block ผลการศึกษาส่วนใหญ่สรุปว่า การทำ TAP

Block ให้ผลระงับปวดภายหลังผ่าตัดได้เหนือกว่าเมื่อเทียบกับการระงับปวดด้วยการใช้เครื่อง IV PCA แต่ให้ผลระงับปวดภายหลังผ่าตัดด้อยกว่าเมื่อเทียบกับการระงับปวดด้วยวิธีการฉีดยาเข้าช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural Analgesia) ในทุกๆชนิดของการผ่าตัดทั้ง Upper and Lower Abdominal Surgery ยกเว้นการผ่าตัดมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Gynecological Malignant Surgery) กลับพบว่าการระงับปวดด้วย TAP Block ให้ผลไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับการใช้เครื่อง IV PCA ทั้งที่เป็นการผ่าตัดบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง โดยผู้รวบรวมงานวิจัยได้อภิปรายไว้ว่าจะเกิดจาก กลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาส่วนมากเป็นสตรีที่มีน้ำหนักมาก ยากต่อการทำ TAP Block อีกทั้งผู้ทำการศึกษานี้เลือกแพทย์ฝึกหัดที่มีประสบการณ์น้อยเป็นผู้ทำ TAP Block นั้นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพการทำ Bilateral TAP Block ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในการระงับปวดผู้ป่วยนรีเวชที่มาผ่าตัด Surgical Staging, low midline incision โดยประเมินระดับความปวดด้วย Visual Rating Scale (VRS) 0-10 คะแนน หลังผ่าตัด ณ ช่วงเวลาต่างๆ พร้อมประเมินปริมาณ Morphine IV PCA ที่ใช้ระงับปวดภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ในกลุ่ม TAP ให้ผลระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพดีมาก ณ เวลาที่ 1, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และเมื่อเริ่มเปลี่ยนอิริยาบถ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับปริมาณ Morphine IV PCA ที่ใช้ระงับปวดภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก น้อยกว่ากลุ่ม no TAP อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีตที่กล่าวมาข้างต้น

ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้ ทางผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นผลจากปัจจัยดังต่อไปนี้ อาทิเช่น ประสิทธิภาพ ความชำนาญของผู้ทำการฉีดยาเฉพาะที่ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์, วิวัฒนาการความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการสร้างและพัฒนาเครื่องอัลตราซาวด์ที่มีคุณสมบัติเฉพาะในการหาเส้นประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง และช่วยชี้จุดหรือตำแหน่งที่ต้องการฉีดยาเฉพาะ

ที่ได้ชัดเจนและแม่นยำ อีกทั้งยังมีข้อดีที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทในระหว่างการฉีดยาเฉพาะที่ นอกจากนี้ปัจจุบันยังพบว่าได้มีการพัฒนาเข็มสำหรับการฉีดยาเฉพาะที่ที่สามารถช่วยกำหนดทิศทางของเข็มในการหาจุดที่ต้องการฉีดยาเมื่อใช้ร่วมกับเครื่องอัลตราซาวด์ ยิ่งทำให้เพิ่มความแม่นยำการฉีดยาเฉพาะที่ได้มากขึ้นไปอีก แต่ในการศึกษานี้ทางผู้วิจัยไม่ได้ใช้เข็มพิเศษนั้น ส่วนในเรื่องของน้ำหนักตัวและขนาดความหนาของผนังหน้าท้องของผู้ป่วยที่อาจเป็นกังวลว่าจะเป็นอุปสรรคในการลดโอกาสต่อความสำเร็จนั้น จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักสูงสุด (85 กิโลกรัม) ในกลุ่มทดลอง (TAP Group) สามารถระงับความปวดภายหลังการผ่าตัดได้เป็นอย่างดี จึงทำให้เชื่อมั่นว่า น้ำหนักตัวและความหนาของผนังหน้าท้องที่มากจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำ TAP Block ด้วยการใช้เครื่องอัลตราซาวด์แต่อย่างใด แต่อาจมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย คือ จำเป็นต้องมีขนาดความยาวของเข็มที่ยาวเพียงพอต่อความหนาของผนังหน้าท้องเท่านั้น

ในส่วนของชนิด, ความเข้มข้น, ปริมาณของสารละลายหลัก และสารละลายผสมที่ใช้ร่วมในการทำ TAP Block จากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰ การทำ Bilateral TAP Block ด้วยอัลตราซาวด์ ในการผ่าตัดคลอดด้วยการระงับความรู้สึกชนิดฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อศึกษาหาเภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic) ของยาชาชนิด Bupivacaine พบว่า สามารถใช้สารละลาย 50 mg Bupivacaine ต่อการ Block 1 ข้าง จะให้ Total Plasma Bupivacaine Concentration ที่ปราศจากภาวะเป็นพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้มีการศึกษานำเอาสารละลายผสมชนิดต่างๆ เช่น Dexmedetomidine¹¹ มาผสมกับยาชาเฉพาะที่ ผลการศึกษพบว่า การผสม Dexmedetomidine ร่วมกับ 0.5% Bupivacaine เพื่อทำ TAP Block สามารถลด VAS และ Morphine consumption ภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในบริบท รพ.อุดรธานีนั้นไม่สามารถนำ Dexmedetomidine มาใช้อย่างแพร่

หลายได้เนื่องจากเป็นกลุ่มยานอกบัญชียาหลัก จึงไม่ได้นำมาใช้เป็นสารละลายผสมในการศึกษานี้ แต่ยังมีสารละลายผสมอีกชนิด คือ Dexamethasone ที่เป็นสารละลายผสมที่ผู้วิจัยหลายท่านเลือกที่จะนำมาผสมกับสารละลายหลักในการทำ Peripheral Nerve Block ชนิดต่างๆ 12-14 พบว่าให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน คือ Dexamethasone ขนาด 4-10 mg สามารถเพิ่มระยะเวลาการระงับปวดภายหลังการผ่าตัด และสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็วทั้ง motor และ sensory block อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการผสม Dexamethasone ร่วมกับยาชาเฉพาะที่ชนิด Intermediate Acting (Lidocaine, Mepivacaine) และยาชาเฉพาะที่ชนิด Long Acting (Bupivacaine, Ropivacaine) ต่อมา มีการศึกษาผลของยา 15 0.5% Levobupivacaine ผสมกับ Dexamethasone 8 mg เป็นสารละลายสำหรับทำ Brachial Plexus Block ผลการศึกษพบว่า ให้ผลสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น อีกทั้ง Levobupivacaine มีคุณสมบัติไม่เป็นพิษต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเหมือน Bupivacaine อีกด้วย

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สารละลายสำหรับทำ Bilateral TAP Block ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ชนิด 0.5% Levobupivacaine 15 มิลลิลิตร ผสมกับ 2% Lidocaine with ADR (1:80,000) 5 มิลลิลิตร ผสมกับ Dexamethasone 4 mg (1 มิลลิลิตร) รวมเป็นสารละลายทั้งสิ้น 21 มิลลิลิตร ต่อการ Block 1 ข้าง เพื่อหวังประสิทธิภาพที่ดีและความปลอดภัยของสารละลายหลักและสารละลายผสมตามการศึกษาข้างต้น จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าสามารถให้ผลระงับปวดภายหลังผ่าตัดได้ยาวนานถึง 24 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดใดจากการทำ TAP Block ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อจำกัด

1. มีข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติที่จะทำ TAP block คือ จำเป็นต้องทำโดยวิสัญญีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการฉีดยาเฉพาะที่ร่วมกับการใช้เครื่อง

อัลตราซาวด์

2. ผู้ป่วยทุกรายที่ผ่าตัด Surgical Staging อาจไม่ได้รับเลือกให้ทำได้ทำ TAP Block จากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรังทุกชนิด ทุกระยะ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาชาเฉพาะที่ และความไม่พร้อมของวิสัญญีแพทย์ที่จะทำ

สรุป

การทำ Bilateral TAP Block under Ultrasound Guide ในผู้ป่วยนรีเวชที่มาผ่าตัด Surgical Staging, low midline incision สามารถลดระดับความปวด และลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิด Morphine iv PCA ใน 24 ชม.หลังการผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันต์ธีร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคพยาธิวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิต ที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และตรวจสอบงานวิจัย ขอขอบคุณวิสัญญีแพทย์วิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. An Rafi. Abdominal Field Block: a New Approach Via The Lumbar Triangle. Anesthesia. 2001 Oct;56(10): 1024-6.

2. JG McDonnell, BD O'Donnell, D Tuite, T Fawell, C Power. The Regional Abdominal Field Infiltration Technique Computerized Tomographic and Anatomical Identification of a Novel Approach to the Transversus Abdominis Neuro-Vascular Fascial Plane, in proceedings

of the American Society of Anesthesiologist Annual Meeting, 2004, A899.Abstract.

3. J.M.Findlay, S.Q.Ashraf, P.Congahan. Transversus Abdominis Plane Block –A review. The Surgeon, Journal of The Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland. 2012: 361-7

4. P Hebbard, Y Fujiwara, Y Shibata, C Royse. Ultrasound Guided Transversus Abdominis Plane Block. Anesthesia & Intensive Care. 2007; 35(4): 616-7

5. X. Zhao, Y. Tong, H.Ren, X. Bing ding, X. Wang, J.YingZong. Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Analgesia after Laparoscopic surgery: a Systemetic Review and Meta-analysis. Int J ClinExp Med 2014; 7(9): 2966-75.

6. K Mukhtar. Transversus Abdominis Plane (TAP) Block. The Journal of New York School of Regional Anesthesia 2009; (12): 31-33.

7. JG McDonnell, BD O'Donnell, G Curley, A Heffernan, C Power, JG Laffey. The Analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. AnesthAnalg 2007 Jan; 104(1): 193-7.

8. Borglum J, Mashmann C, Belhage B, Jensen K. Ultrasound guided bilateral dual transversus abdominis plane block: a new four-point approach. Acta Anaesthesiol Scand 2011 Jul; 55(6): 658-63.

9. Mark J.Young, Andrew W.Gorlin, Vicki E.Modest, Sadeq A. Quraishi. Clinical Implications of the Transversus Abdominis Plane Block in Adult: Review Article. Anesthesiology Research and Practice 2012: 1-11.

10. Trabelsi B, Charfi R, Bennasr L, Marzouk SB, Eljebari H, Jebabli N. Phar-

marcokinetics of bupivacaine after bilateral ultrasound-guided transversus abdominis plane block following cesarean delivery under spinal anesthesia. *Int J ObstetAnesth* 2017 Apr; 22:Abstract.

11. Aksu R, Patmano G, Bicer C, Emek E, Coruh AE. Efficacy of bupivacaine and association with dexmedetomidine in transversus abdominis plane block ultrasound guided in postoperative pain of abdominal surgery. *Rev Bras Anesthesiol* 2017 May; 24:Abstract.

12. Huynh TM, Marret E, Bonnet F. Combination of dexamethasone and local anesthetic solution in peripheral nerve blocks: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Anaesthesiol* 2015 Nov; 32(11): 751-8.

13. Alarasan AK, Agrawal J, Choudhary B, Melhotra A, Uike S, Mukherji A. Effect of dexamethasone in low volume supraclavicular brachial plexus block: A double-blinded randomized clinical study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2016 Apr-Jun; 32(2): 234-9.

14. Sherif AA, Elersy HE. Dexamethasone as adjuvant for femoral nerve block following knee arthroplasty: a randomized controlled study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2016 Aug; 60(7): 977-87.

15. Pani N, Routray SS, Mishra D, Pradhan BK, Mohapatra BP, Swain D. A Clinical comparison between 0.5% Levobupivacaine and 0.5% Levobupivacaine with dexamethasone 8 mg combination in brachial plexus block by the supraclavicular approach. *Indian J Anaesth* 2017 Apr; 61(4): 302-7.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี

อุไรวรรณ พลชา พย.บ., พรรณวรดา สุวัน พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา (Development Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี 2) ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหอผู้ป่วยและ 3) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย /ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) โดยทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากสหสาขาวิชา ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนพฤศจิกายน 2560 กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จำนวน 50 คน และ 2) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอุดรธานี ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จำนวน 25 คน ได้จากการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละฉบับ ๆ ละ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.8-1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติและ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใส่สถิติพรรณนา เขียนรายงานสรุปและประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่า

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3 ประการคือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การจัดการความปวดและการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติรายวันให้ครอบคลุมสำหรับป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ประการ

2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.24 ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.24)

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี อยู่ในระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.10 ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.10)

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี มีขั้นตอนการพัฒนาตามมาตรฐานสากลและมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน แต่การนำไปปฏิบัติจริงยังมีความยุ่งยากในประเด็นการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันเนื่องจากแบบประเมินหลายฉบับและผู้ใช้แบบประเมินไม่มีความชำนาญ จึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาความรู้ให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหัก ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจ

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Complications prevention hip fracture in senile Udonthani Hospital

Uraivan ponsa, Udonthani hospital, Panwarada Suwan, Lecturer, Ratchathani University

Abstract

The aim of this developmental research was to 1) develop a clinical nursing practice of complications prevention in elderly's hip fracture guideline at Udonthani hospital 2) possibility of implementing guidelines in patient care and study the level of satisfaction of patient, family and caregiver to clinical nursing practice of complications prevention in elderly's hip fracture. This model of nursing practice is divided into 3 phases 12 stage by applying conceptual framework from National health and medical research council by the multidisciplinary practice development team which was conducted during March to November 2017. Samples were 2 groups of 50 IPD registered nurses in orthopedics department and 25 patients/families/caregivers elderly's hip fracture from convenience sampling method. The research instruments were checked for content validity by 3 qualified practitioners in each issue. The tools used in the study were questionnaires with the content validity index [cvi] = 0.8-1 and data analysis was descriptive statistics.

The Results was found as following;

1. A Nursing practice guidelines to prevent complications of hip fracture in senile Udonthani hospital preventing for 3 complications are the prevention of pressure sore, pain management and prevention of delirium. It is a comprehensive daily practice guide to prevent complications.

2. A Nursing practice guidelines to prevent complications of hip fracture in senile Udonthani hospital. It is possible to use at a high level. The mean score was 3.99 ($\bar{X}$ = 3.99; 0.24)

3. The satisfaction of the patients, caregivers or families toward a nursing practice guidelines to prevent complications of hip fracture in senile Udonthani hospital were highest level ,mean point average is 3.58 ($\bar{X}$ = 3.58; 0.10).

A Nursing practice guidelines to prevent complications of hip fracture in senile Udonthani hospital have development process is in accordance with international standards and has clear guidelines. It is possible to use. However, the guidelines have been difficult to apply in practical issues to prevent delirium due to the many of assessments form and unskilled users. It should be noted that the user should develop knowledge to practice before it can be used effectively. It should be evaluated and trained to educate the users of the practice before applying the guideline.

Key words: Nursing practice guidelines, Senile, Hip fracture, Complication, Satisfaction

บทนำ

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ (Hip fracture in senile) มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพสูง เนื่องจากกระดูกสะโพกหักจะมีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย อัตราตายและค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลที่ยาวนาน กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พบบ่อยและคาดการณ์ว่าจะมีอัตราสูงขึ้นในอนาคต¹ อุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักทั่วโลกตั้งแต่ ปี ค.ศ.1990 มากกว่า 1,300,000 ราย² ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4,500,000 ราย ใน ปี ค.ศ. 2025³ ในปี ค.ศ. 2003 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 354,000 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในปี ค.ศ. 2014 มีผู้ป่วยมากกว่า 320,000 ราย ที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และประมาณการณว่าในปี ค.ศ. 2040 จะเพิ่มเป็น 500,000 ราย⁴

โดยกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราส่วนจะสูงขึ้นตามจำนวนประชากรและอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่แตกต่างจากประเทศแถบเอเชียและประเทศกำลังพัฒนาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน² ในการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อดูแนวโน้มของการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในแถบเอเชีย คาดว่าจะมีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45 ในปี 2568⁵

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 20 จะเสียชีวิตในช่วงปีแรกและยังพบว่าผู้ที่มีชีวิตอยู่หลังจาก 1 ปี จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวรวมทั้งการมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน อาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามอายุ เนื่องจากมีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ⁶ ภาวะกระดูกสะโพกหักจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก⁷ จนส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่อยากอาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง⁸ จนทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาในผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวล กลัวหกล้ม ทำให้สภาพจิตใจเลวลง มีภาวะสับสน ความจำเสื่อม ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ^{9,10} มีความเครียดจากการปรับตัวเพื่อให้อยู่ภาวะที่ต้องพึ่งพา การมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ทำให้มี

ปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง¹¹ ซึ่งภาวะกระดูกสะโพกหักนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ทำให้ทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด⁸ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีชีวิตอยู่หลัง 1 ปี เพียงร้อยละ 40 ที่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ และร้อยละ 54 สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ส่วนที่เหลือมีความต้องการในการดูแลอย่างมากในทุกด้าน⁸ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในระดับสูงมากเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากกระดูกสะโพกหัก

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ฟื้นสู่สภาพปกติโดยเร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การผ่าตัดเป็นทางเลือกหลักสำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาในรายที่ไม่มีข้อจำกัดเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้เร็วขึ้น ภายหลังผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นตามมา¹¹ อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะมีผลที่ดีมากแต่ก็ยังพบปัญหาแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด¹² การติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ ระบบหายใจ แผลกดทับได้¹³ ที่พบมากคือการเลื่อนหลุดของข้อสะโพกซ้ำ¹⁴ อีกทั้งพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดใหญ่และหลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตันยังเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย¹⁵ จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเป็นแหล่งบริการด้านสุขภาพประจำจังหวัดและเป็นศูนย์รับดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ในปี พ.ศ. 2557-2559 โรงพยาบาลได้รับการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 213 210 และ 315 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 116 139 และ 209 คนคิดเป็นร้อยละ 54.16 66.69 และ 66.34 ตามลำดับ ที่เหลือได้รับการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด โดยมีค่าเฉลี่ยวันนอนจำนวน 25.32 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ

แทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะเส้นเลือดดำชั้นลึกอุดตัน เป็นต้น ทั้งนี้มีคำรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในขณะนอนโรงพยาบาล เฉลี่ยจำนวน 102,281 บาท/คน¹⁶ ถือเป็นคำรักษาพยาบาลที่เป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยประเภทอื่นๆ ของผู้สูงอายุ จากการทบทวนแฟ้มประวัติของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 30 ราย พบว่า ปัจจัยหลักๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เข้าสู่ระบบการรักษาได้ช้าและสูญเสียงบประมาณการรักษาคือเป็นจำนวนมากนั้นเกิดจากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล

จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งในด้านค่าใช้จ่ายที่นับได้และนับไม่ได้เป็นจำนวนมากมหาศาล จากการวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 เรื่องนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷⁻²⁰ พบว่า การให้การพยาบาลในประเด็นหลักที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การจัดการความปวด การป้องกันภาวะเพื่อสับสนเฉียบพลัน และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ ผู้ป่วยจะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นที่สุด เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วและเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ตามเวลาที่กำหนดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของโรงพยาบาลอุดรธานี ในการจัดตั้งให้ Excellent joint unit center ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลและให้การพยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นจึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งสำหรับป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอันเกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุได้

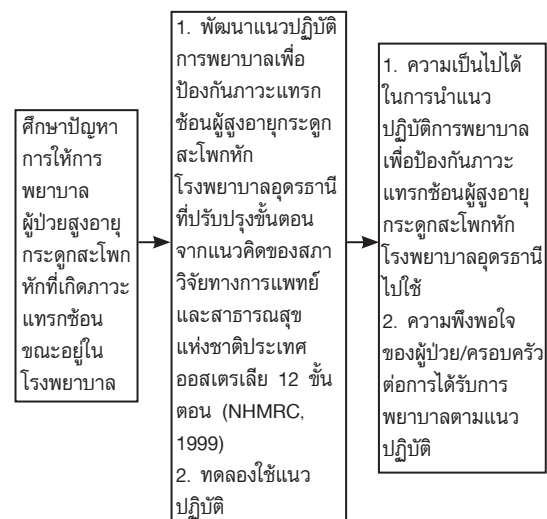
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี
2. ศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี

คำนิยาม

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี หมายถึง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการพยาบาลจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก 3 ประการ ได้แก่ การจัดการความปวด แผลกดทับและภาวะสับสนเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแผนกอร์โธปิดิกส์ จำนวน 69 คน
 - 1.2 ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแผนกอร์โธปิดิกส์
2. กลุ่มตัวอย่างการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 2.1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอร์โธปิดิกส์ ส่วนที่เหลือจำนวน 19 คนที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอร์โธปิดิกส์อื่นๆ ที่ไม่มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษ
 - 2.2 ผู้ป่วย/ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง เดือน กันยายน 2560 ที่หอผู้ป่วยสามัญแผนกอร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 25 คน

ขั้นตอนในการวิจัย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของสภาวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย 12 ขั้นตอน²¹ มาปรับใช้ในการพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 กำหนดแนวทาง ขอบเขตการปฏิบัติประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิกเพื่อกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) ระบุนวัตกรรมด้านสุขภาพของแนวปฏิบัติ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ

7) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 8) กำหนดกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติ 9) กำหนดกลยุทธ์ในการประเมินผลและทบทวนแนวปฏิบัติ 10) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ 11) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ และ 12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ได้แก่ เพศ อายุ อายุงาน ตำแหน่งงานและระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ ปรับปรุงแบบประเมิน^{22,23} จำนวน 6 ข้อ จำแนกระดับการประเมินความเป็นไปได้แบบ Likert scale 5 ระดับ มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) เท่ากับ 0.83

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว ที่ได้รับการพยาบาลจากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี ปรับปรุงแบบประเมิน²²⁻²⁵ จำนวน 10 ข้อ จำแนกระดับการประเมินเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index: CVI) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) เท่ากับ 0.78

3. เครื่องมือที่ได้จากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรง-

พยาบาลอุดรธานี มีวิธีการและขั้นตอนการพัฒนาที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากสภานิติการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย²¹ โดยทีมพัฒนาได้ทบทวนผลการวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 17 เรื่อง แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาล 3 อาการ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน^{9,24-28} 2) แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ^{23,29-30} และ 3) แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวด^{7,17-20,22,32}

ตอนที่ 2 แบบประเมินผลการพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติในการให้การพยาบาล ได้แก่

- แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน^{24,25} ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index: CVI) = 0.8
 - แบบประเมินผลคุณภาพการนอนหลับ³³
 - แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ
- ใช้แบบประเมินมาตรฐานบราเดน
- แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ^{32,34}
- ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index: CVI) = 0.8
- แบบประเมินสภาพจิต Thai Mental State Examination (TMSE)³⁵
 - แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน Thai Delirium Rating Scale Ramathibodi Hospital (TDRS-RH)²⁵

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แม้ว่าผู้วิจัยจะเป็นหัวหน้าแผนกและเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งจัดเป็นกลุ่มตัวอย่างเปราะบาง แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ไม่มีผลกระทบต่อความดีความชอบและการประเมินผลงานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้ชี้แจงและผ่านการรับรอง อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง EC ที่

38/2560

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมและขอความร่วมมือพยาบาลประจำการ/ผู้ป่วย/ญาติ ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำการแผนกอร์โธปิดิกส์ ต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ หลังจากใช้แนวปฏิบัติไปแล้ว 2 เดือน

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 1 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี
2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลอุดรธานี
3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี ได้จัดพิมพ์เป็นเล่มที่สามารถใช้งานได้สะดวก แบ่งข้อมูลในเล่มออกเป็น 3 ส่วนตามหลักการการ

พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถอ้างอิงได้²¹ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รายนาม คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษา วัตถุประสงค์การศึกษา นิยามศัพท์เฉพาะ และขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ประยุกต์มาจาก แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จากสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย²¹

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ในโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาล 3 อาการ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะ ลับสนเฉียบพลัน 2) แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด แผลกดทับ และ 3) แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวด ตอนที่ 2 แบบประเมินต่างๆ ได้แก่

- แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ลับสนเฉียบพลัน^{24,25} ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index: CVI) = 0.8

- แบบประเมินผลคุณภาพการนอนหลับ³³
- แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ใช้แบบประเมินมาตรฐานบราเดน

- แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ^{32,34} ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Valid Index: CVI) = 0.8

- แบบประเมินสภาพจิต Thai Mental State Examination (TMSE)³⁵

- แบบประเมินภาวะลึบสนเฉียบพลัน Thai Delirium Rating Scale Ramathibodi Hospital (TDRS-RH)²⁵

II. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอายุกระดูกสะโพกหัก

ระยะที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ กำหนดเป็นขั้นที่ 1 คือ การค้นหาปัญหาทางคลินิกเพื่อกำหนดความ

ต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ

1) ค้นหาปัญหาทางคลินิกเกี่ยวกับการ ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักใน กรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การประชุม กลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นำประชุม ซึ่งพบว่า (1) ไม่มีแนวปฏิบัติที่ได้ มาตรฐาน (2) ผู้ป่วยบางคนไม่ได้รับการพยาบาลตาม แนวปฏิบัติเดิมที่มีอยู่ (3) การให้การพยาบาลเป็นไป ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (4) ไม่มีการประชุมนิเทศ พยาบาลใหม่ (5) ไม่มีการทบทวนและประเมินผลการ ใช้แนวปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม (6) ไม่มีการบูรณาการ และกำหนดการปฏิบัติอย่างชัดเจน

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ กำหนดเป็นขั้นที่ 2 ถึง ขั้นที่ 10 ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนา แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการจากสหสาขา วิชาชีพ จำนวน 11 คน คือ นายแพทย์ชำนาญการ 1 คน, เกสัชกรชำนาญการ 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 7 คน นักกายภาพบำบัด 1 คนและนัก โภชนาการ 1 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ดังนี้

(1) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกหักในราย ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรง พยาบาล ในหอผู้ป่วยกระดูกสามัญญ ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยกระดูกสามัญญ

(2) ความน่าจะเป็นในการนำแนว ปฏิบัติไปใช้ได้อยู่ในระดับมากขึ้นไป

(3) ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความพึง พอใจต่อการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากการใช้ แนวปฏิบัติดังกล่าวอยู่ในระดับมากขึ้นไป

4) ระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการใช้แนว ปฏิบัติคือ

(1) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ไม่เกิดภาวะลึบสนเฉียบพลัน (Delirium)

(2) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ไม่เกิดแผลกดทับ (Pressure Sore)

(3) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการควบคุมความปวดไม่ได้ เช่น เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เกิดแผลกดทับจากการไม่ขยับร่างกาย

(4) ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก เข้าสู่กระบวนการรักษาตามกรอบระยะเวลา

5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสืบค้นคือ Hip fracture in senile, Nursing intervention, Care pathway for pain, Hip fracture care, Delirium, Pain management in older, Best practice for Hip fracture, Complication, Recovering, การพัฒนาแนวปฏิบัติ, กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ, การจัดการความปวด และ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

กำหนดแหล่งสืบค้น สืบค้นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ การแพทย์ การสาธารณสุข ทั้งภายในและภายนอกประเทศจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Pubmed, MDedge, mhebooklibrary, OVID และจากฐานข้อมูลในประเทศไทย โดยกำหนดปีที่สืบค้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2017 ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น นำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการพัฒนา จำนวน 17 เรื่อง โดยแบ่งเป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 5 เรื่อง^{24,26,28,36,37} ระดับ C จำนวน 8 เรื่อง^{8,9,13-15,17,19,38} ระดับ D จำนวน 4 เรื่อง^{7,20,30-31} เป็นงานวิจัยต่างประเทศ 12 เรื่องและงานวิจัยประเทศไทย 5 เรื่อง

6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ โดยการจัดประชุมกลุ่มทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเสนอร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติไปร่วมเสวนาวิเคราะห์ หาข้อสรุปของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Pressure sore) และการจัดการความปวด (Pain Management) โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมคิดแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับ

บริบทของหอผู้ป่วยและมาตรฐานขององค์กร โดยได้พัฒนาแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน

7) ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมพัฒนานำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกและข้อ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการจัดการความปวด จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อคำถามแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำแนวปฏิบัติทางคลินิก การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ไปประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II) ฉบับภาษาไทย จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและพัฒนาโดยฉวีวรรณ ธงชัย³⁹ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากการประเมินมีความชัดเจนและครอบคลุม

8) กำหนดกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักปรับแก้ตามข้อเสนอแนะนำมาทดลองใช้โดยกำหนดระยะเวลาใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 เดือน (สิงหาคม - กันยายน 2560) ซึ่งก่อนการนำมาทดลองใช้ ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดและเหตุผลของการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละข้อ ตลอดจนการเก็บอุบัติการณ์และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินความปวดในแต่ละวันของผู้ป่วย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรายงานการเกิดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลัน อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ โดยวัดผลลัพธ์ที่การเกิดหรือไม่เกิดใน

ช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา

9) กำหนดกลยุทธ์ในการประเมินผลและ ทบทวนแนวปฏิบัติ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ได้กำหนดให้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนว ปฏิบัติ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติ เป็นเวลา 2 เดือน มีดังนี้

(1) ความเป็นไปได้ของการนำแนว ปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การเปิดแผลกดทับ และการจัดการความปวด

(2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติดังกล่าว

10) จัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติ ผู้วิจัย และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้จัดทำเล่มแนวปฏิบัติเมื่อ สิ้นสุดกระบวนการพัฒนารวมทั้งการทดลองใช้หลัง ปรับแก้ เพื่อให้เป็นเล่มแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์และได้รับ การอนุมัติจากคณะผู้บริหารในแผนกศัลยกรรมออร์โธ ปีดิกส์

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผล กำหนดให้เป็นชั้น ที่ 11 และ 12 มีกิจกรรมดังนี้

11) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการ ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ครอบครัวต่อการ ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และความ เป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้สำหรับดูแลผู้ป่วย กระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับกระบวนการ พัฒนาแนวปฏิบัติ

III. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยสามัญ แผนกออร์โธปิดิกส์ จำนวน 50 คน มีอายุระหว่าง 23 - 55 ปี เฉลี่ย 36.88 ปี ($\bar{X}$ = 36.88, SD = 9.82) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนก ออร์โธปิดิกส์ระหว่าง 1 - 33 ปี เฉลี่ย 14.42 ปี ($\bar{X}$ = 14.42, SD = 9.31) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาสูงสุดจบปริญญาตรี ร้อยละ 92.0 ปริญญาโท ร้อยละ 8.0 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับ

มาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.99 ($\bar{X}$ = 3.39, SD = 0.24) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี ไปใช้ใน หน่วยงาน (n=50)

รายการ	X	SD	แปล ผล	ระดับความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ (ร้อยละ)		
				มากที่สุด	ปาน กลาง	น้อย
1. ความพึงพอใจในการ ใช้แนวปฏิบัติโดยรวม	3.68	0.47	มาก	0	34	16
				(68.0)	(32.0)	
2. แนวปฏิบัติมีความ เหมาะสม สะดวกใน การนำมาใช้ในหอผู้ป่วย	3.74	0.44	มาก	0	37	13
				(74.0)	(26.0)	
3. แนวปฏิบัติมีความ ชัดเจน เป็นที่เข้าใจตรง กัน	3.82	0.38	มาก	0	41	9
				(82.0)	(18.0)	
4. แนวปฏิบัติเป็น ประโยชน์ต่อพยาบาล ในการปฏิบัติการ พยาบาลได้ครอบคลุม เหมาะสมกับลักษณะ ผู้ป่วย	3.84	0.37	มาก	0	42	8
				(84.0)	(16.0)	
5. การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้จะช่วยให้น่วย งานสามารถประหยัด ลดต้นทุนในด้านกำลัง กำลังคน เวลา งบ ประมาณ	4.44	0.50	มาก	22	28	0
				(44.0)	(56.0)	
6. ประสิทธิภาพของแนว ปฏิบัติผู้ป่วยมีประโยชน์ สามารถแก้ปัญหาและ เกิดผลดีต่อผู้ป่วย	4.46	0.50	มาก	23	27	0
				(46.0)	(54.0)	
				45	209	46
คะแนนรวมเฉลี่ย				3.99	0.24	มาก
				(15.0)	(69.67)	(15.33)

IV. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 25 คน เป็นผู้ป่วย 4 คน (ร้อยละ 16) และเป็นผู้ดูแล 21 คน (ร้อยละ 84) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) อายุระหว่าง 32-69 ปี เฉลี่ย 48.95 ($\bar{X}$ = 48.95, SD = 12.28) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 24 ปริญญาตรี ร้อยละ 24 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 8 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และ ค้าขาย ร้อยละ 32.0, 16.0 และ 8.0 ซึ่งผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.10) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี (n = 25)

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปล	ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้		
				ผล	มากที่สุด	ปานกลาง
1. ได้รับการประเมินอาการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทันทีเมื่อเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	3.68	0.47	มาก	มากที่สุด	17 (68.0)	8 (32.0)
2. ได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับอาการเสี่ยงที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยของภาวะกระดูกสะโพกหัก	3.56	0.50	มาก	มากที่สุด	11 (56.0)	14 (44)
3. ความรู้สึกพอใจที่สามารถควบคุมความปวดได้ดี	3.60	0.50	มาก	มากที่สุด	15 (60)	10 (40)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อการได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี (n = 25) (ต่อ)

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปล	ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้		
				ผล	มากที่สุด	มาก
4. ความรู้สึกพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทั่วไปได้	3.52	0.50	มาก	มากที่สุด	13 (12.0)	12 (48.0)
5. ความรู้สึกพึงพอใจที่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้	3.60	0.50	มาก	มากที่สุด	15 (60)	10 (40)
6. ความพึงพอใจที่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยได้ในเวลาอันสั้น โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล	3.68	0.47	มาก	มากที่สุด	17 (68.0)	8 (32.0)
7. ได้รับความเอาใจใส่ พุดคุยซักถามในเรื่องการเจ็บป่วยหรือความไม่สุขสบาย และบอกเล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอในขณะที่อยู่โรงพยาบาล	3.60	0.50	มาก	มากที่สุด	15 (60)	10 (40)
8. ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเวลาที่ต้องการ	3.64	0.48	มาก	มากที่สุด	16 (64.0)	9 (36.0)
9. ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อต้องการ	3.48	0.50	มาก	มากที่สุด	12 (48.0)	13 (52.0)
10. ความพึงพอใจในภาพรวมจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้	3.52	0.50	มาก	มากที่สุด	13 (52.0)	12 (48.0)
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.58	0.10	มากที่สุด		144 (57.6)	106 (42.4)

อภิปรายผล

ในการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ในครั้งนี้มีการอภิปรายผลการวิจัย เป็น 2 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาและลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี และ 2) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

1. การพัฒนาและลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี มีการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริการ โดยมีผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ประสบการณ์ในหน่วยงานระดับหัวหน้าแผนก เป็นผู้นำประชุม ให้ผู้ร่วมประชุมช่วยกันวิเคราะห์ ชักถามปัญหาและนำเสนอสรุปปัญหาที่พบ และข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญในการพัฒนางานที่ทำอยู่เป็นประจำ ก่อนจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยคณะกรรมการจะต้องเป็นบุคคลที่มีหน้าที่สอดคล้องกับลักษณะและสภาพการณ์จริงที่ได้จากการระดมสมองและการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวปฏิบัติที่ได้มีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ 1) การกำหนดแนวทางและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก และเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว อีกทั้งเป็นกลุ่มอาการที่เชื่อมโยงกัน กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่เกิดจากอาการหนึ่งแล้ว จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ อีก ขอบเขตของการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ผ่านมติที่ประชุมของหัวหน้างานแผนกออร์โธปิดิกส์ 2) มีการหาความจำเป็นในการพัฒนา 3) พัฒนาแนวปฏิบัติโดยมีเนื้อหาสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดขณะนี้ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 17 เรื่อง โดยแบ่งเป็นหลักฐาน Quasi experiment research

จำนวน 3 เรื่อง^{24,28,36} Systemic review จำนวน 2 เรื่อง^{26,37} การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพรรณนา จำนวน 8 เรื่อง^{8-9,13-15,17,19,38} และตำราวารสาร บทความวิชาการ จำนวน 4 เรื่อง^{7,20,30,32} ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศจำนวน 12 เรื่องและงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 5 เรื่อง จึงทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานีมีคุณภาพ ประกอบกับระบบการพัฒนาเป็นไปตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹² ขั้นตอน²¹ซึ่งเป็นกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีที่มีบุคคลจำนวนมากนำมาปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกมาโดยตลอด จึงทำให้แนวปฏิบัตินี้มีความน่าเชื่อถือและมีระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 1-2 มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ได้จริงภายในโรงพยาบาล โดยมีการนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในจำนวน 50 คน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในหอผู้ป่วยจำนวน 25 คน และผู้วิจัยทำการประเมินผลและปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยใช้ข้อมูลจากการสะท้อนกลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากแบบประเมินของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระหว่างการทำดำเนินการและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานีไปใช้ในหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าจะเป็นในการนำไปใช้ได้อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย = 3.99 ± 0.24 เนื่องจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้จริง จนเกิดผลดีกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำมาใช้ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นแนว

ปฏิบัติที่มีเนื้อหาสาระจำนวนมาก หลายเรื่องและมีแบบประเมินจำนวนมาก ทำให้ผู้ประเมินเสียเวลามาก ประกอบกับผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความเข้าใจในการประเมินและแบบประเมินไม่ดีพอ จึงทำให้ไม่สะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ จากคะแนนประเมินความเป็นไปได้ในการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติเชื่อมั่นว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่ยังขาดความเชื่อมั่นในการนำไปใช้เนื่องจากความรู้ของผู้ใช้ไม่ครอบคลุมสาระเนื้อหาและความรู้ของนโยบายปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาความรู้ของผู้ใช้นโยบายปฏิบัติควบคู่กับการพัฒนานโยบายปฏิบัติจึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้ในการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลต่ำจะมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติการในการประเมินผู้ป่วยต่ำด้วย²⁹

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรและพยาบาลประจำแผนกอร์โธปิดิกส์ นำผลการวิจัยไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้
2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารแผนกและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลติดตามผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี และนำผลมากำหนดนโยบายในการพัฒนานโยบายปฏิบัติที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลในด้านอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยและพัฒนาครั้งต่อไป

ศึกษาผลของการใช้นโยบายปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีต่ออัตราการลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าบริการที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาและพยาบาลปฏิบัติการที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาการปฏิบัติงานและทดลองใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแลทุกคนที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อารี ตनावลี. ศัลยศาสตร์ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2551.
2. Handoll HHG, Parker MJ. Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 3. Art. No.: CD000337. DOI: 10.1002/14651858.CD000337.pub2.
3. Parker, M. & Johansen, A. Hip fracture British Medical Journal 2006; 333-755: 27-30.
4. Center of Disease Control and prevention. The State of Aging and Health in America 2004:17 [cited 2017 Mar 12]. Available from: https://www.cdc.gov/aging/pdf/state_of_aging_and_health_in_America_2004.pdf
5. ประเสริฐ หล้าพลวัฒน์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, สมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์. บุรณาการในการป้องกันและรักษาโรคกระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. ว.กรมการแพทย์ 2558; 16-9.
6. สาธิต เทียงวิทยพร. สารชนะเข้าเล่ม. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอช; 2551.
7. Mc. Caffery, M. Pain: Clinical Manual for Nursing Practice. London: Mosby; 1994.
8. Roa, S.S., & Cherukuri, M. Management of hip fracture: The family physician's

role. American Academy of Family Physicians 2006; 73(12) : 2195-200.

9. Miller, R.R., & Ely, E. Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 2006; 27: 210- 20.

10. ลีริสุตา ขาวชาเขต. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.

11. ทศนีย์ มีประเสริฐ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

12. Morgan, M., Black, J., Bone,F., Fry, C., Harris,S., & Hogg,S. Clinicaia-led surgical site infection surreillance of orthopaedic procedures: A UK multi-center pilot study. *Journal of Hospital Infection*. 2005; 60: 201-12.

13. Cathleen S Colon Emerica. Post operative management of hip fracture : interventions associated with improved outcomes. *Bonekey Rep*. Published online 2012 December.

14. Kenzora, J. E., Magaziner, J., Hudson, J., Hebel, J. R., Young, Y., Hawkes, W., Felsenthal, G., Zimmerman, S. I., & Provenzano, G. Outcome after hemiarthroplasty for femoral neck fracture in the elderly. *Clinical Orthopaedic and Related Research* 1998; 348: 51-58.

15. Jeremy D. Close, Kristine Swartz, Rajwinder Deu. Hip fracture in older patients: Tips and tools to speed recovery. *Journal of family practice* 2013; 62: 484-92.

16. ทะเบียนประวัติผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีปี พ.ศ.2557-58. จำนวน 30 ราย.

17. ธนาวรรณ แสนปัญญา, ประทุมทิพย์

ดอกแก้ว, ยอดปิติ ตั้งตรงจิต. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *ว.โรงพยาบาลแพร่* 2554; 19(1): 18-27.

18. บุษบา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ดรุณี ชูณหะวัต. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกรพยาบาล และผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. *Rama Nurs J* 2012; 18(3): 358-71.

19. พิษญา ศรีเกลื่อนกิจ, แพรพรรณ พิเศษ. ผลของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหัก. *ว.วิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* 2558; 26(1): 130-40.

20. Anthony G. Current Challenges in Pain Management in Hip Fracture Patients. *Ortho Trauma J* 2016; 30 (5): S1-5.

21. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A Guideline to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. Retrieved January 1999;9, 2013, from <http://www.nhmrc.gov.au>

22. ประนมพร สนั่นเอื้อ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด โรงพยาบาลโพหนองจ.ร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.

23. สังวาล ธนะแก้ว, ศศิธร พิชัยพงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน. *ว.สาธารณสุขลำนา* 2557; 13(3): 173-82.

24. สุวรรณ สกประเสริฐ, วิมลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิศา วิศวจารย์, ปิติพร สิริทิพากร. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Delirium ในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. *Journal of nursing science* 2015; 33(1): 60-8.

25. Zartrungpak S, Prasertchai R, Jen-nawasin S, Saipanish R. Validity of Thai delirium rating scale 6 items version. *Siriraj Medical Journal* 2001; 53(9): 672-7. (in Thai).

26. Milisen K, Lemengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review, *J Adv Nurs* 2005; 52(1): 79-90.

27. Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, et al. A nurse-led inter disciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5): 523-32.

28. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick N. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5): 516-22.

29. อรุมา ท้วมกัลด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความรู้ในการประเมินและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *Rama Nurs J* 2558; May-August: 206-20.

30. กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, วรณิภา สายหล้า, จุฬพร ประสงค์. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย SSIET Bundle. การก้าวสู่องค์กรพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง.8-9 ธันวาคม 2558.โรงพยาบาลศิริราช.

31. รุ่งทิพา ชื่นชอบ. Nursing Care in Pressure Sore. *Srinagarind Med J* 2013; 41-6.

32. Katrin Singler. Pain management in elderly fracture patients. Orthogeriatrics – Clinical Summary Document.AO Foundation, Switzerland.2014. [cited 2017 Mar 12]. Available from : [https://aotrauma.aofoundation.org/Structure/education/educational-programs/orthogeriatrics/Documents/AOT](https://aotrauma.aofoundation.org/Structure/education/educational-programs/orthogeriatrics/Documents/AOT%20Orthogeriatrics%20PainManagement.pdf)

[PainManagement.pdf](https://aotrauma.aofoundation.org/Structure/education/educational-programs/orthogeriatrics/Documents/AOT%20Orthogeriatrics%20PainManagement.pdf).

33. ตูลยา สีสสุวรรณ, สนทรศ บุษราทิจ, พิมพ์ รัตนอำพลย์, วัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล.การทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ.จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย 2557; 97 (Suppl 3): S57-67.

34. ลมัย รอดทรัพย์, อรนิต สุวินทกร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 21(1): 35-48.

35. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MIMSE-THAI 2002.

36. Mak JC, Cameron ID, March LM, National Health and Medical Research Council. Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Med J Aust* 2010; Jan 4; 192(1): 37-41.

37. Beupre, L. A., Jones, C. A., Saunders, L. D., Johnston, D. W. C., Buckingham, J., & Majumdar, S. R. Best Practices for Elderly Hip Fracture Patients: A Systematic Overview of the Evidence. *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(11), 1019–1025.

38. พรณี ไชยวงศ์, กนกพร สุวังคำ, ไรจน์ จินตนาวัฒน์, ณพทัย วงศ์ปการันย์. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. *พยาบาลสาร* 2558; 42(2): 116-25.

39. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. ว.สภากาพยาบาล 2548; 20(2): 63-76.

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี

พัชรา ประเสริฐวิทย์. พย.ม (สาขาการบริหารการพยาบาล) โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Hyperbilirubinemia) เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย ทารกจะได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟเพื่อลดระดับบิลิรูบินในเลือด จากสถิติการรักษาพยาบาลทารกพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกตัวเหลือง เฉลี่ย 4.86 วัน/คน ค่าใช้จ่ายในการรักษา เฉลี่ย 6,500 บาท/คน ในขณะที่ทารกปกติมีจำนวนวันนอน 2.5 วัน/คน และค่าใช้จ่ายในการรักษา 1,500 บาท/คน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี ที่พัฒนาโดย พัทธรา ประเสริฐวิทย์ กลุ่มตัวอย่างคือ (1) ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองทุกรายที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 30 คน (2) มารดาที่ดูแลทารกที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองจำนวน 30 คน (3) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองทุกคน ในระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การรักษาทารกตัวเหลือง 30 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3237 กรัม อายุที่ตรวจพบว่าตัวเหลืองและได้ส่องไฟรักษาเฉลี่ย 54.67 ชั่วโมง (SD 12.43) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.83 วัน (SD 0.65) จำนวนวันส่องไฟเฉลี่ย 1.20 วัน (SD 0.40) ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 3,770 บาท (SD 426) ทารกไม่มีการย้ายไป on double photo และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจ มารดาของทารกดังกล่าว 30 คน อายุเฉลี่ย 27.17 ปี คลอดโดยการคลอดปกติทางช่องคลอด ไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีความพึงพอใจโดยรวมมาก ($\bar{X}$ =2.91, SD 0.12) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการดูแลทารกตัวเหลืองตามโปรแกรม 8 คน มีอายุเฉลี่ย 41.75 ปี มีประสบการณ์ดูแลทารกตัวเหลือง 12.50 ปี (SD 0.56) มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.43, SD 0.48)

สรุป: ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลือง พบว่า กิจกรรมการพยาบาลทุกข้อ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทุกข้อ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันส่องไฟ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของทารกน้อยลง ทารกไม่มีการย้ายไป on double photo ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ: ควรบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด, การส่องไฟรักษาโรงพยาบาลอุดรธานี

The Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guideline for Neonatal Hyperbilirubinemia on Phototherapy at Postpartum Ward 2, Udonthani Hospital.

Patchara Pasertvit. RN. (Nursing Administration) Udonthani hospital.

Abstract

Neonatal hyperbilirubinemia was one of the most common problems. Infants were treated with phototherapy to reduce the blood levels of bilirubin. In Udonthani hospital, previous studies show that the average length of stay was 4.86 days/person and the average medical expense was 6,500 Thai Bath/person.

This developmental research aimed to determine the effectiveness of the Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) for Neonatal Hyperbilirubinemia on phototherapy at postpartum ward 2, Udonthani hospital, by applying the CNPG for Neonatal Hyperbilirubinemia on phototherapy developed by Patchara Prasertwit. The study samples consisted of 30 infants with hyperbilirubinemia on phototherapy at postpartum ward 2, Udonthani hospital, 30 mothers who take care their infants which had received phototherapy and 8 nurses who practiced the CNPG for Neonatal Hyperbilirubinemia on phototherapy. The study was conducted from March to August, 2015. Analyses were based on descriptive statistics, including percentiles, means, and standard deviations.

The research showed that, the majority of 30 infants were male, average birth weight was 3,237 grams, average age at diagnosis of jaundice and on phototherapy was 54.67 hours (SD 12.43), average length of stay was 3.83 day (SD 0.65), average duration of phototherapy day was 1.2 days (SD 0.40), and average medical expense was 3,700 Thai Bath (SD 426). No one moving to nursery for double phototherapy and all of infants had no avoided from preventable complications. Maternal information, average age was 27.17 years old, mode of delivered was vaginal delivery without complication, and over all satisfaction was high level ($\bar{X}=2.91$, SD 0.12). Nurse practitioner information, 8 nurses were recruited, average age was 41.75 years old, average years of experience with jaundice infants was 12.50 years (SD 0.56), and over all was highest level of satisfaction ($\bar{X}=4.43$, SD 0.48).

The study suggested that the using of CNPG for Neonatal Hyperbilirubinemia on phototherapy can be applied to clinical practice efficiently resulting in decreasing of length of stay in hospital, the time for phototherapy, and the medical expenses. Furthermore, Thus, the guideline should be improved in response to new research evidence and integrated as a part of Continuous Quality Improvement (CQI) in order to improve the quality of nursing care.

Key word: Clinical Nursing Practice Guideline, Neonatal hyperbilirubinemia, Phototherapy Udonthani Hospital

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Hyperbilirubinemia) เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด ประมาณร้อยละ 30-60¹ จะมีการแสดงให้เห็นภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด จากการมีบิลิรูบิน (Bilirubin) ในเลือดสูง จนปรากฏอาการตัวเหลืองให้เห็น บริเวณที่พบเป็นลำดับแรก คือ ใบหน้าโดยเฉพาะที่จมูก ตาขาว (Sclera) และเยื่อขาวในช่องปาก² ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดพบในทารกคลอดครบกำหนดร้อยละ 50 และทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 80³ ถ้าอาการไม่รุนแรงระดับของบิลิรูบินในเลือดจะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติ อาการตัวเหลืองจะหายไป สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงระดับบิลิรูบินในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้น อาการตัวเหลืองจะค่อยๆ กระจายไปทั่วตัวจนถึงปลายมือปลายเท้าอย่างรวดเร็วจนเป็นอันตรายทำให้สมองพิการแบบถาวรได้ อาการผิดปกติของสมองมักพบได้ในวันที่ 3-4 ได้แก่ ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ร้องเสียงแหลม ไม่มีแรง ไม่มี Moro reflex มักมีอาการกระสับกระส่าย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง หลังแอ่น กระหม่อมหน้าโป่งตึง หดสติและชัก เด็กบางรายอาจไม่แสดงอาการเหล่านี้ในระยะหลังคลอด แต่เมื่อโตขึ้นอาจพบความผิดปกติทางสมองและจิตใจ มีพัฒนาการล่าช้าและหูหนวก ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองมีโอกาสที่จะมี IQ ต่ำกว่าปกติโดยเฉพาะเพศชาย³

จากสถิติภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดของหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2555-2557) มีทารกแรกเกิดจำนวน 1,728, 1,604 และ 1,869 ราย พบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดตัวเหลือง จำนวน 312, 376 และ 424 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.05, 23.44 และ 22.70 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีงบประมาณ 2557 พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกตัวเหลืองเฉลี่ย 4.86 วัน/คน ค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกตัวเหลือง เฉลี่ย 6,500 บาท/คน ในขณะที่ทารกปกติมีจำนวนวันนอน 2.5 วัน/คน และค่าใช้จ่ายในการรักษา 1,500 บาท/คน จะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกตัวเหลืองสูงกว่าทารก

ทั่วไป⁴

ทารกแรกเกิดตัวเหลืองจะได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ และถ้าระดับบิลิรูบินในเลือดไม่ลดลง แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายทารกไปรับการรักษาด้วยการส่องไฟสองด้าน (on double photo) ที่ตึกเด็กอ่อน ในปีงบประมาณ 2555-2557 ทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ต้อง on double photo จำนวน 60, 66 และ 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.23, 17.55 และ 15.80 ตามลำดับ และมีบางรายที่ต้องให้การรักษาโดยวิธีเปลี่ยนถ่ายเลือด การรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโดยการส่องไฟเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด สะดวก ปลอดภัยและราคาไม่แพง⁵ นอกจากนี้การส่องไฟรักษายังทำให้ลดการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโดยวิธีเปลี่ยนถ่ายเลือด อย่างไรก็ตามการส่องไฟรักษานั้นมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านมารดาและทารก ด้านทารกจะมีผลทำให้เกิดผื่นขึ้น น้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากอัตราการเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น (Increases metabolic rate) ถ่ายเหลว สีผิวเป็นสีบรอนซ์ (Bronze baby) มีไข้ ท้องอืด และอาจทำให้เกิดผิวหนังพุพองรุนแรงจากภาวะปฏิกิริยาการได้รับแสงของทารกแรกเกิด (Neonatal photosensitivity)⁶ มีภาวะเสียน้ำมากจากการระเหยของน้ำ เนื่องจากอุณหภูมิรอบตัวของทารกสูงขึ้น ถ้าไม่ได้ปิดตาทารกให้มิดชิดอาจมีการบาดเจ็บเนื่องจากถูกแสงส่องนานทำให้ตาบอดได้ ส่วนทางด้านมารดาเกิดความเครียดเนื่องจากทารกได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ โดยเฉพาะเมื่อเห็นทารกถูกเจาะเลือด ปิดตา รักษา ทำให้มารดามีโอกาสได้สัมผัสและสัมผัสทารกน้อยลงจึงทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกมีความบกพร่อง (Disturb of mother-infant interaction)⁷

จากรายงานปัญหาที่พบในมารดาและทารกตัวเหลือง เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลทารกตัวเหลืองยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ที่ดูแลทารกแรกเกิดเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 จึงมีความสนใจที่จะนำแนวปฏิบัติในการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนา

ขึ้นโดยผู้วิจัย⁸ ทำการรวบรวม ประเมินและประยุกต์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ และเมื่อนำแนวปฏิบัติในการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 มาใช้แล้วได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลที่ดี คือ กิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทุกข้อ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันส่องไฟ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ของทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และทารกกลุ่มทดลองไม่มีการย้ายไป on double photo ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ความพึงพอใจของมารดาที่ทารกใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา อยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี อยู่ในระดับมากที่สุด⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองได้รับการส่องไฟรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งจะช่วยให้ทีมผู้ปฏิบัติมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ การเฝ้าระวังปัจจัยภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าการรักษาพยาบาลมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานมีความปลอดภัยเชื่อถือได้ สอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและปัญหา อุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานีไปใช้ในการปฏิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นมาตรฐาน และเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ทำให้บิดามารดา

และญาติมีความพึงพอใจในการได้รับการบริการทางพยาบาลของหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟในระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2558 และมารดาของทารกดังกล่าว (2) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2

กลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ทารกทุกรายที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม-สิงหาคม 2558 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน (2) มารดาของทารกดังกล่าว และ (3) พยาบาลวิชาชีพทุกรายปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 ในช่วงเวลาดังกล่าวมี 8 คน

การดำเนินงาน

การดำเนินงานใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี ที่พัฒนาโดย พัชรา ประเสริฐวิทย์⁹ ผู้วิจัยได้จัดการประชุมวิชาการ เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2558 เวลา 13.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมยุทธอง โรงพยาบาลอุดรธานีโดยมีกุมารแพทย์ชำนาญการพิเศษ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจากหอผู้ป่วยเด็กอ่อน เป็นวิทยากรร่วมบรรยาย ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา จำนวน 8 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้สนใจ จำนวน 42 คน เพื่อเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง อันจะก่อให้เกิดการยอมรับและการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

จากนั้นได้จัดประชุมกลุ่มย่อยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายทั้ง 8 คน ในการประชุมประจำ

เดือน ของหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 ทั้งหมด 3 ครั้ง เพื่อ
ทำความเข้าใจในการนำแนวปฏิบัติในการพยาบาล
ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรง-
พยาบาลอุดรธานีไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี ดังนี้

(1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลือง
ที่ได้รับการส่งไฟรรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรง-
พยาบาลอุดรธานี^๘ ซึ่งประกอบด้วย 1. ข้อมูลการตรวจ
ทารกประจำวัน 2. การเตรียมอุปกรณ์ และสถานที่ใน
การส่งไฟ 3. การพยาบาลขณะส่งไฟ และ 4. การ
ให้คำแนะนำและวางแผนจำหน่าย

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาที่
ทารกใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับ
การส่งไฟรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาล
อุดรธานี มีทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนออก
เป็น 3 ระดับ พึงพอใจมาก (3) จนถึงความพึงพอใจ
น้อย (1) แบ่งเกณฑ์คะแนนรวมเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับน้อย

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพผู้ใช้นว ปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่
ได้รับการส่งไฟรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม
2 โรงพยาบาลอุดรธานี มีทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อ
ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
จากมากที่สุด (5) จนถึง น้อยที่สุด (1) แบ่งเกณฑ์
คะแนนรวมเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.24-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.43-4.23 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.62-3.42 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.61 หมายถึง ความพึงพอใจ

ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความพึงพอใจ
ระดับน้อยที่สุด

(4) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ จำนวน
วันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันที่ได้รับการส่งไฟ ค่า
ใช้จ่ายในการรักษา และการย้ายไป on double photo
ของทารก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัว
เหลืองที่ได้รับการส่งไฟรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอด
สูติกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งได้พัฒนาขึ้นเมื่อ
ปี พ.ศ. 2558 และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านนำไปใช้ในการ
ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้
รับการส่งไฟรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม 1
โรงพยาบาลอุดรธานี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่นำ
มาหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาซ้ำอีก

ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง

ระหว่าง เดือน มีนาคม-สิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับ
การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ ของโรงพยาบาลอุดรธานี เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้
วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิของ
ผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินยอมจึงให้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีอายุ
ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 64 เฉลี่ย 27.17 ปีจบการ
ศึกษต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 83.3 และมีเพียงร้อยละ

ละ 16.7 ที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไปร้อยละ 53.3 ส่วนข้อมูลด้านการตั้งครุภพพบว่าส่วนใหญ่มารดามีอายุครรภ์ครบกำหนดระหว่าง 37-40 สัปดาห์ร้อยละ 90 คลอดปกติร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.3 ส่วนข้อมูลด้านทารกพบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศชายร้อยละ 60 น้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,500-3,500 กรัม ร้อยละ 76.7 เฉลี่ย 3,237 กรัม และอายุทารกที่ตรวจพบตัวเหลืองได้ส่องไฟรักษาส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 54.67 ชั่วโมง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกที่ได้รับการส่องไฟรักษา (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ข้อมูลมารดา		
อายุ(ปี)	$\bar{X} = 27.17$, SD =5.70	
20-29	19	64.0
30-39	11	36.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	25	83.3
มัธยมศึกษาขึ้นไป	5	16.7
อาชีพ		
แม่บ้าน	12	40
เกษตรกร	2	6.7
รับจ้างทั่วไป	16	53.3
อายุครรภ์(สัปดาห์)	$\bar{X} = 38.63$, SD =1.33	
ครบกำหนด (37-40)	27	90
หลังกำหนด (> 40)	3	10
ช่องทางการคลอด		
ปกติ (ทางช่องคลอด)	20	66.7
ผ่าท้อง	10	33.3
โรคแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	25	83.3
มี	5	16.7
2. ข้อมูลทารก (n=30)		
เพศทารก		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	$\bar{X} = 3,237$, SD =570	
2,500-3,500	23	76.7
>3,500	7	23.3
อายุทารกที่ตรวจพบตัวเหลือง	$\bar{X} = 54.67$ SD=12.43	
และได้ส่องไฟรักษา(ชั่วโมง)	6	20.0
<48	23	76.7
48-72	1	3.3
>72		

ข้อมูลด้านผู้ให้บริการผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 75 เฉลี่ย 41.75 ปี จบการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกตัวเหลืองมากกว่า 10 ปีร้อยละ 62.5 (เฉลี่ย 12.50 ปี) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)	$\bar{X} = 41.75$, SD =1.11	
<30	2	25.0
>30	6	75.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	8	100.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.00
ตำแหน่งปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	2	25.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	6	75.0
ประสบการณ์ดูแลทารกตัวเหลือง(ปี) $\bar{X} = 12.50$, SD =0.56		
1-2	1	12.5
3-10	2	25
>10	5	62.5

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา พบว่าทารกส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 4 วัน (เฉลี่ย 3.83 วัน) ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จำนวนวันส่องไฟรักษา 1 วัน (เฉลี่ย 1.20 วัน) ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 3,770 บาท (SD426.0) และพบว่าไม่มีทารกที่ต้องย้ายไป on double photo รวมถึงไม่พบภาวะแทรกซ้อน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา จำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลือง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) $\bar{X} = 3.83$, $SD = 0.65$		
3	9	30
4	17	56.7
>4	4	13.3
จำนวนวันส่องไฟ (วัน) $\bar{X} = 1.20$, $SD = 0.40$		
1	24	80
2	6	20
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท) $\bar{X} = 3,770$, $SD = 426.0$		
3,000-4,000	22	73.3
>4,000	8	26.7
ทารกที่ต้องย้ายไป on double photo ต้องไป	0	0
ไม่ต้องไป	30	100.0
ภาวะแทรกซ้อนจากการ on photo มี	0	0
ไม่มี	30	100.0

ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจของมารดาที่ทารกใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.91$, SD 0.12) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มารดามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ แต่อย่างไรก็ตามข้อที่พบว่ามีความเห็นเฉลี่ยต่ำกว่าทุกข้อคำถาม คือ ข้อ 6 ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลบุตรของท่าน ($\bar{X}=2.70$, SD 0.47) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของมารดาที่ทารกได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ในหอผู้ป่วยหลังคลอด สตรีกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นรายข้อและภาพรวม ($n=30$)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองและแผนการรักษาที่ชัดเจนในบุตรของท่าน	2.97	0.18	มาก
2. มีวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือที่สะอาดและเพียงพอต่อการให้บริการ	2.93	0.25	มาก
3. ท่านได้รับคำแนะนำ/ดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและทุกครั้งที่มีปัญหา	2.97	0.18	มาก
4. การถ่ายเทอากาศและอุณหภูมิขณะที่บุตรได้รับการส่องไฟรักษา มีความเหมาะสม	2.97	0.18	มาก
5. มีสื่อ/เอกสารที่ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะตัวเหลืองที่เหมาะสม และเพียงพอ	2.93	0.25	มาก
6. ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในบุตรของท่าน	2.70	0.47	มาก
7. ท่านพึงพอใจในการให้บริการรักษาพยาบาลครั้งนี้	2.93	0.25	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	2.91	0.12	มาก

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.43$, SD 0.48) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อ ยกเว้น ข้อที่ 2 สามารถนำไปใช้ได้ ($\bar{X}=4.13$, SD 0.64) และข้อที่ 4 ใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย ($\bar{X}=4.00$, SD 0.93) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. สามารถนำไปใช้ได้	4.56	0.53	มากที่สุด
2. มีรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน	4.11	0.78	มาก
3. เป็นสื่อที่ทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน	4.33	0.50	มากที่สุด
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย	4.00	0.50	มาก
5. สามารถให้การช่วยเหลือทารกเมื่อเกิดปัญหาได้ทันทั้งที	4.56	0.73	มากที่สุด
6. ทำให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว	4.33	0.50	มากที่สุด
7. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปส่งต่อเพื่อวางแผนให้ การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	4.33	0.50	มากที่สุด
8. เป็นประโยชน์ในทางการพยาบาล	4.33	0.50	มากที่สุด
9. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	4.44	0.53	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา	4.56	0.53	มากที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.36	0.47	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาไปใช้จริงในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันส่องไฟ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของทารกลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้ย้ายทารกไป on double photo เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

มาใช้ จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษามากกว่าการปฏิบัติอยู่ทุกวัน⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัย⁸ ที่ศึกษาในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลเดียวกัน และของกึ่งแก้ว สิทธิ¹⁰ พบว่าผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ทำให้ทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย จำนวนวันส่องไฟ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลง ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่มี การย้ายทารกไป on double photo นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมของผู้วิจัยเป็นประจำ ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง สามารถให้การดูแลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สำหรับความพึงพอใจของมารดาที่ทารกใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.91$, SD 0.12) สอดคล้องกับแนวคิดของบุญชู ศรีสิดินรากุล¹¹ ที่กล่าวว่า การบริการที่มีการประกันคุณภาพและมีมาตรฐานของวิชาชีพ เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มารดามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ แต่อย่างไรก็ตามข้อที่พบว่ามีความเฉลียวฉลาด คือ ท่านและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในบุตรของท่าน ($\bar{X} = 2.70$, SD 0.47) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁸⁻¹⁰ พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย และไม่ได้มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจเลย อาจมีสาเหตุเนื่องจากพยาบาลเห็นว่า ตนเองมีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด และพยาบาลมักไม่ได้ถามความคิดเห็นจากมารดา แต่อย่างไรก็ตามการตัดสินใจของผู้ปกครองจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล¹² และจากการศึกษาของจารุพิศ สุภาภรณ์ และคณะ¹³ พบว่า การมีส่วน

ร่วมของมารดาในการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของพยาบาลพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, SD 0.47) ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร ธรรมวิจิตรกุล และณัทกร พงษ์พิเรศ¹⁴ อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลได้พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร และวิชาชีพอื่น และเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะตามแนวคิดการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ได้มีการทดลองปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และไม่คิดว่าแนวปฏิบัตินี้จะเป็นการเพิ่มภาระงาน จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อที่พึงพอใจระดับมากมี 2 ข้อคือ สามารถนำไปใช้ได้ ใช้ภาษาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย ($\bar{X} = 4.13$ และ 4.00 ตามลำดับ) สำหรับข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยจะต้องนำกลับไปปรับให้มีรูปแบบที่เหมาะสมต่อการใช้งานให้มากยิ่งขึ้น และปรับปรุงภาษาให้ง่ายต่อการเข้าใจของผู้ใช้ เนื่องจากแนวปฏิบัติที่ดีควรมีรูปแบบที่เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน และมีภาษาที่เข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

จากผลการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในครั้งนี้ จัดทำขึ้นบนพื้นฐานของปัญหาที่พบในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรมมาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี จากการศึกษาปรากฏการณ์ การทบทวนวรรณกรรม การตรวจสอบและให้คำแนะนำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ดังนี้

1. ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2. แนวปฏิบัติที่ดีและมีคุณภาพ ควรมีการกำหนดการทบทวนเป็นระยะและปรับปรุงความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

3. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติ

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา ในด้านภาษา โดยควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และตรงประเด็น รวมทั้งการปรับรูปแบบของแบบประเมินให้สะดวกต่อการใช้และการเก็บ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คุชนาม และดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นงคินุช สุขยานุติษฐ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟซ้ำในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลท่าคูม จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2555; 20(1): 19-30.

2. กรองกาญจน์ ศิริภักดี. ลูกตัวเหลืองเมื่อแรกเกิด. ว.ส.วิทยุธรรมาธิราช 2545; 15: 63-71.

3. ขนิษฐา ประสมศักดิ์. ผลของโปรแกรม

การให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลในบิดา มารดาที่มีบุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟในระยะหลังคลอด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. สรุปผลงานกลุ่มงานสูติรีเวชกรรมปี 2557. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2557.

5. ธวัชวรรณ ดลรุ่ง. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรองทารกแรกเกิดตัวเหลือง โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

6. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย. คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด 1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

7. สรายุทธ สุภาพรณชาติ. Best Practice in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: ธนาเพรช; 2548.

8. พัชรา ประเสริฐวิทย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม1. โรงพยาบาลอุดรธานี; 2558.

9. อุไร พันธุ์เมฆา, วรรัตน์ ทองศิริมา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความเจ็บปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมุทรสงคราม. ว.กองการพยาบาล 2553; 37: 66-84.

10. กิ่งแก้ว สิทธิ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

11. จารุวรรณ อารณแก้ว. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

12. แชนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, อัจฉริยา ปทุมวัน. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. Rama Nurs J 2011; 7: 232-247.

13. จารุพิศ สุภาภรณ์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลั่น, มาลี เอื้ออำนวย. การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร 2556; 40: 115-126.

14. เอื้อมพร ธรรมวิจิตรกุล, ณัทกร พงษ์พิรเดช. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบุคลากรของกลุ่มการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 200 โรงพยาบาลศิริราชเกษ. ว.กองการพยาบาล 2552; 36: 58-75.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสารภี อำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่

วรรณกร เล้าอติมาน วท.บ.(พยาบาล) สม.(สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)
วิดิสุตา สมเวที พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประภาพร มุทุมม พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)
เดชา ทำดี พย.บ. วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี ตั้งแต่ธันวาคม 2559 - พฤษภาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type 2) จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ระยะที่ 2 ระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นการศึกษาก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติวิเคราะห์ pair t- test

ผลการศึกษา ผู้ป่วย 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 60.05 ปี (SD 12.98) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 35 เป็นเบาหวานนาน 6 - 25 ปี ร้อยละ 75 มีโรคร่วม ร้อยละ 85 ผู้ป่วยมีอาการชาที่เท้าและเป็นแผลเรื้อรังที่เท้า เพียงร้อยละ 2.5 เท่ากัน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ t - test พบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกด้าน หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ($\bar{x}$ =42.90) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ($\bar{x}$ =34.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Glucose: FBG) หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี <130 mg/dl ร้อยละ 42.5 มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ประโยชน์การนำไปใช้คือ หน่วยงานระดับปฐมภูมิและหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: พัฒนาระบบการดูแลโรคเบาหวาน, พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การจัดการรายกรณี

The Development Care System for Diabetes Mellitus Patients: a Case Management Model Saraphi Hospital Saraphi, District Chiangmai Province

Woranart Laoatiman, B.Sc.in Nursing, M.P.H
Thitisuda Somwatee, M.N.S. (GerontologicalNursing)
Prapaporn Mutumol, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)
Decha Tamdee, BNS. , MSc., Ph.D.

Abstract

Research for development, Purpose for studying result of development care system for diabetic by management by case management model Since December 2016 – May 2017 sample were type2 Diabetic patients (DM) 40 people. Process of research divide in 2 state. First, state of develop format of care system by nursing by case. Second, state bring format of care system by nursing and mange by case to study insample. Divide in studying before and after. Tool of research are questionnaire, daily record, frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t – test.

Result : Forty patients mostly were female, average 60.05 years old (SD 12.98). One third had monthly income between 5,000 - 10,000 Thai Bath. Seventy five percent had duration of DM for 6-15 year with 85% had other disease as comorbid. Point of behavior take care themselves after and before using format of management by case. Static t-test find mean of sample group overall after using format of management by case (42.90%) more than before using format of management by case. Retinal degeneration result normally before and after using format of management by case, the result 35 case (87.5%) equally. PDR Result after using format of management by case 2 case (5%) less than before using format of management by case 3 case (7.5%). Renal impairment 2nd stage after using format of management by case is 22 case (55%) more than before using format of management by case 12 case (30%) and no result of 3rd stage after using format of management by case that less than before using format of management by case 9 case (22.5%). Foot complication low risk after using format of management by case 21 case (52.5%) more than before using format of management by case 16 case (40%). And no result of high risk patient after using format of management by case lese than before using format of management by case 1 case (2.5%). Benefit of using is primary department and other department in hospital can bringthe result of study to apply.

Key Words : Development care system, Diabetes Mellitus, Case management.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาคุณภาพสุขภาพของคนไทย ที่สำคัญเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ (macro vascular complications) หรือหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complications)¹ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินหรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินที่ผลิตออกมาไปใช้ได้² อินซูลินเป็นฮอร์โมนซึ่งสร้างจากตับอ่อน ทำหน้าที่นำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อสร้างเป็นพลังงาน เปรียบเสมือนกุญแจที่เปิดประตูให้อาหาร ซึ่งในที่นี้หมายถึงน้ำตาลกลูโคสออกจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ร่างกาย³ จากการประมาณการจำนวนประชากรและความชุกในทุกกลุ่มอายุทั่วโลกพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 171 ล้านคนในปี 2543 เป็น 366 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573⁴ ข้อมูลจากสำนักกระบวนาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข 21 แห่งมาตรฐาน รวม 76 จังหวัด ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 336,265 ราย⁵ อัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 11.06 เป็น 12.06 ในปี พ.ศ. 2555⁶ สาเหตุการตายของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากภาวะติดเชื้อและโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง⁷ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี⁸ มักพบว่ามีปัญหาสุขภาพคือมีโรคมากกว่าโรค⁹ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้

ในผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานที่ตา (diabetic retinopathy) ที่ไต (diabetic nephropathy) และแผลที่เท้า¹ โดยการควบคุมโรคได้นั้นพิจารณาจากมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Glucose: FBG) 90 - <130 mg/dl น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) <7%¹ ซึ่งจากการดำเนินงานของงานโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสารภี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

จังหวัดเชียงใหม่ในปี 2558¹⁰ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 65,220 ราย คิดเป็น 5,339 ต่อแสนประชากร อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี 2556 จาก 4,212 เป็น 4,687 ต่อแสนประชากร ในปี 2558¹¹ และในปี 2558 พบโรคเบาหวาน ติดอันดับ 10 โรคพบบ่อยของผู้ป่วยนอก¹² ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบผลการตรวจ FBG>130 mg/dl มากถึงร้อยละ 51.3 มี HbA1c>7% ร้อยละ 57.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ จอประสาทตา ไต เท้าร้อยละ 0.20, 50.00 และ 2.75¹³ ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา รูปแบบการจัดการรายกรณี เป็นระบบบริการที่มีคุณภาพสูง ที่เน้นการจัดบริการแก่กลุ่มผู้ใช้บริการที่ซับซ้อนรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง เน้นการจัดการตามความจำเป็นของผู้ใช้บริการแต่ละราย (มาตรฐาน/Care map/ CPG ในการดูแลเฉพาะโรคของแต่ละระดับโรงพยาบาล) เน้นบทบาทการจัดการ การอำนวยความสะดวก การประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน การเป็นที่ปรึกษา และการดูแลที่เน้นการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความเสี่ยงต่างๆ มุ่งเน้นการเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ¹⁴ โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ติดต่อสื่อสารประสานงานกำกับติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากการศึกษาของรังสิมา รัตนศิลา¹⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p-value<0.05) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p-

value<0.05)

เดิมระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีการแยกจัดบริการที่ขาดความเชื่อมโยง เช่น ห้องทะเบียน ห้องชันสูตร ห้องจ่ายยา และห้องตรวจ การแยกส่วนการทำงานของแต่ละวิชาชีพโดยไม่มีการประสานการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ครอบคลุมและส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จอประสาทตา ไต เท้าและขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งในคลินิกและในชุมชน พบผู้ป่วยผื่นคันร้อยละ 11.5¹² ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลจัดการรายการณิจินำรูปแบบการจัดการรายการณิจินมาใช้ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยการทำหน้าที่และบทบาทของพยาบาลจัดการรายการณิจินเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสารภี ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณิจินโดยมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพไปแล้ว จึงมีความตั้งใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณิจินตามบริบทของโรงพยาบาลเพื่อให้การบริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพสูงสุด วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายการณิจิน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายการณิจิน โรงพยาบาลสารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560 จำนวน 40 คน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้แนวคิดและขั้นตอนการพัฒนามาตามรูปแบบการจัดการรายการณิจิน

ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้พิจารณาจาก ระดับน้ำตาลในเลือด (FBG)>130 mg/dl 2 ครั้งติดต่อกันมารับบริการที่โรงพยาบาลสารภี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type 2) (2) มีประวัติรับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี (3) รักษาด้วยยา (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตวายระยะที่ 4-5 โรคหัวใจ (5) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ (6) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม โดยข้อมูลจากการศึกษาของบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์และคณะ¹⁶ พบว่าก่อนการอบรมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 192.16 (SD 61.57) และหลังการเข้าร่วมอบรมครั้งที่ 2 ระยะเวลา 2 เดือน พบระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 152.21 (SD 50.08) นำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่า power 80% และ alpha = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

$$\text{จากสูตร } n = 2(Z_{\alpha/2} + Z_p)^2 \sigma^2 / (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2$$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_p = 0.84$$

$$\sigma^2 = (61.57)^2$$

$$\bar{X}_1 = 192.16$$

$$\bar{X}_2 = 152.21$$

แทนค่าดังนี้

$$n = 2(1.96+0.84)^2 (61.57)^2 / (192.16 - 152.21)^2$$

$$= 2(7.84)(3,790.86)/1596$$

$$= 37.24 + \text{ความคลาดเคลื่อน } 10\% \text{ คิดเป็น } 40 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาได้แก่รูปแบบการจัดการรายการณิจินซึ่งพัฒนามาตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1. ออกแบบระบบคลินิกเบาหวานตามบริบทของโรงพยาบาลสารภีโดยการสร้างทีมสหวิชาชีพ

2. กำหนดบทบาท หน้าที่ของสหวิชาชีพ 3. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล 4. วางแผนให้การพยาบาลตาม Patient Care Process ตามที่คณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) กำหนด 5. จัดกิจกรรมการให้ความรู้รายบุคคล และจัดกิจกรรมกลุ่มแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และโรคประจำตัว

2) แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา 3 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 2 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบประมาณค่า Rating Scale 1-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 1.0 - 1.5 หมายถึง มีความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อย

คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.51 - 3 หมายถึง มีความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

และใช้ผลคะแนนพฤติกรรมในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเป็นเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลประจำวันของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

1) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6 ชั่วโมง (Fasting Blood Glucose: FBG)

2) แบบบันทึกผลการตรวจจอประสาทตา ไต

เท้าแบบบันทึกข้อมูลประจำวันเป็นแบบบันทึกทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสารภีออกแบบเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางน่อง แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.895 ปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเดือนธันวาคม 2559

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลดำเนินงานที่ผ่านมาวิเคราะห์ผลกระทบวิเคราะห์ข้อจำกัด ปัจจัย สาเหตุพบขาดการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การวางแผน ตัวชี้วัดขาดผู้รับผิดชอบหลัก ขาดการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เดือนธันวาคม 2559

ขั้นตอนที่ 3 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณ เดือนธันวาคม 2559 - มกราคม 2560

3.1 ออกแบบระบบคลินิกเบาหวาน โดยใช้

แนวคิด Lean และ one stop service

3.2 สร้างทีมสหวิชาชีพและกำหนดบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพ

3.3 ให้การดูแลตาม Care Process มี 6 ขั้นตอน ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทและหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนดังนี้

(1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) ก่อนวันนัดผู้ป่วย 1 วัน เตรียมเพิ่มผู้ป่วยโดยการประสานกับงานทะเบียนตามข้อมูลที่มีอยู่ในระบบนัด ประสานงานชั้นสูตรเพื่อเตรียมอุปกรณ์ และประสานสหวิชาชีพเรื่องอัตราค่าล้างให้มีความเพียงพอในการให้บริการในคลินิก

(2) การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ร่วมกับสหวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยที่มาตรวจทุกครั้ง ได้แก่ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เช่น น้ำหนัก รอบเอว ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น

(3) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) ร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ในการค้นหาปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกัน วางแผนและจัดระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า โดยบันทึกข้อมูลในระบบ ฮอสเอกซ์พี (HOSxP)

(4) การดูแลทั่วไป (General Care Delivery) ประสานสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวปฏิบัติ และสื่อสารแนวปฏิบัติเมื่อมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง

(5) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวโดยการให้ความรู้รายบุคคลและจัดกิจกรรมกลุ่มแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยประสานสหวิชาชีพร่วมทำกิจกรรมกลุ่มด้วย

(6) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ติดตามผู้ป่วยที่ผัดนัด และประสานส่งต่อผู้ป่วยให้งานเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ระย่นำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ติดตามประเมินผล 6-8 สัปดาห์เดือน

มีนาคม-เมษายน 2560

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการรายกรณีประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBG) ของผู้ป่วยที่มาตามปกติและภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้าเดือนพฤษภาคม 2560

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการศึกษา เขียนรายงานเดือนพฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata 10.1 SE

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBG) และภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ

3. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการนำรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยใช้สถิติ paired t- test

ผลการศึกษา

การศึกษาเชิงพัฒนา (developmental research) ครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานที่มาตามนัดปกติ และระยะที่ 2 ระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ผลการศึกษานำเสนอตามระยะดังนี้

I ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน จากการดำเนินการสามารถสรุปกระบวนการพัฒนาเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่า แนวคิด Case Management คือระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้วิธี

การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนแนวทางการดูแล ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการมีดังนี้ คือ วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่รับเข้ามาในคลินิกเบาหวาน กระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และกำหนดตัวชี้วัดเพื่อ ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

(1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกัน

(2) อัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40

(3) การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต เท้า ลดลงหรือเท่าเดิม

ขั้นตอนที่ 3 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีออกแบบระบบการมารับบริการในคลินิกเบาหวานโดยใช้แนวคิด Lean เพื่อการลดขั้นตอนการมารับบริการ ตัดขั้นตอนการยื่นบัตรที่ห้องบัตร มาเป็นจุดตรวจเลือดแทน ห้องบัตรคืนบัตรล่วงหน้า 1 วัน ประสานฝ่ายเภสัชกรรมปรับขั้นตอนจ่ายยาจากแผนกผู้ป่วยนอก เปิดช่องรับยาที่คลินิกเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ เพื่อเป็น one stop service ประสานองค์กรแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ เรื่องบทบาทหน้าที่ และดูแลผู้ป่วยร่วมกันตาม Care Process ตั้งแต่ Assess&Entry จนถึง Continuity of Care โดยใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพในกรณีที่พบปัญหาซับซ้อน เช่นตรวจพบไตเสื่อมระยะที่ 3b หรือระยะที่ 4 กรณีควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่งพบนักโภชนาการ ส่งต่อทีมเยี่ยม

บ้านเพื่อประเมินการใช้ยาที่บ้าน เป็นต้น เข้าเยี่ยมตักเตือนเมื่อผู้ป่วยเบาหวานนอนโรงพยาบาลและเป็นส่วนหนึ่งของทีมเยี่ยมบ้านเมื่อเยี่ยมโรคเรื้อรัง กรณีผิวดันติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โไลน์และประสานทีมชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ระยะนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลในโปรแกรมฮอสเอกซ์พี (HOSXP) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมา (visit) รายงานความเสี่ยงของคลินิกเบาหวานตามระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาลสรุปตัวชี้วัดทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการรายกรณีดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

II ระยะที่ 2 ระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 72.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45 ส่วนรายได้ต่อเดือนพบมากที่สุดระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 35 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานนาน 6-10 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 37.5 เท่ากัน พบมีโรคเรื้อรัง/โรคร่วม ร้อยละ 85 ทั้งหมดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังหรืออาการชาที่เท้า ร้อยละ 2.5 เท่ากัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน
(n = 40)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	35
หญิง	26	65
อายุ (ปี)	X 60.05 (SD 12.98)	
40-50	5	12.5
51-60	17	42.5
61-70	11	27.5
> 70	7	17.5
สถานภาพสมรส		
โสด	8	20
คู่	29	72.5
หม้าย/ หย่า/ แยก	3	7.5
ศาสนา		
พุทธ	38	95
คริสต์	1	2.5
อิสลาม	1	2.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	15
ประถมศึกษา	18	45
มัธยมศึกษา	12	30
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4	10
อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	6	15
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5
รับจ้างทั่วไป	18	45
เกษตรกร /ทำสวน	3	7.5
ค้าขาย	6	15
ไม่ได้ทำงาน	5	12.5
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)		
< 5,000	8	20
5,000-10,000	14	35
10,001-15,000	13	32.5
15,001-20,000	2	5
> 20,000	3	7.5
ประวัติการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน (ปี)		
1-5	7	17.5
6-10	15	37.5
11-15	15	37.5
>15	3	7.5

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน
(n = 40) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคเรื้อรัง/โรคร่วม		
ไม่มี	6	15
มี	34	85
ความดันโลหิตสูง	32	94.1
ความดันโลหิตสูงและโรค	1	2.9
อัมพาต/อัมพฤกษ์		
ความดันโลหิตสูงและโรค	1	2.9
โรคเก๊าท์		
แผลเรื้อรังที่เท้า		
ไม่มี	39	97.5
มี	1	2.5
มีอาการชาที่เท้า		
ไม่มี	39	97.5
มี	1	2.5

พฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกด้านหลังได้รับการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ($X = 42.90$) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ($X = 34.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรม	ก่อน		หลัง		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
พฤติกรรมการรับประทาน	8.13	1.77	10.55	1.54	<.001
อาหาร					
พฤติกรรมการรับประทานยา	6.83	1.16	8.05	1.18	<.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	4.00	1.63	5.23	1.07	<.001
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า	15.52	3.27	19.21	2.55	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	34.17	6.42	42.90	4.97	<.001

หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พบระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 42.5 มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อน จอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.005$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
FBG (mg/dl)				
<130	0	0	17	42.5
≥130	40	100	23	57.5
X(SD)	172.5	(28.75)	142.8	(34.78)
จอประสาทตา				
ปกติ	35	87.5	35	87.5
NPDR	2	5	3	7.5
PDR	3	7.5	2	5
ภาวะไตเสื่อม				
ระยะที่ 1	19	47.5	18	45
ระยะที่ 2	12	30	22	55
ระยะที่ 3	9	22.5	0	0
ระยะที่ 4	0	0	0	0
ระยะที่ 5	0	0	0	0
ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า				
ความเสี่ยงต่ำ	16	40	21	52.5
ความเสี่ยงปานกลาง	23	57.5	19	47
ความเสี่ยงสูง	1	2.5	0	0

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์คือศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี ดังนี้

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ t - test พบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกด้านหลังได้รับการใช้รูปแบบ

การจัดการรายกรณี ($\bar{X} = 42.90$) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ($\bar{X} = 34.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการได้รับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจากการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากทีมสหวิชาชีพ ผ่านผู้จัดการรายกรณี ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการประสานทีมสหวิชาชีพในกรณีที่พบปัญหาซ้ำซ้อนสอดคล้องกับ วิไลวรรณ โพธิ์ศรี และคณะ¹⁷ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลสระบุรีที่พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวาน เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การดูแลและคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทีมสหวิชาชีพโดยรวมพบว่า มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีพบระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี น้อยกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 42.5 มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีอภิปรายผลว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 ซึ่งจะดูแลตนเองได้ดีกว่าวัยทำงาน⁹ นอกจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพแล้ว การทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยและญาติยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับการศึกษา บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และคณะ¹⁶ ศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม ค่าเฉลี่ยของ FBG ก่อนเข้าอบรมสูงกว่าหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.002$

ภาวะแทรกซ้อน จอประสาทตา ผลลัพธ์ NPDR หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี 3 คน (ร้อยละ 7.5) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการ

รายการณี 2 คน (ร้อยละ 5) ผลลัพธ์ PDR หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 2 คน (ร้อยละ 5) น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 3 คน (ร้อยละ 7.5)

ภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม ระยะที่ 2 หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 22 คน (ร้อยละ 55) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 12 คน (ร้อยละ 30) และไม่พบผู้ป่วยระยะที่ 3 หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 9 คน (ร้อยละ 22.5)

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ความเสี่ยงต่ำ หลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 21 คน (ร้อยละ 52.5) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 16 คน (ร้อยละ 40) และไม่พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี 1 คน (ร้อยละ 2.5)

อภิปรายว่า ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก (complexity) คือมีความเสี่ยงสูงและรุนแรง (high risk catastrophic case) ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการรายการณีซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติทางคลินิกทำการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทราบระดับของความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะต่างๆ และจัดการป้องกันแก้ไขอย่างเหมาะสม¹⁴ ในขณะเดียวกัน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁹ ซึ่งการได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมและการดูแลตนเองจากพยาบาลผู้จัดการรายการณีเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองในทุกด้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายการณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ซลิดาอนุกุล¹⁸ ได้กล่าวถึงการศึกษาของ Gabbay และคณะว่าสถานบริการเบื้องต้น (primary care clinics) ที่ the Penn State Hershey Medical Center ที่ได้รับการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายการณีซึ่งมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (diabetes guidelines) จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน (diabetes complication screening) เช่น ปัญหาทางตา เท้า และ

ไตลงได้สอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน ภาวษา และคณะ¹⁹ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อัตราการเกิดจอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 5 อัตราการเกิดแผลที่เท้า (DM Foot) ร้อยละ 3.91 อัตราการเกิดโรคไตเสื่อมร้อยละ 2.46 ซึ่งลดลงได้ตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการใช้รูปแบบการจัดการรายการณีต่อการติดตามผลการรักษาอีก 2-3 ครั้ง

ข้อเสนอแนะการวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป

1. ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการรายการณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแผนกผู้ป่วยใน
2. ศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการใช้รูปแบบการจัดการรายการณีในมิติอื่นๆ ได้แก่ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดอัตรา Re admission หรือ ลดค่าใช้จ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ อดีตคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นพ.จรัส สิงห์แก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี คุณเทพินทร์ คุณโลก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสารภีและ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2557.
2. International Diabetes Federation. About Diabetes [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 7]. Available from: www.idf.org/about-diabetes

3. American Diabetes Association. Living with Diabetes [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 7]. Available from: www.idf.org/about-diabetes
4. Wild, S., Scree, R., Roglic, G., King, H., & Green, A. Global Prevalence of Diabetes. Medscape [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 7]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/474956>
5. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโรคติดต่อ. รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=12>.
6. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
7. สาธิต วรรณแสง. สภาพปัญหาของโรคเบาหวานในประเทศไทย. ใน: วรรณนิ นิธิยานัน, สาธิต วรรณแสง, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วิศวกรรมพิมพ์; 2550.
8. ชัยลิต รัตนสาร. การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dmthai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf
9. ราม รังสิณี และคนอื่นๆ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2558 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://goo.gl/gNv3gR>
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. รายงานโรคติดต่อ 2558. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2558.
11. โรงพยาบาลสารภี. ฝ่ายยุทธศาสตร์และสารสนเทศ. แบบรายงานการนิเทศติดตามงาน ระดับจังหวัดรอบที่ 2 ตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณพ.ศ. 2559. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสารภี; 2559.
12. โรงพยาบาลสารภี. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ. Hospital Profile โรงพยาบาลสารภี ปี 2558. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสารภี; 2558.
13. โรงพยาบาลสารภี. NCD Profile โรงพยาบาลสารภี ปี 2558. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสารภี; 2558.
14. ทิพมาส ชินวงศ์. การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน Case Management for Clients with Diabetes Mellitus and Hypertension in a Community. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2560; 37:148-156
15. รังสิมา รัตนศิลา, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. ว.พยาบาลสาธารณสุข 2558; 29:67-78.
16. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, และคนอื่นๆ. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. Rama Nur J 2008; 14:289-296.
17. วิไลวรรณโพธิ์ศรีทอง, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสระบุรี. ว.กองการพยาบาล 2555; 39:79-93.
18. ชลิตา อนุกุล. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีผลที่เท่าเทียมโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: ประสิทธิภาพของ Entero-Stomal Therapist Nurse โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2558; 21:78-86.
19. วงเดือน ภาขา, และคนอื่นๆ. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. ว.กองการพยาบาล 2554; 38:31-41.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำเพื่อการพัฒนาโปรแกรมอบอุ่นร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

เกษร พัวเหล็ก, พ.ย.บ.

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จะส่งผลให้เกิดภาวะหนาวสั่น เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block: SB) ซึ่งภาวะอุณหภูมิกายต่ำทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นปัญหาต่อสุขภาพของผู้ป่วยตามมาได้ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ SB โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และรวมถึงความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นาฬิกาปฏิบัติอบอุ่นร่างกาย ศึกษาผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังที่มารับการผ่าตัด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 - 30 กันยายน 2559 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่ม 1 ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 418 คน กลุ่ม 2 ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 364 คน และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาผู้ใช้นาฬิกาปฏิบัติอบอุ่นร่างกาย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกลักษณะผู้ป่วย แบบบันทึกอุณหภูมิใช้การวัดระดับของ Hasankhani (2007) (alpha 0.95) โดยใช้ tympanic thermometer, แบบประเมินระดับหนาวสั่น ฉบับภาษาไทยของสาร หมื่นสกุล (alpha 0.96) และแบบประเมินความพึงพอใจ (alpha 0.90) สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ independent t-test และวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกหลายชั้น (multinomial logistic regression) แสดงค่า adjusted Odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI) มีค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 ไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 40 ปี ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 30 นาที ได้รับสารน้ำน้อยกว่า 2,000 มล. เสียเลือดน้อยกว่า 500 มล. ข้อมูลที่แตกต่างกันในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่าระยะเวลาผ่าตัด เฉลี่ย 25.17 และ 54.36 นาที, การได้รับสารน้ำ เฉลี่ย 1,188.81 และ 1,441.31 มล., ปริมาณเสียเลือด เฉลี่ย 118.74 และ 256.25 มล., อุณหภูมิกายนาที่ที่ 15 (T3) เฉลี่ย 34.28 และ 34.65 °C, อุณหภูมิกายนาที่ที่ 30 (T4) เฉลี่ย 35.22 และ 35.58 °C อุณหภูมิหลังอบอุ่นร่างกายต่ำกว่า 36.5 °C อุบัติการณ์หนาวสั่นเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด 308 และ 8 คน ตามลำดับ

อุบัติการณ์อุณหภูมิกายต่ำและหนาวสั่นช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่า โดยรวมผู้ป่วย SB มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำลดจากร้อยละ 17.96 เป็นร้อยละ 12.53 ภาวะหนาวสั่นลดจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 8.12 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประเภทผ่าตัด (AOR 2.06, 95%CI: 1.458-3.171), SBP (systolic blood pressure; AOR 2.08, 95%CI: 1.374-3.454), ปริมาณเสียเลือดมากกว่า 500 มล. (AOR 1.06, 95%CI: 1.074-2.135), การได้รับสารน้ำมากกว่า 2,000 มล. (AOR 1.02, 95%CI: 1.036-2.056) และระยะเวลาผ่าตัด $\geq$ 30 นาที (AOR 0.75, 95%CI: 0.008-0.767) ช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 โดยรวมความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 63.33 เป็น 86.9 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรในการอบอุ่นร่างกาย อยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 61.16 เป็น 91.2 ตามลำดับ

สรุป: ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ SB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทผ่าตัด ความดันโลหิต ปริมาณเสียเลือด การได้รับสารน้ำ และระยะเวลาผ่าตัด

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง, ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ, ภาวะหนาวสั่น

Factors Affecting to Hypothermia and Shivering for Developing Warm-up Programs in Surgery Patients Undergone Spinal Block, Nong Bua Lam Phu Hospital

Kasorn Pualek, B.N.S.

Abstract

Background: Postoperative hypothermia and shivering were frequent complications events in surgery patients, the hypothermia causes severe complications to the patients. This research aim to study the incidence and factors related to hypothermia and shivering of surgical patients undergone spinal block (SB) and measured the level of satisfaction of patient and nurse practisoner in Nong Bua Lam Phu Hospital.

Methods: This retrospective descriptive study was conducted among cases with age of 18 years or more and undergone SB. Data collected from medical, anesthetic records of operating room during October 2014- September 2016. Devided hypothermic and shivering study into 2 groups: group 1 (418 cases) and group 2 (364 cases) in fiscal year 2015 and 2016, respectively. All of 30 nurses in operating department were recruited in this study.

Research tool were patient characteristic records, thermoregulation asses applies from Hasankhani (2007) (alpha 0.95) with tympanic thermometer, shivering asses Thai warm applies of Sathorn Muensakul (alpha 0.96) and satisfaction questionnaires (alpha 0.90). Data were analyzed by descriptive statistics: percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics: Independent t-test, multinomial logistic regression, shown as adjusted Odds ratio (AOR) with 95% confidence interval (CI) at significant 0.05.

Results: General data of the sample during the fiscal year 2015-2016 there were no differences: most of the female over 40 years ole, mostly cesarean section, duration of surgery was more than 30 minutes, intravenous fluid (IV) < 2,000 ml, blood loss<500 ml. Data during fiscal year 2015-2016 were surgical time mean 25.17 and 54.36, IV mean 1,188.81 and 1,441.31, blood loss mean 118.74 and 256.25, body temperature (BT) 15 minutes (T3) mean 34.28 and 34.65, BT 30 minutes (T4) mean 35.22 and 35.58, temperature after warming < 36.5 °C, incidence shivering after surgery 308 and 8 persons respectively.

Overall of the incidence shivering and hypothermia during the fiscal year 2015-2016 of surgical patients undergone SB were 17.96 to 12.53% and 14.29 to 8.12% respectively. Risk factors associated with the incidence shivering and hypothermia of surgical patients undergone SB with statistically significant were surgical type (AOR 2.06, 95%CI: 1.458-3.171), SBP (AOR 2.08, 95%CI: 1.374-3.454), blood loss>500 ml (AOR 1.06, 95%CI: 1.074-2.135), IV $\geq$ 2000 ml (AOR 1.02, 95%CI: 1.036-2.056) and surgical time $\geq$ 30 min (AOR 0.75, 95%CI: 0.008-0.767). After operation during fiscal year 2015-2016 was satisfaction at high level of operating nurse increase from 63.33% to 86.9% and patient satisfaction increase from 61.16% to 91.2% respectively. **Conclusions:** risk factors associated with incidence shivering and hypothermia of surgical patients undergone SB with significantly were surgical type, SBP, blood loss, IV and surgical time.

Key words: spinal block, hypothermia, shivering

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block: SB) อาจส่งผลให้เกิดอาการหนาวสั่น (shivering) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนตามมาจากอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลดลงอยู่ที่ต่ำกว่า 36°C ซึ่งในการฉีดยาเข้าไขสันหลังจะทำให้สูญเสียความร้อนจากการกระจายความร้อนจากส่วนกลางไปส่วนปลาย และการยับยั้งสูญเสียควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ผู้ป่วยที่เกิดภาวะการสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้นของร่างกายทางผิวหนัง และภาวะหนาวสั่นจากการการยับยั้งการควบคุมอุณหภูมิส่วนกลาง ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 0.5 องศาเซลเซียส และยังพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนการระงับความรู้สึก ร้อยละ 53.3 จะเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering)¹ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จะเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในมารดาร้อยละ 20 และในทารก ร้อยละ 36.5 และพบว่าภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นปัญหาต่อสุขภาพของผู้ป่วยตามมาได้² จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหนาวสั่นภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ ทดแทนขณะผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร การผ่าตัดขนาดใหญ่ และผ่าตัดเปิดบริเวณช่องท้อง³ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ อุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด การใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกาย การชะล้างอวัยวะในช่องท้อง และประเภทการผ่าตัด⁴

สถิติที่กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่นในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังทั้งหมด มีแนวโน้มสูงขึ้น ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 มีอัตราเพิ่ม จาก 232, 261 และ 354 ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2558 เกิดอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในกลุ่ม SB จำนวน 418 คน (ร้อยละ 14.49 ของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด) และผู้ป่วยหนาวสั่นกลุ่ม SB ทั้งหมด จำนวน

518 คน (ร้อยละ 17.97 ของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด)

จากสถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และภาวะหนาวสั่นของผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้น ปัจจัยที่พบว่าทำให้เกิดของอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะหนาวสั่นได้บ่อยในผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ อุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ปรับไว้ 20-22 องศาเซลเซียส ($^{\circ}\text{C}$) ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 30 นาที การผ่าตัดใหญ่ที่มีปริมาณการเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มนี้กลไกการปรับตัวของอุณหภูมิร่างกายอัตโนมัติส่วนที่ต่ำกว่าระดับการระงับความรู้สึกเสียไปเนื่องจากหลอดเลือดจะขยายตัวทำให้เกิดการกระจายตัวของความร้อนไปสู่ส่วนปลายมากขึ้น จึงเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดโดยเฉพาะระยะผ่าตัด อุตการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่นระหว่างปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่า โดยรวมผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังทั้งหมด จะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำลดลงจาก ร้อยละ 17.96 เป็นร้อยละ 12.53 ภาวะหนาวสั่นลดลงจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 8.12 ตามลำดับ⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นปัญหาต่อสุขภาพของผู้ป่วยตามมาและเพื่อนำผลจากการศึกษาไปประกอบการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังให้มีความสุขสบายหายจากการป่วยเร็วขึ้น

อุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation) หมายถึง อุณหภูมิร่างกายมีค่าคงที่โดยเฉลี่ยประมาณ 37°C โดยวัดอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง $36.0 - 37.5^{\circ}\text{C}$ เมื่อแรกรับเข้าห้องผ่าตัดและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นหรือลงได้ประมาณ 0.5°C ภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ คือ ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ($^{\circ}\text{C}$) สามารถวัดได้จากอวัยวะส่วนกลาง สามารถวัดได้ทาง Tympanic membrane

คำนิยาม

อาการหนาวสั่น (Shivering) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดจากอุณหภูมิกายของผู้ป่วยลดลงอยู่ที่ต่ำกว่า 36°C ซึ่งในการฉีดยาเข้าไขสันหลังจะทำให้สูญเสียความร้อนจากการกระจายความร้อนจากส่วนกลางไปส่วนปลาย การสูญเสียความร้อนไปกับสิ่งแวดล้อม และการยับยั้งสูญเสียความร้อนของร่างกาย

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (Operative care) หมายถึง การดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ณ หน่วยงานวิสัญญี ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2559
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรห้องผ่าตัดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกายเพื่อเป็นการป้องกันและการรักษาภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำ ที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการอบอุ่นร่างกาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block: SB) ที่แผนกผ่าตัดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู แบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ในช่วง 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2558 และกลุ่มที่ 2 ในช่วง 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับ

ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการที่แผนกผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2559

มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block: SB หรือ Spinal anesthesia: SA)
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป ส่วนสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร
3. ไม่มีไข้ในระยะก่อนผ่าตัด อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง $36.0 - 37.5^{\circ}\text{C}$ เมื่อแรกเริ่มเข้าห้องผ่าตัด
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งห้ามในการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังและไม่แพ้ยา
5. ให้ความยินยอมในการฉีดยาทางช่องไขสันหลัง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. อายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนสูงต่ำกว่า 150 เซนติเมตร
2. อุณหภูมิกายแรกเริ่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36.0°C หรือมีไข้ (มากกว่า 37.5°C) เมื่อแรกเริ่มเข้าห้องผ่าตัด
3. เสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในระหว่างการผ่าตัด
4. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงทั้งก่อนระหว่างและหลังผ่าตัด เช่น cardiac arrest, shock
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนวิธีจากการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังเป็นวิธีการระงับความรู้สึกเป็นแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)

1. ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนพบว่าปีงบประมาณ 2558 ประชากรศึกษาจำนวน 2,884 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จำนวน 418 คน ปีงบประมาณ 2559 ประชากรศึกษาจำนวน 2,905 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จำนวน 364 คน

2. บุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลทีมผ่าตัดในห้องผ่าตัดทุกคน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทั้งหมดจำนวน 30 คน เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกายเพื่อเป็นการป้องกันและการรักษาภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำที่พัฒนาขึ้น

กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมอบอุ่นร่างกายของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยและประกอบกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ผ่านกระบวนการดูแลผู้ป่วยโปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีดังนี้

1. การป้องกันและการรักษาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและอาการหนาวสั่นโดยไม่ใช้ยา โดย

1) การใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (forced air warming) ปรับอุณหภูมิไว้ที่ 43°C เนื่องจากอาจจะมีความสูญเสียความร้อนไปกับสิ่งแวดล้อมหรืออากาศภายในห้องผ่าตัดได้ปรับอุณหภูมิไว้ที่ 23°C เพื่อให้ความอุ่นคงที่ ถ้าหากปรับอุณหภูมิต่ำกว่าหรือสูงกว่า 43°C อาจจะทำให้ความอุ่นไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย

2) การอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (intravenous fluid warming) หลังจากอุ่นสารน้ำในหม้อต้ม (hot air oven) ที่อุณหภูมิ 39°C นำสารน้ำมาเก็บในกล่องโฟมโดยควบคุมอุณหภูมิในกล่องโฟมให้อยู่ระหว่าง $37-39^{\circ}\text{C}$ เพื่อให้สารน้ำอุ่นคงที่ก่อนนำไปให้ผู้ป่วย

3) ควบคุมห้องผ่าตัดให้อยู่ที่ 23°C

2. ลงบันทึกอุณหภูมิผู้ป่วยและอุณหภูมิสารน้ำ 4 ครั้ง คือ T1 (แรกเริ่ม), T2 (หลังอบอุ่นร่างกาย/ให้สารน้ำ), T3 (หลัง 15 นาที) และ จนเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด T4 (เสร็จสิ้นการผ่าตัด) ขณะสังเกตอาการในห้องผ่าตัดใน 1 ชม. ลงบันทึกอุณหภูมิผู้ป่วยและภาวะหนาวสั่น (shivering) S1 (แรกเริ่ม), S2 (หลังอบอุ่นร่างกาย/ให้สารน้ำ), S3 (หลัง 15 นาที) และ S4 นาทีที่ 30 จนกว่าจะเสร็จสิ้นการสังเกตอาการในห้องผ่าตัดใน 1 ชม.

3. การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาชาทางไขสันหลัง หลังจากทำ SB จากนั้นจึงจัดทำผู้ป่วยนอนหงายกรณีผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและผ่าตัดที่อวัยวะช่วงล่างตั้งแต่ T10-ปลายเท้า จัดท่าตะแคง (ผ่าตัดข้อสะโพกหรือกระดูกต้นขา) วัดระดับการหายใจในช่วง T6-10 ผู้ป่วยได้รับการปรับระดับศีรษะสูงหรือต่ำ เพื่อให้ระดับการหายใจในช่วงดังกล่าว มีการ warm และวัดอุณหภูมิกาย (thermoregulation) แบบ tympanic temperature

4. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกรณีที่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังให้การอบอุ่นร่างกายทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด จากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง แบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ในช่วง 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2558 และกลุ่มที่ 2 ในช่วง 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) อัตราการเต้นหัวใจ (ครั้งต่อนาที) ความดันโลหิต systolic blood pressure (SBP) (มม.ปรอท) ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) และปริมาณเลือดที่เสียในการผ่าตัด (มล.)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวัดอุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส:°C) ของ Hasankhani⁶ โดยวัดทางเยื่อแก้วหู (tympanic membrane temperature) ลงบันทึกอุณหภูมิผู้ป่วย T1 (แรกเริ่ม), T2 (เริ่มอบอุ่นร่างกายและให้สารน้ำ), T3 (หลังอบอุ่นร่างกาย 15 นาที), T4 (เสร็จสิ้นการผ่าตัด) เกณฑ์การวัดอุณหภูมิร่างกายต่ำ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ Score 0= $\geq 36.0^{\circ}\text{C}$, 1= Mild hypothermia ($34-35.9^{\circ}\text{C}$), 2= Moderate hypothermia ($32-33.9^{\circ}\text{C}$), 3= Severe hypothermia ($<32^{\circ}\text{C}$)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับอาการหนาวสั่น (shivering score) ของ Butwick และคณะ ประยุกต์จากการศึกษาในฉบับภาษาไทย⁷ ซึ่งให้คำจำกัดความ

ว่าการเกิดภาวะหนาวสั่น เป็นภาวะที่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ศีรษะ ลำตัว และร่างกายครึ่งร่างกายนาน มากกว่า 15 วินาที โดยช่วงแรกร่างกายจะตอบสนองเพื่อคงอุณหภูมิโดยลดการสูญเสียความร้อน ใช้พลังงานให้น้อยที่สุด ได้แก่ peripheral vasoconstriction และต่อไปจะสร้างความร้อนขึ้นมาใช้สัญลักษณ์ (shivering score) "SX" แบ่งการประเมินเป็น 4 ช่วง ได้แก่ S1 (แรกเริ่ม), S2 (หลังอบอุ่นร่างกาย/ให้สารน้ำ), S3 (หลัง 15 นาที) และ S4 นาทีที่ 30 จนกว่าจะเสร็จสิ้นการสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นใน 1 ชม. โดยประเมินอาการหนาวสั่น ณ S4 (นาทีที่ 30) และการให้ shivering scale ดังนี้

Grade 0 = ไม่มีอาการสั่น (no shivering)

Grade 1 = มีอาการขมุกหรือหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว หรือมีอาการเขียวของอวัยวะส่วนปลายโดยไม่มีสาเหตุอื่นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า (piloerection or peripheral vasoconstriction but no visible shivering)

Grade 2 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อกลุ่มเดียว (muscular activity in only one muscle group)

Grade 3 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 กลุ่ม (muscular activity in more than one muscle group but not generalized)

Grade 4 = มีการสั่นของกล้ามเนื้อทั้งร่างกาย (shivering involving the whole body) การประเมินการเกิดอาการหนาวสั่นตามเกณฑ์ข้างต้นโดยถือว่าเกิดภาวะหนาวสั่น เมื่อมีอาการหนาวสั่นตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบประเมินลักษณะผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post anesthetic recovery score: PARS) เพื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂), 2) ความรู้สึกตัว (consciousness), 3) ระบบไหลเวียนโลหิต (circulation) วัดจากความดันโลหิต, 4.ระบบหายใจ (respiration) และ 5) ความเคลื่อนไหว (activity) การแปลผลด้านละ 2 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน หลังผ่าตัดต้องมียาแก้ปวด

หรือเท่ากับ 9 ก่อนย้ายแผนก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบุคลากรที่ทำให้ร่างกายอบอุ่น จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ได้รับบริการจากผู้ดูแลอย่างมีเมตตาจิต เจ้าหน้าที่หน้าตาดูยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาดี พฤติกรรมบริการโดยรวมของเจ้าหน้าที่ มีอุปกรณ์เครื่องมือเพียงพอ และความพึงพอใจโดยรวมที่ทำให้ร่างกายอบอุ่นให้คะแนนโดยประเมินค่าพึงพอใจ 5 ระดับ คือ ตอบ 1 น้อยที่สุด - 5 มากที่สุด รวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

17 - 25 คะแนน หมายถึง สูง

9 - 16 คะแนน หมายถึง ปานกลาง

1 - 8 คะแนน หมายถึง ต่ำ

ชุดที่ 2 แนวปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ โดยประยุกต์จากแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหลังได้รับ SB ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น⁸ (2554: 74-80) เพื่อป้องกันและการรักษาภาวะอุณหภูมิต่ำและอาการหนาวสั่น (unit profile of rewarming) ประกอบกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ผ่านมา โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นจึงนำมาปรับใช้เข้ากับบริบทห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้แก่ การใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (forced air warming) การอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ การควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกรณีที่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำโดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ค่า CVI= 0.85

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกาย (unit profile of rewarming) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม เช่น ความสะดวกในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้จริง ใช้ได้ผลดีในการลดภาวะอุณหภูมิต่ำและอาการหนาวสั่น และใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก

ซับซ้อน เป็นต้น ตอบ 1=พึงพอใจน้อยที่สุด – 5 =พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน รวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ กำหนดคะแนนที่ได้และความหมายไว้ ดังนี้ 34 – 50 คะแนน หมายถึง พอใจมาก, 18 – 33 คะแนน หมายถึง พอใจปานกลาง และ 1 – 17 คะแนน หมายถึง พอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) คือ แบบความพึงพอใจของบุคลากร แบบบันทึกภาวะอุณหภูมิกายและแบบประเมินระดับอาการหนาวสั่นมีค่า $\alpha = 0.90, 0.95$ และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 05/60 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยเคร่งครัดการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณนา โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วย independent t-test วิเคราะห์ปัจจัยทำนายอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิกายต่ำ ด้วยการถดถอยลอจิสติกแบบหลายชั้น (multinomial logistic regression) และอธิบายด้วยค่า adjusted Odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI) มีค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและหนาวสั่น ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่าโดยรวมผู้ป่วยกลุ่ม SB ทั้งหมด มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำลดจากร้อยละ 17.96 เป็นร้อยละ 12.53 ภาวะหนาวสั่นลดจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 8.12 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิกายต่ำและหนาวสั่น ปี 2558-2559

	2558 (n=2,884)	2559 (n=2,905)
รายการผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีอุณหภูมิกายปกติ	828(28.71)	1,371(47.19)
ผู้ป่วยอุณหภูมิกายต่ำทั้งหมด	538(18.65)	418(14.39)
ผู้ป่วยอุณหภูมิกายต่ำกลุ่ม SB (spinal block)	518(17.96)	364(12.53)
ผู้ป่วยผ่าตัดที่หนาวสั่นทั้งหมด	588(20.39)	516(17.76)
ผู้ป่วยหนาวสั่นกลุ่ม SB	412(14.29)	236(8.12)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 ไม่มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 40 ปี ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่า 30 นาที ได้รับสารน้ำน้อยกว่า 2,000 มล. เสียเลือดน้อยกว่า 500 มล. ข้อมูลที่แตกต่างกันในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่าระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 30.60 และ 54.36, การได้รับสารน้ำ เฉลี่ย 1,188.81 และ 1,441.31, ปริมาณเสียเลือด เฉลี่ย 118.74 และ 256.25, อุณหภูมิกาย, อุณหภูมิหลังอบอุ่นร่างกายต่ำกว่า 36.5°C หลังผ่าตัดเสร็จ อุบัติการณ์หนาวสั่นเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดเฉลี่ย 182 และ 104 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหนาวสั่นในการผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ปี 2558 กับ ปี 2559

	2558 (n=418)	2559 (n=364)	t	p-value
จำนวน	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	147(35.2)	127(34.9)	0.007	0.940
หญิง	271(64.8)	237(65.1)		
อายุ (ปี)	$\bar{X}=39.60$	$\bar{X}=36.59$		
อายุเฉลี่ย	(SD19.38)	(SD17.45)	1.82	0.068
<20	51(12.2)	34(9.3)		
20-29	156(37.3)	123(33.3)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหนาวสั่นในการผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ปี 2558 กับ ปี 2559 (ต่อ)

	2558 (n=418) จำนวน (ร้อยละ)	2559 (n=364) จำนวน (ร้อยละ)	t	p- value
30-39	64(15.3)	70(19.2)		
40 ขึ้นไป	147(35.2)	137(37.6)		
ประเภทการผ่าตัด			1.244	<.001*
Cesarean	188(45.0)	162(44.5)		
section(C/S)				
Open reduction	51 (12.2)	43(11.8)		
internal fixation				
(ORIF)				
Transurethral	13(3.1)	22(6.0)		
Resection of the				
Prostate (TURP)				
Abdominal perine-	19(4.5)	19(5.2)		
al resection (APR),				
Hemodialysis				
Total Abdominal	3(0.7)	16(4.4)		
Hysterectomy (TAH)				
อื่นๆ	144(34.6)	102(27.6)		
ระยะเวลาผ่าตัด	$\bar{X}$ =30.60	$\bar{X}$ =54.36	15.30	<.001*
(นาที)	(SD 5.67)	(SD 22.63)		
ไม่เกิน 30	92(22.0)	51(14.0)		
≥30	326(78.0)	313(86.0)		
การได้รับสารน้ำ	$\bar{X}$ =1188.81	$\bar{X}$ =1441.31	4.79	<.001*
(มล.)	(SD 59.18)	(SD 71.73)		
<1,000	70(16.7)	78(21.4)		
1,000-2,000	198(47.4)	165(45.3)		
>2000	150(35.9)	121(33.2)		
ปริมาณการเสียเลือด	$\bar{X}$ =118.74	$\bar{X}$ =256.25	6.84	<.001*
(มล.)	(SD 25.27)	(SD 15.15)		
≤ 500	389(93.1)	341(93.7)		
500 -1,000	29(6.9)	23(6.3)		
T1 อุณหภูมิกายนาที่	$\bar{X}$ =36.69	$\bar{X}$ =36.69	1.74	0.081
แรกเริ่ม (C)	(SD 0.59)	(SD 0.59)		
T2 หลังให้สารน้ำ (C)	$\bar{X}$ =34.28	$\bar{X}$ =34.65		
	(SD 1.94)	(SD 1.83)		
T3 นาที่ที่ 15 (C)	$\bar{X}$ =34.28	$\bar{X}$ =34.65	2.13	0.03*
	(SD 1.94)	(SD 1.83)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหนาวสั่นในการผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ปี 2558 กับ ปี 2559 (ต่อ)

	2558 (n=418) จำนวน (ร้อยละ)	2559 (n=364) จำนวน (ร้อยละ)	t	p- value
T4 นาที่ที่ 30 (C)	$\bar{X}$ =35.22	$\bar{X}$ =35.58	2.46	0.014*
	(SD 1.65)	(SD 1.58)		
≤36.5	413(98.8)	71(19.5)		
>36.6-37.0	5(1.2)	293(80.5)		
ภาวะหนาวสั่น (นาที่	$\bar{X}$ =104	$\bar{X}$ =182	3.25	<.001*
ที่ 30)	(SD 0.78)	(SD 0.61)		
Grade 0 ไม่มี	110(26.3)	356(97.8)		
อาการสั่น)				
Grade 1 (อาการ	254(60.8)	8(2.2)		
ขนลุก)				
Grade 2 (การสั่น	46(11.0)	0		
ของกล้ามเนื้อกลุ่ม				
เดียว)				
Grade 3 (การสั่น	8(1.9)	0		
ของกล้ามเนื้อ				
มากกว่า 1 กลุ่ม)				

*: significant at 0.05 level

คะแนนลักษณะผู้ป่วยหลังผ่าตัดแรกเริ่มที่ดูแลที่ห้องพักฟื้น (PARS) พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 มีคะแนนรวมลักษณะผู้ป่วย เฉลี่ย 7.32 (SD 1.36) และ 7.55 (SD 1.37) ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.017) เมื่อแยกย่อย ความรู้สึกตัว ระบบไหลเวียนโลหิต BP ขึ้นลง ระบบหายใจ ความเคลื่อนไหว SpO₂ มากกว่า 92% ร้อยละ 72.0 และ ร้อยละ 64.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนลักษณะผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post anesthetic recovery score: PARS)

PARS	คะแนน	2558	2559	t	p-value
		(n=418) จำนวน (ร้อยละ)	(n=364) จำนวน (ร้อยละ)		
SpO ₂					
มากกว่า 92% room air	2	301 (72.0)	233 (64.0)	1.79	<.001*
ใช้ O ₂ supplement ให้ SpO ₂ มากกว่า 92% room air	1	117 (28.0)	131 (36.0)		
ใช้ O ₂ supplement ให้ SpO ₂ มากกว่า 92% room air	0	0	0		
ความรู้สึกตัว (consciousness)					
ตื่น โดยไม่ต้องปลุก	2	263(62.9)	253(69.5)	1.87	<.001*
ปลุกตื่นเมื่อเรียกหรือสัมผัส	1	155(37.1)	111(30.5)		
ไม่ตอบสนอง	0	0	0		
ระบบไหลเวียนโลหิต (circulation)					
BP±20%ก่อนผ่าตัด	2	282(60.4)	220(67.5)	0.11	<.001*
BP±20-50% ก่อนผ่าตัด	1	136(39.6)	144(32.5)		
BP± > 50% ก่อนผ่าตัด	0	0	0		
ระบบหายใจ (respiration)					
หายใจเข้าออกได้ลึกและโอได้	2	255(57.7)	210(61.0)		
หายใจน้อย,ทางเดินหายใจดี	1	163(42.3)	154(39.0)	0.81	.022*
ไม่หายใจ	0	0	0		
ความเคลื่อนไหว (activity)					
ยกแขน/ขาได้ในแนวตั้ง	2	289(69.1)	255(70.1)		
ขยับแขน/ขาได้ในแนวราบ	1	129(30.9)	109(29.9)	0.69	.031*
ไม่สามารถขยับแขน/ขาได้	0	0	0		
คะแนนรวมลักษณะผู้ป่วย	10	$\bar{X}$ =7.55 (SD 1.37)	$\bar{X}$ =7.32 (SD 1.36)	1.81	.017*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประเภทการผ่าตัดทั้งหมด (AOR 1.71, 95%CI: 1.458-3.171), SBP (AOR 2.08, 95%CI: 1.374-3.454), ระยะผ่าตัด≥30 นาที (AOR 0.75, 95%CI: 0.008-0.767) การได้รับสารน้ำ≥2000 มล. (AOR 1.02, 95%CI: 1.036-2.056) และปริมาณเสียเลือด>500 มล. (AOR 1.06, 95%CI: 1.074-2.135) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะหนาวสั่นและภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ปัจจัย	ภาวะหนาวสั่น		p-value
	AOR	95%CI	
ประเภทการผ่าตัด			
C/S	1.71	1.458-3.171	<.001*
TURP	2.06	1.543-3.603	
ORIF	2.10	2.067-4.174	
SBP			
<90	2.08	1.374-3.454	0.011*
>90	0.09	0.008-0.097	
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)			
<30	0.207	0.167-0.374	
≥30	0.75	0.008-0.767	<.001*
การได้รับสารน้ำ(มล.)			
<2,000	0.454	0.374-0.834	<.001*
≥2,000	1.02	1.036-2.056	
ปริมาณการเสียเลือด (มล.)			
≤ 500	0.209	0.167-0.376	
500-1,000	1.06	1.074-2.135	<.001*

ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 63.33 เป็น 86.9 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการอบอุ่นร่างกาย อยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 60.16 เป็น 91.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจในการได้รับการอบอุ่นร่างกายของผู้ป่วยและบุคลากรหลังดำเนินการ

ความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ	
	ปี 2558 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2559 จำนวน (ร้อยละ)
ความพึงพอใจต่อการใช้	$\bar{X}=18.62$	$\bar{X}=25.12$
แนวปฏิบัติของบุคลากร (n=30)	(SD4.31)	(SD2.01)
พึงพอใจต่ำ (1-16 คะแนน)	0	0
พึงพอใจปานกลาง (17-32 คะแนน)	11(36.67)	4(13.1)
พึงพอใจสูง (33-50 คะแนน)	19(63.33)	26(86.9)
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย	$\bar{X}=119.81$	$\bar{X}=204.81$
ต่อบุคลากร	(SD1.77)	(SD1.77)
ระดับต่ำ 1 - 8	58(15.93)	0
ระดับปานกลาง 9 - 16	87(23.90)	32(8.8)
ระดับสูง 17 - 25	219(60.16)	332(91.2)

วิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่นในช่วงปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่าโดยรวมผู้ป่วย spinal anesthesia มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำลดลงจากร้อยละ 17.96 เป็น 12.53 มีภาวะหนาวสั่นลดลงจากร้อยละ 20.39 เป็น 17.76 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ประเภทยาการผ่าตัดทั้งหมด, SBP, ระยะผ่าตัด ≥ 30 นาที, การได้รับสารน้ำ ≥ 2000 มล. และปริมาณเสียเลือด > 500 มล. $p\text{-value} < 0.001$, 0.011 , < 0.001 , < 0.001 ตามลำดับ มีอุณหภูมิร่างกายที่ 30°C เฉลี่ย 35.22 และอุบัติการณ์หนาวสั่นเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด เฉลี่ย 0.45 ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ และอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังผ่าตัดอาจแตกต่างกันตามชนิดของการผ่าตัด⁹

ปัจจัยทำนายอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็น 2.08 เท่า, ประเภทยาการผ่าตัด 1.71 เท่า, ปริมาณการเสียเลือดมากกว่า 500 มล. 1.06 เท่า, การได้รับสารน้ำน้อยกว่า 2,000 มล.

1.02 เท่า และระยะเวลาผ่าตัด ≥ 30 นาที 0.75 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารท หมื่นสกุล⁷ ที่ศึกษาพบว่าหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่ได้รับการระบับความรู้สึกแบบ spinal block ที่ได้รับโปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่าและมีอาการหนาวสั่นน้อยกว่าหญิงหญิงที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติ

ระดับความพึงพอใจของบุคลกรอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 63.33 เป็น 86.9 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรผู้ให้การอบอุ่นร่างกายอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 61.16 เป็น 91.2 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำและดำเนินการปฏิบัติอย่างเข้มงวดในปี 2559 จึงทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่นลดลง แต่การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยวิธีการให้ผ้าห่มและสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิอบอุ่นอาจยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระดับรุนแรงที่ยังต่ำกว่า $35\text{--}35.8^{\circ}\text{C}$ จึงต้องทำการอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยอย่างจริงจังจนถึงอุณหภูมิ 35°C ¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซาริณี ประจันทรืสวัสดิ์ และคณะ¹¹ ศึกษาพบว่าอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขึ้นอยู่กับระยะเวลาการผ่าตัด และการได้รับสารน้ำ และการศึกษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดมีภาวะหนาวสั่นหลังให้สารน้ำที่อุ่นมีเพียงร้อยละ 6.9 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำ คือการผ่าตัดต่อมลูกหมากหรือเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะ¹² อายุ¹³ และความดันโลหิตต่ำ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

1.1 กำหนดให้ใช้ข้อมูลวางแผนในการเตรียมผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายต่ำอย่างเข้มงวด

1.2 มีการเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมแก้ไข

กรณีเกิดความดันโลหิตต่ำ โดยการให้สารน้ำทดแทน

2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาต่อไป

การศึกษาวิเคราะห์เพื่อเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการด้านวิสัญญี ทั้งด้าน input process และ output ตลอดจนปรับปรุงพัฒนามาตรฐานการอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการศึกษาภาวะแทรกซ้อนสำหรับการผ่าตัดเฉพาะ สามารถทำได้เมื่อขนาดของข้อมูลที่กว้างขึ้น และจะเป็นที่อ้างอิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ทำการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงขอบคุณท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Chung SH, Lee BS, Yang HJ, Kweon KS, Kim HH, Song J. Effect of preoperative warming during cesarean section under spinal anesthesia. *Korean J Anes*. 2012; 62: 454-60.
2. Baker B, Lawson R. Maternal and newborn outcomes related to unplanned hypothermia in scheduled low-risk cesarean delivery births. *Newborn & Infant Nurs rev*. 2012; 12: 7-75.
3. วังภา จิรเสียมกุล. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหนาวสั่นในห้องพักฟื้นหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2558; 29: 579 – 86.
4. ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวดี อัศตรวิเศษ, นฤมล ทองคำ, กรรณิกา กัลยานคุปต์. อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. *คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. J Nurs Sci*. 2013; 31: 34-44.

5. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. สถิติผู้ป่วยผ่าตัด ในโปรแกรมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย; 2558.

6. Hasankhani H, Mohammadi E, Moazzami F, Mokhtari M, Naghizadeh MM. The Effects of Warming Intravenous Fluids on Perioperative Haemodynamic Situation, Postoperative Shivering and Recovery in Orthopedic Surgery. *Can Oper Room Nurs J* 2007; 25: 20-7.

7. สาธร หมื่นสกุล. ผลของการให้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนและอาการหนาวสั่นในหญิงที่มารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2556: 46-8. [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2560] จาก: https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms

8. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypothermia. *งานพัฒนาคุณภาพบริการวิสัญญี ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2554: 74-80. [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2560] จาก: <https://www.anaes1.md.kku.ac.th>

9. Pisitsak C, Virankabutra T, Deewong K, Pornprasertsuk M. Postoperative hypothermia: Incidence and associated factors. *Thai J Anesthesiology* 2011; 37: 93-103.

10. Roggla M, Frossard M, Wagner A, Holzer M, Bur A, Roggla G. Severe accidental hypothermia with or without hemodynamic instability: rewarming without the use of extracorporeal circulation. *Wien Klin Wochenschr* 2002; 114: 315-20.

11. ชาริณี ประจันทรินวล, เทพกร สาธิตการมณี, ลีริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, สรรชัย อีรพงศ์ภักดี, ดวงธิดา นนท์เหล่าพล, วิริยา ถิ่นสีลอง. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ที่ได้รับการป้องกันตามมาตรฐาน. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วรรณกรรม 2556; 39: 183-91.

12. สุพิศ สกุงคง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะในห้องผ่าตัด. กลุ่มงาน วรรณกรรมวิทยา โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่. วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3: 195-207.

13. Yimer TH, Hailekiros AG, Tadesse YD. Magnitude and Associated Factors of Postanaesthesia Shivering Among Patients Who Operated Under Regional Anesthesia, Northwest Ethiopia: A Cross Sectional Study. Ethiopia. J Anes Clin Res. 2015; 6: 587-12.

14. Luggya TS, Kabuye RN, Mijumbi C, Tindimwebwa JB, Kintu A. Prevalence, associated factors and treatment of post spinal shivering in a Sub-Saharan tertiary hospital: a prospective observational study. BMC Anesthesiol 2016; 16: 100.

การศึกษาคุณภาพข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โรงพยาบาลเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ ของคุณภาพข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การตัดสินใจในการใช้งบการเงินของผู้บริหารและศึกษาปัญหาที่เกิดจากการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหสำหรับผู้บริหารในการใช้งบการเงินของผู้บริหารโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ข้อมูลงบการเงินโดยศึกษาจากข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างปีงบประมาณ 2557 – 2559 และใช้แบบสอบถามของผู้ทำหน้าที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเลย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าตึกหรือหัวหน้างานในโรงพยาบาลเลย จำนวน 59 กลุ่มงาน ทั้งหมด 59 คน และเนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อยจึงทำการศึกษาทั้งหมด สถิติที่ใช้ในการประมวลผลการวิเคราะห์ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อนำข้อมูลจากงบการเงินปีงบประมาณ 2557 – 2559 มาเปรียบเทียบกันโดยคิดค่าตัวแปรแบบร้อยละแล้วพบว่าข้อมูลในงบการเงินมีความสัมพันธ์กันในส่วนของรายได้และส่วนของรายจ่ายมีความน่าเชื่อถือได้ในระดับดี ในภาพรวมของงบการเงินพบว่าเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นหากผู้บริหารใช้งบการเงินเพื่อเจาะจงเฉพาะรายการที่ต้องการตัดสินใจจำเป็นต้องขอรายละเอียดแนบงบการเงินเพิ่ม นอกเหนือจากหมายเหตุประกอบงบการเงิน และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นในการนำข้อมูลทางบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจประกอบด้วย คุณลักษณะองค์กร คุณภาพข้อมูลทางบัญชีและประสิทธิภาพในการตัดสินใจนั้นผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.51 – 4.50 อยู่ในระดับ ดี เมื่อพิจารณารายข้อสิ่งที่ผู้บริหารให้ความสำคัญลำดับแรกคือความเชื่อถือได้โดยให้ความสำคัญของการปฏิบัติงานทางบัญชีที่ต้องยึดหลักความระมัดระวังในการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ยังไม่แน่นอนรองลงมาคือการตัดสินใจข้อมูลจะต้องนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลาและในการนำเสนอข้อมูลในงบการเงินนั้นต้องสามารถช่วยให้ผู้ใช้งบการเงินเข้าใจข้อมูลต้องถูกต้องครบถ้วน

สรุป ข้อมูลในงบการเงินมีความน่าเชื่อถือได้ในระดับดี การนำข้อมูลทางบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจประกอบด้วย คุณลักษณะองค์กร คุณภาพข้อมูลทางบัญชีและประสิทธิภาพในการตัดสินใจอยู่ในระดับ ดี

คำสำคัญ: คุณภาพข้อมูลบัญชี, การตัดสินใจของผู้บริหาร

The Quality of the Accrual Basis Affecting the Decision Making of Loei Hospital's Administrative Staff

kanchana Srisawat, Finance and Accounting Analyst, Loei hospital

Abstract

This current applied research was to examine the quality of the accrual basis which affecting the decision making of Loei hospital's administrative staff. This study aimed to study the factors influenced the decision making of Loei hospital's administrative staff on the hospital expense, to elicit the problems caused by the accrual basis that affecting those ones' decision making and to find out the solution for them to manage the hospital budget. Tools in this study composed of 1) the financial data from financial report of the fiscal year 2014-2016, 2) the questionnaires for hospital staff. Participants for this study consisted of the director, deputy directors and the heads of all departments and work units of hospital, total 59 peoples. Statistics used for data analyzing was consisted of percentage average (X) and standard deviation (S.D.)

Result: when comparing the data from the financial report between the fiscal years 2014-2016 by percentages, found that both income and outcome were compatible, when the income was high, the outcome was high too. The outcome had a reliability point at good level. When the administrators need to expense budget for a specific purpose, he/she must need notation correspondence. The administrators' opinion mostly agrees that financial reports can help to made up characteristics of the organization, accounting information quality and the effectiveness of decision making. The average point is 3.51-4.50 at good level. To consider how important each topic, reliability was first priority. Deal with the accounting work need to be careful to the perception of an uncertain favor. The second was decision making. Accurate information in financial report helps decision marketing on the relevant problem in time.

Conclusion: the financial information is reliable accounting information to help in decision making features in the organization accounting data, quality decision making rank in a good level

Key words: quality of the accrual, the decision making of administrative staff

บทนำ

โรงพยาบาลเลย ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเดิมมีการบันทึกบัญชีแบบเกณฑ์เงินสด (Cash Basic) ซึ่งเป็นระบบบัญชีสำหรับหน่วยงานย่อยต่อมาได้มีนโยบายการปฏิรูประบบราชการและคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2542 เห็นชอบแผนปฏิรูประบบการบริหารงานภาครัฐเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการบริหารภาครัฐไปสู่ระบบการบริหารภาครัฐแนวใหม่ที่เน้นการทำงานโดยยึดวัตถุประสงค์และการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับผลผลิตผลลัพธ์และความคุ้มค่าในการใช้จ่ายกระทรวงการคลังในฐานะรับผิดชอบกำกับดูแลระบบการบริหารการเงินการบัญชีจึงได้เสนอให้มีการปรับเปลี่ยนหลักการบัญชีภาครัฐจากเกณฑ์เงินสดเป็นเกณฑ์คงค้างเพื่อเป็นกรอบในการผลิตข้อมูลทางบัญชีระบบรายงานทางการเงินให้โปร่งใสและนำมาใช้ในการวิเคราะห์วางแผนประเมินผลการบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปฏิรูปการจัดทำบัญชีแบบใหม่ให้เป็นระบบบัญชีสากลโดยได้รับความเห็นชอบจากกรมบัญชีกลางตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2544 และได้ให้โรงพยาบาลนาร่องในการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีเป็นระบบเกณฑ์คงค้างตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

โรงพยาบาลเลยได้ปรับเปลี่ยนระบบบัญชีเป็นระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นมาโดยจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างตามคู่มือบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพร้อมทั้งส่งงบทดลองประจำเดือนผ่านทางเว็บไซต์ของกลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตรวจสอบคุณภาพงบการเงินเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยแบ่งเป็น 3 หัวข้อ คือ 1. ครบถ้วน/ทันเวลา 2. ถูกต้องตามหลักการบัญชี 3. ปรับปรุงตามนโยบายบัญชี โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คะแนนหน่วยงาน 100 คะแนนและคะแนนลูกข่าย 50 คะแนน โรงพยาบาลเลยได้คะแนนคุณภาพงบการเงินเบื้องต้นจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมหน่วยงานและลูกข่ายได้ 150 คะแนน นอกจากนั้นในการ

ตรวจสอบคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลเลยยังต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพบัญชีจากสำนักงานบริการสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานีโดยมีคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 รับผิดชอบในการตรวจสอบบัญชีและให้คะแนนตามช่วงคะแนนคือ ช่วงร้อยละ 90-100 (ดีมาก) เท่ากับ A, ช่วงร้อยละ 80 – 88.99 (ดี) เท่ากับ B, ช่วงร้อยละ 60 – 79.99 (พอใช้) เท่ากับ C, ช่วงร้อยละ 50 – 59.99 (ปรับปรุง) เท่ากับ D และช่วงร้อยละ 0 – 49.99 (ปรับปรุง) เท่ากับ F ซึ่งจากการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลเลย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 – 2559 ได้คะแนนจากสำนักงานบริการสุขภาพที่ 8 อยู่ในช่วงร้อยละ 90 – 100 เท่ากับ A มาตลอดแต่ยังพบว่าคุณภาพของข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย ด้วยเหตุว่าในการบริหารงานนั้นต้องการข้อมูลทางบัญชีที่เข้าใจง่ายหากผู้บริหารหรือผู้ใช้ข้อมูลทางบัญชีไม่มีความเข้าใจด้านบัญชีซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจของผู้บริหารร่วมด้วย และยังสะท้อนถึงข้อมูลทางบัญชียังขาดความน่าเชื่อถือจึงไม่ช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหารกล่าวคือคุณภาพของข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ได้ช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารจากข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลเลยเพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผนและประเมินผลการบริหารงานทางการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

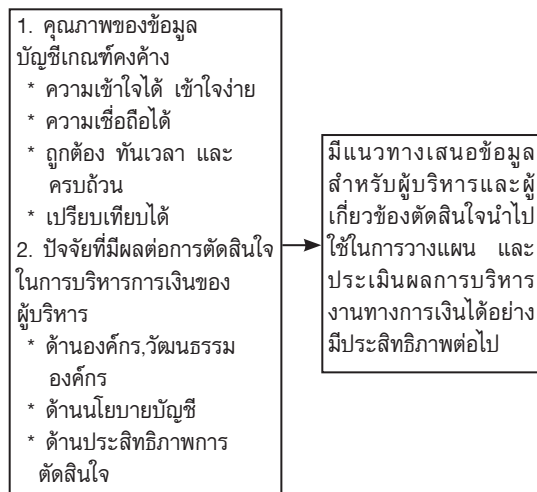
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในการใช้การเงินของผู้บริหารของโรงพยาบาลเลย
2. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดจากการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลเลยมีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย
3. เพื่อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการใช้การเงิน

ของโรงพยาบาลเลย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึง
สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการบริหารทางการเงินของโรงพยาบาลเลย
2. ทราบถึงปัญหาที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลยในการบริหารทางการเงิน
3. ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนบริหารงานทางการเงินได้

ระเบียบและวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงประยุกต์ ของคุณภาพข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ได้แก่

1. ข้อมูลงบการเงินปีงบประมาณ 2557 - 2559
2. บุคลากรที่ทำหน้าที่ผู้บริหาร ได้แก่ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 1 คน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 2 คน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 3 คน หัวหน้าตึกหรือหัวหน้างานในโรงพยาบาล

เลย 53 คน รวมทั้งหมด 59 คน และเนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อยจึงทำการศึกษาทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 59 ชุด

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ

1. ข้อมูลงบการเงินศึกษาจากข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างปีงบประมาณ 2557 - 2559
2. แบบสอบถาม (Questionnaire) ของผู้ทำหน้าที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลเลย มีทั้งหมด 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย ประกอบด้วย 7 คำถาม ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล อาทิ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้และตำแหน่งปัจจุบัน

ตอนที่ 2 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลทางบัญชี แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบไปด้วย (1) ความเข้าใจได้คือข้อมูลในงบการเงินผู้ใช้งบการเงินเข้าใจง่าย พนักงานบัญชีมีความรู้ความเข้าใจในการนำเสนอ ความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจคือการสามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในการตัดสินใจได้ (2) ความเชื่อถือได้คือมีความชัดเจน ถูกต้อง ทันเวลาและครบถ้วนและต้องระมัดระวังในการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ยังไม่มีความแน่นอน และ (3) มีการเปรียบเทียบกันได้ในรอบระยะเวลาบัญชีที่แตกต่างกันเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง

ตอนที่ 3 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะขององค์กร ประกอบด้วย นโยบายองค์กรความต้องการใช้ข้อมูลขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โครงสร้างขององค์กรคือระบบการทำงานที่ส่งผลต่อแหล่งข้อมูลที่ได้มา และวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคคล ทีมงาน การวางแผนและการมีเป้าหมายที่ตรงกันจะช่วยให้อยู่รอดมีประสิทธิภาพมั่นคงได้ในระยะยาว

ตอนที่ 4 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการตัดสินใจ แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบไปด้วยความสามารถในการนำข้อมูลไปทำการตัดสินใจได้จากทางเลือกหลายทางที่เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดเพื่อ

บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตอนที่ 5 เป็นข้อเสนอแนะมี 3 คำถามได้แก่

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประโยชน์และปัญหาของคุณภาพข้อมูลทางบัญชี
2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประโยชน์และปัญหาของประสิทธิภาพการตัดสินใจของผู้บริหาร
3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ในตอนต้นที่ 2 – 4 ใช้แบบประเมินคุณภาพการตัดสินใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นทุกชุดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบการใช้ภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence : IOC)¹ โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 ถือว่าใช้ได้

นำแบบประเมินคุณภาพการตัดสินใจไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) วิธีการของครอนบาค² มีค่าเท่ากับ 0.84

แบบประเมินคุณภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคอร์ต์² โดยกำหนดระดับความคิดเห็นแต่ละช่วง คือ

- ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเท่ากับ 5
- ระดับเห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 4
- ระดับไม่มีความเห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 3
- ระดับไม่เห็นด้วย ให้คะแนนเท่ากับ 2
- ระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเท่ากับ 1

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละขั้นตอนโดยนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตแล้วทำการจัดเรียงคะแนนเฉลี่ยระดับความสำคัญจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดแล้วจึงทำการแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ยโดยยึดหลักเกณฑ์ตามแนวคิดของลิเคอร์ต์³ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง ดี
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง พอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง ต้องปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บข้อมูลจากงบการเงินปีงบประมาณ 2557 – 2559 และแบบสอบถามบุคลากรที่ทำหน้าที่ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 1 คน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 2 คน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย 3 คน หัวหน้าตึกหรือหัวหน้างานในโรงพยาบาลเลย 53 คน รวมทั้งหมด 59 คน และเนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อยจึงทำการศึกษาทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 59 ชุด

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลทางบัญชี คุณลักษณะองค์กรและประสิทธิภาพในการตัดสินใจของผู้บริหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลงบการเงินปีงบประมาณ 2557 – 2559 นำมาวิเคราะห์จาก งบแสดงสถานะการเงินประกอบด้วย ส่วนสินทรัพย์หมุนเวียน, ส่วนสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน, ส่วนหนี้สินหมุนเวียน และงบแสดงผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ส่วนรายได้, ส่วนค่าใช้จ่าย นำเสนอเป็นร้อยละ

2. ความคิดเห็นของผู้บริหารตามแบบสอบถาม (Questionnaire) วิเคราะห์ในเรื่องลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทั่วไปของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย นำเสนอเป็นร้อยละและในเรื่องลักษณะองค์กร, คุณภาพข้อมูลทางบัญชี, ประสิทธิภาพการตัดสินใจ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

ผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในการใช้งบการเงินของผู้บริหารของโรงพยาบาลเลยจากผลการเปรียบเทียบงบการเงินจากข้อมูลงบการเงินปีงบประมาณ 2557 – 2559 ดังนี้

เงินสดและเงินฝากธนาคารจากปี 2557 ถึงปี 2558 เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มลดลงในปี 2559 ลูกหนี้ค่าขายสินค้าและบริการเพิ่มขึ้นในปี 2558 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2559 วัสดุคงเหลือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในส่วนงานระหว่างก่อสร้างและเจ้าหนี้การค้าก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีแต่ในส่วนของการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงในปี 2559 ในส่วนของค่าจ้างเหมาบริการลดลงในปี 2558 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2559 ส่วนค่าสาธารณูปโภคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและต้นทุนบริการมีแนวโน้มลดลงทุกปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลจากงบการเงินเปรียบเทียบปี 2557 - 2559 หน่วย: ล้านบาท

รายการ	2557	2558	2559	2557-2558		2558-2559	
				เพิ่มขึ้น(+)/		เพิ่มขึ้น(+)/	
				ลดลง(-)		ลดลง(-)	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เงินสดและเงิน	147.31	156.44	143.98	9.13	6.20	-12.46	-7.96
ฝากธนาคาร							
ลูกหนี้ค่าขาย	88.73	166.80	84.80	78.07	87.98	-81.99	-49.16
สินค้าและบริการ							
วัสดุคงเหลือ	28.60	30.60	32.40	2	6.99	1.80	5.89
งานระหว่าง	6.21	22.39	152.05	16.18	2.60	129.65	5.79
ก่อสร้าง							
เจ้าหนี้การค้า	124.75	127.17	161.53	2.42	1.94	34.36	27.02
รายได้ค่ารักษา	468.43	490.28	340.47	21.84	4.66	-149.81	-30.56
พยาบาล							
ค่าจ้างเหมา	60.86	45.27	58.46	-15.59	-25.61	13.18	29.12
บริการ							
ค่าสาธารณูปโภค	25.74	25.93	30.49	0.18	0.73	4.56	17.61
ต้นทุนบริการ	336.47	310.63	274.52	-25.84	-7.68	-36.11	-11.63

ลักษณะทั่วไปของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย

เป็นการศึกษาลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์ของผู้ให้ข้อมูลใช้พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเลยจำนวน 59 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.19 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 – 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.37 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 59.32 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 54.24 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย (n = 59)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	42	71.19
ชาย	17	28.81
อายุ (ปี)	X 43.93 (SD 6.80)	
<35	5	8.47
35 – 40	12	20.34
41 – 45	25	42.37
> 45 ปี	17	28.81
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	32	54.24
สูงกว่าปริญญาตรี	27	45.76
สถานภาพ		
โสด	22	37.29
สมรส	35	59.32
หม้าย/หย่า	2	3.39

ในส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 เป็นการประมวลผลโดยใช้ $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย (Means) และ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยดังนี้

คุณลักษณะขององค์กรในส่วนของนโยบายองค์กรพบว่า ผู้บริหารเห็นด้วยกับการให้มีการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานโดยยึดมาตรฐาน กฎและระเบียบพร้อมทั้งมีแนวทางในการพัฒนาการบริการใหม่ๆ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพราะเชื่อมั่นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องแต่ในขณะเดียวกัน

ผู้บริหารยังคิดว่าการดำเนินงานของโรงพยาบาลเลยตอบสนองความต้องการและความพอใจของเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ

คุณลักษณะขององค์กรในส่วนของการสร้างองค์กรพบว่าผู้บริหารเห็นด้วยกับโครงสร้างองค์กรบุคลากรแต่ละคนได้แสดงความรู้เต็มที่ซึ่งเกิดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานและบรรลุเป้าหมายได้ สิ่งสำคัญคือบุคลากรได้ทำงานที่ตนพึงพอใจสามารถสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพเป็นระบบ และมีความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานได้เป็นอย่างดี

คุณลักษณะในส่วนของการวัฒนธรรมองค์กรพบว่าผู้บริหารเห็นด้วยกับวัฒนธรรมองค์กรเพราะเชื่อมั่นว่าการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการทำงานของบุคลากรจะทำให้โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อมั่นในรูปแบบแนวทางและกระบวนการปฏิบัติงานตระหนักถึงรายละเอียดข้อมูลประเด็นต่างๆของข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมั่นว่าการยึดหลักการหรือการยอมรับความเสี่ยงในการทำงานจะทำให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ผู้บริหารยังไม่แน่ใจว่าการทำงานถ้าให้ความสำคัญกับการกำหนดรูปแบบในการทำงานโดยคำนึงถึงความสำคัญของบุคลากร ที่มงานแล้วผลประกอบการที่จะเกิดขึ้นดีมากน้อยเพียงใดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วัฒนธรรมองค์กร

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน					$\bar{x}$	S.D	ระดับเฉลี่ย
	5	4	3	2	1			
1. ให้ความสำคัญกับการกำหนดรูปแบบในการทำงานโดยคำนึงถึงความสำคัญของบุคคลที่ทำงาน และผลประกอบการที่จะเกิดขึ้น	5	49	5	-	-	4	0.42	ดี
2. เชื่อมั่นว่าการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของบุคลากรและองค์กรจะทำให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	27	32	-	-	-	4.46	0.5	ดี

ตารางที่ 3 วัฒนธรรมองค์กร (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน					$\bar{x}$	S.D	ระดับเฉลี่ย
	5	4	3	2	1			
3. ตระหนักถึงรายละเอียดข้อมูลและประเด็นต่างๆของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	9	50	-	-	-	4.15	0.36	ดี
4. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถประสบผลสำเร็จทั้งในปัจจุบันและอนาคต	29	30	-	-	-	4.49	0.5	ดี
5. เชื่อมั่นว่าการยึดหลักการการยอมรับความเสี่ยงในการทำงานจะทำให้กิจการสามารถวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ	9	50	-	-	-	4.15	0.36	ดี
6. เชื่อมั่นในการสร้างรูปแบบแนวทาง และกระบวนการในการทำงานเพื่อส่งเสริมให้กิจการสามารถปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ	26	33	-	-	-	4.44	0.5	ดี

ส่วนที่ 3 คุณภาพข้อมูลทางบัญชี

คุณภาพข้อมูลทางบัญชีในส่วนของการความเข้าใจได้สรุปได้ว่าผู้บริหารเห็นด้วยกับข้อมูลทางบัญชีว่าสามารถเข้าใจได้เพราะเชื่อว่าการนำเสนอข้อมูลในงบการเงินนั้นจะช่วยให้ผู้ใช้งบการเงินที่มีความรู้ทางด้านบัญชีเข้าใจในข้อมูลได้อย่างถูกต้องแต่สิ่งที่ต้องการคือประเด็นปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยต้องการให้เปิดเผยข้อมูลที่จำเป็นประกอบกับงบการเงินเพื่อให้ผู้ใช้งบการเงินจะได้รับประโยชน์ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากแบบสอบถามพบว่าผู้บริหารที่จะนำข้อมูลทางบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจนั้นจะต้องทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการเงินการคลังแล้วจะแก้ไขปัญหาย่างไรความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจากข้อมูลทางบัญชีนั่นจะได้นำไปใช้ในการตัดสินใจได้เพื่อความทันเวลา เพื่อการคาดคะเนผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและสามารถลดความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้น

ในอนาคตได้และถ้าสามารถนำผลการตัดสินใจในครั้งก่อนมาเปรียบเทียบกับผลการตัดสินใจในอนาคตได้จะทำให้การตัดสินใจจากการใช้ข้อมูลทางบัญชีดีขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

ผู้บริหารเห็นด้วยกับข้อมูลทางบัญชีที่เชื่อถือได้ถ้าการปฏิบัติงานทางบัญชีมีความระมัดระวังในการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ยังไม่แน่นอนต้องไม่ลำเอียงต้องตระหนักถึงความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อสร้างความเชื่อถือได้ให้กับโรงพยาบาล ข้อมูลทางบัญชีสะท้อนกิจกรรมของโรงพยาบาลอย่างแท้จริงและสามารถตอบได้ว่าข้อมูลทางบัญชีแสดงถึงรายการและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ชัดเจน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางบัญชีได้

คุณภาพบัญชีในส่วนการเปรียบเทียบกันได้สรุปได้ว่าผู้บริหารเห็นด้วยกับการนำข้อมูลทางบัญชีมาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดเดียวกันหรือเปรียบเทียบงวดบัญชีแต่ละงวดบัญชีในเวลาที่ต่างกัน กล่าวคือ ในการนำเสนองบการเงินเปรียบเทียบในรอบระยะเวลาบัญชีที่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบงบการเงินจากงวดหนึ่งไปอีกงวดหนึ่งเพื่อนำข้อมูลทางบัญชีไปใช้และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องแจ้งปรับปรุงในงบการเงินเพื่อให้ผู้ใช้งบการเงินทราบดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อคุณภาพข้อมูลทางบัญชี

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน					ระดับเฉลี่ย
	5	4	3	2	1	
I ความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ	15	25	5	14	-	3.900.82 ดี
1. การนำเสนอข้อมูลที่ให้ความรู้กับผลลัพธ์ของการตัดสินใจในครั้งก่อนซึ่งสามารถนำมาใช้กับการตัดสินใจในอนาคตได้ด้วย						
2. ข้อมูลที่นำเสนอในงบการเงินจะต้องช่วยในการคาดคะเนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต	35	20	4	-	-	4.530.63 ดีมาก

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อคุณภาพข้อมูลทางบัญชี (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน					ระดับเฉลี่ย
	5	4	3	2	1	
3. ข้อมูลจะต้องนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา	40	19	-	-	-	4.680.47 ดีมาก
4. ข้อมูลที่นำเสนอที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจสามารถลดความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้	35	19	2	3	-	4.460.79 ดี
II ความเชื่อถือได้						
1. ข้อมูลทางบัญชีที่แสดงถึงรายการและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงชัดเจนและแน่นอน	5	30	10	14	-	3.440.95 ดี
2. ข้อมูลทางบัญชีที่สะท้อนกิจกรรมของโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริง	10	37	5	7	-	3.850.85 ดี
3. ข้อมูลต้องมีความน่าเชื่อถือและต้องไม่ลำเอียง	47	12	-	-	-	4.780.42 ดีมาก
4. ความสำคัญของการปฏิบัติงานทางบัญชีต้องยึดหลักความระมัดระวังในการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ยังไม่แน่นอน	50	9	-	-	-	4.850.36 ดีมาก
5. ต้องตระหนักถึงความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อสร้างความเชื่อถือได้ให้กับโรงพยาบาล	35	24	-	-	-	4.59 0.5 ดีมาก
III การเปรียบเทียบกันได้						
1. ให้ความสำคัญในการนำเสนองบการเงินเปรียบเทียบในรอบระยะเวลาบัญชีที่แตกต่างกัน	10	49	-	-	-	4.170.38 ดี
2. ให้ความสำคัญในการเปรียบเทียบงบการเงินกับงบการเงินของโรงพยาบาลอื่นในขนาดเดียวกันได้	5	48	6	-	-	4 0.42 ดี
3. การเปรียบเทียบงบการเงินจากงวดหนึ่งไปอีกงวดหนึ่งเพื่อนำข้อมูลทางบัญชีไปใช้ได้	10	49	-	-	-	4.170.38 ดี
4. เมื่อโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลต้องแจ้งปรับปรุงในงบการเงินให้ผู้ใช้งบการเงินทราบ	10	49	-	-	-	4.170.38 ดี

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพการตัดสินใจ

ผู้บริหารให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพในการตัดสินใจ โดยเห็นว่าในการตัดสินใจนั้นจะต้องได้รับประโยชน์และความพอใจจากทรัพยากรที่มีจำกัดและสามารถเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด สำหรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเลือกทางเลือกที่ดีมีประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้การตัดสินใจนั้นมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพข้อมูลบัญชีเงินคงค้างที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเลยโดยศึกษาจากงบการเงินโรงพยาบาลเลยเปรียบเทียบ 3 ปี คือ ปี 2557 – ปี 2559 จากค่าตัวแปรคิดแบบร้อยละสรุปได้ว่าข้อมูลในงบการเงินเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันแล้วมีส่วนสำคัญในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อให้ผู้บริหารนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนทางการเงินได้จากข้อมูลงบการเงินวิเคราะห์ได้ว่าเงินสดและเงินฝากธนาคารลดลงสาเหตุมาจากการซื้อที่เพิ่มขึ้นการก่อสร้างเพิ่มขึ้นค่าสาธารณูปโภคที่เพิ่มขึ้นและในส่วนของการรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่ลดลง ลูกหนี้ก็ลดลงตามทำให้ต้นทุนที่ให้บริการก็ลดลงด้วยและในส่วนของผู้หนี้ที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้วัสดุคงคลังเพิ่มขึ้นด้วย จากข้อมูลที่สัมพันธ์กันทางงบการเงินแสดงว่างบการเงินมีความน่าเชื่อถือได้ อาจจะนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจของผู้บริหารได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล มีอำพลศรีเจริญจิตร⁴ พบว่าคุณภาพของงบการเงินจะมีประโยชน์ต่อผู้ใช้งบการเงินในการนำเสนอข้อมูลในงบการเงินไปใช้ในการตัดสินใจเชิงเศรษฐกิจนั้นงบการเงินจะต้องมีลักษณะเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร 59 คนในโรงพยาบาลเลยผลของการวิจัยแสดงลักษณะทั่วไปของผู้บริหารโรงพยาบาลเลย จำนวน 59 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.19 เป็นเพศชายร้อยละ 28.81 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 – 45 ปีคิดเป็นร้อยละ 42.37

รองลงมาอายุ 45 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.81 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสคิดเป็นร้อยละ 59.32 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 54.24 ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.76 รองลงมาอยู่ระหว่าง 11 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.98 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,000 – 60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.44 รองลงมาต่ำกว่า 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.47 ตำแหน่งงานปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าตึกหรือหัวหน้างานคิดเป็นร้อยละ 86.44 และได้แบ่งหัวข้อตามแบบสอบถามสรุปได้ว่าลักษณะขององค์กรค่อนข้างดีเพราะเป็นองค์กรที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามกฎระเบียบและพนักงานสามารถแสดงความคิดเห็นได้พร้อมยอมรับเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ได้อย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kadam⁵ คือเพื่อบรรลุผลสำเร็จด้วยวิธีการนำไปปรับใช้ในธุรกิจ นโยบายจะครอบคลุมการจัดการเทคนิคการบริหาร และกฎระเบียบ ข้อบังคับ

ในส่วนของคุณภาพข้อมูลทางบัญชีเมื่อนำข้อมูลนำเสนอในงบการเงินเพื่อให้ผู้ใช้งบการเงินเข้าใจได้จะต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและสามารถแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลาความสำคัญของการปฏิบัติงานด้านบัญชีต้องระมัดระวังในการรับรู้เรื่องที่ยังไม่แน่นอนและการนำเสนอของงบการเงินต้องสามารถเปรียบเทียบระยะเวลาบัญชีที่ต่างกันหรือเปรียบเทียบจากงวดหนึ่งไปอีกงวดหนึ่ง และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งให้ผู้ใช้งบการเงินทราบซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร แซ่มชัย⁶ ว่าผู้จัดทำบัญชีต้องปฏิบัติตามการบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามหลักมาตรฐานการบัญชีและแม่บทการบัญชีที่สภาวิชาชีพกำหนดเพื่อลดปัญหาและข้อผิดพลาดอันส่งผลต่อข้อมูลทางการเงินในงบการเงินต่อไป

ในส่วนของการตัดสินใจเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดพบว่าผู้ใช้ข้อมูลพอใจในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และสามารถเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลจันทร์ สมบัติมานะผล⁷ ได้กล่าวไว้ว่าการตัดสินใจเกิดจากค่านิยมของแต่ละบุคคลโดยการใช้ดุลพินิจ

พิจารณาหาข้อเท็จจริงเพื่อทำการเลือกที่คิดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำเสนองบการเงินเพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจนั้นโรงพยาบาลควรจัดทำรายงานของรายการที่เกี่ยวข้องตามประเภทรายการที่ผู้บริหารต้องการวิเคราะห์พร้อมรายละเอียดประกอบเป็นครั้งคราวไป

2. ในการบันทึกบัญชีนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกบัญชีที่ทำให้มีผลต่องบการเงินนั้นกับบัญชีควรแจ้งให้ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและทันเวลา ก่อนการนำเสนอข้อมูลทางการเงิน

3. ในระบบของการส่งข้อมูลภายในองค์กร หากระบบการส่งข้อมูลมีหลายโปรแกรมโรงพยาบาลควรเลือกที่จะให้ส่งผ่านในระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้โปรแกรมเดียวกันได้ทั้งระบบเพื่อความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา

4. เมื่อมีการนำเสนอบทลง งบแสดงสถานะทางการเงิน งบแสดงผลการดำเนินงาน และหมายเหตุประกอบงบการเงินนั้นควรมีการตรวจสอบจากคณะกรรมการการเงินการคลัง (CFO) ตรวจสอบก่อนที่จะส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิมล ติรกานันท์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

2. มันทนา วุ่นหนู. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดนราธิวาส.[วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.

3. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. การสร้างและพัฒนาแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2538.

4. ศศิวิมล มีอำพล ศรีเจริญจิตร. ทัศนคติการบัญชี. กรุงเทพฯ: อินโฟไมนิ่งเพรส; 2547.

5. Kadam A.W. Information Security Policy Development and Implementation. Information Systems Security 2007. 165: 246-56.

6. สุภาพร แซ่มซ้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อแนวปฏิบัติงานบัญชีของนักบัญชีไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2558.

7. นวลจันทร์ สมบัติมานะผล. การดำเนินการตามกลยุทธ์การตลาดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้าศึกษาของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยคริสเตียน.[วิทยานิพนธ์บัณฑิตมหาวิทาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.

อัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังใช้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังด้วยตนเอง

โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

วิมลพร พูลศิริ, พย.บ.

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะไตเรื้อรัง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังด้วยตนเอง ที่โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินผลกระบวนการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิต (systolic blood presser: SBP) โปรตีนในปัสสาวะ ครีเอตินินในซีรัม (SCr: Serum-creatinine) น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) โคลเลสเตอรอล, LDL (Low density lipoprotein cholesterol), HDL (High density lipoprotein cholesterol) และอัตราการกรองไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 73 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง แบบประเมินการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าเชื่อมั่น 0.92, 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้ (eGFR น้อยกว่า 60 ml/min) มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 80.8) และที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ (eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 19.2) ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 57.5, อายุเฉลี่ย 54.0 ปี, ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 7.21 ปี, ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 22.67 และความดันโลหิต (SBP) เฉลี่ย 126.0 mmHg, เครียตินินในซีรัม เฉลี่ย 1.25 มก./มล. โดยรวมทั้งสองกลุ่มพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (adj.OR=0.09; 95%CI: 0.06-0.24), ระยะเวลาป่วยเบาหวาน (adj.OR=0.20; 95%CI: 0.02-0.47), ดัชนีมวลกาย (adj.OR=4.41; 95%CI: 2.00-5.10), SBP (adj.OR=2.20; 95%CI: 2.00-3.61), โปรตีนในปัสสาวะ (adj.OR=0.30; 95%CI: 0.03-0.53), เครียตินินในซีรัม (adj.OR= 0.07; 95%CI: 0.0-0.60), โคลเลสเตอรอล (adj.OR=0.12; 95%CI: 0.02-0.59), LDL (adj.OR=9.11; 95%CI: 10.11-10.91), HDL (adj.OR=0.19; 95%CI:0.02-0.56), HbA1C (adj.OR=0.32; 95%CI:0.08-0.93), พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม 3ข้อ (adj.OR=1.50; 95%CI: 1.11-2.94) ได้แก่ การออกกำลังกาย (adj.OR=0.03), การบริโภคอาหาร (adj.OR=0.56), สุขภาพจิต (adj.OR=2.92) สูบบุหรี่ (adj.OR=2.92) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (adj.OR=7.94) การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรวม (adj.OR=5.75; 95%CI:4.04-8.66) ได้แก่ การรับประทานอาหาร (adj.OR=0.06), การออกกำลังกาย (adj.OR=0.87), การส่งเสริมอารมณ์ (adj.OR=8.02) การงดสูบบุหรี่ (adj.OR=0.06) การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (adj.OR=0.81) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม (adj.OR= 0.81; 95%CI: 0.10-0.91) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (adj.OR=0.50), การดูแลร่างกาย (adj.OR=0.56), กิจวัตรประจำวัน (adj.OR=0.61) ความเจ็บปวด/ไม่สบาย (adj.OR=0.24) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (adj.OR=0.09) ส่วน เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต

สรุป การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตหรือชะลอไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง

Estimated Glomerular Filtration Rate among Type 2 Diabetic after self-efficacy control risk factors of Chronic Kidney in Prachaksinlapakhom Hospital, Udonthani Province

Vimonporn Poolsiri, B.N.S.

Abstract

Diabetes is an important cause to increase the risk of chronic kidney disease (CKD). This descriptive research aimed to study of the estimate glomerular filtration rate (eGFR) among type 2 Diabetic patients after one year of CKD risk factors control at Prachaksinlapakhom Hospital, Udonthani province. Data consisted general information, risk behavior of chronic kidney and daily practice, process evaluation were included self-efficacy in controlling risk factors of CKD, development of diabetes care service in sub-district health promotion hospital and primary care unit, patient evaluation were as follows; systolic blood pressure (SBP), micro-albuminuria, serum-creatinine (SCr), HbA1c, total cholesterol (TC), LDL (Low density lipoprotein cholesterol), HDL (High density lipoprotein cholesterol) and eGFR. The sample group among type 2 Diabetic were 73 patients between 20 - 60 years, collected data between June-July 2017. Research instruments: laboratory test, assessment of risk behavior, risk factors practice and daily practice (alpha 0.92, 0.90, 0.89 respectively).

Result after one year practice, 59 (80.8%) Diabetic patients could not control of risk factors ($eGFR \geq 60$ ml/min) and 14 (19.2%) patients could control of risk factors ($eGFR \geq 60$ ml/min), this sampling group mostly were female 57.5% with average age 54.0 years, mean duration of Diabetic illness 7.21 years, average BMI 22.67 kg/m^2 and average serum creatinin 1.25 mg/dl. Factors related to eGFR were BMI (adj. OR=4.41; 95%CI: 2.00-5.10), SBP (adj. OR=2.20; 95%CI: 2.00-3.61), LDL (adj. OR=9.11; 95%CI: 10.11-10.91), mental health (adj. OR=2.92), smoking (adj. OR=2.92), alcohol drink (adj. OR=7.94), Overall practices of risk factors control (adj. OR=5.75; 95%CI: 4.04-8.66), emotional promoting (adj. OR=8.02) and age (adj. OR=0.09; 95%CI: 0.06-0.24), duration of illness (adj. OR=0.20; 95%CI: 0.02-0.47), microalbuminuria (adj. OR=0.30; 95%CI: 0.03-0.53), SCr (adj. OR= 0.07; 95%CI: 0.0-0.60), TC (adj. OR=0.12; 95%CI: 0.02-0.59), HDL (adj. OR=0.19; 95%CI: 0.02-0.56), HbA1C (adj. OR=0.32; 95%CI: 0.08-0.93). Overall of risk behavior (adj. OR=1.50; 95%CI: 1.11-2.94) were as follows exercise (adj. OR=0.03), food (adj. OR=0.56), Overall practices of risk factors control were as follows food (adj. OR=0.06), exercise (adj. OR=0.87), no smoking (adj. OR=0.06), no alcohol drink (adj. OR=0.81), overall of daily practice (5Q5D5L) (adj. OR= 0.81; 95%CI: 0.10-0.91) were as follows ability to moving (adj. OR=0.50), health care (adj. OR=0.56), daily practice (adj. OR=0.61), Pain/discomfort (adj. OR=0.24), anxiety and depression (adj. OR=0.09) with statistically significant at $p = 0.05$ except gender.

Conclusion: self-efficacy in controlling risk factors of CKD on type 2 diabetic patients could be increasing eGFR or slowdown of CKD with statistically significant.

Key words: Self-efficacy Control Risk Factors, Diabetic Patients, Chronic Kidney Disease

บทนำ

ภาวะไตเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย มีไขมันหรือโปรตีนในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีกรดยูริกสูงในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไชมันสูง และปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเร่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคไตวายเรื้อรัง กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ยังมีน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีโอกาสเกิดโรคไตวายได้เร็วขึ้น ป้องกันได้โดยการลดอาหารเค็มเพื่อควบคุมความดันโลหิต ควบคุมน้ำหนักและหาทางผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งงดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สารกระตุ้น หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ โดยพบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป มีประมาณร้อยละ 2.9-13.02 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในประเทศไทยประมาณ 70 ล้านคน และในผู้ป่วยเบาหวาน พบความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 40 เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹ และภาวะไตเรื้อรังในประเทศไทยยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเพิ่มขึ้นร้อยละ 49²

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การทำงานของไตมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate; eGFR) ค่าปกติต่ำกว่า 60 มล. ต่อนาที ระยะการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease stage) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง (chronic kidney disease stage) ใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะ 1 หมายถึง ตรวจพบพยาธิสภาพที่ไต แต่ไตยังทำงานปกติ (normal or high GFR; GFR มากกว่า 90 ml/min) ระยะ 2 หมายถึง ตรวจพบพยาธิสภาพที่ไต และไตเริ่มทำงานผิดปกติเล็กน้อย (mild CKD, GFR = 60-89 ml/min) ระยะ 3 หมายถึงไตทำงานผิดปกติปานกลาง ไม่ว่าจะตรวจพบพยาธิสภาพที่ไตหรือไม่ก็ตาม (Moderate CKD, GFR = 30-59 ml/min)

ระยะ 4 หมายถึงไตทำงานผิดปกติมาก (severe CKD, GFR = 15-29 ml/min) และระยะ 5 หมายถึงไตทำงานผิดปกติมากที่สุดท้ายหรือต้องล้างไต (end Stage CKD, GFR น้อยกว่า 15 ml/min) สามารถใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 คือการตรวจพบพยาธิสภาพที่ไตและ ระยะที่ 3 พบไตทำงานผิดปกติปานกลาง สามารถดูแลในคลินิกเบาหวานได้³ ระยะที่ 4-5 จะมีภาวะไตเรื้อรังรุนแรงเป็นระยะท้าย พบว่าหลังจากป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 10 ปี เริ่มจะพบอาการทางไต เริ่มที่ไตเสื่อมประมาณร้อยละ 30-35 หลังจากเริ่มมีภาวะไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น พบว่าอีกประมาณ 4-7 ปี จะเป็นไตวายในระยะสุดท้ายได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสม⁴ ดังนั้น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและให้การดูแลรักษา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากมีการควบคุมโรคเบาหวานที่ดีจะสามารถลดโรคแทรกซ้อนได้⁵ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น อาหารพวกแป้ง เค็มจัด ไขมันสูง น้ำตาล และอาหารประเภทโปรตีนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคไต เป็นต้น การออกกำลังกาย ภาวะทางอารมณ์ เช่น ความเครียดและวิตกกังวล เป็นต้น การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยเร่งที่ทำให้คนไข้เบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคไตวาย อาทิเช่น กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ถ้ามีน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีโอกาสเกิดโรคไตวายได้เร็วขึ้น⁶

ในภาพรวมจังหวัดอุดรธานี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 ร้อยละ 5.62 (7,760 คน), 4.99 (7,001 คน) และ 2.51 (3,961 คน) ตามลำดับ แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรังระยะ 3-5 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือร้อยละ 31.95 (12,123 คน), 37.59 (26,464 คน) และ 36.90 (26,944 คน) ตามลำดับ ปี พ.ศ.2556 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 45,836 คน มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า ร้อยละ 7 จำนวน 10,547 คน (ร้อยละ 37.30) แต่อย่างไรก็ตามจากการ

ดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 พบผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรังระยะ 3-5 มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 29.80, 29.49, 26.09 ตามลำดับ⁷

โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม ระหว่างปี 2556 จำนวน 112 คน พบผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.89) ปี 2557 จำนวน 210 คน มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 จำนวน 67 คน (ร้อยละ 31.90) และปี 2558 จำนวน 306 คน มีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 จำนวน 98 คน (ร้อยละ 32.02) ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด^๘ จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนากระบวนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน^๙ ในโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม เพื่อลดอัตราป่วยไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและเป็นการชะลอไตเสื่อม โดยมีการพัฒนาบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดบริการตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อารมณ์ การสูบบุหรี่และสุรา ซึ่งหากไม่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังก็จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะไตเรื้อรังได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง 1 ปี
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง การปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังดำเนินการ 1 ปี ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมได้ (eGFR น้อยกว่า 60 ml/min) กับกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min)
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง การปฏิบัติตามโปรแกรม

ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับอัตราการกรองไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา พัฒนากระบวนการตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงไตเรื้อรังจากเบาหวาน โดยใช้แนวปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. การกำหนดมาตรการการควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย วางแผนและสร้างโปรแกรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง

2. พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

3. โปรแกรมการปฏิบัติตนเองเพื่อควบคุมความเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง

- 3.1 ด้านการควบคุมอาหารโดยการจัดแผนอาหารสำหรับผู้ป่วย

- 3.2 ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน สาธิต ฝึกปฏิบัติ

- 3.3 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความหนัก ความถี่ และระยะเวลาในการออกกำลังกาย ออกกำลังกายที่มีการใช้กล้ามเนื้อของร่างกายหลายๆ ส่วนได้เคลื่อนไหวพร้อมๆ กัน เช่น เดินหรือวิ่งเหยาะๆ เดินแอโรบิค เป็นต้น

- 3.4 ด้านการป้องกันความเครียดทางจิตใจและอารมณ์

4. ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย น้ำหนักส่วนสูง ความดันโลหิตตัวบน หรือ systolic blood pressure (SBP) ค่าผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน⁷ (ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ ตรีอะดินิน ระดับโคเลสเตอรอล ไขมัน LDL, HDL, ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (A1c), ค่าประมาณอัตราการกรองไต (eGFR)

5. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมระดับ GFR ได้ดี (GFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60ml/min) และกลุ่มที่ควบคุมระดับ GFR ไม่ได้ (GFR น้อยกว่า 60ml/min)¹⁰

6. เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การสูบบุหรี่และสุรา (3๐๒๗) การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพัฒนากระบวนการ และผลของการดำเนินงาน คือ อัตราการกรองไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษา โดยศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนปี 2559 (วันที่ 30 กันยายน 2558 ถึง 30 กันยายน 2559) ที่มีอายุ 20-60 ปี ในอำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 558 คน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2560 จำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ลักษณะผู้ป่วย และการประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) (ระดับความดันโลหิตตัวบนที่ควบคุมน้อยกว่า 140 mmHg) ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (microalbuminuria เกณฑ์ปกติน้อยกว่า 30 mg/gCr) ครีเอตินินในซีรัม (Serum-creatinine ค่าปกติ 0.5 - 1.2 mg/dl) โคเลสเตอรอล (cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl) ไขมัน LDL (Low density lipoprotein cholesterol) ค่าควบคุมน้อยกว่า 100 mg/dl) ไขมัน HDL (High density lipoprotein cholesterol) ค่าปกติ 40-59 mg/dl และน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Hemoglobin:

HbA1c ปกติน้อยกว่าร้อยละ 7), ค่าประมาณอัตราการกรองไต (eGFR) นำเสนอผลเป็นสองค่าคือ เกณฑ์ที่ควบคุมได้ (eGFR น้อยกว่า ml/min) กับ เกณฑ์ที่ควบคุมไม่ได้ (eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง (Input) จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการอารมณ์ 4) การสูบบุหรี่ และ 5) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพ ฉบับแปลภาษาไทย¹¹ มีค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม = 0.92 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลเป็นค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 ดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำสม่ำเสมอ	ปฏิบัติทุกวัน
0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง (Process) จำนวน 18 ข้อ

การตอบ มี 2 ค่า ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ/ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)

ผลการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ประกอบด้วยการตอบคำถามการควบคุมปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา และ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์) โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2560

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 25 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 1 นาที แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L (European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels)¹² มีค่าเชื่อมั่น 0.89 ประกอบด้วย 5 มิติๆ ละ 5 คำถาม คุณลักษณะของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการ

การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียน การทำงาน บ้าน การทำกิจกรรมกับครอบครัว หรือการทำงานอดิเรก) ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า แต่ละมิติหรือแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับโดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีการหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาความเที่ยง Reliability โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบ ปรากฏดังนี้

1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง 3๐๒ส ค่าเชื่อมั่น = 0.92

2) การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ค่าเชื่อมั่น = 0.90

3) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าเชื่อมั่น = 0.89

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพิจารณาดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมของการวิจัยโดยเคร่งครัด ได้อธิบายถึงการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อผู้ร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน ในหนังสือยินยอม และจะไม่นำเสนอหรือเผยแพร่ข้อมูลรายบุคคล

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเวชระเบียนจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถิติพรรณนา (Descriptive

statistics) เพื่ออธิบายข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก Multinomial logistic regression อธิบายด้วยค่า adjusted OR และ 95% Confidence interval กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาอัตราการกรองไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง 1 ปี พบว่า โดยรวมทั้งสองกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 73 คน หลังดำเนินการ 1 ปี มีกระบวนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีกำหนดมาตรการ และการปฏิบัติควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจัดเป้าหมาย วางแผนและดำเนินการพัฒนาบุคลากร จัดบริการตามกระบวนการบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ตำบล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 57.50, อายุเฉลี่ย 54.0 ปี, ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 7.21 ปี, ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.67 พบกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้ (eGFR น้อยกว่า 60 ml/min) มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 80.8) และที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ (eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 19.2)

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความดันโลหิต (SBP) เฉลี่ย 126 mmHg พบกลุ่มที่ SBP อยู่ในเกณฑ์ดี (น้อยกว่า 140 mmHg) ร้อยละ 64.3, ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (microalbuminuria) เฉลี่ย 23.7 พบกลุ่มที่ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 92.9, เครียตินินในซีรัม (SCr: serum-creatinine) เฉลี่ย 1.25 พบกลุ่มที่ SCr อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 92.9, โคลเลสเตอรอล เฉลี่ย 181.5 พบกลุ่มที่ โคลเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 85.7, LDL เฉลี่ย 96 พบกลุ่มที่ LDL อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 92.9, HDL เฉลี่ย 47.1, พบกลุ่มที่ HDL อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ

100, น้ำตาลสะสม เฉลี่ย 7.31, พบกลุ่มที่ค่าน้ำตาลสะสมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 64.3, อัตราการกรองไตเฉลี่ย 62.32 พบกลุ่มที่อัตราการกรองไตอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 64.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยลักษณะผู้ป่วยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n= 73)

ปัจจัย	กลุ่ม 1 ควบคุม ไม่ได้ (59)		กลุ่ม 2 ควบคุม ได้ (14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย (n=31)	27	45.8	4	28.6
ร้อยละ 42.50				
หญิง (n=42)	32	54.2	10	71.4
ร้อยละ 57.50				
อายุ (ปี)	$\bar{X}=57.0$ (SD 5.79)		$\bar{X}=51.0$ (SD 2.72)	
$\bar{X}=54.0$ (SD 4.25)				
< 40	3	5.0	1	7.1
> 40	56	94.9	13	92.9
ระยะเวลาป่วย	$\bar{X}=9.0$ (SD 3.21)		$\bar{X}=5.42$ (SD 1.80)	
เบาหวาน (ปี)				
$\bar{X}=7.21$ (SD 2.5)				
< 10	46	78.0	14	100.0
≥ 10	13	22.0	0	0.0
ดัชนีมวลกาย	$\bar{X}=23.30$ (SD 4.08)		$\bar{X}=22.04$ (SD 0.87)	
(kg/m ²)				
$\bar{X}=22.67$ (SD 2.47)				
ระดับดี 18-23	15	25.4	4	28.6
ระดับไม่ดี	44	74.6	10	71.4
$\leq 18/\geq 23$				
ความดันโลหิต	$\bar{X}=132$ (SD 20.78)		$\bar{X}=124$ (SD 23.81)	
(SBP/mmHg)				
$\bar{X}=126$ (SD 22.29)				
ระดับดี ≤ 130	35	59.3	9	64.3
ไม่ดี > 130	24	40.7	5	35.7
ปริมาณโปรตีนใน	$\bar{X}=31.5$ (SD 13.43)		$\bar{X}=16.0$ (SD 22.30)	
ปัสสาวะ (mg/gCr)				
$\bar{X}=23.7$ (SD 17.81)				
ระดับดี <30	47	79.7	13	92.9
ไม่ดี 30->299	12	20.3	1	7.1
ขึ้นไป				

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยลักษณะผู้ป่วยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n= 73) (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่ม 1 ควบคุม ไม่ได้ (59)		กลุ่ม 2 ควบคุม ได้ (14)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครีตินินในซีรัม	$\bar{X}=1.50$ (SD 0.20)		$\bar{X}=1.0$ (SD 0.10)	
(Scr: mg/dl)				
$\bar{X}=1.25$ (SD 0.15)				
ระดับดี (ช่วง 0.5-1.2)	24	40.7	13	92.9
ไม่ดี (ช่วง<0.5/>1.2)	35	59.3	1	7.1
โคเลสเตอรอล	$\bar{X}=205$ (SD 15.5)		$\bar{X}=158$ (SD 10.2)	
(mg/dl)				
$\bar{X}=181.5$ (SD 12.8)				
ระดับดี < 200	24	40.7	12	85.7
ไม่ดี ≥ 200	35	59.3	2	14.3
LDL-Cholesterol	$\bar{X}=113$ (SD7.6)		$\bar{X}=79$ (SD 10.2)	
(mg/dl)				
$\bar{X}=96$ (SD 8.9)				
ระดับดี < 100	42	71.2	13	92.9
ไม่ดี ≥ 100	17	28.8	1	7.1
DL-Cholesterol	$\bar{X}=35.42$ (SD 2.0)		$\bar{X}=58.78$ (SD 3.4)	
(mg/dl)				
$\bar{X}=47.1$ (SD 2.7)				
ระดับดี ≥ 40	10	16.9	14	100.0
ไม่ดี < 40	49	83.1	0	0.0
ค่าน้ำตาลสะสม	$\bar{X}= 9.01$ (SD 0.5)		$\bar{X}=5.62$ (SD 0.2)	
(HbA1C/%)				
$\bar{X}=7.31$ (SD 0.4)				
ระดับปกติ	24	40.7	9	64.3
HbA1c <7%				
ผิดปกติ HbA1c $\geq 7\%$ ขึ้นไป	35	59.3	5	35.7
อัตราการกรองไต	$\bar{X}=49.89$ (SD 9.8)		$\bar{X}=74.75$ (SD 11.2)	
(ml/min)				
$\bar{X}=62.32$ (SD 10.5)				
ระดับดี eGFR ≥ 60	11	18.6	9	64.3
ไม่ดี eGFR<60	48	81.4	5	35.7

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังและการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันกับอัตราการกรองไตของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (adj.OR=0.09; 95%CI: 0.06-0.24), ระยะเวลาป่วยเบาหวาน (adj.OR=0.20; 95%CI: 0.02-0.47), ดัชนีมวลกาย (adj.OR=4.41; 95%CI: 2.00-5.10), ความดันโลหิตตัวบน (SBP) (adj.OR=2.20; 95%CI: 2.00-3.61), ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (adj.OR=0.30; 95%CI: 0.03-0.53), เครียตินินในซีรัม (adj.OR= 0.07; 95%CI: 0.0-0.60), โคลเลสเตอรอล (adj.OR=0.12; 95%CI: 0.02-0.59), LDL (adj.OR=9.11; 95%CI: 10.11-10.91), HDL (adj.OR=0.19; 95%CI:0.02-0.56), HbA1C (adj.OR=0.32; 95%CI:0.08-0.93), พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม (adj.OR=1.50; 95%CI: 1.11-2.94) ได้แก่ การออกกำลังกาย (adj.OR=0.03), การบริโภคอาหาร (adj.OR=0.56), สุขภาพจิต (adj. OR=2.92) สูบบุหรี่ (adj.OR=2.92) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (adj.OR=7.94) การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรวม (adj.OR=5.75; 95%CI:4.04-8.66) ได้แก่ การรับประทานอาหาร (adj.OR=0.06), การออกกำลังกาย (adj.OR=0.87), การส่งเสริมอารมณ์ (adj.OR=8.02) การงดสูบบุหรี่ (adj.OR=0.06), การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (adj.OR=0.81) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม (adj.OR= 0.81; 95% CI: 0.10-0.91) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (adj.OR=0.50), การดูแลร่างกายตนเอง (adj.OR= 0.56), การทำกิจวัตรประจำวัน (adj.OR=0.61) ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย (adj.OR=0.24) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (adj.OR=0.09) ส่วน เพศ ไม่มี ความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเคร่งครัดนี้ สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตหรือชะลอไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอัตราการกรองไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=73)

ปัจจัย	95%CI		Adj. p-value	
	Lower	Upper	OR	
เพศ	0.594	0.493	2.109	2.010
อายุ	0.008	0.099	0.096	<0.001*
ระยะเวลาป่วยเบาหวาน	0.167	0.374	0.207	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.454	0.834	0.454	<0.001*
ความดันโลหิตตัวบน (SBP)	2.003	3.610	2.209	<0.001*
โปรตีนในปัสสาวะ (microalbuminuria)	0.036	0.536	0.301	0.017*
เครียตินินในซีรัม (Serum creatinine)	0.009	0.605	0.074	0.001*
โคเลสเตอรอล (Cholesterol)	0.025	0.597	0.123	0.001*
LDL	10.112	10.919	9.119	0.001*
HDL	0.023	0.568	0.190	0.006*
HbA1C	0.088	0.930	0.324	<0.001*
พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม3อ2ส	1.116	2.947	1.500	0.047*
การออกกำลังกาย	0.055	0.392	0.030	<0.001*
การบริโภคอาหาร	0.243	0.703	0.562	0.008*
สุขภาพจิต	2.785	3.911	2.927	<0.001*
สูบบุหรี่	2.853	3.910	2.927	<0.001*
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	6.210	8.309	7.947	<0.001*
การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรวม	4.044	8.669	5.750	0.044*
การรับประทานอาหาร	0.052	0.090	0.061	<0.001*
การออกกำลังกาย	0.776	0.896	0.872	0.008*
การส่งเสริมอารมณ์	7.787	8.802	8.028	<0.001*
การงดสูบบุหรี่	0.016	0.249	0.063	<0.001*
การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.016	0.249	0.063	<0.001*
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม	0.108	0.918	0.818	<0.001*
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	0.278	0.867	0.500	0.002*
การดูแลร่างกายตนเอง	0.437	0.631	0.567	0.046*
การทำกิจวัตรประจำวัน	0.327	0.631	0.610	0.013*
ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย	0.886	0.922	0.247	0.003*
ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	0.501	0.734	0.091	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า หลังดำเนินการ 1 ปี มีกระบวนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีกำหนดมาตรการและการปฏิบัติควบคุมปัจจัยเสี่ยงภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการตั้งเป้าหมาย วางแผนและดำเนินการพัฒนาบุคลากรจัดบริการตามกระบวนการบริการผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการเชิงรุกถึงระดับพื้นที่ตำบล กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้ (eGFR น้อยกว่า 60 ml/min) มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 80.8) และที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ (eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 19.2) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร สุขภาพจิต สูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแสดงว่าหากมีการให้ความสำคัญอย่างมากในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตได้ ส่วนกลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้นั้น อาจเนื่องจากวัฒนธรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน มีอาการเหนื่อยจากน้ำหนักตัวมาก หรือการรับประทานอาหารที่ทำซื้อได้ง่ายและราคาถูก จึงต้องรับประทานอาหารตามที่มันั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากสารอาหารและอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodhia, et al¹³ ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 40- 70 ปี พบว่า กลุ่มที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จะมีค่าความดันโลหิต ระยะเวลาป่วยเบาหวาน น้ำตาลเฉลี่ยสะสม, เครียดในในชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการควบคุมและพบอัตราการกรองไตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาที่พบว่า ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาป่วยเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต (SBP) โปรตีนในปัสสาวะ เครียดในในชีวิต

โคเลสเตอรอล LDL, HDL, HbA1c, พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร สุขภาพจิต สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยรวม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลร่างกายตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วน เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต อภิปรายได้ว่า การเกิดภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานอาจเป็นผลมาจากการมีระยะเวลาป่วยเบาหวานนานมากกว่า 5 ปี การมีน้ำหนักตัวมากเกินไป (ดัชนีมวลกาย) ความดันโลหิตสูง อายุมาก มีพฤติกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ยังเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังอาจเนื่องมาจากการป่วยเบาหวานมานาน ทำให้ภาวะน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงขึ้น ตลอดจนมีโปรตีนหรือไขมันรั่วออกมาในปัสสาวะจากการที่ไตทำงานหนักและไตเสื่อมจึงทำให้มีค่าอัตราการกรองไตต่ำหรือไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร (งดอาหารหวานจัด เค็มจัด เนื้อสัตว์ และไขมันสูง) การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าอัตราการกรองไตสูงขึ้นหรือกล่าวได้ว่าสามารถที่จะชะลอการเสื่อมของไตได้

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Alwakeel, et al¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ระยะเวลาป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี จะปรากฏค่า serum creatinine, proteinuria, systolic blood pressure มากกว่า 130 mmHg มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ Wijesuriya, et al¹⁵ ที่พบว่าภาวะโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี มีค่า HbA1c สูง มีค่า Fasting blood glucose สูง และ มีความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาของ เกวลี อุตสาหการ และคณะ¹⁶ และ สุเทพ จันทรเมธีกุล¹⁷ ที่ศึกษาพบว่าภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ระยะเวลาป่วยเบาหวานและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นี้สามารถเพิ่มอัตราการกรองไตหรือชะลอไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาหลังผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังจากเบาหวานครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ และเป็นผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความเสี่ยงต่อไตเรื้อรังได้ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรังจากเบาหวานโดยให้ความสำคัญอย่างมากในด้านจัดการอารมณ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยชะลอไตเสื่อมเรื้อรังได้มากขึ้น ดังนั้นควรดำเนินการเชิงรุกและดำเนินการอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยตามโปรแกรมโดยเคร่งครัด เพื่อลดภาวะการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การปฏิบัติตนในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง, ดัชนีมวลกาย, อายุ ความดันโลหิต ระยะเวลาป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี LDL, HbA1C, โปรตีนในปัสสาวะ HDL, โคลเลสเตอรอล เครีตินินในซีรัม พฤติกรรมเสี่ยงและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นควรสร้างความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงโดยการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังโดยติดตามและคอยเตือนผู้ป่วยให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ในกลุ่มที่

ควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ได้มีมากถึงร้อยละ 80.8 นั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วัฒนธรรมการรับประทานอาหารและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีมายาวนาน ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อย่างเช่น ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน มีอาการเหนื่อยจากน้ำหนักตัวมาก หรือการรับประทานอาหารที่หาซื้อได้ง่าย สะดวกและราคาถูก จึงต้องรับประทานอาหารตามที่มี โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากสารอาหารเหล่านั้น ดังนั้นข้อเสนอแนะ คือ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ สอนในคลินิกเบาหวาน ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อไตเรื้อรัง จะสามารถลดอัตราการล้มเหลวของอวัยวะจากโรคแทรกซ้อนทางไตเรื้อรัง ตา ขา เท้า หัวใจ หลอดเลือดสมอง และช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลงได้

4. ข้อเสนอแนะในการศึกษารังต่อไป ควรศึกษาการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective study) และเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ผลการวิจัยมีประสิทธิภาพและทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประจักษ์ศิลปาคม รวมทั้งท่านอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2017; 40: S88-9.
2. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต, อัมรินทร์ ทักชินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.ทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557:2-3.

3. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, จักรกริช ไช้วศิริ. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555: 9-13.
4. อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน; 2555. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. จาก: <http://www.oknation.net>
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (fact sheet). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, International Diabetes Federation. Diabetes fact sheet; 2555: 3. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2560]. จาก: <http://www.idf.org>.
6. สุมาลี นิมนานิตย์. โรคเบาหวานกับไต. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2555. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2560]. จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th>.
7. เขตสุขภาพที่ 8. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8; 2557:2-7.
8. โรงพยาบาลประจำศรีสะเกษ. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากเวชระเบียน 43 แห่ง จังหวัดอุดรธานี, 2559.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์; 2557: 85-88.
10. บัญชา สถิระพจน์. บทความวิชาการเรื่อง Benefits of intensive glycemic control in diabetic nephropathy. แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. Journal of the Nephrology Society of Thailand; 2555: 23-5.
11. นันทวัน สุวรรณรูป และอัจฉราพร สิริพันธุ์วงศ์. การวิเคราะห์ความตรง และความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ II. ฉบับภาษาไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2547; 19: 64-68.
12. วิษย์ เกษมทรัพย์, พรรณทิพา คักดีทอง และ กนกพร ภูฟ้า. การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551: 41-2.
13. Dodhia SS, Vidja K, Bhabhor M, Kathrotia R, Vala N, Joshi V. Factors Affecting Progression of Nephropathy in Type 2 Diabetes Mellitus. Department of Physiology, Shri. M. P. Shah Medical College (Gujarat). India: AIIMS, Rishikesh; 2554: 1-6.
14. Alwakeel JS, Isnani AC, Alsuwaida A, AlHarbi A, Shaikh SA, AlMohaya S, Ghonaim MA. Factors affecting the progression of diabetic nephropathy. Single-center experience. Ann Saudi Med 2011; 31: 236-42. [cited 2017 Feb 2]. Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
15. Wijesuriya MA, De-Abrew WK, Weerathunga A, Perera A, Vasantharajah L. Association of chronic complications of type 2 diabetes with the biochemical and physical estimations in subjects attending single visit screening for complications. Sri Lanka: Journal of Diabetology; 2012: 1-3.
16. เกวลี อุดส้าห์การ, จารุกวี สอนคามิ, จิรยุทธ ใจเขียนดี, ภูษิษฐ์ สุรารัตนาภรณ์, รุ่งกานต์ แสงศิริ และ สมบัติ ภูวนกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2555; 27: 56-9.
17. สุเทพ จันทรมณีกุล. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. โรงพยาบาลมุกดาหาร. จังหวัดมุกดาหาร; 2554: 1-42. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2560]. จาก: <http://www.novapdf.com>.

การจัดการเรียนรู้แบบตกลึกทางปัญญา

นฤมล จันทร์สุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

จิระภา นະແສ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ลิริมาส วงศ์ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ชวนนท์ จันทร์สุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

บทคัดย่อ

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบตกลึกทางปัญญา เป็นการสอนที่อาศัยบริบทการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นฐาน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างผลงานที่เกิดจากการตกลึกทางความคิด สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สร้างสรรค์ความรู้ด้วยความคิดการรวบรวม ทำความเข้าใจ สรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์จากการศึกษาของตนเอง จึงเป็นการจัดการเรียนการสอนแบบหนึ่งซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้เรียนในระดับบัณฑิตศึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ตามที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติกำหนด บทความนี้ได้นำเสนอเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญและองค์ประกอบของการตกลึกทางปัญญา กระบวนการเรียนการสอนแบบตกลึกทางปัญญา และบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนเพื่อมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ

คำสำคัญ: ตกลึกทางปัญญา

Crystal-based Approach

Naruemon Jansook, Boromarajonani College of Nursing, Chinat

Jeerapa Nasae, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

Sirimas Wongyai, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

Chawanon Jansook, Boromarajonani College of Nursing, Chinat

Abstract

Crystal-based approach is based on the learning context of learners. Focus on contributing to the creation of works by crystallization. Encourage students to create knowledge with ideas, to gather, understand, summarize, analyze and synthesize their own learning. It is a teaching arrangement that is suitable for use in teaching and learning for graduate students who have experience. According to the National Education Act. This article presents the meaning, importance and composition of crystal-based approach, the process of teaching crystal-based approach and the role of instructors and learners is to move towards academic excellence.

Keywords: Crystal-based Approach

บทนำ

แนวความคิดเรื่องการจัดการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญา (Crystal – Based Approach) เป็นการนำแนวคิดด้านการเรียนการสอนแบบต่างๆ มาบูรณาการและพัฒนาเป็นรูปแบบที่เน้นการศึกษาด้วยตนเองจนเข้าใจและนำไปสู่การตกผลึกทางความคิด¹ การสอนแบบตกผลึกทางปัญญา เป็นการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้สร้างสรรค์ผลงานอันเกิดจากการตกผลึกทางความคิด ทั้งนี้ผู้เรียนมีบทบาทเชิงรุกในกระบวนการเรียนรู้ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การทำความเข้าใจ การสรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อความรู้และถ่ายทอดออกมาเป็นงานเขียนด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้วิเคราะห์ผลงานร่วมกับผู้เรียนและคอยสอดแทรกทักษะการคิด ค่านิยม และจริยธรรมให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน^{2,3}

ด้วยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญานี้เองส่งผลให้เกิดความเป็นเลิศทางวิชาการ กล่าวคือเมื่อสถาบันการศึกษามีการจัดการศึกษาโดยใช้การสอนแบบตกผลึกทางปัญญา ก็จะสามารถพัฒนาให้บัณฑิตมีความรู้ ความสามารถรอบด้าน ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในปัจจุบัน เพื่อออกไปทำงานพัฒนาประเทศในยุคเศรษฐกิจฐานความรู้ให้มีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมอารยประเทศต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่และสิ่งประดิษฐ์ใหม่โดยใช้กระบวนการทางปัญญา⁴

ความหมายและความสำคัญของการตกผลึกทางปัญญา

การตกผลึกทางปัญญาเป็นความสามารถของผู้เรียนที่จะประเมินค่างานวิชาการหรือองค์ความรู้ที่ได้ศึกษาหรือสร้างขึ้นใหม่ แล้วนำมาทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งครบถ้วน รอบด้าน รู้ถึงเหตุผลเบื้องหลังทั้งในทางการเมือง นานาชาติหรือเศรษฐกิจ จนประจักษ์ชัดแจ้งในความรู้นั้น พร้อมบูรณาการเข้ากับสังคมได้อย่างสมบูรณ์เพื่อเป็นฐานแนวคิดใหม่ได้^{1,2}

การเรียนการสอนโดยการตกผลึกทางปัญญามีความจำเป็นและสำคัญที่เหมาะสมกับผู้เรียนใน

ระดับบัณฑิตศึกษา เพราะเป็นผู้เรียนเริ่มเป็นหรือจะเป็นผู้ใหญ่ มีประสบการณ์เกี่ยวกับศาสตร์ที่ศึกษามาในระดับหนึ่งแล้ว⁵ เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยแท้จริงด้วยเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สร้างสรรค์สร้างความรู้ ความคิดด้วยตนเอง โดยการรวบรวมทำความเข้าใจ สรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์จากการศึกษาด้วยตัวเอง แล้วสร้างเป็นผลงานชิ้นมาดำเนินงานเขียนเป็นหลักสำคัญ

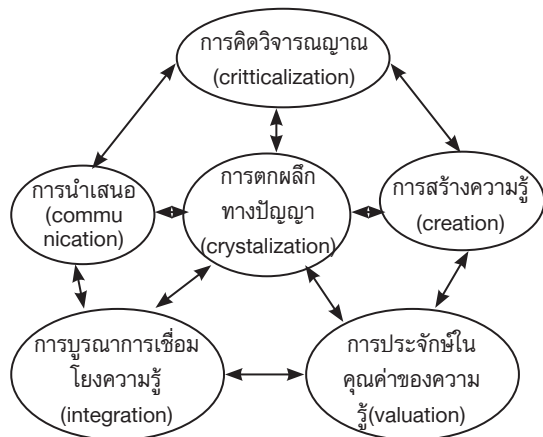
การสร้างผลงานที่จะสะท้อนการตกผลึกทางปัญญาได้ดีที่สุดคือการเขียนเพราะการเขียนหรือผลงานที่มีการแก้ไขได้ เพราะผลงานจะเป็นเครื่องมือในการสื่อความคิด สื่อประสบการณ์ และอารมณ์ความรู้สึกของผู้เรียนได้อย่างดี ผู้สอนมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดและมองในทางที่กว้างขึ้น การเรียนการสอนโดยการสร้างผลงานการเขียนจะได้ผลสมบูรณ์ หากผู้สอนและผู้เรียนได้วิเคราะห์ผลงานร่วมกัน^{6,7} โดยผู้สอนควรสอดแทรกการสอนการคิด ค่านิยม และจริยธรรม รวมทั้งสื่อสารกับผู้เรียนเพื่อประเมินว่า กระบวนการถ่ายทอดการคิดของผู้เรียนที่เขียนมาสอดคล้องต้องกันหรือไม่

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญาจึงมีความสำคัญในยุคปัจจุบันเพราะเป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้มีการสร้างผลงานอันเกิดจากการตกผลึกทางความคิดหรือทางปัญญา การจัดการเรียนรู้แบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สร้างสรรค์ความรู้ด้วยความคิดของตนเอง ได้มีการศึกษาค้นคว้าลงมือปฏิบัติโดยใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ อันเป็นเป้าหมายหลักที่สอดคล้องกับการจัดการศึกษาในยุคศตวรรษที่ 21

องค์ประกอบของการตกผลึกทางปัญญา

การทำงานจะสะท้อนการตกผลึกทางปัญญาได้อย่างสมบูรณ์ จำเป็นจะต้องใช้กระบวนการคิดวิจารณ์ญาณ (Criticalization) เป็นหลักเบื้องต้นแล้วยังต้องใช้กระบวนการสร้างความรู้ (Creation) การประจักษ์ในคุณค่าของความรู้ (Valuation) ตลอดจนเชื่อมโยงองค์ความรู้เข้ากับ ชีวิตประจำวันและสังคมได้ (Integration) และในขั้นตอนสุดท้าย คือการนำ

เสนอผลงานอย่างชัดเจนตรงตามที่ได้คิดและสร้างขึ้น (Communication) โดยเหตุนี้ ความหมายของการสอนให้ผู้เรียนตกผลึกทางปัญญาจึงเป็นกระบวนการที่ผู้สอนจัดสภาพการณ์ เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้ด้วยตนเองจัดระบบความคิด กำหนดโครงสร้างทางความรู้ ประยุกต์ใช้ความรู้ เพื่อความกระจ่างชัดเจนนตกผลึกทางปัญญาในที่สุด² วงจรของการตกผลึกทางปัญญาจึงประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้



ที่มา: ไพฑูรย์ ลินลารัตน์. หลักและเทคนิคการสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

ดังนั้นการที่ผู้เรียนจะมีความสามารถในการสร้างผลึกทางปัญญา จึงควรได้รับความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ดังนี้

การคิดวิจารณ์ญาณ หรือบางครั้งก็เรียกกันว่า เป็นการคิดวิเคราะห์นั้น เป็นความสามารถที่สำคัญและจำเป็นของผู้เรียน การคิดวิจารณ์ญาณเป็นความสามารถของผู้เรียนที่จะแยกแยะสิ่งที่ได้อ่านได้ฟัง ได้เห็นว่ามียารละเอียดยอะไบบ้าง เชื่อมโยงกันอย่างไรบ้าง มีที่มา ที่ไปอย่างไรบ้าง ครบถ้วนทุกด้านหรือไม่ ดีไม่ดี เหมาะสมไม่เหมาะสม ใช้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด โดยไม่เชื่อหรือยอมรับไปเลย โดยที่ไม่ได้มีการกลั่นกรองก่อน การรับรู้ข้อมูล หรือตีความใดของผู้เรียนจึงต้องมีการกลั่นกรองก่อนเสมอ

การสร้างสรรคความรู้ใหม่เป็นกระบวนการของผู้เรียนที่จะแสวงหาความรู้ใหม่หลังจากที่ได้

วิเคราะห์ความรู้ที่ได้รับมาว่ายังไม่สมบูรณ์พอ ไม่เหมาะสมพอ ยังมีคุณค่าไม่ครบถ้วนพอ การสร้างความรู้ใหม่จะประกอบไปด้วย การอ่านเพิ่มเติม การฟังเพิ่มเติม การเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง การค้นคว้าหรือการวิจัยใหม่ให้ชัดเจนขึ้นมากขึ้นรอบด้าน

การให้ค่าของความรู้คือการพัฒนาข้อความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์แล้วและหรือทำใหม่สร้างขึ้นใหม่เพิ่มเติมโดยพิจารณาถึงคุณค่าความเหมาะสม การใช้ประโยชน์ของข้อความรู้ใหม่นั้นว่าเป็นไปในลักษณะใด การพิจารณาดังกล่าวจะต้องมองในเชิงประเมิน และการมองแบบคุณค่าพร้อมกัน ควบคู่กับการเหมาะสมของความรู้เหล่านั้นในเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมต่างๆ กัน

การบูรณาการความรู้เป็นการเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ผสมกลมกลืนสอดคล้องและสัมพันธ์กัน ทั้งในด้านของก่อนหลัง ในด้านของความเชื่อมโยงและในด้านของความเหมาะสมในการนำไปใช้

ส่วนประการสุดท้าย คือการสื่อสาร เมื่อบูรณาการความรู้เข้าด้วยกันแล้วจะต้องสื่อสารกันและกับคนอื่นในเรื่องที่บูรณาการนั้นให้ชัดเจนด้วยการสื่อสารทั้งความคิด ความรู้และผลงานที่แสดงออกมา

ผู้เรียนจำเป็นจะต้องเข้าใจหลักคิดต่างๆ เหล่านี้ อย่างดีและฝึกฝนกระบวนการต่างๆ ตามหลักคิดนี้ ให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้อย่างตกผลึกได้

กระบวนการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญา (Crystal - based instructional Model)

รูปแบบการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญานี้มุ่งเน้นให้ผู้เรียนแสวงหาข้อความรู้ที่ตนสนใจจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายโดยมีการจัดการข้อความรู้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่า จนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้สามารถสื่อสารสิ่งที่ตนเข้าใจผ่านงานเขียนเชิงวิชาการ นอกจากนี้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบตกผลึกยังเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยน เรียนรู้เกี่ยวกับข้อความรู้ที่ค้นพบผ่านการอภิปรายร่วมกับผู้สอนและผู้อื่นในชั้นเรียน กระบวนการดังกล่าวนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้

เรียนเกิดการตกผลึกทางความคิดในเรื่องที่ตนได้ศึกษา กระบวนการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญามี 4 ขั้นตอนดังนี้^๘

ขั้นที่ 1 วางแผนและเรียนรู้: การเรียนแบบกำกับตนเองและการเรียนแบบนำตนเอง (Plan and Learn: Self-Regulated Learning/Self-Directed Learning) วางแผน (Plan) ผู้เรียนวางแผนการเรียนรู้โดยกำหนดประเด็นหลักของการเรียนในแต่ละหน่วย ตามความสนใจภายใต้คำแนะนำของผู้สอน

เลือก (Choose) ผู้เรียนเลือกหัวข้อย่อยที่ตนสนใจเป็นพิเศษ และวางโครงสร้างของหัวข้อย่อยให้ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาเพื่อศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

ค้นคว้า (Search) ผู้เรียนค้นคว้าข้อมูลในหัวข้อย่อยที่เลือก โดยมีผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกด้านแหล่งการเรียนรู้และแนวทางการสืบค้นข้อมูล

เขียน (Write) ผู้เรียนเขียนงานจากการศึกษาค้นคว้าเชิงวิเคราะห์ในรูปแบบงานเขียนเชิงวิชาการ (ฉบับที่ 1)

ขั้นที่ 2 นำเสนอและอภิปราย: การเรียนรู้แบบร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกัน (Present and Discuss: Cooperative Learning/ Collaborative Learning)

นำเสนอ (Present) ผู้เรียนนำเสนอผลงานที่ตนไปศึกษาค้นคว้าในรูปการเขียนเชิงวิชาการและการบรรยาย

อภิปราย (Discuss) ผู้เรียนร่วมอภิปรายถึงสิ่งที่นำเสนอกับเพื่อนร่วมชั้นโดยผู้เรียน รับฟังข้อคำถาม ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขงานเขียนเชิงวิชาการครั้งต่อไป

ขั้นที่ 3 ประมวลและปรับแก้: การเรียนแบบกำกับตนเองและการเรียนแบบนำตนเอง (Gather and Revise: Self-Regulated Learning/Self-Directed Learning)

ประมวล (Gather) ผู้เรียนรวบรวมข้อมูลจากการอภิปรายในชั้นเรียนพร้อมทั้งหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสร้างความสมบูรณ์ของงานเขียนเชิงวิชาการ

ปรับแก้ (Revise) ผู้เรียนพัฒนางานเขียน

เชิงวิชาการตามข้อมูลที่ได้รวบรวม ประมวล และค้นคว้าเพื่อสร้างสรรค์รูปแบบงานเขียนที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น (ฉบับที่ 2)

ขั้นที่ 4 ตกผลึก: การเรียนแบบกำกับตนเองและการเรียนแบบนำตนเอง (Crystalize: Self Regulated Learning / Self- Directed Learning)

นำเสนอ (Present) ผู้เรียนนำเสนองานเขียนเชิงวิชาการที่ผ่านการปรับแก้แล้ว ต่อชั้นเรียนเพื่ออภิปรายร่วมกัน

ประเมิน (Assess) ผู้เรียนประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองตามโครงสร้างที่กำหนดไว้

สรุป (Conclude) ผู้เรียนสรุปผลการทำงานเป็นงานเขียนเชิงวิชาการฉบับสมบูรณ์

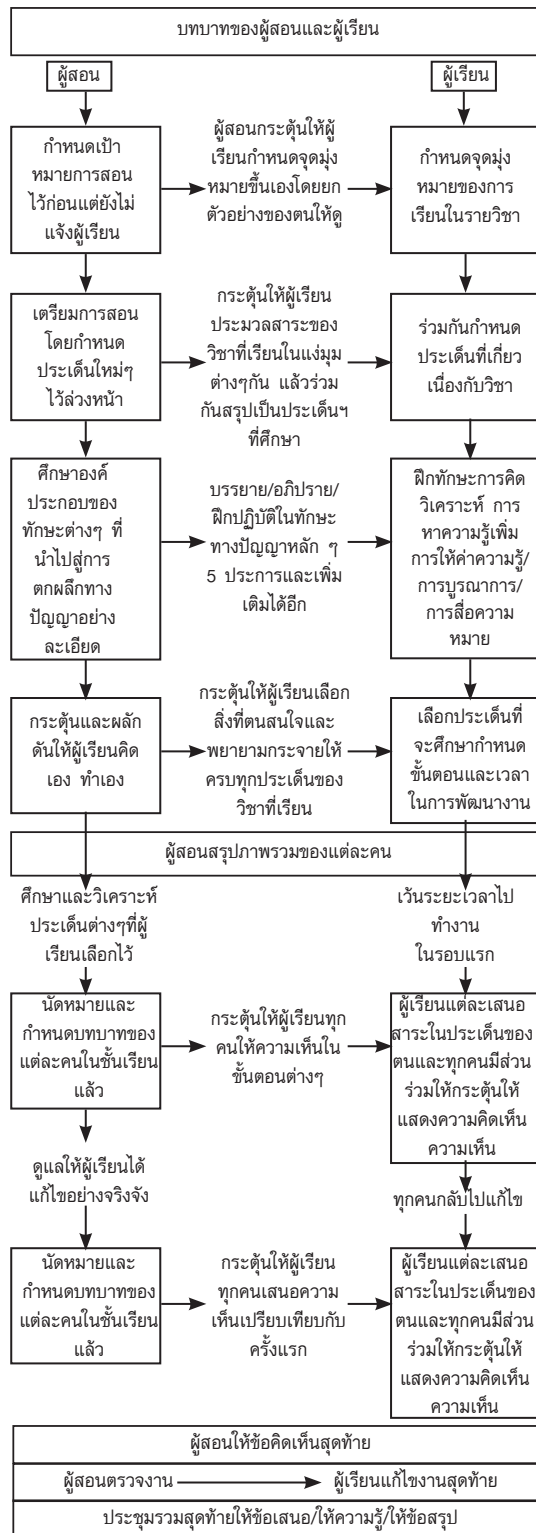
รูปแบบการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญานี้เน้นการพัฒนาการคิดวิเคราะห์และคิดสังเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนตกผลึกความรู้และความคิดจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการอภิปรายร่วมกับผู้อื่นในชั้นเรียน เครื่องมือที่สำคัญในการถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของรูปแบบนี้คือ การเขียน โดยผู้สอนจะต้องกระตุ้นและร่วมวิเคราะห์ผลงานกับผู้เรียน

บทบาทของผู้สอนและผู้เรียนในการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญา

ในการสอนแนวนี้ผู้สอนจะต้องกำหนดเป้าหมายและทำความเข้าใจกับผู้เรียนให้ชัดเจนถึงวัตถุประสงค์และจุดหมาย จากนั้นจึงชี้แนะแนวทางการสร้างผลงานจากการเขียนในรูปแบบต่างๆ แล้วอภิปรายเพิ่มเติมว่าเราต้องการแนวทางไหนจึงกำหนดให้ผู้เรียนดำเนินการ

ในส่วนของผู้เรียนเองต้องแสวงหา คิด และพัฒนาความคิดของตนครั้งแล้วครั้งเล่าจนเป็นภาพรวมของตนเอง แล้วจึงถ่ายทอดความคิดนั้นออกมาให้ชัดเจนพร้อมทั้งพร้อมที่จะรับเอาความคิดของคนอื่นๆ เพื่อปรับแก้ความคิดของตนเองด้วย

บทบาทของผู้สอนและผู้เรียนอาจแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังต่อไปนี้^๙



ที่มา: ไพฑูริย์ ลินลารัตน์. หลักและเทคนิคการสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

ดังนั้นจะเห็นว่าการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญาช่วยฝึกทักษะของผู้เรียนหลายประการทั้ง การฟัง การพูด การอ่านและการเขียน โดยเน้นทักษะการอ่านและการเขียนเป็นหลัก และยังฝึกให้ผู้เรียนได้ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งการทำงานเป็นกลุ่มจะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง เพราะผู้เรียนจะต้องรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เพื่อนำมาวิเคราะห์แยกแยะข้อเท็จจริงต่างๆ แล้วเลือกข้อมูลหรือข้อสรุปที่ดีที่สุดเพื่อใช้ในการเขียนรายงาน ผู้เขียนเชื่อว่ารูปแบบการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญาสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของการเรียน ผู้เรียนจะต้องค้นคว้าข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการเขียนรายงานเชิงวิชาการ ผ่านการอภิปรายในชั้นเรียนแล้วนำข้อคิดเห็นต่างๆ มาปรับปรุงและแก้ไข จนได้รายงานที่สมบูรณ์ที่สุด ดังนั้นนอกจากผู้เรียนจะมีความรู้ในเนื้อหาที่เรียนเป็นอย่างดีแล้ว ยังได้ฝึกทักษะต่างๆ ระหว่างที่เรียนด้วย

สรุป

รูปแบบการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญา คือ การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้ศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ในสิ่งที่ตนสนใจใคร่รู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย โดยนำเอาข้อมูลดังกล่าวมาคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่าสกัดออกมาเป็นข้อความรู้ตามความเข้าใจของผู้ที่ศึกษาผ่านงานเขียนเชิงวิชาการ งานเขียนดังกล่าวจะถูกนำมาอภิปรายร่วมกับเพื่อนและผู้สอน เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าข้อความรู้ที่ได้มานั้นมีถูกต้องและชัดเจนเพียงใด กระบวนการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนการเรียนรู้ การค้นคว้า การคิดวิเคราะห์การนำข้อความรู้มาเรียบเรียงเป็นงานเขียนเชิงวิชาการ การนำเสนอการอภิปราย และการแก้ไขจนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสิ่งที่ตนศึกษาก่อให้เกิดการตกผลึกทางความคิด ด้วยรูปแบบการเรียนการสอนแบบตกผลึกนี้เองส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทำให้ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐานเพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ มีความรู้และทักษะในการคิด วิเคราะห์

การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สามารถเลือกกับความรู้ ข้อมูลข่าวสารและนำมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างเหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง รวมทั้งอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติด้วย ดังนั้นจะเห็นว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการพัฒนาบุคคลให้มีเครื่องมือที่สำคัญในการดำรงชีวิตในโลกอย่างมีความสุข สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และคุณสมบัติหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตเพื่อการพัฒนาดน และสังคมโดยรวมจากผลการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนแบบตกผลึกทางปัญญาจึงเป็นวิธีการสอนที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้เรียน เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายของการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบตกผลึกทางปัญญา ผู้สอนควรอธิบายเกี่ยวกับการอ่านอย่างมีวิจารณ์ญาณ การเขียนรายงานเชิงวิชาการ การอ้างอิงข้อมูล และขั้นตอนของการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนเข้าใจก่อน เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจในแนวทางการเรียนและลดความสับสนระหว่างการเรียน
2. ผู้สอนควรจัดหน่วยการเรียนรู้ที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกัน ในการสอนด้วยรูปแบบตกผลึกทางปัญญา เพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสบูรณาการความรู้และจัดค้นพบที่ได้ในเนื้อหาอื่นๆ ด้วย
3. ผู้สอนควรสร้างบรรยากาศในการเรียนให้เป็นกันเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและตั้งคำถามต่างๆ ได้อย่างอิสระ นอกจากนั้นผู้สอนไม่ควรตัดสินคำตอบหรือความคิดเห็นของผู้เรียนเพียงแค่ว่าถูกหรือผิด แต่ควรอธิบายเพิ่มเติมความคิดเห็นนั้นและเสนอแนะแนวทางอื่นที่เป็นไปได้ในการตอบ

รายการอ้างอิง

1. อมรรัตน์ วัฒนธรร. รายงานการวิจัยเรื่อง การจัดการเรียนการสอนแบบตกผลึกในระดับบัณฑิตศึกษา. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
2. ไพฑูรย์ ลินลารัตน์. หลักและเทคนิคการสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
3. คงรัฐ นวลแบ่ง. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมจิตแห่งวิทยาการ จิตแห่งการสังเคราะห์และจิตแห่งการสร้างสรรค์ สำหรับนิสิตปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ปริญญานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
4. ดิเรก วรรณเศียร. รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2557.
5. กิตติพงษ์ ดารักษ์. วิธีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2550.
6. สุรัสวดี นราพงษ์เกษม, มาโนช ดินลานสกุล และนิดา มีสุข. การพัฒนาความสามารถในการเขียน บทความโดยใช้วิธีสอนแบบสร้างผลงานจากการตกผลึกทางปัญญา สำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ, 27(3) ฉบับพิเศษ 2557: 50-62.
7. วรณัฐ ธรรมมงคลเดช. ผลของการสอนการออกแบบผ้าพิมพ์โดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบ ตกผลึกที่มีต่อผลการเรียนรู้ของนักศึกษาในหลักสูตรศิลปกรรมศาสตรบัณฑิต. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
8. ไพฑูรย์ ลินลารัตน์. อาจารย์มืออาชีพ : แนวคิด เครื่องมือ และการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย; 2550.

โรงพยาบาลอุดรธานี



UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ถนน เพชรเกษม ฝั่งอุดรธานี อำเภอเมืองอุดรธานี จ. อุดรธานี 41000

