



วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559 Vol. 24 No. 1 January - April 2016

ISSN 0858-6632



วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

เจ้าของ	โรงพยาบาลอุดรธานี
ที่ปรึกษา	นพ.ธรรมบุญ วิสิฐนวรรธ นพ.วิรัตน์ สิประเสริฐ
บรรณาธิการ	พญ.สุกัญญา ภัยหลีกถี้
กองบรรณาธิการ	พญ.ปิยรัตน์ โรจน์สง่า พญ.นิษฐา นิภาวงศ์ นพ.ประเสริฐ กลกิจวิวัฒน์ นพ.ศราวุธ ลอมศรี ภญ.ณัฐรดา ชันระหัตถ์ นางสาวจิราวรรณ สีสภาพนาพาณิชย์ นางนิลวรรณ ผ่องใสโสภณ นางเนาวนิตย์ พลพินิจ นางवासนา วงษ์ศิลป์ นพ.เทียนชัย รัศมีมาสเมือง ทพญ.สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล นางสาวพิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี
ฝ่ายธุรการประสานงาน	นางสาวประภาพร โคสมบุญรณ นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว
กำหนดออก	ราย ๔ เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม) แจกจ่ายแก่ รพศ., รพท., รพช., และคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ
ส่งต้นฉบับที่	นางสาวประภาพร โคสมบุญรณ 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 กราฟฟิคเฮ้าส์ เอเจนซี่

๔๓๐/๕ ถ.อดุลยเดช ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี โทร. ๐๔๒-๓๒๔-๓๖๐

คำแนะนำสำหรับผู้ลงบทความตีพิมพ์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานีจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยและค้นคว้าวิชาแพทย์ บทความพื้นฐา การบรรยายพิเศษ รายงานผู้ที่เป็นที่น่าสนใจ เป็นต้น วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน

การลำดับต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ตัวอักษร Asg UPC ขนาด 16 รวมแล้วเอกสารไม่ควรเกิน 10 -12 หน้า ส่งต้นฉบับ 2 ชุด พร้อม Diskette หรือแผ่น CD และมีจดหมายที่เขียนถึงบรรณาธิการ เพื่อส่งต้นฉบับลงพิมพ์และจะต้อง ลงลายมือชื่อของผู้พิมพ์ทุกคนในจดหมาย

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรกระชับและสื่อความหมายชัดเจนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษชื่อผู้พิมพ์ ใช้ระบบชื่อนามสกุล คุณวุฒิและสถานที่ทำงานด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ ควรใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็นสิ่งตรงจพบหลักฐานและผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต จำนวนคำไม่เกิน 300 ตัวอักษร ไม่ควรมีคำย่อหรือไม่มีภาษาอังกฤษเอกสาร

เนื้อเรื่อง ควรเสนอตามลำดับขั้นตอนคือ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุวิธีการศึกษา ผลการศึกษาวิจารณ์ และสรุป

เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอาราบิก (Arabic) เอกสารอ้างอิงไว้บนไหล่บรรทัดด้าน

ขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ชื่อเรียงตามรูปแบบของ U.S.National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก Website <http://nlm.nih.gov>

ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงหรือใช้ตามเอกสารนั้นๆ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

๑. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ ; ปีที่ (vol): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน ๖ คนให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี ๗ คนหรือเกินกว่านี้ให้ใส่เพียง ๖ ชื่อแรก และตามด้วย et.al

๑. ล้นทิติ บุญส่ง. สาเหตุการขาดอากาศของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๐;๒๔:๗-๑๖

๒. Apgar. A proposol for a new method of evaluation of the newborn infant. anes Ana-log 1953;32:260

๒. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

๒.๑ หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

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

๑. พรจันทร สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; ๒๕๔๒

๒. Jones KL. Smith's recognizable pat-

terns of human malformation. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997.

หนังสือมีบรรณาธิการ

๑. วิลลาวัลย์ จีประเสริฐ, สุจริต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษ. กรุงเทพมหานคร: ไชเบอร์เพรส; 2542.

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

๒.๒ บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

๒. Merrill 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. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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 (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะเมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

๑. พรทิพย์ อุ่นโหมล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

๕. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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 sown of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational systems: 1993.

๖. อื่นๆ

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

๒. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๕๒ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๒๕๒๙, ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษเล่มที่ ๑๐๓, ตอนที่ ๒๓. (ลงวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓.)

สำเนาพิมพ์ (Reprint) ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารจะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน ๒ ชุด

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการเย็บมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ
โรงพยาบาลอุดรธานี

เกศแก้ว ดลสิริฤทธิกุล

1

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสามซุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ปัญจพจน์ วัฒนรัตน์ชัยศิริ, สุจิตรา นิลเลิศ

9

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลอุดรธานี

อุไรวรรณ พลชา

19

ประสิทธิผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

อรทัย ชาติโลม, ศรีสุตา พรหมสีชา

27

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร

Paclitaxel Carboplatin ต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และจำนวนวันนอน

หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

อัญชลี อ้วนแก้ว, สุจิตรา มลิลลา, ภาวนา ดาวงค์ศรี

38

ผลการศึกษาภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ของผู้ป่วยในเขตอำเภอบ้านผือจังหวัดอุดรธานี

อัมภาพร เหล่าตระกูลสวัสดิ์

47

ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกอนบิน บบ.๒๓

ศศิภา ลินธุเสน

57

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และผลการควบคุมน้ำหนัก

กรณีศึกษา : โครงการลดน้ำหนัก ในบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2558

ประอรทิพย์ สุทธิสาร

65

การพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลกู่แก้ว

งามพิศ ศิริเวชอาร์ง

75

การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558) นิศาชล ศรีหรั่ง	84
การลดการสูญเสียเลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมด้วยการใช้กรดทราเนซามิคส์ในแผลผ่าตัด อาทิตย์ สืบพานิช	94
ประสิทธิผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี น้ำหนักในเกณฑ์ปกติในโรงพยาบาลหนองคาย ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ	102

ผลการเย็บก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี

เกศแก้ว ดลสิริฤทธิกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการเย็บก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ ตึกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก ชั้น 3 โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 50 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยวิธีการจับฉลาก และให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับการเย็บตามแผนการเย็บจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แผนการเย็บ แพ้มการเย็บก่อนผ่าตัด หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและมาตรวัดความวิตกกังวลนำไปหาความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สันเท่ากับ 0.95 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล และทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ไม่ได้รับการเย็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัด

คำสำคัญ : การเย็บก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, พยาบาลห้องผ่าตัด, ความวิตกกังวล

Effect of pre-open heart surgery visit by perioperative nurse on the anxiety of patient with heart disease, UdonThani Hospital

Katekaew Dollsiritthikul, RN, Operating Room, UdonThani Hospital

Abstract

The quasi-experimental research aimed to examine an effect of pre-open heart surgery visit by perioperative nurse on the anxiety of patient with heart disease, UdonThaniHospital. The sample consisted of fifty patients who were admitted for undergoing open heart surgery at cardio vascular and thoracic surgery department, 3th floor of UdonThaniHospital. Patients were randomly assigned into twogroups,25 people in each groupshave the similar demographic data. The patients intheexperimental group were visited as planned whereas.The patients in the control group received only a routine nursing care.

The research instruments were the demographic data recording form, a pre-open heart surgery visit plan and a pre –operating visit file. The content validity of the file was examined by a panel of experts. The anxiety visual analogue scale was assessed for its reliability using test–retest method from which the reliability coefficient was 0.95. The data was analyzed using frequency, percentage , mean and standard deviation.Hypotheses were tested by analysis of covariance.

The results of this study revealed that patient with heart disease, pre-open heart surgery visit by perioperative nurse, anxiety was statistically significantly lower than patient heart disease, non pre-open heart surgery visit ($p < 0.01$). Either being at ward a day prior to operation or being in operation room just before the operation.

Key words: Pre-open heart surgery visit, perioperative nurse, Anxiety

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดต่อราย นาน 3-5 ชั่วโมงขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะได้รับการเตรียมผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดทั่วไป โดยปกติผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นมีความเครียด ความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจ เมื่อยิ่งใกล้ถึงกำหนดวันผ่าตัดความวิตกกังวลก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะเกิดความรูสึกว่า การผ่าตัดนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายอันอาจถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้เกิดความกลัว นอกจากนี้การผ่าตัดยังก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และเป็นภาวะที่รบกวนจิตใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นอย่างมาก¹

โรงพยาบาลอุดรธานี เริ่มเปิดให้บริการผ่าตัดหัวใจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีสถิติผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจ² ปีพ.ศ. 2555 จำนวน 19 ราย เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2556 และ 2557 จำนวน 37 และ 75 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอการผ่าตัด จะมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด กลัวสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวการดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น กลัวตายมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ นอกจากนั้น เมื่อมานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องถูกแยกจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ท่ามกลางคนแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน จึงต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ใหม่ เช่น เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยอื่น ห้องนอน ห้องน้ำ อาหาร เวลาส่วนตัว เวลานอน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลได้³และเมื่อเข้าห้องผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม บุคคล และสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง ต้องปรับตัวให้เข้ากับอุณหภูมิที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วย และในห้องผ่าตัดยังมีอุปกรณ์ต่างๆ มากมาย รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่แต่งกายแตกต่าง มีการสวมหมวก มีผ้าปิดปากปิดจมูก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็สามารถกระตุ้นให้

เกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้เป็นอย่างมาก⁴ นอกจากนี้ กิจกรรมการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาลยังทำให้เกิดความกลัวความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หากไม่มีความรู้ความเข้าใจ จะรู้สึกลัวตนเองต้องเผชิญกับอันตราย หรือกลัวความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด และกลัวตาย⁵

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล ถ้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจะก่อให้เกิดประโยชน์ คือเป็นตัวกระตุ้นให้มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามการอย่างใดอย่างหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมากเกินไปความสามารถและประสิทธิภาพของบุคคลจะลดลงเนื่องจากความวิตกกังวลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและการตอบสนองทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผิดปกติไป⁶ ถ้าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความวิตกกังวลสูง ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและต่อเนื่องมาจนถึงในระยะผ่าตัด จะมีผลกระทบต่อตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะหลังผ่าตัดด้วย

พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีปรัชาในการให้การพยาบาลที่เน้นความสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลห้องผ่าตัดมีโอกาและสามารถให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคลากรอื่นๆ และมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงที่จะพัฒนาบทบาทและวิธีการพยาบาลที่ผสมผสานสำหรับผู้ที่เข้ารับการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้าผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งในปัจจุบันการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้นยังไม่ครอบคลุมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจเกิดความรูสึกมั่นใจ คลายความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ ส่วนใหญ่พยาบาลห้องผ่าตัดจะให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปในเรื่องการเตรียมร่างกายและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ในการผ่าตัด ยังไม่มีการประเมินและติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการเยี่ยมก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อ

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในด้านการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ที่จะเข้ารับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระและความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลให้เด่นชัดมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โดย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยม ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยม ขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยม ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยและขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับไว้ในโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ห้องผ่าตัด แผนกหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก โรงพยาบาลอุดรธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย จากตารางการผ่าตัดที่กำหนดขึ้นล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีการจับฉลาก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการเยี่ยมผู้ป่วยโรคหัวใจ และคู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดความ

วิตกกังวล ซึ่งดัดแปลงมาจากวิธีการของวีเวอร์และโลว์ (Wewer&Lowe)⁷ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของมาตรวัดความวิตกกังวลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient of correlation) ได้เท่ากับ 0.95

วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมาแจกแจงความถี่ คำนวณเป็นร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่าที (independent t-test) และทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มีจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 47.24 ปี เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-6,000 บาท/เดือน จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 มีระยะเวลาวันนอนรอผ่าตัดเป็นระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ น้อยกว่า 3 วัน และ 3-4 วัน โดยมีจำนวนกลุ่มละ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 เท่าๆ กัน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการดมยาสลบก่อนผ่าตัด จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคโลหิตจาง ผ่าตัดคลอด โรคเบาหวาน และโรคปอด ในกลุ่มจำนวนเท่าๆ กันคือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 58

เห็นได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ รายได้ของครอบครัว และการได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด รวม

ทั้งได้จัดคู่ให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหมือนกัน ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่ได้กล่าวมานั้นอาจมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25) จำนวน(คน)	กลุ่มทดลอง (n=25) จำนวน(คน)	รวม จำนวน (คน)
เพศ			
ชาย	14(56%)	16(64%)	30(60%)
หญิง	11(44%)	9(36%)	20(40%)
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 31	4(16%)	1(4%)	5(10%)
31-40	3(12%)	3(12%)	6(12%)
41-50	9(36%)	9(36%)	18(36%)
51-60	5(20%)	10(16%)	15(30%)
มากกว่า 60	4(16%)	2(8%)	6(12%)
(Mean= 47.24, S.D. = 1.29, Min = 16, Max = 65)			
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	1(4%)	1(2%)	
ประถมศึกษา	21(84%)	20(80%)	41(82%)
มัธยมศึกษา	1(4%)	3(12%)	4(8%)
ปริญญาตรี	2(8%)	2(8%)	4(8%)
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)			
น้อยกว่า 3,001	6(24%)	9(36%)	15(30%)
3,001-6,000	8(32%)	10(40%)	18(36%)
9,001-12,000	4(16%)	1(4%)	5(10%)
มากกว่า 12,000	4(16%)	2(8%)	6(12%)
(Mean = 7,340, S.D. = 7.69, Min = 800, Max = 45,000)			
ระยะเวลาอนโรผ่าตัด (วัน)			
น้อยกว่า 3	9(36%)	13(52%)	22(44%)
3-4	13(52%)	9(36%)	22(44%)
5-6	2(8%)	2(8%)	4(8%)
มากกว่า 7	1(4%)	1(4%)	2(4%)
(Mean = 2.84, S.D. = 1.44, Min = 1, Max = 7)			
วิธีการรับรู้ความรู้สึกก่อนผ่าตัด			
ดมยาสลบ	25(100%)	25(100%)	50(100%)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25) จำนวน(คน)	กลุ่มทดลอง (n=25) จำนวน(คน)	รวม จำนวน (คน)
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต			
โลหิตจาง	2(8%)	-	2(4%)
เนื้องอกในมดลูก	1(4%)	-	1(2%)
ผ่าตัดคลอด	1(4%)	1(4%)	2(4%)
ผ่าตัดทำหมัน	1(4%)	-	1(2%)
ใส่สายสวนหัวใจ	1(4%)	-	1(2%)
เบาหวาน	1(4%)	1(4%)	2(4%)
โรคปอด	-	2(4%)	2(4%)
โรคไต	1(4%)	-	1(2%)
บทบาทในครอบครัว			
หัวหน้าครอบครัว	12(52%)	16(64%)	29(58%)
สมาชิกในครอบครัว	13(48%)	9(36%)	21(42%)

2. ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยและขณะอยู่ในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมโดยพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งสองกรณี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม X S.D.	กลุ่มทดลอง X S.D.	t	p
ความวิตกกังวล				
ก่อนเยี่ยม	77.20 26.64	63.60 2.86	3.56	0.001
หลังเยี่ยม	75.80 26.60	49.60 2.76		
(ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย)				
หลังเยี่ยม	77.00 24.10	43.00 2.60		
(ขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด)				
p< 0.01				

จากตารางที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น เมื่อยิ่งใกล้ถึงวันผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความกลัวและวิตกกังวลโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวความเจ็บปวด กลัวความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด กลัวจะได้รับอันตรายจาก

การผ่าตัด กลัววิธีดำเนินการผ่าตัด กลัวการได้รับยา
ระงับความรู้สึก⁸ โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด
และขณะที่กำลังจะเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความ
วิตกกังวลและความกลัวเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก⁹ อัน
เนื่องมาจากการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าถึงสภาพ
ตนเองในวันผ่าตัดและขณะผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวล
นี้อาจมีรากฐานมาจากประสบการณ์เดิม หรือมีสิ่ง
คุกคามต่อชีวิต มีการสูญเสียศักยภาพในสิ่งที่มา
คุกคามต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนความ
รู้สึกหวาดหวั่น โดดเดี่ยว ที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องเข้ามา
นอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด
ต้องถูกแยกจากครอบครัวมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่
พบกับเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ที่ตนไม่รู้จัก รวมทั้งอยู่ใน
ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในวันผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยกำลัง
จะเข้ารับการผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญเป็นอย่าง
มากสำหรับตัวผู้ป่วยเอง บางคนกลัวความไม่สุขสบาย
ขณะผ่าตัด กลัวตาย และที่สำคัญคือกลัวในสิ่งที่ไม่รู้
การเย็บผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดย
พยาบาลห้องผ่าตัดล่วงหน้า 1 วันนั้น ทำให้ผู้ป่วย
โรคหัวใจได้รู้จักและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลห้อง
ผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและ
ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในขณะที่ผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่ในห้อง
ผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยโรคหัวใจจะได้พบกับพยาบาลห้อง
ผ่าตัดที่มีหน้าที่ที่เป็นมิตร ให้ความเป็นกันเอง ไม่รีบร้อน
รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหัวใจได้พูดคุยนและระบายออก
พร้อมทั้งให้กำลังใจ และได้รับคำตอบในข้อสงสัยเกี่ยว
กับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรค
หัวใจเกิดความไว้วางใจ มีความมั่นใจ รู้สึกอบอุ่นใจ
คลายความวิตกกังวล¹⁰ ดังนั้นในการเย็บก่อนผ่าตัด
หัวใจแบบเปิดครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลห้อง
ผ่าตัด ได้แสดงท่าทีที่เป็นมิตร รับฟังปัญหาและความ
วิตกกังวลที่ผู้ป่วยโรคหัวใจระบายออกมา พร้อมทั้งให้
กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และตอบคำถามที่ผู้ป่วยโรค
หัวใจ รวมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม การปฏิบัติ
ของผู้วิจัยดังกล่าวจึงมีผลช่วยลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเย็บขณะรอ
การผ่าตัดอยู่ที่หอผู้ป่วยและขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัดได้

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความ

วิตกกังวลก่อนเย็บ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองโดยการทดสอบค่าที(independent t-test) พบ
ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.01

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความ
วิตกกังวลหลังเย็บระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (anal-
ysis of covariance) และใช้คะแนนความวิตกกังวล
ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate variable)
ผลแสดงดังตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความ
วิตกกังวลภายหลังการเย็บ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	Ss	Ms	F
ระหว่างกลุ่ม	17	40837.64	2402.21	24.61**
ภายในกลุ่ม	32	3122.85	97.58	
รวม	49	43960.50		

**p< 0.01

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความ
วิตกกังวลภายหลังการเย็บขณะที่ผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่ที่
หอผู้ป่วย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความ
วิตกกังวลภายหลังการเย็บขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	Ss	Ms	F
ระหว่างกลุ่ม	13	37801.78	2907.83	15.17**
ภายในกลุ่ม	36	6898.21	191.61	
รวม	49	44700.00		

**p< 0.01

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการเย็บขณะที่ยังผู้ป่วยโรคหัวใจอยู่ที่ห้องผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจได้รู้จักกับพยาบาลห้องผ่าตัดตั้งแต่วันก่อนผ่าตัดและได้มีการพูดคุยกัน มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดความไว้วางใจ เกิดความมั่นใจว่าจะมีผู้ให้ความช่วยเหลือและดูแลตนในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจมาถึงห้องผ่าตัดและได้พบกับผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งตนเองรู้จักและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอยู่แล้วเข้ามาทักทาย ชวนพูดคุย ให้ความช่วยเหลือ ดูแลความสุขสบายให้ และอยู่เป็นเพื่อน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึก

โดดเดี่ยว ไม่รู้สึกว่าต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มควบคุม¹

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี มีจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 47.24 ปี เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 – 6,000 บาท/เดือน จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 มีระยะเวลาวันนอนรอผ่าตัดเป็นระยะเวลาใกล้เคียงกันคือน้อยกว่า 3 วัน และ 3 – 4 วัน โดยมีจำนวนกลุ่มละ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 เท่าๆ กัน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการดมยาสลบก่อนผ่าตัด มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคโลหิตจาง ผ่าตัดคลอด โรคเบาหวาน และโรคปอด ในกลุ่มจำนวนเท่าๆ กันคือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 58

1.2 ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย และขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ได้รับการเย็บก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มที่ไม่ได้รับการเย็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยเสนอแนะต่อพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดให้ครอบคลุมแบบองค์รวมในระยะก่อนผ่าตัด

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปสนับสนุนให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในทุกแผนก

2. ด้านบริการพยาบาล

2.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางหรือเป็นข้อมูลสนับสนุนในการให้การดูแลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด ทั้งในระยะที่รอผ่าตัดอยู่ที่หอผู้ป่วย และระยะที่รอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และยังช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีเวลาที่จะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดได้ถูกต้องมากขึ้น

2.2 พยาบาลห้องผ่าตัดควรจัดทำแผนการเยี่ยมก่อนผ่าตัดในทุกแผนก เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด และเป็นแนวทางในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ในหน่วยงาน

3. ด้านการศึกษา

นำผลการวิจัยไปพิจารณาเป็นข้อมูลประกอบการสอนนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อน

ผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ในประเด็นอื่นๆ เช่น ผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด หรือต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือต่อความคาดหวังของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดได้ถูกต้อง

3. ควรมีการศึกษาถึงผลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกลุ่มอื่น รวมทั้งควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อตัวแปรที่ศึกษาให้มากขึ้น เพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณคุณพณีย์ เดียวศิริทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี คุณเสาวลักษณ์ บุตรสระ หัวหน้าตึกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตึกศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม คุณวิญญา ลือเลื่อง พี่เลี้ยงงานวิจัย และอาจารย์ ดร.สมหมาย คชนามที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นันทพร แสนศิริพันธ์. ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2540.

2. สถิติห้องผ่าตัดทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลอุดรธานี.สถิติการผ่าตัดแผนกหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก. 2558.

3. ดาราวรรณ ตีะปันตา. ความวิตกกังวล : เทคนิคการลดความวิตกกังวล : กระบวนการพยาบาล.

เชียงใหม่:ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2538.

4. กันยา ออประเสริฐ. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน: เรณู อาสาสิทธิ์,บรรณานิกร.การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล;2532.

5. LeMaitre, G. D., & Finnegan, J. A. The patient in surgery : A guide for nurse.4 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders;1980.

6. Kurth, C. L.Preoperative nursing. In: M. L. Patrick, S. L. Wood, R.E. Craven, J.SRokosky& P. M. Bruno, eds. Medical-surgical nursing: Pathophysiological Concepts. 2nd ed.Philadelphia:J.B. Lippincott;1991.

7. Wewers, M. E., & Lowe, N. K. A critical review of visual analogue scales in the Measurement of clinical phenomena. Research in Nursing and Health1990; 13(4J): 227-236.

8. พะยอม อิงคตานวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่.กรุงเทพฯ:โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2523.

9. Cupple, S.A. Effect of timing and reinforcement of preoperative education onKnowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery.Heart & Lung 1991; 20 (6): 654-660.

10.ธนิดาฤกษ์จิรัฐติกาล. วัฒนการบทยาพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยครั้งที่ 2 เรื่องบทยาพยาบาลห้องผ่าตัด : บทยาและความคาดหวัง . กรุงเทพฯ:ชมรมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2540.หน้า 1-3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ปัญญาพนั วิมลรัตนชัยศิริ ส.บ. (ชั้นสูตรสาธารณสุข) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก
สุจิตรา นิลเลิศ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรายด้านและโดยรวม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม ปัจจัยคัดสรรหรือปัจจัยพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 10 ปัจจัย แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา หรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ คือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกราย ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลสามชุก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์เพียร์สัน และความถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 137 ราย ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 67.9) กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.8) คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าร้อยละ 62.0 มีคุณภาพชีวิตกลางๆ กลุ่มที่เหลือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านจิตใจ, ด้านสัมพันธ์ทางสังคม, ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.8, 37.9, 22.6 และ 10.2 ตามลำดับ

ปัจจัยส่วนบุคคล 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ, อาชีพ, บุคคลที่พกอาศัยอยู่ด้วย และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อีก 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษาสูงสุด, สถานที่พกอาศัย, รายได้ต่อเดือน และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตัวเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคม, ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.489$, $p < 0.01$), อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.364$, $p < 0.01$) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.408$, $p < 0.01$) ตามลำดับ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม, กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตัวเองเป็นไปในเชิงบวก นอกจากนี้พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้ร้อยละ 48.9 ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, คุณภาพชีวิต, แรงสนับสนุนทางสังคม, ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Factors that influence the quality of life of people infected with HIV, Samchuk District, Suphanburi Province.

Panchaphot Wimolrattanachaisiri, B.P.H. (Health Laboratory), Public Health specialists, Samchuk Hospital
Sujitra Ninlert, Analysts Policy and Planning Professional Level, Samchuk district health office

Abstract

Purpose: To study the quality of life of those infected with HIV in each area and overall. The relationship between personal factors and quality of life of those infected with HIV as a whole. Selected factors or predictors include personal factors. Social support conditions spiritual well-being Strategies to adapt to problems or a crisis of people infected with HIV. Which may affect the quality of life of those infected with HIV. Cross - sectional descriptive study by interview. The study population is a person infected with HIV who receive antiretroviral drugs at antiHIV clinic, Samchuk hospital during July – August 2015. Data analysis by mean, percentage, frequency and standard deviation, analysed by Pearson correlation coefficient and Multiple regression analysis.

Results: 137 samples showed the majority of social support (67.1 %) at the low level. High level of spiritual well-being (67.9%) in the field of strategy to adapt to the problem or crisis, 62.8% was moderate level. Overall quality of life found that had quality of life in moderate level while 4 dimensions: psychological, social relationships, physical health and environmental were poor quality of life 51.8, 37.9, 22.6 and 10.2 % respectively.

Four personal factors include age, occupation, people live with and how long it has been diagnosed as infected with HIV is associated with the quality of life of people infected with HIV in over all these had statistically significant at level of 0.05. Another 6 factors: gender, marital status, level of education, place of residence, monthly income and telling family members about the infection itself, these were associated with the quality of life of people infected with HIV but no statistically difference. Social support, health, spiritual well-being and strategies to adapt to a problem or a crisis of people infected with HIV. There is a positive correlation between the quality of life of those infected with HIV is moderately high ($r = 0.489$, $p < 0.01$), moderate ($r = 0.364$, $p < 0.01$) moderately high ($r = 0.408$, $p < 0.01$) respectively. By Multiple Regression Analysis, 13 independent variables could explained the variation of the overall quality of life of those infected with HIV but no statistically difference relatively high (48.9%). Social support, strategies to adapt to a problem or crisis, spiritual well-being and telling family members about the infection itself were 4 positive move variables that had statistically significant.

Keywords: people infected with HIV, quality of life, social support, health, spiritual well-being. Strategies to adapt, factors.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเอชไอวีของไทยในรอบ 30 ปี หลังจากพบผู้ป่วยรายแรกในปี พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบัน ไทยมีผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้ใหญ่สะสมทั้งหมดมากกว่า 1,200,000 ราย เสียชีวิตไปแล้วกว่า 7 แสนราย ในปี พ.ศ.2558 สถานการณ์ภาพรวมดีขึ้น มีผู้ติดเชื้อเดิมและยังมีชีวิตทั้งหมด 446,154 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 7,525 ราย ที่เหลือเป็นผู้ใหญ่ โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ เฉลี่ยวันละ 22 ราย ร้อยละ 98 เป็นผู้ใหญ่ ที่เหลือเป็นเด็ก ส่วนผู้เสียชีวิตมีประมาณวันละ 56 ราย ซึ่งให้เห็นสัญญาณโรคว่าอัตราการเพิ่มได้ลดลง คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติได้ตั้งเป้าหมายจะยุติปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 หรือในอีก 15 ปี คือจะไม่มีเด็กที่คลอดมาแล้วติดเชื้อเอชไอวี มีผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกินปีละ 1,000 ราย ผู้ติดเชื้อทุกรายสามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ สอดคล้องกับมติขององค์การสหประชาชาติ¹

รัฐบาลโดยนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีนโยบายที่ชัดเจนในการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประกาศให้การยุติปัญหาเอดส์เป็นวาระชาติ 3 เรื่อง คือ 1)การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด เพื่อลดผู้ติดเชื้อในผู้ฉีดยาเสพติด ซึ่งมีอัตราติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 80 2)ระดมการทำงานจากทุกหน่วยงานทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และ 3)เพิ่มงบประมาณด้านเอดส์ในปี พ.ศ.2558-2562 ปีละ 1,700 - 1,900 ล้านบาท เพื่อทดแทนงบประมาณจากกองทุนโลกที่ปัจจุบันลดลงมากและจะสิ้นสุดในปี พ.ศ.2559 นี้ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ทำงานเอดส์จากทุกภาคส่วนว่า การดำเนินงานด้านเอดส์จะเป็นไปอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ยังได้มีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 5 มาตรการสำคัญ ได้แก่ 1) ขยายความครอบคลุมการดำเนินงานป้องกันโรค

โดยเชื่อมโยงผสมผสานงานเชิงรุก คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ ให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มชายรักร่วมเพศ ครอบคลุม ร้อยละ 90 2)รักษาผู้ติดเชื้อทุกรายด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) รวมถึงการตรวจวินิจฉัยทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อภายในอายุ 2 เดือน เพื่อเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสทุกรายโดยเร็วที่สุด ซึ่งการให้ยาต้านไวรัสแต่เนิ่นๆ นอกจากเป็นการรักษาแล้ว ยังมีผลในการป้องกันโรคด้วย 3)สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาสม่ำเสมอตลอดชีวิตและคงอยู่ในระบบบริการต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 4)พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ ระบบชุมชน โดยผสมผสานบูรณาการระหว่างงานการป้องกันและรักษา ใช้หลักแนวคิดเข้าถึง ตรวจรักษา คงอยู่ โดยให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเข้าถึงระบบบริการ 5)รณรงค์สร้างความเข้าใจประชาชนโดยการทำให้เรื่องเอชไอวี และการตรวจหาเชื้อเอชไอวีถือเป็นเรื่องธรรมดาที่คนทุกคนควรรู้สถานการณ์ติดเชื้อ และตรวจเป็นประจำ หรือเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ป้องกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคสูงยิ่งขึ้น¹

สถานการณ์เอดส์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยเอดส์รายแรก ปี พ.ศ. 2533 จนถึงปัจจุบัน (28 กุมภาพันธ์ 2558) มีผู้ป่วยเอดส์ 5,672 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 1,612 ราย ผู้ติดเชื้อปรากฏอาการ 1,735 ราย เสียชีวิต 403 ราย ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอดส์ กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด ได้แก่กลุ่มอายุ 25-34 ปี และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.2:1²

ดังที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า การติดเชื้อเอชไอวันั้น จะเป็นการติดเชื้อที่ดำรงอยู่ตลอดชีวิต และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก็จะต้องเป็นกลุ่มบุคคลที่จะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตเช่นเดียวกัน ฉะนั้น คุณภาพชีวิต ซึ่งในที่นี้หมายถึงภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well Being) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึงความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพในทางการแพทย์ด้วย คุณภาพชีวิต จึงเป็นสภาวะร่างกาย และจิตใจที่มั่นคง

แข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุขกับทั้งนี้คุณภาพชีวิตอาจจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ในปัจจุบันเป้าหมายในการรักษาโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ประกอบทั้งการรักษาเพื่อการหายขาดจากโรค และเพื่อการคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วยกันเสมอ สำหรับในกรณีนี้จะศึกษาประเด็นหลัง ผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สภาพปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นประโยชน์นำไปใช้ปรับปรุงการบริการทางการแพทย์และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรายด้านและโดยรวม
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
3. เพื่อศึกษาภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
4. เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม, ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา หรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม กับคุณภาพชีวิตโดยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
7. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรหรือปัจจัยพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
8. เพื่ออธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตในทัศนะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษาสูงสุด สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พ่อกาอาศัยร่วมบ้าน รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการเจ็บป่วยให้สมาชิกในครอบครัวทราบ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
2. แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา หรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม
3. ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษาสูงสุด สถานที่พักอาศัย ผู้ที่พ่อกาอาศัยร่วมบ้าน รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการเจ็บป่วยให้สมาชิกในครอบครัวทราบ), แรงสนับสนุนทางสังคม, ภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา หรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวคัดสรรหรือพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา
(Cross - Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาทุกหน่วยประชากร คือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลสามชุก ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2558 มีจำนวนทั้งสิ้น 137 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบวัดกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF –THAI) และแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.0 มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ที่เหลือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านจิตใจ, ด้านสัมพันธภาพทางสังคม, ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.8, 37.9, 22.6 และ 10.2 ตามลำดับ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.1 ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.9 กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.8

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, อาชีพ, บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สำหรับเพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษาสูงสุด, สถานที่พักอาศัย, รายได้ต่อเดือน และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตัวเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคม, ภาวะความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.489$, $p < 0.01$), อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.364$, $p < 0.01$) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.408$, $p < 0.01$) ตามลำดับ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดย

รวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม, กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ, ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตัวเองเป็นไปในเชิงบวก นอกจากนี้พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้ร้อยละ 48.9 ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คุณภาพชีวิตในทัศนะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปในทำนองเดียวกับขององค์การอนามัยโลก คือ ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบายพล่งกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน ความสามารถในการทำงานด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย และด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.1 อยู่ในระดับน้อย รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 และอยู่ในระดับมากร้อยละ 1.5 เมื่อจำแนกออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ด้านความรักใคร่ผูกพัน และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 69.3, 53.3 และ 52.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตะวัน จิตระกุล³ คือปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองประการหนึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์แวดล้อม และการศึกษาของ

ศิริพร กันยัง, ชมนาด วรรณพรศิริ, ศิริเกษม ศิริลักษณ์ และดวงพร หุ่นตระกูล⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลิกภาพ และประสบการณ์ชีวิตเดิม การมีความหวัง ความเชื่อมั่นในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีรายได้ที่มั่นคง แพทย์ทางเลือกเพื่อลดความเจ็บป่วย

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหมและคณะ⁵ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย และด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.8 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 34.3 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 2.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตะวัน จิตระกูล³ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่สำคัญคือ ความรู้และประสบการณ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ

คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.0 มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ที่เหลือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 38.0 โดยไม่พบการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเลย เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านจิตใจ, ด้านสัมพันธ์ทางสังคม, ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.8, 37.9, 22.6 และ 10.2 ตามลำดับ จะสังเกตได้ว่าด้านจิตใจ และด้านสุขภาพกาย ไม่พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธ์ทางสังคม พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 3.7 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ แก้วปานและสุนทร สิบซึ้ง⁶ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการใน

คลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.0 และการศึกษาของเกียรติชาย จิระมหาวิทยาลัย และ สำราญ เชื้อเมืองพาน⁷ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, อาชีพ, บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วย, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษาสูงสุด, สถานที่พำนักอาศัย, รายได้ต่อเดือน และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตัวเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยมีทั้งเหมือนและแตกต่างกับการศึกษาของกิตติมา วรรณทอง, ณัฐมน มุลศรีแก้ว และสมภพ ไทยนันท์⁸ พบว่า สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับการดูแลจากครอบครัว รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของประทีป ดวงงาม⁹ พบว่า การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับ CD4 ครั้งล่าสุด ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.489$, $p < 0.01$) หมายถึงเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ หรือมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นไปด้วย มีความสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ที่กล่าวไว้ว่า สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือ

กลุ่มราย และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติ หรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ภาวะความพึงพอใจทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.364$, $p<0.01$) หมายถึง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ หรือมีภาวะความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ทำนองเดียวกับการศึกษาของวรรณชาติ ตาเลศ และ สุวรรณ บุญยะสิทธิ์¹¹ ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณมีผลกับคุณภาพชีวิตโดยรวม

กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.408$, $p<0.01$) หมายถึง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ หรือมีกลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหา หรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของยุทธชัย ไชยสิทธิ์และคณะ¹² พบว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอช ไอวี มีทั้งหมด 5 กลยุทธ์ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวก และ 5) การติดตามผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณพบว่า มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 13 ตัวแปร โดยเรียงความสำคัญ

ตามลำดับคือ แรงสนับสนุนทางสังคม, กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ, ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตนเองเป็นไปในเชิงบวก จึงกล่าวได้ว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคม, กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะวิกฤติ, ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และการบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการติดเชื้อของตนเองไปในทางที่ดีหรือเพิ่มขึ้น จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไปในทางที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 48.9 ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่มีข้อน่าสังเกตว่าตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงตัวเดียว ก็สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ถึงครึ่งหนึ่งของที่อธิบายได้โดย 4 ตัวแปรด้วยกัน เมื่อเพิ่มตัวแปรอีก 3 ตัว จะทำให้การอธิบายได้ผลมากขึ้นอีกร้อยละ 6.1, ร้อยละ 2.7 และ ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญวานาภรณ์, เขมชาติ มาสิงบุญ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง¹³ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการศึกษาของยุภาพรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบุญและหทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์¹⁴ พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในทิศทางบวก และคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนรวมของอาการที่สัมพันธ์กับเอชไอวี การไม่มีทั้งศูนย์องค์รวม และกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล และสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมนั้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป โดยควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2) ให้มีการวางแผนและการดำเนินการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์พัฒนาการมีอาชีพการมีรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปิดเผยให้ครอบครัวทราบได้ดียิ่งขึ้น

3) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ติดเชื้อ จึงควรให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

4) ควรมีการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในเรื่องของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งด้านการมีกิจกรรม และการออกกำลังกาย ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านโภชนาการ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในวัยแรงงาน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

5) ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยคลินิกเอดส์โรงพยาบาลสามชุก ควรให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งให้การรักษาภาวะแทรกซ้อน ประสานงานร่วมกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรภาคเอกชนจัดกิจกรรมให้การช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้าน

เศรษฐกิจ โดยสร้างอาชีพ และให้การช่วยเหลือครอบครัวตามสมควร เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น

-ในทางกิจกรรมบำบัดจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเพิ่มความรู้ สร้างความคิด ความเข้าใจในทักษะการจัดการกับความคิด โดยให้ผู้ป่วยยอมรับความสามารถของตนเอง และคุณค่าของตนเอง เพิ่มทักษะการใช้เวลาว่างในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพร่างกาย นำกิจกรรมที่ผู้ป่วยอยากทำ ชอบทำ หรือเคยทำได้ก่อนเป็นโรคเอดส์ให้ผู้ป่วยทำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ แรงบันดาลใจในการทำกิจกรรม เน้นการทำกิจกรรมที่ส่งผลดีต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เช่น ออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ในสังคม การช่วยรณรงค์และช่วยเหลือผู้ยากจนที่เป็นโรคเอดส์ ส่งเสริมความพอใจในตนเอง และเป้าหมายในการที่จะใช้ชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณค่า และมีความหมายต่อตนเอง รวมถึงมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายอย่างชัดเจน ให้ผู้ป่วยจัดการตารางชีวิตของตนเองแต่ละช่วงชีวิตอย่างมีความสุขและมีเป้าหมาย โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของชีวิต

-แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ชีวิตที่มีคุณภาพย่อมเป็นชีวิตที่ประสบความสำเร็จ รู้จักยับยั้งความต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในขอบเขตที่พอดี สามารถใช้ความรู้ สติปัญญาหรือให้โทษแก่บุคคลอื่น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีการศึกษาสูง มีความขยันอดทน ประกอบอาชีพที่สุจริต เป็นพลเมืองดี มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ มีระเบียบวินัย มีกฎเกณฑ์ทางสังคมแสวงหาความรู้เพิ่มเติม รู้จักใช้ความคิดและสติปัญญาแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการดำรงชีวิตของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นคุณลักษณะของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลในอีกระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ภาวะเครียด การเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพ การรับยาอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความไม่แน่นอน การถูกตีตราจากสังคม เป็นต้น เพื่อจะได้ทราบปัญหา และข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2) ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างออกไป เช่น Grounded Theory หรือ Phenomenology เพื่อจะได้ทราบมุมมองที่แตกต่าง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

3) การวางแผน และการดำเนินการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์พัฒนาการมีอาชีพ การมีรายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปิดเผยให้ครอบครัวทราบได้ดียิ่งขึ้น โดยควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุขใช้ 5 มาตรการ “ยุติโรคเอดส์” เผยรอบ 30 ปี รายไทยตาย กว่า 7 แสนราย เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2558 เข้าถึงได้จาก: <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8873#sthash.W07f8WJT.dpuf>.

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดสุพรรณบุรี ยอดสะสม ถึงวันที่ 28 ธันวาคม 2558.

3. จิตตะวัน จิตระกูล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการ และนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 4 วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2555. ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น;2555.

4. ศิริพร กันยัง, ชมนาด วรรณพรศิริ, ศิริเกษม ศิริลักษณ์, ดวงพร หุ่นตระกูล. ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจังหวัดเพชรบูรณ์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2555.

5. สุวรรณ บุญยะสิพรรณและคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงาน ที่ได้

รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. พยาบาลสาร 2556;(40).

6. วันเพ็ญ แก้วปาน และสุนันท์ สืบซึ่ง. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในคลินิกเอดส์ จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการเขต 12 2549; 17(4) ตุลาคม-ธันวาคม.

7. เกียรติชาย จิระมหาวิทยากุล, สำราญ เชื้อเมืองพาน. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษากลุ่ม “รวมน้ำใจริมน้ำลาว” อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2 (1) มกราคม- มีนาคม (ฉบับเสริม 3).

8. กิติมา วรรณทอง, ณัฐมน มูลศรีแก้ว, สมภพ ไทยนันท์ . คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี. การประเมิน โดยแบบวัด WHOQOL-HIV-BREF. 2553.

9. ประทีป ดวงงาม. ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วารสาร มหาวิทยาลัยทักษิณ 2555;15(3) ฉบับพิเศษ.

10. วุฒิพงศ์ คงทอง, สมหญิง สุราษฎร์, วัชรินทร์ ประเทพ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของชายรักชายที่เป็นสมาชิกกลุ่มพลังสีม่วง. พัทลุง:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2552.

11. วรรณชาติ ตาเลิศ, สุวรรณ บุญยะสิพรรณ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(1).

12. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ. กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี. นครพนม:วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม;2556.

13. วันเพ็ญ นานาภรณ์, เขมราดี มาสิงบุญ, สุภาภรณ์ ดำรงแพง. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน

ไวรัส. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2553; 18(1) .

14. ยุภาพรรณ มั่นกระโทก, วิทยา กุลสมบุรณ์, หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา 2553;16 (6).

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลอุดรธานี

อุไรวรรณ พลชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่นอนรักษาตัวที่แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงระยะเวลาวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 มีนาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ F-test บนโปรแกรม SPSS 16.0

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ทั้งหมดเป็นหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน อยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI 25-29.9) ร้อยละ 72.5 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 95.34) คุณภาพชีวิตจำแนกตามตัวแปรต่างๆได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงคือ อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนมาก (BMI > 30) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

การให้ความรู้ในด้านโภชนาการ การฟื้นฟูทางร่างกาย การป้องกันข้อเข่าเสื่อม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง การดูแลทางด้านจิตใจ ลดความเครียด และปรับสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันความคั่งน้ำหนัไม่ให้เกิดภาวะอ้วน เป็นการป้องกันและฟื้นฟูภาวะข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ข้อเข่าเทียม

Quality of life in patients undergoing total knee replacement Udonthani Hospital

Uraiwan Ponsa , RN, Department of Orthopaedic, Udonthani Hospital

Abstract

This descriptive study research aimed to study the quality of life in patients who had undergone total knee replacement and analyze related factors affected quality of life. Population: total knee replacement patients who had admitted to Orthopedics department, Udonthani Hospital during 1st October 2013 to 30th September 2014. Calculated by Taro Yamane formula, then 80 patients were recruited. Questionnaires were used, which contains personal information; content was verified validity by experts and confidential test with Cronbach's alpha co-efficient 0.85. Collected data by self-respondent questionnaire via air mail on 1st February to 31st March 2015, data were analyzed by descriptive statistics include percentage, mean and standard deviation. The statistical analysis used F-test on SPSS program.

All of 80 patients who had undergone total knee replacement were female. Most of them were older than 60 years old (57.5%), there highest education was primary school (71.3%), housewives (36.3%) and obesity (BMI 25-29.9) 72.5%. Overall quality of life ranked in good level (95.34%) similar to age, education, occupation. But marked obesity group (BMI > 30) had quality of life mean score in fair level. The difference in BMI level also revealed difference in quality of life with statistically significant at $p < 0.05$.

Education about disease, prognosis, diet and nutrition, ergonomics and exercise, rehabilitation body and mind should be improving the quality of life.

Key words: quality of life, Total knee replacement

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณสุขที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบัน สาเหตุหลักของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากสภาพอายุที่มากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่าจนเกิดความพิการของข้อเข่าและมีการปวดเรื้อรัง ในคนไทยพบว่าพฤติกรรมการนั่งยอง นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ทำให้ข้อเข่าถูกงอพับเป็นเวลานาน ร่วมกับการเสื่อมหรือสึกหรอของเข่าจากอายุมากขึ้น ผิวกระดูกอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ให้ข้อเข่าติดแข็ง ในช่วงแรกมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและหายได้โดยการพัก แต่เมื่อโรคเป็นมากขึ้นผู้ป่วยจะมีการปวดเข่าอย่างรุนแรงขณะมีกิจกรรมประจำวัน แม้กระทั่งขณะนอนพักหรือตอนกลางคืน มีเสียงดังในข้อไม่สามารถนั่งยองๆ นั่งงอเข่า หรือนั่งพับเพียบได้เลย¹ ทำให้ร่างกายด้อยสมรรถภาพลงต้องจำกัดกิจกรรมและกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น สูญเสียความมั่นใจ ความเป็นอิสระของตนเอง และแบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป²

ปัจจุบันการรักษาข้อเข่าเสื่อมสามารถผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อลดความเจ็บปวด แก้ไขความผิดปกติของข้อเข่าซึ่งจะเพิ่มความมั่นคงของข้อในการรับน้ำหนักและช่วยให้ข้อเข่าทำงานได้ดีขึ้น หลังจากทำผ่าตัดแล้วข้อเข่าจะเคลื่อนไหวได้เหมือนปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด³ แต่ต้องใช้คำรักษาพยาบาลสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกส่วน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย เช่น การเกิดข้อเข่าติดแข็ง แผลติดเชื้อ หลอดเลือดดำอักเสบหรืออุดตัน⁴ รวมทั้งพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อสามารถใช้ข้อเทียมได้นานๆ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จึงควรมีการติดตามผลการดูแลรักษาทางด้านคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งเพราะสามารถบอกถึงคุณภาพชีวิตของการดูแลรักษา รวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของทีมผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากโรงพยาบาลอุดรธานี ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2556 – 30 กันยายน 2557
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเทียบตามปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ต่อด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีการศึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ช่วง วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557

1.3 ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณจากสูตร ทาโร ยามาเน⁵

$$n = \frac{n}{1 + Ne^2}$$

$$n = \text{ขนาดตัวอย่าง (Sample size)}$$

N = จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี พิจารณาจากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557 จำนวน 100 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มร้อยละ 5 เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{100}{1+100(0.05^2)}$$

$$n = 80$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเท่ากับ 80 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่ง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบราต (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลกเรื่องเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI)⁶ มี 26 ข้อ

3. การแปลผลเครื่องมือ

แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI 26 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2,9,11)

ตอบ	ไม่เลย	5	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	4	คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	3	คะแนน
ตอบ	มาก	2	คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	1	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

ตอบ	ไม่เลย	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	3	คะแนน
ตอบ	มาก	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	5	คะแนน

การแปลผล

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 26–130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้⁶

26–60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตน้อย

61–95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

96–130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตมาก

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลอุดรธานีช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557

4.2 ติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยดังกล่าวโดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต โดยการใช้แบบสอบถาม

4.3 ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยตอบคำถามเองหรือมีผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ

4.4 ในรายที่ไม่ตอบแบบสอบถามหลังส่งทางไปรษณีย์ 1 ครั้ง จะโทรศัพท์ไปสอบถามและอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ

ดำเนินการในช่วงเวลา 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2558

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบ F-test บนโปรแกรม SPSS 16.0 โดยให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 57.5) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.3) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 36.3) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน (ร้อยละ 72.5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ไม่เกิน 50 ปี	6	7.5
ตั้งแต่ 51 –59 ปี	28	35.0
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	46	57.5
การศึกษา		
ประถมศึกษา	57	71.3
มัธยมศึกษา	19	23.8
ปริญญาตรี	4	5.0
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	18	22.5
รับจ้าง	21	26.2
แม่บ้าน	29	36.2
อื่นๆ	12	15.0
BMI⁷		
ปกติ (BMI 18.5-22.9)	6	7.5
ตัวม (BMI 23-24.9)	12	15.0
อ้วน (BMI 25 – 29.9)	58	72.5
อ้วนมาก(BMI > 30)	4	5.0

พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบ วัตถุประสงค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับ ภาษาไทย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อ 22 ท่านมีโอกาส ได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ย เท่า กับ 4.01 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20) ระดับคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.25) และคุณภาพชีวิต รองลงมาคือ 4.00 ได้แก่ข้อ 3, 9, 14, 15, 16, 17 และ 18 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.21) ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.34) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิต และ ร้อยละ ของแบบวัดคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายชื่อ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ คุณภาพ ชีวิต (n=80)	ร้อยละ
1. ท่านมีอาการปวดข้อเข้าด้านที่ ผ่าตัดมากเพียงใด	3.90	.44	มาก	95.00
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่ง ต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่อง งานหรือการดำเนินชีวิตประจำ วัน)	3.83	.50	มาก	87.50
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของ ท่านมากน้อยเพียงใด	4.00	.00	มาก	100.00
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหน ที่สามารถทำอะไร ผ่านไปได้ ในแต่ละวัน	3.84	.49	มาก	88.75
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษา พยาบาลมากน้อย เพียงใดเพื่อ ที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ ในแต่ละวัน	3.84	.49	มาก	88.75
6. ท่านพอใจกับความสามารถใน การทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด	3.86	.47	มาก	91.25
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วย ตนเองได้ดีเพียงใด	3.13	.33	ปาน กลาง	87.50
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความ หวัง)มากน้อยเพียงใด	3.98	.16		97.50
9. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	4.00	.00	มาก	100.00
10. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมาก น้อยแค่ไหน	3.94	.24	มาก	93.75
11. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตา ของตัวเองได้ไหม	4.00	.00	มาก	100.00
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่น รู้สึก เหนง เศร้า หดหู่ ลึนหวัง วิตก กังวลบ่อยแค่ไหน	3.84	.49	มาก	88.75
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความ หมาหย่มากน้อยแค่ไหน	3.99	.11	มาก	98.75
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือ เข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาก แคลไหน	4.00	.00	มาก	100.00

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิต และ ร้อยละ ของแบบวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	ส่วน ระดับ			
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	คุณภาพชีวิต	ร้อยละ
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆ แคไหน	4.00	.00	มาก	100.00
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแคไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมี วิธีจัดการ ทำให้ผ่อนคลายลง ได้รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	4.00	.00	มาก	100.00
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	4.00	.00	มาก	100.00
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.00	.00	มาก	100.00
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.98	.16	มาก	97.50
20. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.96	.20	มาก	96.25
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.95	.22	มาก	95.00
22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	4.01	.20	มาก	96.25
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.99	.11	มาก	98.75
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม)มากน้อยเพียงใด	3.10	.30	ปานกลาง	90.00
25. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร	3.93	.27	มาก	92.50
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด	3.95	.22	มาก	95.00
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.88	.21	มาก	95.34

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด รองลงมาคือ อ้วน ท้วม และปกติ ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI ต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วน และปกติมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มอื่นๆ มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกันสำหรับ ช่วงอายุการศึกษา และอาชีพมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามตัวแปรต่างๆ

กลุ่มที่	ตัวแปร	x	S.D.	F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
	อายุ			1.122	
1	ไม่เกิน 50 ปี	101.33	2.73		
2	ตั้งแต่ 51 –59 ปี	101.57	1.57		
3	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	100.59	3.33		
	การศึกษา			2.031	
1	ประถมศึกษา	100.65	3.16		
2	มัธยมศึกษา	102.11	.45		
3	ปริญญาตรี	100.50	3.00		
	อาชีพ			.695	
1	เกษตรกร	100.67	3.49		
2	รับจ้าง	101.52	1.88		
3	แม่บ้าน	101.14	2.64		
4	อื่นๆ	100.17	3.45		
	BMI			7.752*	
1	ปกติ (BMI.18.5-22.9)	101.00	2.44		
2	ท้วม (BMI.23-24.9)	102.00	.00		1,3
3	อ้วน (BMI.25-29.9)	101.17	2.77		
4	อ้วนมาก	95.25	1.50		

*p < 0.05

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหมิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 57.5 สอดคล้องกับทฤษฎีเรื่องข้อเข่าเสื่อมจะเกิดเมื่ออายุมากขึ้น8การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเป็นทางเลือกที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71.3 ประกอบอาชีพแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.3 และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน คิดเป็นร้อยละ 72.5

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.34จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามตัวแปรต่างๆจะเห็นได้ว่าพบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ในขณะที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนมาก มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด รองลงมาคือ อ้วน ท้วม และปกติ ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI ต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์อ้วนและปกติมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สรุปผล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา เป็นแม่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน แบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.34) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดคือ ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.01(SD. 0.20) ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.25) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI ต่างกัน (อ้วน และ ปกติ) มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่น ๆ ช่วงอายุ การศึกษาและอาชีพมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้ในด้านโภชนาการ การควบคุม น้ำหนักตัว เพื่อให้ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. การให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย การบริหารข้อเข่าเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่

เกี่ยวข้องกับข้อเข่า

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้แก่ การนั่งยอง นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ทำให้ข้อเข่าถูกงอพับเป็นเวลานาน ร่วมกับการเสื่อมหรือสึกหรอของเข่าจากอายุมากขึ้น ผิวกระดูกอ่อนถูกทำลายจนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ ทำให้ข้อเข่าติดเชื้อ ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าว พักทำทางการใช้ชีวิตประจำวันที่ถูกต้องเหมาะสม

4. สนับสนุนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่อยู่ในภาวะที่เครียด และจัดสภาพแวดล้อมที่ดี^๘ เพื่อส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอบพระคุณผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนต่อความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วรณี สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลป์การพิมพ์ ; 2539.
2. เบญจมาศ ม่วงทอง. ประสิทธิผล ของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
3. ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. Update in orthopaedic Management for Orthopaedic Nurses. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.

4. ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย. Advance in Hip and knee Surgery. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์คอมพลีทพริ้นติ้ง;2546.
5. Yamane, T. Elementary sampling theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1967.
6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน 2556] เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
7. เครื่องคำนวณหาดัชนีมวลกาย (BMI) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2557] เข้าถึงได้จาก www.lovefitt.com.
8. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (อินเทอร์เน็ต). [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2557] เข้าถึงได้จาก www.med.mahidol.ac.th

ประสิทธิผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

อรทัย ชาดีโสสม, พย.บ. , หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี
ศรีสุตา พรหมสีชา, พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การมอบหมายงานที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเดิมมีการมอบหมายงานเป็นแบบทีมร่วมกับแบบตามหน้าที่ พบปัญหาคือพยาบาลมุ่งทำงานประจำมากกว่าการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ ขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาประสิทธิผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experiment) กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทั้งก่อนและหลังการมอบหมายงานแบบเซลล์ จัดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 45 ราย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการมอบหมายงานแบบเซลล์ จำนวนกลุ่มละ 45 คน และ 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์ แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และประเมินสังเกตกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 15 กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที(Paired t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา : ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองคล้ายคลึงกัน ผลการใช้การมอบหมายงานแบบเซลล์ พบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากวันแรกรับ 15.3 เพิ่มขึ้นเป็น 20.1 ในวันจำหน่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในวันจำหน่าย 8.8 คะแนน สูงกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ 5.2 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังจากปรับมาใช้ในการมอบหมายงานแบบเซลล์ มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 29.5 เป็น 34.3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป : ควรส่งเสริมให้มีการมอบหมายงานแบบเซลล์ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และควรขยายการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ 1 (ผู้ป่วย) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลทุกแห่ง

คำสำคัญ : การมอบหมายงานแบบเซลล์ คุณภาพการดูแล, หลอดเลือดสมอง

Effectiveness of Cell Method Nursing Assignment for Hemorrhagic Stroke Patient's Quality of Care at Neurosurgical Ward, Udonthani Hospital

Oratai Chatsom, RN, Head Nurse of Neurosurgical Ward, Udonthani Hospital

Srisuda Promsicha, RN, Registered Nurse, Neurosurgical Ward, Udonthani Hospital

Abstract

It is challenge for healthcare providers who should have suitable plans of caring model for the patients. A suitable nurse assignment is the key factor which should be assist nurses to take care the patients properly and effectively. The Neurosurgical ward, Udonthani Hospital had been assigned a job as a team and functional caring model. The problems were nurses paid too much attention to routine job rather than professional learning and lack of holistic care. Cell method nursing assignment model was applied to improve the quality of nursing care. Aims to study the effectiveness of cell method nursing assignment model which applied to quality of nursing care in hemorrhagic stroke patient at Neurosurgical ward, Udonthani Hospital.

This research was a quasi-experimental study. Three groups of samples were selected by purposive samplings, 1) 45 hemorrhagic stroke patients before applying a cell method nursing assignment model, 2) 45 caregivers of patients in the test group. 3) 20 registered nurses who work at a Neurosurgical Ward, Udonthani Hospital. The instruments were the cell method nursing assignment model, caregiver knowledge of stroke disease questionnaire, the Barthel ADL index assessment and nurse's satisfaction questionnaire. The questionnaire was verified the validity by specialists and reliability was analyzed by Cronbach's Alpha Co-efficient . The aspect of knowledge questionnaire and satisfaction questionnaire were 0.85. The data were collected from 1st June 2015 to 15th July 2015 and analyzed by using descriptive statistic and Paired t-test in SPSS version 16.0

Results : 1) The experimental hemorrhagic stroke patients on discharge date had the Barthel ADL index higher than admission date with statistically significant at $p < 0.05$. 2) Caregivers of the controlled group had higher scores of knowledge test than the compared group significantly. And 3) Registered nurse's satisfaction about method nursing assignment model to nursing care after had used period was higher than before. All of finding were statistically significant at $p < 0.05$

Conclusion : The cell method nursing assignment model should be continuously encouraged to apply in the Neurosurgical ward and another similar wards to improve the quality of care.

key word : cell method nursing assignment, quality of care, hemorrhagic stroke patient

บทนำ

ในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ที่สำคัญอันดับที่ 2 ทั้งในชายและหญิง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัด มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้¹ และเมื่อเจ็บป่วยนานๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ มีการยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อที่ยึดติด การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง² นอกจากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว หากผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและไม่ได้รับการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ถือเป็นความท้าทายของพยาบาลในการให้การพยาบาลที่ต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย การมอบหมายงานที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานีปัจจุบันเป็นแบบที่ร่วมกับแบบตามหน้าที่ (Functional) โดยมีพยาบาลวิชาชีพอาวุโสทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรพยาบาลผู้ควบคุมดูแล (In charge nurse) ปัญหาที่พบคือ พยาบาลมุ่งทำงานประจำให้แล้วเสร็จ เน้นการทำตามมากกว่าการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การปฏิบัติเน้นการทำตามคำสั่งการรักษา มากกว่าการให้การพยาบาล ขาดการดูแลแบบองค์รวม ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ทำให้การติดต่อประสานงานการดูแลกับทีมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการลดลง ปี พ.ศ. 2557 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาแนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์ขึ้นมา³ ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จึงสนใจในการนำการมอบหมายงานแบบเซลล์มาใช้ในการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อพัฒนาไปสู่คุณภาพการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experiment) โดยทำการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 15 กรกฎาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกแบบเจาะจง มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและมี Glasgow coma score (GCS) $\geq$ 10 คะแนนทั้งก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 90 ราย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกดังกล่าว จำนวน 90 คน และ 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

- 1) แนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี พยาบาล 1 คนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 5 เตียง
- 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

เลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแล คำถามมีลักษณะคำถามถูกผิด และประเมินค่า เป็นคำถามปลายปิด/ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์⁴แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60	ระดับต่ำ
คะแนน ร้อยละ 60-79	ระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ระดับสูง

โดยแบบทดสอบความรู้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค⁴ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 ด้านความพึงพอใจเท่ากับ 0.90

3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการมอบหมายงานแบบเซลล์ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1 - 3 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

การแปลผลคะแนนในภาพรวมโดยใช้การอิงกลุ่ม⁴ คิดจากคะแนนดิบค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด/จำนวนชั้นที่แบ่ง แบ่งเป็น 3 ชั้น จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน	2.34 - 3.0	ระดับสูง/มาก
คะแนน	1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
คะแนน	1.00 - 1.66	ระดับต่ำ/น้อย

โดยแบบประเมินความพึงพอใจผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

4) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การตรวจสุขภาพ โรคประจำตัว และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เรล เอ ดี แอล) จำนวน 10 ข้อ (คะแนน 0 - 100)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแนวทางดำเนินการศึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาทเพื่อขออนุญาต และมีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนนำการมอบหมายงานแบบเซลล์มาใช้ โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน ระหว่าง 1 ถึง 31 พฤษภาคม 2558

3. เตรียมการ/ทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเกี่ยวกับแนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์ ระหว่าง 1 ถึง 15 มิถุนายน 2558 พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้การมอบหมายงานแบบทีมและแบบตามหน้าที่

5. นำแนวทางการมอบหมายงานแบบเซลล์ลงสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (หลังการปฏิบัติการพยาบาลการมอบหมายงานแบบเซลล์) ระหว่าง 16 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2558

6. ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทุกราย ประเมิน GCS ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าดัชนีบาร์เรล เอ ดี แอล) แรกเริ่ม หลังจากนั้นจะประเมินค่าดัชนีบาร์เรล เอ ดี แอล อีกครั้งในวันจำหน่าย ส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จะได้รับการทดสอบความรู้ในวันจำหน่ายทุกราย

7. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้การมอบหมายงานแบบเซลล์ ในวันที่ 16-20 กรกฎาคม 2558

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t- test

นิยามศัพท์

การมอบหมายงานแบบเซลล์ หมายถึง การมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่าง (Total care)

ในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

คุณภาพการดูแล หมายถึง ค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (คำดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความพอใจหรือความรู้สึกที่พยาบาลให้คุณค่าต่อแนวทางการมอบหมายงานแบบทีมและตามหน้าที่ และการมอบหมายงานแบบเซลล์

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย หมายถึง การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้คำดัชนีบาร์-เทล (Barthel index of activity of daily living) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การขึ้นลงจากเตียง, การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม, การเข้าห้องน้ำ, การอาบน้ำ, การเคลื่อนที่ ยืน เดิน, การขึ้นลงบันได, การสวมเสื้อผ้า, การถ่ายอุจจาระ, การปัสสาวะ (คะแนน 0 - 100)

กำหนดคะแนน 0, 5 ในข้อ 3, 5

0, 5, 10 ในข้อ 1, 4, 7, 8, 9, 10

0, 5, 10, 15 ในข้อ 2, 6

คะแนนเต็ม 100 คะแนน

การแปลผล

0 - 20 คะแนนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เลย

25 - 45 คะแนนปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เล็กน้อย

50 - 70 คะแนนปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ปานกลาง

75 - 95 คะแนนปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้มาก

100 คะแนน ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การแบ่งระดับความรู้⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 ระดับต่ำ

คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ระดับสูงหรือเท่ากับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก มี Glasgow Coma Score (GCS) ≥ 10 และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี

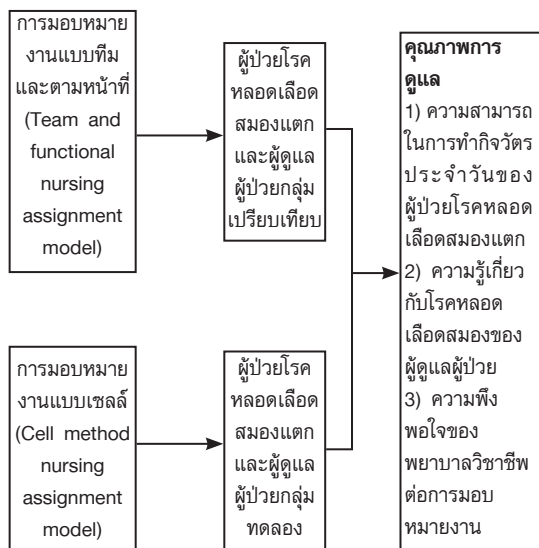
ผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง ญาติหรือผู้ดูแลที่รับผิดชอบเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกดังกล่าว

ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่ได้รับการมอบหมายงานแบบทีมและตามหน้าที่ ระหว่างวันที่ 1 - 31 พฤษภาคม 2558

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่ได้รับการมอบหมายงานแบบเซลล์ ระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2558

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การมอบหมายงานแบบเซลล์ มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และพยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี มาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
3. ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล
4. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.5 และ 60 เกือบครึ่งมีอายุ 50-59 ปีร้อยละ 48.8 และ 42.8 มากกว่าครึ่งไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 51.1 และ 53.3 ที่ตรวจสุขภาพ พบว่ามีโรคประจำตัวร่วมร้อยละ 48.9 และ 46.7 ทางประชากรทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนมากดื่มสุราร้อยละ 48.8 และ 44.4 และสูบบุหรี่ร้อยละ 40.0 และ 42.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 90)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)
เพศ				
ชาย	25	55.6	27	60.0
หญิง	20	44.4	18	40.0
อายุ (ปี)	$\bar{X}(S.D)$ 60.5(8.39)	Min-Max =45-78	$\bar{X}(S.D)$ 60.2(10.3)	Min-Max =41-79
40-49	2	4.4	5	11.1
50-59	22	48.8	19	42.2
60-69	13	28.4	12	26.6
≥ 70	8	17.4	9	20.0
การตรวจสุขภาพ				
ไม่ตรวจสุขภาพ	23	51.1	24	53.3
ตรวจสุขภาพ	22	49.9	21	46.7
มีโรคประจำตัวร่วม				
มี (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)	22	48.9	21	46.7
ไม่มี	23	51.1	24	53.3
การดื่มสุรา				
ดื่ม	22	48.9	20	44.4
ไม่ดื่ม	23	51.1	25	55.6
การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	18	40.0	19	42.2
ไม่สูบ	27	60.0	26	57.8

2. ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ดัชนีบาร์เอด เอ ดี แอล)

2.1 ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเฉลี่ยแรกรับ 15.6 คะแนน และในวันจำหน่าย 16.0 คะแนน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ดัชนีบาร์เฮล เอ ดี แอล) (N = 45)

ดัชนีบาร์เฮล เอ ดี แอล	คะแนนเมื่อแรกรับ		คะแนนในวันจำหน่าย		t- test	P- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนน 0-20	43	95.6	42	93.3		
คะแนน 25-45	2	4.4	3	6.7		
คะแนน 50-70	0	0	0	0		
คะแนน 75-90	0	0	0	0		
คะแนน 100	0	0	0	0		
	$\bar{X}(S.D)15.6(3.12)$		$\bar{X}(S.D)=16.0(3.78)$		10.3	.23
	min-max=15-30		min-max=15-30			

2.2 ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เฉลี่ยแรกรับ 15.3 คะแนน และ เฉลี่ยในวันจำหน่าย 20.1 คะแนน และมีการทดสอบทางสถิติ paired t-test ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำแนกตามคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (N=45)

ดัชนีบาร์เฮล เอ ดี แอล	ดัชนีบาร์เฮล เอ ดี แอล แรกรับ		ดัชนีบาร์เฮล เอ ดี แอล วันจำหน่าย		t- test	P- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนน 0-20	44	97.8	38	84.5		
คะแนน 25-45	1	2.2	4	8.9		
คะแนน 50-70	0	0	1	2.2		
คะแนน 75-90	0	0	2	4.4		
คะแนน 100	0	0	0	0		
	$\bar{X}(SD)15.3(2.2)$		$\bar{X}(SD)20.1(1.3)$		-2.48	.017*
	min-max=15-30		min-max=15-75			

*p-value < .05

3. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วย

พบว่าผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากตอบถูกใน 2 เรื่อง ได้แก่ อาการเรงด่วน ร้อยละ 97.8 และกิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติได้ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 77.8 และมักจะตอบผิดใน 3 เรื่อง ได้แก่ ข้อ 3 อาหารที่ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วย ร้อยละ 13.3 ข้อ 5 กิจกรรมที่ควรปฏิบัติและข้อ 4 กิจกรรมที่ไม่ควรทำร้อยละ 15.6 เท่ากัน ส่วนผู้ดูแลกลุ่มทดลองตอบถูกเป็นส่วนมาก และตอบผิดใน 4 เรื่องได้แก่ ข้อ 8 การจัดอาหารป้องกันท้องผูก ข้อ 7, 9 และข้อ 10 กิจกรรมที่ควรปฏิบัติด้านต่าง ๆ ร้อยละ 75.6 เท่ากัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง จำแนกตามหัวข้อความรู้ที่ตอบถูก (N=90)

หัวข้อความรู้	ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเปรียบเทียบ ที่ตอบถูก (ร้อยละ)	ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1. อาการเรงด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมาพบแพทย์ คือปวดศีรษะ หมดสติอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว สับสน	97.8	100
2. บุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่รับผิดชอบแกนหลักในการดูแล เช่น สามี ภรรยา บุตร	62.2	100
3.อาหารชนิดใดที่ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เช่น อาหารหวานใสกะทิ	13.3	100
4. กิจกรรมที่ไม่ควรจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การออกกำลังกายหนักๆจะทำให้สมองกระทบกระเทือน	15.6	100
5. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเน้นฟื้นฟูช่วงที่อ่อนแรง ป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติด	15.6	100

หัวข้อความรู้	ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเปรียบเทียบ ที่ตอบถูก (ร้อยละ)	ผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองที่ ตอบถูก (ร้อยละ)
6. ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองคือ กลืน ลำบาก แขนขา อ่อนแรงข้าง ใดข้างหนึ่ง	31.1	77.8
7. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อ ไม่ให้ผู้ป่วยนอนในเวลากลางวัน เช่น ให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์ และ ฟังเพลง	46.7	75.6
8. การจัดอาหารป้องกันท้อง ผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดใน สมอง เช่น ผักผลไม้	57.8	75.6
9. กิจกรรมที่ควรปฏิบัติใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี ปัญหาการสื่อสารถามคำถามที่ ผู้ป่วยตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”	66.7	75.6
10. กิจกรรมที่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องปฏิบัติได้ก่อนการจำหน่าย กลับบ้าน ได้แก่ ความรู้เรื่อง โรค การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การประเมิน ผู้ป่วย	77.8	75.6

และเมื่อนำค่าคะแนนความรู้มาจำแนกเป็นระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลางร้อยละ 44.4 ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก อยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.6 ค่าคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เท่ากับ 5.2 และผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เท่ากับ 8.8 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยการทดสอบทางสถิติพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแตก ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับ ความรู้	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (N=45)	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง จำนวน (N=45)	ร้อยละ	t- test	P- value
ต่ำ	20	44.4	10	22.2		
ปานกลาง	20	44.4	1	2.2		
สูง	5	11.2	34	75.6		
รวม	45	100	45	100		
	$\bar{X}(SD) 5.2(2.42)$ min-max=0-10		$\bar{X}(SD) 8.8(2.13)$ min-max=8-10		-10.05	.003*

*p < 0.05

4. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกพบว่า คะแนนความพึงพอใจก่อนใช้การมอบหมายงานแบบเซลล์เฉลี่ย 29.5 และคะแนนความพึงพอใจหลังใช้การมอบหมายงานแบบเซลล์เฉลี่ย 34.3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน และหลังใช้การมอบหมายงานแบบเซลล์ (N = 20)

ประเด็น	ก่อนใช้การ มอบหมาย งานแบบเซลล์		หลังใช้การ มอบหมาย งานแบบเซลล์	
	ค่า เฉลี่ย	S.D	ค่า เฉลี่ย	S.D
1. ท่านมีความภาคภูมิใจที่มีส่วน ร่วม ในการดูแลผู้ป่วย	3.0	0.0	3.0	0.0
2. การทำงานร่วมกันของทีม สุขภาพในหอผู้ป่วยกับหน่วยอื่น	2.3	0.47	2.8	0.36
3. การทำงานร่วมกันของแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ	2.3	0.48	2.9	0.30
4. ความรวดเร็วในการขอคำปรึกษา และรับปรึกษาต่างๆของทีมสุขภาพ	2.2	0.41	2.2	0.41
5. ทีมผู้ให้การดูแลเต็มใจในการรับ ฟัง ปัญหาการเจ็บป่วยและเอาใจ ใส่ใน การรักษาพยาบาล	2.8	0.41	2.8	0.36
6. การดูแลด้วยกิริยาท่าทางที่ สุภาพของทีมที่ให้การดูแลสุขภาพ	3.0	0.0	2.7	0.44

ประเด็น	ก่อนใช้การ มอบหมาย		หลังใช้การ มอบหมาย	
	งานแบบเซลล์		งานแบบเซลล์	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
7. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค	2.3	0.47	3.0	0.0
ขั้นตอนการตรวจรักษาของพยาบาล				
8. การตอบข้อซักถามที่มีสุขภาพ	2.1	0.30	3.0	0.0
เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่				
9. การให้คำแนะนำ/สอนสาธิต	2.3	0.47	2.9	0.30
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ รพ.				
10. การให้เวลาในการซักถามเกี่ยว	2.1	0.30	2.9	0.30
กับโรคที่เป็นอยู่ของที่มีสุขภาพ				
11. ความเชี่ยวชาญของที่มี	2.9	0.22	3.0	0.0
สุขภาพในการดูแลรักษา				
12. การให้คำแนะนำ/สอน/สาธิต	2.2	0.44	3.0	0.0
ในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและ				
การดูแลที่ บ้านของที่มีสุขภาพ				
คะแนนเฉลี่ยรวมทุกข้อ	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	
รายบุคคล	29.5(1.87)		34.3(1.42)	
t-test 10.649 p-value = 0.000*				

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระบบการมอบหมายงานการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลอุดรธานี ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้านระบบประสาท ที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีระบบการมอบหมายงานให้แก่พยาบาลแบบทีม และตามหน้าที่ ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงปรับมาใช้ระบบการมอบหมายงานแบบเซลล์ ซึ่งเป็นวิธีการที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี³ ประยุกต์มาจากระบบการดูแลเป็นรายบุคคล (case method or total patient care) ซึ่งจะเป็นการมอบหมายให้พยาบาล 1 คน ให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ ในแต่ละเวร การมอบหมายงานแบบเป็นรายบุคคล จึงมีข้อจำกัด และเนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท มีผู้ป่วย

หนักประเภท 5 ประมาณ 4-5 ราย ในแต่ละเวร และมีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจวันละ 10-12 ราย ถือเป็นหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม ควรอยู่ที่ 1 : 4 แต่อัตรากำลังพยาบาลมีไม่เพียงพอ ที่สามารถจัดได้คือ 1 : 5 การมอบหมายงานแบบเซลล์ พยาบาลวิชาชีพจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยแบบ total care จำนวน 5 รายต่อเวร และจะมีผู้ช่วยพยาบาล หรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้เป็นลูกทีม การมอบหมายแบบเซลล์นี้ ทำให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นหัวหน้าเวร (Incharge nurse) พยาบาลในเวร (Staff nurse) การที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนและกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในแต่ละเวรอย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน พยาบาลจึงมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบอย่างใกล้ชิด และได้ศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึงที่ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีความมั่นคงปลอดภัย และเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการดูแล รวมถึงการประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพอื่นที่ต้องร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย การให้การพยาบาลในรูปแบบนี้ง่ายต่อการตรวจสอบคุณภาพการบริการพยาบาลหรือผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวรได้⁶ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานจากแบบทีมและตามหน้าที่มาเป็นแบบการดูแลแบบรายบุคคล หรือการดูแลแบบเจ้าของไข้ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น^{7,8}

2. ประสิทธิภาพของการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ วัดประสิทธิภาพ 2 อย่าง คือ ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนมากมักมีความพิการหลงเหลือ และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามการที่

ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยเร็วโดยพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนี้โดยเฉพาะ รวมถึงพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด มีผลทำให้การประสานการดูแลสามารถกระทำได้อย่างรวดเร็วกับทีมสหวิชาชีพ มีการรับรู้ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายแบบเชิงลึก การสอนสาธิตการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างละเอียด มีผลทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีการรู้สติและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี มีกำลังใจ ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ จึงมีผลทำให้ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ได้รับการมอบหมายงานแบบเซลล์มีการพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อประเมินเทียบกับระหว่างวันแรกรับและวันที่จำหน่าย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการดูแลโดยการมอบหมายงานแบบเดิม ที่มีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรเทียบระหว่างวันแรกรับและวันที่จำหน่ายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงเมื่อมีการทดสอบความรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก็พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการทดสอบความรู้สูงกว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และคณะ^๑ ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในวันจำหน่ายสูงกว่าวันแรกรับ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการมอบหมายงานแบบเซลล์พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการมอบหมายงานแบบเซลล์สูงกว่าแบบทีมและตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่พยาบาลมีความอิสระในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแบบดูแลทั้งหมด (total care) มีผลทำให้พยาบาลได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มที่ มีการประเมินปัญหาความต้องการที่ครอบคลุม สามารถวางแผนในการให้การพยาบาลและประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายหรือใกล้เคียง

ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจ มีผลทำให้เกิดความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ควรส่งเสริมให้มีการมอบหมายงานแบบเซลล์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอต่อไป และขยายการใช้ไปในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2.2 ควรทบทวนหาแนวทางเพิ่มความรวดเร็วในการขอคำปรึกษา และรับปรึกษาต่างๆ ของทีมสหวิชาชีพให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความพึงพอใจและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการบริการผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง

2.1 จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยตรวจสุขภาพ และมีปัจจัยเสี่ยง คือ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลทุกแห่ง

2.2 เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนมากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ การส่งกลับหรือจำหน่ายไปดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ควรมีการติดตามและมีศูนย์ในการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล เพื่อพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาถึงผลการมอบหมายงานแบบเซลล์ต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านการพยาบาล ความเสี่ยงทางการบริหารยา หรือความเสี่ยงทางคลินิกอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มการ

พยาบาล ดร.กิตติยา เตชะไพโรจน์ อาจารย์สมหมาย
คชนาม ที่ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการ
ทำวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบ
ประสาททุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จน
สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นกุล ตะบูนพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา,
นิตยา ตากวิริยะนันท์. ภูมิหลังปัญหาของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์
2537;14(4):13-22.

2. นิพนธ์ พวงวรินทร์, อดุลย์ วิริยะเวช
กุล. Acute Stroke Management. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์;2554พ.

3. กิตติยา เตชะไพโรจน์ และคณะ. การ
พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาล
อุดรธานี.รายงานการวิจัย 1. 2558.

4. สมหมาย คชนาม. เอกสารประกอบ
การอบรมวิจัย สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี.
2558.

5. The Barthel index of activities of
daily living (cited 28 December 2557).Avail
from [www.dms.moph.go.th/dmsweb/kmdms/
link_km/Hemorrhagic Stroke/ภาคผนวก.doc](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/kmdms/link_km/Hemorrhagic%20Stroke/ภาคผนวก.doc).

6. ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, พูลสุข หิงคานนท์.
การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล.
ใน: การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่

7. นนทบุรี:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช;
2549.หน้า 7-39.

7. ชูพร อัครวิศรุต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล,
รุ่งรังษี วิบูลย์ชัย. การพัฒนารูปแบบการมอบหมาย
งานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลโสธร.
วารสารกองการพยาบาล 2557 ; 41(2) : 54-71.

8. อรพิน บุษบัน. การพัฒนาระบบพยาบาล
เจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติย
ภูมิในจังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย] มหาวิทยาลัยคริสเตียน: 2557.

9. เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และคณะ. การ
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี .วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555 ; 21(1) : 4-21.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และจำนวนวันนอนหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี

อัญชลี อ้วนแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
 สจิตรา มลิลลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
 กาวนา ดาวงศ์ศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่มารับบริการในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา แบบบันทึกการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity)

เครื่องมือได้แก่ คู่มือการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin และแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 30 รายและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558–30 กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และจำนวนวันนอน(LOS) ด้วยสถิติ Chi-square และ Mann Whitney U- test โดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0

ผลการวิจัยพบว่าทั้งกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40-59 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพแม่บ้าน และสถานภาพคู่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มร้อยละ 40.0-43.3 ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 1 รับประทานคอร์สที่ 1 มีความสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคเล็กน้อย (ECOG SCORE = 0-1) ไม่มีโรคประจำตัว เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) พบว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 70 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 10 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.27 วัน กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.07 วัน ไม่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว ในผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะภูมิไวเกิน, เคมีบำบัด

Effectiveness of using a practical care guideline to hypersensitivity reaction rate (HSRs) and length of stay (LOS) in patients who received paclitaxel carboplatin in Gynecologic ward Udonthani Hospital

Anchalee Ounkeaw, RN, Department of Obstetrics and Gynecology, Udonthani Hospital

Sujittra Malila, RN, Department of Obstetrics and Gynecology, Udonthani Hospital

Pawana Dawongsri, RN, Department of Obstetrics and Gynecology, Udonthani Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare hypersensitivity reaction rate (HSRs) and length of stay (LOS) of gynecologic patients who received paclitaxel carboplatin between group who used and did not use the Clinical Nursing Practical Guideline. The participants recruited from patients who had admitted in the gynecologic ward, Udonthani Hospital. The samples were purposive sampling for 60 patients; 30 peoples per group who used and did not used the guideline.

Method : Collected demographic data, history of illness, treatment and hypersensitivity record by questionnaires. The instruments were a handbook of self-caring while receiving paclitaxel carboplatin and a practical care guideline for patients who received paclitaxel carboplatin. The data was collected from 1st May to 30th September 2015. Descriptive statistics was applied on demographic data. Comparing the HSRs and LOS between groups was analyzed on SPSS 16.0 by using Chi-square and Mann Whitney U- test

Results showed that the majority of participants were married and housewife, age 40 – 59 years old. Level of education was primary school. Approximately 40% of both groups were diagnosed of 1st stage of cancer receiving the first course of chemotherapy. Their ECOG SCORE were 0-1 who could do normal activities in daily living and had no symptom of illness. Comparison of HSRs between groups revealed that the participants who used the practical care guideline had HSRs higher than the other group 70.0% and 10.0% respectively with statistically significant ($p = .000$). There was no statistically difference between groups on the LOS ($p = 1.0$). Then longitudinal study to investigate the effectiveness of the guideline to reduced HSRs was recommended.

Key words: Hypersensitivity, Chemotherapy

ความเป็นมา

โรคมะเร็งถูกจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากการรายงานเมื่อปี 2552 พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศจากสถิติการเสียชีวิต คือ มะเร็ง อันดับ 2 คืออุบัติเหตุและการเป็นพิษ อันดับ 3 โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อันดับ 4 โรคความดันโลหิตสูง และอันดับ 5 คือโรคปอด และจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี 2552 ยังพบว่าคนไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 23¹

การรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิดจะมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ระยะของมะเร็ง สภาพร่างกาย และความเหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็ง การรักษาจะยากหรือง่ายนั้นก็ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งและการดำเนินโรคของมะเร็งด้วย ซึ่งในประเทศไทยมีการรักษาโรคมะเร็งหลักๆ หลายอย่าง ที่นิยมและสำคัญวิธีหนึ่งคือการรักษาด้วยเคมีบำบัด

โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในรีเวซด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าให้ผลการรักษาดี ยาเคมีบำบัดนอกจากจะมีประโยชน์มากในการรักษา แต่ก็ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดได้เช่นกัน ได้แก่ การแพ้ยา คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแดง กัดการทำงานของไขกระดูก มีพิษต่อไต ตับ ปอด กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin เป็นยาที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแพ้ยารุนแรง หรือภาวะภูมิไวเกินจากยา (Hypersensitivity reactions, HSRs) ได้มาจากการทบทวนเวชระเบียนหอผู้ป่วยในรีเวซ โรงพยาบาลอุดรธานี² ที่ให้ยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin 3 ปีซ้อนหลัง พบว่าในปีงบประมาณ 2555 มีจำนวนผู้ป่วย 167 ราย เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.99 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 2.03 วัน ปีงบประมาณ 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 170 ราย เกิดภาวะภูมิไวเกินจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.11 รวมจำนวนวันนอนเฉลี่ย 2.04 วัน และใน

ปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 143 ราย เกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.19 รวมจำนวนวันนอนเฉลี่ย 2.08 วัน ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์มาปรับใช้เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) จากการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin และลดจำนวนวันนอนผู้ป่วยโดยผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ทั้งกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอน (LOS) ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในรีเวซ โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 กันยายน 2558 การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Retrospective group) และ

กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Prospective group) เนื่องจากการทบทวนเวชระเบียนและอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ในปีงบประมาณ 2557 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin และเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จำนวน 6 ราย ซึ่งมีจำนวนน้อย แต่พบว่าเมื่อเกิดมักมีความรุนแรง โดย 2 รายมีภาวะแพ้รุนแรง ระดับ 4 (Anaphylaxis)

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างคือ 1.ระยะของโรค 2. มารับยาเคมีคอร์สแรก 3. โรคประจำตัว โดยที่กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Retrospective group) คือกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2558 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Prospective group) คือกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วย

1.) แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหารและน้ำ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ระยะของโรค จำนวนครั้ง การให้ยา การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ECOG performance status) โรคประจำตัว และจำนวนวันนอน

2.) แบบบันทึกการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin สามารถคัดกรองผู้มีภาวะความเสี่ยงจากการได้รับยาเคมีมากขึ้นโดย การประเมินการแพ้ยาเป็น 5 ระดับ ส่งผลให้มีการประเมินแม่นยำชัดเจนมากขึ้น

3.) คู่มือการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ขณะได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin

4.) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์³ ซึ่งผ่านการตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน เกสัชกรผู้รับผิดชอบด้านการให้ยาเคมีบำบัด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน ทั้งความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า Validity = 1 การแบ่งเกรดตามความรุนแรงของการเกิด Hypersensitivity Reactions⁴

ระดับ 1 : มีอาการออกกร่อนตามตัว หน้าแดง (Flushing) มีผื่น (Rash) มีไข้ 38 องศาเซลเซียส

ระดับ 2 : มีอาการออกกร่อนตามตัว หน้าแดง (Flushing) ผื่นแดง คัน (Rash, Urticaria) และหายใจลำบาก หายใจถี่ (Dyspnea, Shortness of Breath) มีไข้ 38 องศาเซลเซียส

ระดับ 3 : มีอาการหายใจมีเสียงผิดปกติ (Wheezing, Stridor) หอบเหนื่อยหดรัดเกร็ง (Bronchospasm) มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Rigor) เช่น ปวดบริเวณช่องท้อง หน้าอก อุ้งเชิงกรานหรือหลัง หัวใจเต้นเร็ว/ช้า (Tachycardia, Bradycardia) ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension)

ระดับ 4 : มีภาวะแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) มีการตีบแคบของหลอดลม (Laryngeal Edema)

ระดับ 5 : เสียชีวิต

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁵ (ECOG performance status) เป็นการประเมินสภาวะผู้ป่วย พัฒนาโดย The Eastern Cooperative Oncology Group ประกอบด้วย 5 ระดับ 0 : ปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค

1 : ปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการของโรคเล็กน้อย

2 : มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และมี

อาการแสดงของโรคเล็กน้อย

3 : ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อยู่บนเตียง >50% ของเวลา 1 วัน

4 : ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ใช้เวลาทั้งวันบนเตียง

5 : เสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และจำนวนวันนอน (LOS) ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติ Chi-square test และ Mann Whitney U-test โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 .0

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Retrospective group) 30 คน ร้อยละ 33.3 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Prospective group) 30 คน ร้อยละ 43.3 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 73.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนรวม (ราย) (n=60)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	
		ราย (n=30)	ร้อยละ	ราย (n=30)	ร้อยละ
อายุ (ปี)					
0-29 ปี	1	1	3.3	0	0
30-39	9	2	6.7	7	23.3
40-49	22	9	30.0	13	43.3
50-59	15	10	33.3	5	16.7
60 ปีขึ้นไป	13	8	26.7	5	16.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนรวม (ราย) (n=60)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	
		ราย (n=30)	ร้อยละ	ราย (n=30)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา					
ประถม	48	24	80.0	24	80.0
มัธยม	4	2	6.7	2	6.7
ปริญญาตรี	7	3	10.0	4	13.3
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0
ไม่ได้เรียน	1	1	3.3	0	0
อาชีพ					
รับจ้าง	3	3	10.0	0	0
ค้าขาย	10	3	10.0	7	23.3
รับราชการ	2	1	3.3	1	3.3
แม่บ้าน	29	14	46.7	15	50.0
เกษตรกร	13	8	26.7	5	16.7
ไม่ได้ทำงาน	3	1	3.3	2	6.7
สถานภาพสมรส					
โสด	7	6	20.0	1	3.3
คู่	42	20	66.7	22	73.3
หม้าย/หย่า/แยก	11	4	13.3	7	23.3

เมื่อจำแนกตามข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Retrospective group) ร้อยละ 40 ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 1 รองลงมาร้อยละ 33.3 เป็นมะเร็งระยะที่ 2 ร้อยละ 73.3 รับประทานยา 1 ผู้ป่วย ร้อยละ 93.3 มีความสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค ร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) โดยแบ่งเป็นระดับ 1, 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 40, 23.3 และ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 มีจำนวนวันนอน 1 วัน ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Prospective group) ร้อยละ 43.3 ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 1 รองลงมาร้อยละ 26.7 เป็นมะเร็งระยะที่ 3 ร้อยละ 90 รับประทานยา 1 ผู้ป่วย ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค รองลงมาร้อยละ 26.7 มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ แต่มีอาการแสดงของโรคเล็กน้อย ร้อยละ 56.7 ไม่มีโรคประจำตัว และเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จากยา

เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น พบในระดับ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 6.7 และ 3.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	รวม (n=60)	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	
		ราย (n=30)	ร้อยละ	ราย (n=30)	ร้อยละ
ระยะของโรคมะเร็ง					
1	25	12	40.0	13	43.3
2	16	10	33.3	6	20.0
3	14	6	20.0	8	26.7
4	5	2	6.7	3	10.0
คอร์สของการรักษา					
คอร์สที่ 1	49	22	73.3	27	90.0
คอร์สที่ 2	11	8	26.7	3	10.0
ECOG score					
0	48	28	93.3	20	66.7
1	10	2	6.7	8	26.7
2	1	-	-	1	3.3
3	-	-	-	-	-
4	1	-	-	1	3.3
โรคประจำตัว					
ไม่มี	37	20	66.7	17	56.7
มี	23	10	33.3	13	43.3
การเกิดภาวะภูมิไวเกินHSRs					
ไม่มี (เกรด 0)	36	9	30.0	27	90.0
มี	24	21	70.0	3	10.0
- เกรด 1	14	12	40.0	2	6.7
- เกรด 2	8	7	23.3	1	3.3
- เกรด 3	2	2	6.7	-	-
- เกรด 4	-	-	-	-	-
จำนวนวันนอน (วัน)					
1	39	19	63.3	20	66.7
2	11	6	20.0	5	16.7
3	2	1	3.3	1	3.3
4	1	-	-	1	3.3
5	1	-	-	1	3.3
6	-	-	-	-	-
7	3	2	6.7	1	3.3
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	2	2	6.7	-	-
11	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-
13	1	-	-	1	3.3

ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) และจำนวนวันนอน (LOS) ของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้

2.1 เปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การแบ่งเกรดตามความรุนแรงของการเกิดภูมิไวเกิน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มก่อนใช้มีการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 70 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 10 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .005$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การเกิดภาวะภูมิไวเกิน HSRs	การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล		รวม
	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ	กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ	
	การพยาบาล (n=30)	การพยาบาล (n=30)	
ไม่เกิดภาวะ HSRs	9	27	24
เกิดภาวะ HSRs	21	3	60
รวม	30	30	36

$$\chi^2 = 20.06, df = 1, p = .000$$

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับวันนอน ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับวันนอนของผู้ป่วยทั้งกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 1.0$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับวันนอน (LOS) ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp.Sig (2-tailed)
กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	2.27	31.02	434.5
กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	2.07		

p = 1.0

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) และจำนวนวันนอน (LOS) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากถึงร้อยละ 70 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 10 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ส่วนค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.27 วัน กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.07 วัน ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปและการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel พบว่า ทั้งกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40-59 ปี) ไม่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 1 รับยาคอร์สที่ 1 มีความสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคเล็กน้อย (ECOG SCORE = 0-1) เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ตั้งแต่ระดับที่รุนแรงน้อยไปจนถึงปานกลาง คือเกรด 1-3 สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ทำไว้ ที่ศึกษาพบว่าผลข้างเคียงจากการใช้ paclitaxel มีหลายประการ เช่น ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท การกดไขกระดูก ผื่น ร่วง ผลข้างเคียงต่อหัวใจ แต่ผลข้างเคียงที่พบมากที่สุดในการใช้ paclitaxel ได้แก่ การเกิดภาวะภูมิ

ไวเกิน (hypersensitivity reactions, HSRs) โดยอาการที่พบมีตั้งแต่อาการไม่รุนแรง เช่น คันตามตัว เกิดผื่นตามร่างกาย จนถึงกลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต การหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่หลอดลมหรือเสียชีวิตจากภาวะ severe anaphylaxis ซึ่งพบได้แม้ในผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ส่วนการเกิด HSRs ที่รุนแรง เช่น bronchospasm, blood pressure change, dyspnea จนถึง การเกิด anaphylaxis มักเกิดขึ้นในเวลาประมาณ 10-15 นาทีภายหลังจากที่เริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำ และร้อยละ 95 มักเกิดในการรับยาครั้งที่หนึ่งหรือสอง⁶

2. การเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากถึงร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกินน้อยลง คือพบร้อยละ 10 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) จากการศึกษาที่มีผู้ทำไว้⁶ ทำการศึกษาการป้องกันการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) โดยการเพิ่มระยะเวลาการให้ยา Paclitaxel พบว่า การเพิ่มเวลาในการให้ยา paclitaxel ทางหลอดเลือดดำจะสามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของ HSRs ได้ แต่ในขณะเดียวกันมีรายงานว่า การให้ยาทางหลอดเลือดดำในเวลานานจะทำให้มีการกดการทำงานของไขกระดูกมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดเม็ดเลือดขาวต่ำ จึงไม่นิยมให้ paclitaxel ทางหลอดเลือดเป็นเวลานานๆ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่ได้มีการนำ premedication drug มาใช้เพื่อที่จะลดอุบัติการณ์การเกิด HSRs อีกทั้งมีผลการศึกษาของ The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group⁴ ที่รายงานการใช้ paclitaxel หยดเข้าทางเส้นเลือดดำในเวลา 3 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมงโดยให้ standard premedication ทุก ราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างของการเกิด HSRs ชนิดรุนแรง โดยพบร้อยละ 2.1 ในผู้ป่วยที่ได้รับใน

เวลา 3 ชั่วโมงและพบร้อยละ 1.0 ในผู้ป่วยที่ได้รับในเวลา 6 ชั่วโมง

3. จำนวนวันนอน (LOS) ระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับวันนอนของผู้ป่วยทั้งกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 1.0$) แตกต่างจากงานวิจัยของชำนาญ เกียรติพิรกุล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.11$) อธิบายได้ว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีจำนวนน้อย ไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรได้ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อจำนวนวันนอน เช่น การมีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ หรือโรคบางอย่างที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin ทำให้ลดการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) และลดความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions, HSRs) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยวันนอน (LOS) ยังไม่พบว่ามีแตกต่างกันในทางสถิติ จึงมีการทบทวนร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดและนำแนวทางการให้ยาที่ได้รับการปรับปรุงใหม่มาผนวกเข้ากับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel ในหอผู้ป่วยนรีเวชจึงทำให้ลดอัตราการเกิดและลดความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินลงได้ หลังจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดเกิดภาวะภูมิไวเกินเพียง 3 ราย ขณะรับยา Paclitaxel 1 ราย และ ขณะรับยา Carboplatin 2 ราย สอดคล้องกับการศึกษา⁷ ที่อธิบายว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการนำความรู้ใหม่เข้ามาเพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพการปฏิบัติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีช่วยผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจ และช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เนื่องจากการเกิดภาวะภูมิไวเกิน จากการให้ยาเคมีบำบัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ และมีการทบทวนแก้ไข้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกินระหว่างพยาบาล, เภสัชกร และแพทย์เจ้าของไข้เพื่อหาแนวปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่เสมอ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

บรรณานุกรม

1. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2556-2560. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, มิถุนายน 2556. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
2. เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel Carboplatin หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ.2556-2557
3. แนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Hypersensitivity Reactions. แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2556
4. การเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดกลุ่ม Taxane. เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2556 เรื่อง Patient Safety 3-4 กุมภาพันธ์ 2557 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก.2556
5. สุมิตรา ทองประเสริฐ.การดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.[เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2558]. ค้นจาก : <http://www.med.cmu.ac.th/dept/intmed/know/onco.pdf>
6. ชำนาญ เกียรติพิรกุล. การให้ยาป้องกัน

การเกิดภาวะภูมิไวเกิน(Hypersensitivity Reactions)
จากยา Paclitaxel. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548;20(2):
99-104

7. ควรรู้อะไร...ก่อนให้เคมีบำบัด A step
by step practical guide before giving chemo-
therapy. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิง
ปฏิบัติการ เรื่อง“Workshop and Traineeship for
Oncology Pharmacy Practitioners 2011. ภาค
วิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น;2011

ผลการศึกษาภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ของผู้ป่วย ในเขตอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

อัมภาพร เหล่าตระกูลสวัสดิ์ พบ. กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านผือ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับภาวะโรคไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 ของผู้ป่วยในเขตอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอ บ้านผือและมารับบริการในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 จนถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558 จำนวนทั้งหมด 246 คน

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบ้านผือและมารับบริการในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี (Retrospective study) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกับโรคไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 จากข้อมูลทั่วไปและสาเหตุสำคัญที่ทำให้ของเกิดโรคไตวายเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposing sampling) ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา และตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มดังกล่าว

จากกลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ที่ตรงกับเกณฑ์การ คัดเข้า จำนวน 246 คน เป็นชาย 95 คน (ร้อยละ 38.62) เป็นหญิง 151 คน (ร้อยละ 61.38) อายุส่วนใหญ่จะมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 44.3) รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 31.7) ผู้ชายอ้วน (ร้อยละ 30.53) ผู้หญิงอ้วน (ร้อยละ 27.81) และสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง พบส่วนใหญ่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic CKD) ร้อยละ 55.69 รองลงมาเป็นโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (non-diabetic CKD) ร้อยละ 44.31 คิดเป็นอัตราส่วน 5 : 4

สรุปและข้อเสนอแนะ ปัจจัยทั่วไปพบว่า เพศหญิง อายุ ที่มากขึ้น ดัชนีมวลกายที่ต่ำมีผลต่อการทำงานของไตที่แย่งและเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (diabetic CKD) ดังนั้น จึงควรมีการจัดการเพื่อลดหรือชะลอการเกิดใหม่ของโรคไตเรื้อรัง โดยการจัดการทางร่างกาย การตรวจคัดกรองโรคและ ด้านบุคคล ให้สุขศึกษาด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย

คำสำคัญ : โรคไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 - 5, โรงพยาบาลบ้านผือ

A Review of Stage 4 and 5 Chronic Kidney Disease in Patients from Banphue, Udonthani Province - A Retrospective Study

Assadaporn Loutrakoonsawat, M.D. Banphue Hospital, Udonthani Province

ABSTRACT

The purpose of the study was to examine causes and correlation factors for Stages 4 and 5 Chronic kidney disease. The methodology was a quantitative retrospective study. Collected data from medical record of stage 4 and 5 chronic kidney disease (CKD) patients who lived in Banphue district and had came to Banphue hospital during 1st October – 31th December 2015. Statistic analysis use frequency, percentage, mean, standard deviation to determine cause of CKD.

Results: There were 246 patients who were treated at Banphue Hospital from 1st October – 31th December 2015, with 95 males (38.62%) 151 females (61.38%), age > 70 years (44.3 %), BMI > 25 kg/m² (Male 30.53%) BMI > 24 kg/m²(Female 27.81%). Most of these factors related to diabetic nephropathy or diabetic CKD (55.69%) and non-diabetic CKD (44.31%) by a ratio of 5:4.

Conclusion: Sex, age, obesity correlated to worsen kidney function. Diabetic CKD was major cause of CKD

Keywords : Stages 4 - 5 CKD, Banphue Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกโดยรวมทั้งในประเทศไทยด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินของโรคไปสู่ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy) จากการศึกษาในประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่า มีความชุกของโรคจาก 12.3% ของประชากรใน ปี พ.ศ. 2531 - 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรใน ปี พ.ศ. 2548 - 2553¹ ส่วนข้อมูล ล่าสุดในประเทศไทย จากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ใน ปี พ.ศ. 2552² โดยอาศัยการคำนวณอัตราการกรองของไต จากสมการ MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)³ พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 เท่ากับ 17.5% ของประชากร โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีการกระจายตัวมากที่สุดในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และที่สำคัญที่สุดคือ ประชากรส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีโรคไตเรื้อรังอยู่⁴

จากความชุกของโรคดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเน้นบริบทของไตเรื้อรังในพื้นที่ให้บริการ ที่จะทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลบ้านผือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในจังหวัดอุดรธานี มีประชากรทั้งหมด 102,126 คน จาก 13 ตำบล, 143 หมู่บ้าน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁵ จากรายงานการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2558 ของโรงพยาบาลบ้านผือ ผลงานสะสม วันที่ 1 ตุลาคม 2557 -27 เมษายน 2558 พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง รวม 5,628 ราย มีไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน 2,895 ราย (คิดเป็นร้อยละ 51.44) และมีไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน 2,733 ราย (คิดเป็นร้อยละ 48.56) ซึ่งในกลุ่มดังกล่าว พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 จำนวน 212 ราย แบ่งเป็นไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน จำนวน 137 ราย (คิดเป็นร้อยละ

64.62) และมีไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน จำนวน 75 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35.38)

ผลการสืบค้นเพิ่มเติม⁶ จากรายงานสะสม ณ 30 มิถุนายน 2558 พบว่ามีผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ระยะ 4-5 จำนวน 45 ราย รวมยอดสะสมเป็นจำนวน 257 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 21) แบ่งเป็นไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน จำนวน 25 ราย รวมยอดสะสมเป็น 162 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 18) และมีไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน จำนวน 20 ราย รวมยอดสะสมเป็น 95 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 26) เมื่อเทียบสัดส่วนไตวายเรื้อรังรายใหม่ระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน กับไตวายเรื้อรังรายใหม่ระยะ 4-5 ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน คิดเป็น 5:4

จากผลรายงานข้างต้นแสดงถึงการทำงาน ของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มแยลงเรื่อยๆ โดยพบว่าในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักในการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง มากกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะการทำงานของไตที่แยลงแล้ว⁷ งานวิจัย ที่ผ่านมานั้นการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดหรือล้างไต และมีการวิจัยที่พบ ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัย ทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเอง⁸ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง⁹ ซึ่งจะเห็นว่าการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับการเกิดโรคที่ผ่านมายังมีน้อยมาก จากปัญหาดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาหาปัจจัยที่มีผลกับการเกิดโรคไตวายเรื้อรังในระยะ 4 และ 5 เพื่อการเตรียมการรับมือด้านสาธารณสุข ต่อไป

ความรู้โรคไตเรื้อรังโดยสังเขป

1. นิยามและการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง
โรคไตเรื้อรังในปัจจุบันเปลี่ยนจากคำว่า Chronic renal failure มาเป็น Chronic kidney disease (CKD) แทน เพื่อให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญและภัยคุกคามจากภาวะนี้ให้มากขึ้น โดยได้ บัญญัตินิยามของคำว่า CKD ไว้ว่า โรค CKD

หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งต้องอาศัยหลักฐาน ต่อไปนี้คือ (1) หลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (Marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ (2) การ ประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² ของ พื้นที่ผิวกายมาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือนโดย Marker ของ Kidney damage ได้แก่ การตรวจ ปัสสาวะพบ Proteinuria, มีUrine sediment หรือ ความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีวิทยา (Imaging study) ของไต¹⁰ ค่าปกติของ GFR ในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาว มีค่าประมาณ 120-130 ml/min/1.73 m² ของพื้นที่ ผิวกาย เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไประดับ GFR จะลดลง ตามอายุในอัตรา 1 ml/min/1.73 m² ต่อปี ดังนั้น ระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า 60 ml/min/1.73 m² ของ พื้นที่ผิวกาย จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไต ลดลง แล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติและเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของ CKD ได้มากขึ้น

โรคไตไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรง หรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยเช่นโรคเบาหวานหรือ ความดันโลหิตสูง ถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการ รักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และมีการรักษาที่ยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ซึ่งได้แก่ การล้างไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไต ทางช่องท้อง) และปลูกถ่ายไต ในปัจจุบันมีการตื่นตัวในการ วินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สามารถเริ่มใช้มาตรการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตให้ได้เร็วขึ้น จึงแบ่งโรคไตเรื้อรัง ออกเป็น 5 ระยะ (ตารางที่ 1)³ ตามระดับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต (GFR) เพื่อให้สะดวกในเวชปฏิบัติสามารถประเมินได้จากการ คำนวณด้วยสูตรต่างๆ (ตารางที่ 2) โดยสูตร Cockcroft - Gault equation เป็นสูตรพื้นฐานที่ใช้ คำนวณ ได้ง่าย สูตร MDRD เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไต¹⁰

ตารางที่ 1 ระยะต่างๆ ของโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)³

Stage	Description	GFR (ml/min/1.73m ²)
1	Kidney damage โดยมี GFR ปกติหรือเพิ่มขึ้น	≥ 90
2	Kidney damage ร่วมกับ GFR ลดลงเล็กน้อย	60-89
3	Kidney damage ร่วมกับ GFR ลดลงปานกลาง	30-59
4	Kidney damage ร่วมกับ GFR ลดลงมาก	15-29
5	Kidney failure	15 หรือ dialysis

ตารางที่ 2 สูตรคำนวณ คำนวณ GFR

1) Cockcroft-Fault equation⁴

$$\text{Creatinine clearance (ml/min)} = \frac{(140 - \text{Age}) \times \text{Weight} \times (0.85 \text{ ในเพศหญิง})}{72 \times \text{Ser}}$$

2) Abbreviated MDRD Study equation⁴

$$\text{GFR (ml/min/1.73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{Ser})^{-1.154} \times (\text{Age})^{-0.203} \times (0.742 \text{ ในเพศหญิง})$$

3) Estimated GFR โดยสูตร CKD-EPI⁵

เพศ	Serum Cr (mg/dl)	สูตรคำนวณเพื่อประเมิน estimated GFR
หญิง	≤ 0.7	$144 \times (\text{SCr}/0.7)^{-0.329} \times 0.993^{\text{Age}}$
	> 0.7	$144 \times (\text{SCr}/0.7)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}}$
ชาย	≤ 0.9	$144 \times (\text{SCr}/0.9)^{-0.411} \times 0.993^{\text{Age}}$
	> 0.9	$144 \times (\text{SCr}/0.9)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}}$

และสูตร CKD-EPI ซึ่งได้รับความนิยมเชื่อถือมากที่สุดในปัจจุบัน¹ โรคไตเรื้อรังแบ่งออกได้เป็นกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic kidney disease) และโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD) ซึ่งได้แก่ Glomerular disease เช่น Autoimmune disease, Systemic infection, Drug และ neoplasia Vascular disease เช่น Hypertension, Renal artery stenosis และ Microangiopathy Tubulointerstitial disease เช่น Urinary tract infection, Stone, obstruction และ Drug toxicity Cystic disease เช่น Polycystic kidney disease เมื่อไม่นานมานี้มีการปรับปรุงเกณฑ์วินิจฉัยโรคและการจำแนกระยะของโรคไตเรื้อรังโดย KDIGO 2012 ซึ่งตีพิมพ์ในปีพ.ศ. 2556¹² มีการกำหนดเกณฑ์วินิจฉัยโรคใหม่ (ตารางที่ 3) โดยจำแนกระยะของโรคออกเป็น (1) GFR categories แบ่งออกเป็น 5 ระยะ (ตารางที่ 4) คล้ายการแบ่งระยะใน K/DOQI 2002 แต่มีการแบ่งย่อยระยะที่ 3 ออกเป็น 3a และ 3b และ (2) Albuminuria categories เป็นการให้ความสำคัญของ Albuminuria มากขึ้น โดยแบ่งระดับ Albuminuria ออกเป็น A1, A2 และ A3 (ตารางที่ 6) เมื่อนำ GFR categories และ Albuminuria categories มาพิจารณาาร่วมกัน ทำให้สามารถบอกการพยากรณ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรคได้

ตารางที่ 3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง (KDIGO 2012)¹²

Markers of kidney damage (one or more)	Albuminuria (AER $\geq$ 30mg/24 hours; ACR $\geq$ 30mg/g) Urine sediment abnormalities Electrolyte and other abnormalities due to tubular disorders Abnormalities detected by histology Structural abnormalities detected by imaging History of kidney transplantation
Decreased GFR	GFR $<$ 60ml/min/1.73 m ² (GFR categories G3a-G5)

AER, albumin excretion rate; ACR, albumin:creatinine ratio

ตารางที่ 4 การจำแนกความรุนแรงของ CKD ตาม GFR categories (KDIGO 2012)¹²

GFR category	GFR mL/min/1.73sq.m.)	Terms mL/min/1.73sq.m.)
G1	$\geq$ 90	Normal or high
G2	60-89	Mildly decreased
G3a	45-59	Mildly to moderately decreased
G3b	30-44	Moderately to severely decreased
G4	15-29	Severely decreased
G5	$<$ 15	Kidney failure

2. สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerulonephritis) มากที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน (Diabetic kidney disease) มากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive nephrosclerosis) และ Chronic glomerulonephritis นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักทำให้เกิดโรคกับไตทั้ง 2 ข้างพร้อมๆ กัน ได้แก่ โรคนิ่วในไต (Renal stone disease หรือ Nephrolithiasis) โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (Chronic pyelonephritis) โรคไตจากเก๊าต์ (Gouty nephropathy) โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ (Chronic analgesic nephropathy) โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เช่น Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) นอกจากนี้ยังอาจแบ่งโรคไตเรื้อรังออกได้เป็นกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic kidney disease หรือ Diabetic nephropathy) และโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD) ดังกล่าวแล้ว แต่ในทางปฏิบัติบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจไม่เคยทราบว่าตัวเองมีโรคไตมาก่อนแพทย์ต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกบางอย่างมาช่วยวินิจฉัยแยกโรคอย่างกว้างๆ ให้ได้ว่าน่าจะเป็นกลุ่ม Chronic glomerular disease หรือ Chronic tubulointerstitial disease

ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกที่พอแยกแยะจากกันได้

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย การศึกษาถึงสาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ได้จากรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย(Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) เช่น การศึกษาในปี พ.ศ.2547¹³ ซึ่งทำการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยไตเทียมต่างๆ ในประเทศไทยพบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้ บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด (34%) อันดับสอง คือโรคความดันโลหิตสูง (26%) และอันดับสาม คือโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (14%) ส่วนรายงานล่าสุดของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ.2555¹⁴พบว่าสาเหตุมากที่สุดเกิดจากโรคเบาหวาน(37.5%) รองลงมาเป็น Hypertensive nephropathy(25.6%), Obstructive nephropathy (4.3%) และChronic glomerulonephritis (2.4%)

ในวิจัยนี้จึงเน้นหาปัจจัยที่มีผลกับโรคไตเรื้อรังและสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย โดยมุ่งศึกษาเฉพาะไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 เนื่องจากพบอุบัติการณ์เกิดใหม่ของระยะนี้ค่อนข้างสูง จากรายงานสะสมดังกล่าวข้างต้น⁵ เพื่อทำความเข้าใจหรือทำนายการเปลี่ยนแปลงของโรคในอนาคต จะได้เตรียมการรับมือด้านสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับภาวะโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 ของผู้ป่วยในเขตอำเภอบ้านฝือ จังหวัดอุดรธานี ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2558

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นงานศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ประชากร คือ ผู้ป่วยในเขตอำเภอบ้านฝือที่มารับบริการ ระหว่างวันที่

1 ตุลาคม 2558 จนถึง 31 ธันวาคม 2558 ร่วมกับได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 ทั้งหมดจำนวน 246 รายและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตรงกับเกณฑ์ลักษณะการคัดเข้า(จากผู้รับบริการไตเรื้อรังทั้งหมด 3,777 ราย) พบเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 และ 5 เท่ากับ 159 และ 87 รายตามลำดับจากจำนวน 246 ราย โดยวิธีการเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจะเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มของทางโรงพยาบาล(HOSxP Database version 3.59.2.8) จนได้ข้อมูลครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า:

1. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่มีภูมิลำเนาในอำเภอบ้านฝือ
2. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่น้อยกว่า 30 ml/min/1.73m²ของพื้นที่ผิวกายมาเป็นเวลานานกว่า3เดือนตามสูตรคำนวณ CKD-EPI ซึ่งได้รับความเชื่อถือมากที่สุดในปัจจุบัน¹¹

3. ได้รับการตรวจค่า Serum creatinine ล่าสุด ณ ช่วงเวลา 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2558

เกณฑ์การคัดออก :

1. ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนานอกเขตอำเภอบ้านฝือ
2. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ml/min/1.73 m²ของพื้นที่ผิวกาย
3. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ที่น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m²ของพื้นที่ผิวกาย แต่ระยะเวลาไม่เกิน 3เดือน
4. ไม่ได้รับการตรวจค่า Serum creatinine ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2558

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากรายงานคนไข้ไตเรื้อรังสะสม ณ 30 มิถุนายน 2558 จำนวน 5,628 ราย⁵ และได้สืบค้น

ข้อมูลเพิ่มเติม ณ 31 ธันวาคม 2558 ยอดรวมคนไข้เพิ่มมากขึ้น เป็นจำนวน 6,681 ราย จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยขอเลือกศึกษาข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลา 3 เดือน ณ ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2558 จนถึง 31 ธันวาคม 2558 จำนวนผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกมี 246 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านอายุ เพศ ภูมิลำเนา ดัชนีมวลกายและวิเคราะห์จากสาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยในปัจจุบัน ได้แก่ กลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic kidney disease หรือ Diabetic nephropathy) และโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD) ของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงจำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยจำนวน 246 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 61.38) มีอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 44.30) รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 41 ปี ส่วนใหญ่เป็นประชากรนอกเขตตำบลบ้านผือ จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 86.59 รองลงมาเป็นประชากรในเขตตำบลบ้านผือ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 เมื่อเทียบอัตราส่วน ประชากรในเขตตำบลบ้านผือ ต่อประชากรนอกเขตตำบลบ้านผือ เป็น 1 : 8 และการศึกษาในครั้งนี้ใช้เกณฑ์อ้วน คือ BMI ในผู้ชายมากกว่า 25 kg/m² และผู้หญิงมากกว่า 24 kg/m² ผู้ป่วยชายอ้วน 29 คน (30.53%) และผู้ป่วยหญิงอ้วน 27 คน (27.81%) สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง พบส่วนใหญ่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic CKD) จำนวน 137 คน (55.69%) รองลงมาเป็นโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD) จำนวน 109 คน (44.31%) คิดเป็นอัตราส่วน 5 : 4 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ อัตราส่วน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาจำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)	อัตราส่วน
(n=246)		
เพศ		ช 3: น 2
ชาย	95(38.62)	-
หญิง	151(61.38)	-
อายุ(ปี)		
< 30	2(0.8)	-
30-39	4(1.6)	-
40-49	18(7.3)	-
50-59	35(14.2)	-
60-69	78(31.7)	-
>70	109(44.3)	-
Mean=41, SD=39.68		
ภูมิลำเนา		ในเขต1:นอกเขต8
ในเขตตำบลบ้านผือ	33(13.41)	-
นอกเขตตำบลบ้านผือ	213(86.59)	-
ดัชนีมวลกาย(kg/m²)		
ชาย ปกติ (BMI ≤25)	66(69.47)	6.6
อ้วน(BMI >25)	29(30.53)	2.9
หญิง ปกติ (BMI ≤24)	109(72.19)	10.9
อ้วน(BMI >24)	42(27.81)	4.2
สาเหตุ		เบาหวาน5:ไม่ใช้4
จากเบาหวาน (Diabetic CKD)	137(55.69)	-
ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD)	109(44.31)	-

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาครั้งนี้มี 246 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 ทั้งหมดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล(343 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(สัดส่วน 3:2) อายุส่วนใหญ่มากกว่า 70 ปี (44.3%) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยสำคัญของการทำงานของไตที่แยลง ดังนั้นอายุที่เพิ่มขึ้นแปรผันตรงกับค่า GFR ที่ลดลง ตรงกับผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยพบดังกล่าว และผู้ป่วยโรคไตในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นประชากรนอกเขตตำบลบ้านผือ คิดเป็นร้อยละ 86.59 กระจายทั่วไปในทุกพื้นที่ สอดคล้องกับข้อมูลฐานประชากรของประเทศไทย¹⁵พบว่าประชากรในเขตตำบลบ้านผือและประชากรนอกเขตตำบลบ้านผือ คิดเป็นร้อยละ 11.79 และ 88.21 ตามลำดับของประชากรทั้งหมดในอำเภอ

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 ทุกคนควรมีน้ำหนักตัวปกติคืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่มากหรือน้อยเกินไป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ BMI ผู้ชายมากกว่า 25 kg/m^2 และผู้หญิงมากกว่า 24 kg/m^2 ที่กำหนดว่าอ้วน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และหากพิจารณาตามเพศจะพบว่า ผู้ป่วยหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 72.19 และ 69.47 ตามลำดับ จากการคำนวณค่า Estimated GFR สูตร Cockcroft-Gault equation(ดังตารางที่ 2) พบว่า น้ำหนักตัวน้อย (เทียบเคียงกับดัชนีมวลกายน้อย) มีผลทำให้ค่า GFR ลดลง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในเกณฑ์อ้วนย่อมพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังได้มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเกณฑ์อ้วน ตรงกับการศึกษาของผู้วิจัย ดังนั้นการมุ่งเน้นโภชนาการที่ดีและถูกต้องในผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังทุกระยะ สามารถเพิ่มค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 รายใหม่ได้

การศึกษาลักษณะหลักของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย 16 พบว่า ส่วนใหญ่พบในกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic CKD) คิดเป็นร้อยละ 55.69 มากกว่ากลุ่มโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากโรคเบาหวาน (Non-diabetic CKD) คิดเป็นร้อยละ 44.31 เทียบอัตราส่วนเป็น 5 : 4 และในการศึกษาของ Allison J. Hahr and Mark E. Molitch 2015¹⁷ พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่หนึ่งอินซูลิน (Type1 DM) สามารถทำให้เกิด Microvascular complications ที่ไต ได้ใน 5 ปีหลังจากเริ่มตรวจพบ แต่โรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Type2 DM) สามารถเกิด Microvascular complications ที่ไตได้ทันทีหลังจากเริ่มตรวจพบ ดังนั้นจากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า กลุ่มโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4-5 พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับในกลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic CKD) จึงเป็นไปได้ที่จะใช้เป็กลุ่มเป้าหมายที่จะลดหรือชะลออัตราการเกิดใหม่ของโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาล ควรเป็นกลุ่มเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Type2 DM) เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของทางโรงพยาบาลต่อไป

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4-5 พบว่าปัจจัยทั่วไป ด้านเพศ อายุ และดัชนีมวลกาย มีผลต่อการทำงานของไตที่แย่ง โดยเพศหญิง อายุมากขึ้น และดัชนีมวลกาย (BMI) ที่อยู่ในเกณฑ์ไม่อ้วน จะพบอุบัติการณ์การเกิดไตเรื้อรังระยะ 4-5 ได้มากขึ้น และปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักของไตเรื้อรัง คือ กลุ่มโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic CKD) ดังนั้นควรมีการจัดการทางระบบสาธารณสุข เพื่อลดหรือชะลออัตราการเกิดใหม่ของโรคไตเรื้อรัง และมุ่งเน้นให้การให้สุขศึกษาด้านโภชนาการ ด้านอาหาร การออกกำลังกายเพื่อควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการตรวจคัดกรองไตวายเรื้อรังในกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Type2 DM) ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย เพื่อป้องกันการเกิด Microvascular complications และลดระยะการเปลี่ยนแปลงของไตเรื้อรัง (CKD progression) ไปสู่ไตวายระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยรวมทั้งสาธารณสุขทั่วโลก

ข้อเสนอแนะ

การจัดตั้ง CKD clinic ในโรงพยาบาลบ้านผือ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2559 ได้มีรูปแบบการดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย โดยกำหนดมาตรการสำคัญไว้ 7 มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ 1 การเฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรค และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับชุมชน และสถานบริการ พร้อมทั้งมีข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่สามารถเชื่อมโยงกันได้

มาตรการที่ 2 การสร้างความตระหนักในระดับประชากรและกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง

มาตรการที่ 3 การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อม ลดเสี่ยง และการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มาตรการที่ 4 การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มาตรการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพการบริการ

มาตรการที่ 6 การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

มาตรการที่ 7 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยจัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกัน ในการติดตามดูแลผู้ป่วย

อนึ่งมาตรการดังกล่าวได้ครอบคลุมถึง การให้ศึกษาด้านโภชนาการ การให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสอดคล้องกับผลสรุปของการศึกษาเพื่อพัฒนางานด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาCKD clinic ได้ในอนาคตจัดการพัฒนาใน Clinic DM เพื่อเป็นการช่วยชะลอการเกิดไตวายเรื้อรังระยะ 4-5 โดยพัฒนางาน CKD-NCD ควบคู่กันร่วมกับปรับสภาพแวดล้อมอาหารสถานที่ออกกำลังกายในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ(ประยุกต์ใช้กับ CKD clinic ด้วย) โดยได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพหลายฝ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์เภสัชกรหญิงณัฐรดา ชันชะหัดดี ที่ได้ให้คำแนะนำ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Renal Data System, USRDS 2013Annual Data Report:Atlasof Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda: MD; 2013.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010;25:1567-75.
3. Ibrahim H, Mondress M, TelloA, Fan Y, Koopmeiners J, Thomas W.An alternative formula tothe Cockcroft-Gaultand the modifi-

cationof diet inrenal diseases formulas in predicting GFR in individuals with type 1 diabetes. J Am SocNephrol 2005;16:1051-60.

4.ประเสริฐ ธนกิจจาร. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.วารสารกรมการแพทย์โรงพยาบาลราชวิถี 2558;5-18.

5.รายงานตัวชี้วัดcockpit2557-2558สำนักงานสาธารณสุขอุดรธานี.Available from: <http://www.udo.moph.go.th/wasabi3/Home.php>

6.โรงพยาบาลบ้านผือ. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รหัส N18 ปีงบประมาณ 2557 - 2558. อุดรธานี;2559.

7.Ingsathit A, Thakkistian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factor of chronic kidney disease n the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(5):1567-75.

8.รัชนิยา ไกรยศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย]. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา;2543.

9.รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร, อรวมน ศรียุคศุทธ, จงจิต เสน่หา, นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division 2013;31(1): 52-61.

10.K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39 (Suppl 2) : S1-S266.

11. Leve AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang Y, Castro III AF, Feldman HI,et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med 2009;150:604-12.

12.KDIGO 2012 Clinical practice

guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl 2013; 3 : 1-150.

13.Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2004 Report. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย [Cited 2015 April 24]. Available from:<http://www.nephrothai.org/trt/trt-l.asp>

14.Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012 Report. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย [Cited 2015 April 24]. Available from:<http://www.nephrothai.org/trt/trt-l.asp>

15.ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย.Thailand information[Cited 2015 April 24]. Available from: <http://udonthani.kapook.com>

16.ศิรยุสม์ วรามิตร.โรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.เอกสารประกอบการสอน กลุ่มงานอายุรกรรม. สกจนคร:โรงพยาบาล สกจนคร;2558.

17.Allison J. Hahr, Mark E. Molitch. Management of diabetes mellitus in patients with chronic kidney disease.Clinical Diabetes and Endocrinology 2015; 1-2.

ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกอนบิน บน.๒๓

ศศิภา ลินธุเสน, พ.บ. โรงพยาบาลกอนบิน บน.๒๓ จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องประเมินระดับความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อที่จะหาวิธีทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานประชากร เปรียบเทียบและศึกษาความสัมพันธ์ของประชากร ระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกอนบิน บน.23

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 91 ราย ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกจากประชากรผู้ป่วยประชากรเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกอนบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2558 จำนวน 94 ราย ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้ที่คำตอบโดยตรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติโดยใช้ t-test และ one - way ANOVA โดยกำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ร้อยละ 64.8 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพรับราชการ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 44 มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.8 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี และจากการวิเคราะห์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สรุปผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดีและไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและแบบแผนทางการศึกษาอบรมเพื่อปรับปรุงทั้งด้านความรู้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, โรงพยาบาลกอนบิน, เบาหวาน

Knowledge and Practices of Diabetic Patients in Royal Thai Air Force Primary Care Hospital

Sasipaka Sindhusen, M.D. Wing 23 Hospital, UdonThani Province.

ABSTRACT

Self-management education improves diabetes control. Thus, before developing future interventions for diabetes self-management education program, it is necessary to evaluate knowledge and practices among diabetes. This cross-sectional study was done among patients with type 2 diabetes. To compare level of knowledge, health care education behavior of type 2 Diabetes patient (DM type 2) who had came to Wing 23 hospital during January – December 2015

A sample of 91 diabetic patients was selected from 94 population with diabetes in Wing 23 hospital in UdonThani, Thailand from January to December 2015. A face-to-face interview was done using a structured questionnaire. Data analysis used frequency, percentage, mean, standard deviation. Statistic analysed by t-test and one - way ANOVA, with statistically significant as $p < 0.05$.

Results: 64.8% of all patients were male, 37.4% had secondary education, 51.6% worked as government officer. 44% of patients had moderate knowledge scores of diabetes, 75.8% had good practices scores of diabetes. None of these scores were statistically significant with each other.

The study showed moderate knowledge but good practices of diabetes. No correlation between the level of knowledge and practice. Therefore, it is essential to provide more resources to improve both the knowledge of diabetic patients, and the development of tools that improve patient's practices and compliance.

Key words : DM type 2, Wing 23 Hospital, Knowledge and practices.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญอย่างมาก โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้ง ตา ไต เท้า หัวใจ และหากปล่อยไว้จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองและครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2557 เป็นจำนวน 387 ล้านรายคิดเป็นร้อยละ 8.3 และคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 592 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวน 1,536,000 ราย และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น 2,739,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573²

ตามรายงานเฉพาะกิจและ 21 แพ้ม (Chronic) ปี 2557 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และในจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 54,160 คน คิดเป็นอัตราชุกร้อยละ 5.5 เมื่อเทียบกับประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2,091 คน คิดเป็นอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ร้อยละ 0.2³ สำหรับโรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั้งนี้การให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้⁴⁻⁷ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความคิดทำการศึกษา ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในการให้ความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานประชากร ระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานประชากร และระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานประชากร และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2558 จำนวน 94 ราย โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีขึ้นไป ไม่เป็นผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รับการรักษเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนขึ้นไปมีจำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 91 ราย

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ แบบสอบถาม⁸ ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกองบิน 23 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นคำถามที่วัดระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแบ่งออกเป็น 3

ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภูมิลำเนา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคร่วม การออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ได้แก่ ชนิดของโรคเบาหวาน สาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน อาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การบำบัดรักษาโรคเบาหวานจำนวน 25 ข้อ คำถามให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน

โดยจำแนกความรู้เป็น 3 ระดับ

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ได้ 0 – 15 คะแนน (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้ 16 – 19 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60–80)

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ได้ 20 – 25 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)

โดยทดสอบความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.764

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 23 ข้อ คำถามให้เลือกตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” (ปฏิบัติตั้งแต่ 4-7 วัน/สัปดาห์) หรือ “ปฏิบัติบางครั้ง” (ปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 วัน/สัปดาห์) หรือ “ไม่เคยปฏิบัติ” (ไม่มีการปฏิบัติในสัปดาห์นั้นเลย)

เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นรายข้อ ใช้ 3-point Likert type scale ดังนี้

ข้อความทางบวก

ถ้าตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบ ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบ ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน

ข้อความทางลบ

ถ้าตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบ ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบ ไม่เคยปฏิบัติให้ 3 คะแนน

การแปลความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น⁹ ในเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยโดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 23.00–38.33 คะแนน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 38.34–53.66 คะแนน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 53.67–69.00 คะแนน

ส่วนเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยรายข้อ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 คะแนน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33 คะแนน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 คะแนน

โดยมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบราค เท่ากับ 0.845

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ประชากร ระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดย Descriptive statistics ได้แก่ Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลพื้นฐาน ประชากร และระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยใช้ t-test กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลพื้นฐาน ประชากร และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ One-way ANOVA กำหนด p-value ที่ 0.05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ Pearson correlation coefficients กำหนด p-value ที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 64.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.3 มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 37.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 44 มีรายได้ต่อเดือน 10,001–30,000 บาท ร้อยละ 89 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 34.1 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 79.1 รักษาโรคเบาหวานโดยการกินยา ร้อยละ 87.9 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 80.2 ไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 52.7 ไม่ออกกำลังกาย(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดง ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบ่งตามข้อมูลพื้นฐานประชากร (n=91)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน คน(%)	ความรู้ เรื่องโรค เบาหวาน	p- value	พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	p- value
เพศ			0.544		0.526
ชาย	59(64.8)	18.93		57.37	
หญิง	32(35.2)	20.00		57.31	
อายุ(ปี)			0.247		0.194
30 – 40	5(5.5)	20.60		54.20	
41 – 50	12(13.2)	19.92		56.25	
≥51	74(81.3)	19.12		57.74	
สถานภาพ			0.743		0.232
โสด	4(4.4)	20.00		53.50	
สมรส	73(80.2)	19.37		57.16	
หม้าย	11(12.1)	19.09		59.09	
หย่า	1(1.1)	18.00		60.00	
แยกกันอยู่	2(2.2)	17.50		61.00	
ระดับการศึกษา			0.864		0.564
ประถมศึกษา	10(11.0)	19.80		57.70	
มัธยมศึกษา	34(37.4)	18.88		57.00	
อาชีวศึกษา	24(26.4)	19.50		56.83	
ปริญญาตรี	18(19.8)	19.56		57.72	
สูงกว่าปริญญาตรี	3(3.3)	19.33		58.00	
อื่นๆ	2(2.1)	19.50		63.50	

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน คน(%)	ความรู้ เรื่องโรค เบาหวาน	p- value	พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ	p- value
อาชีพ			0.408		0.103
งานบ้าน	17(18.7)	19.58		58.41	
ค้าขาย	6(6.6)	19.50		55.00	
รับราชการ	47(51.6)	19.51		56.68	
รับจ้าง	3(3.3)	20.00		54.33	
อื่นๆ	18(19.8)	18.33		59.39	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.877		0.440
≤10,000	11(12.1)	19.18		56.64	
10,001– 30,000	40(43.9)	19.18		56.63	
30,001– 40,000	22(24.2)	19.23		57.50	
≥40,001	12(13.2)	20.00		58.92	
อื่นๆ	6(6.6)	19.33		59.67	
ระยะเวลาการเป็น โรคเบาหวาน(ปี)			0.220		0.726
1 – 2	22(24.2)	19.86		56.50	
3 – 4	7(7.7)	20.29		57.00	
5 – 6	17(18.7)	19.18		56.76	
7 – 8	11(12.1)	17.91		59.27	
9 – 10	3(3.2)	18.33		58.00	
≥11	31(34.1)	19.35		57.61	
วิธีการรักษา			0.592		0.219
ยากิน	72(79.1)	19.21		57.38	
ยาฉีด	3(3.3)	18.33		60.00	
ยาสมุนไพร	1(1.1)	22.00		49.00	
ควบคุมอาหาร	2(2.2)	20.50		61.50	
≥ 2 วิธี	13(14.3)	19.69		50.62	
ภาวะแทรกซ้อน			0.854		0.621
โรคหลอดเลือด					
หัวใจ	3(3.3)	18.00		62.33	
โรคไต	1(1.1)	21.00		58.00	
ภาวะจอประสาทตาผิดปกติ	1(1.1)	19.00		56.00	
เท้า	5(5.5)	19.80		56.40	
ไม่มี	80(87.9)	19.33		57.24	
≥ 2 โรค	1(1.1)	19.00		56.00	
การออกกำลังกาย			0.107		0.899
ปฏิบัติ	43(47.3)	19.51		58.74	
ไม่ปฏิบัติ	48(52.7)	19.13		56.10	
โรคร่วม			0.385		0.606
ไม่มี	18(19.8)	18.89		59.33	
มี	73(80.2)	19.16		58.32	
ภูมิลำเนา			0.545		0.472
จังหวัดอุดรธานี	81(89.0)	19.36		57.31	
อื่นๆ	10(11.0)	18.90		57.60	

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานเท่ากับ 19.31 ซึ่งตรงกับความรู้ระดับปานกลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.34 โดยร้อยละ 50.5 มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 44 มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 5.5 มีความรู้ระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

จากการเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลพื้นฐานประชากรในด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภูมิสำเนา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคร่วม การออกกำลังกาย ไม่มีผลกับระดับความรู้โรคเบาหวาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	เฉลี่ย
	จำนวนคน(%)			(SD)
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	5(5.5)	40(44)	46(50.5)	19.31 (2.34)
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	0(0)	22(24.2)	69(75.8)	57.35 (4.79)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ผลพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท่ากับ 57.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 ร้อยละ 75.8 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 24.2 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

และจากการเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลพื้นฐานประชากร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภูมิสำเนา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคร่วม การออกกำลังกาย ไม่มีผลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับ ข้อมูลพื้นฐานประชากร (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ทางสถิติ Bivariate analysis พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี เช่นกัน¹⁰⁻¹¹ ตัวอย่างเช่น การดูแลตัวเอง ความรู้ในการใช้น้ำมันชนิดต่างๆ ในการปรุงอาหาร ระยะเวลาในการออกกำลังกาย วิธีการรับประทานยา ก่อนอาหารที่ถูกต้อง การแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำ ความเครียดต่อระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามความรู้เรื่องการวินิจฉัยโรคเบาหวาน วิธีการรับประทานยาเบาหวานและการแก้ไขหากลิ้มรับประทานยา วิธีการดูแลเท้าอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากอาจจะไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งอาจจะยังไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนารายงานว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ¹²⁻¹⁷ และจากการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานประชากรและระดับความรู้โรคเบาหวานพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่าในเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆก่อนหน้านี้¹⁷⁻¹⁹ ส่วนระดับการศึกษาไม่มีผลกับระดับความรู้โรคเบาหวานนั้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{12,20} ซึ่งอธิบายได้จากผู้ป่วยอาจได้รับความรู้โรคเบาหวานผ่านสื่อต่างๆทั้งโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ สุขศึกษาที่ทางคลินิกเบาหวานจัดอบรมขึ้น และในส่วนของความรู้เรื่องโรคเบาหวานนี้อาจขึ้นกับความสนใจและความใส่ใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละรายด้วยเช่นกัน

ในด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในจังหวัดอุดรธานี^{11,20} แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนหนึ่งที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสมเช่น อาหารรสหวาน ผลไม้รสหวาน รวมทั้งน้ำอัดลม และรวมถึงพฤติกรรมในการ

ดูแลเท้า เช่น การตัดเล็บเท้าไม่ถูกต้อง ซึ่งอธิบายได้จากทั้งการที่ผู้ป่วยมีความรู้ในด้านการบริโภคอาหาร และการดูแลเท้าที่ไม่เพียงพอ หรือจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้แต่ไม่ตระหนักถึงจึงไม่นำมาปฏิบัติปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนามีรายงานว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ^{13,16} ส่วนในประเทศพัฒนาแล้วมีการศึกษาในส่วนของการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานค่อนข้างน้อย การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานประชากร และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการดูแลตัวเองโดยการออกกำลังกายจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย

นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดแรงกระตุ้นในการนำความรู้มาปฏิบัติแต่โดยสรุปเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบผลในแต่ละการศึกษาเนื่องจากเครื่องมือในการวิจัยที่แตกต่างกัน และอาจรวมไปถึงเชื้อชาติ ภูมิสำเนา และความเชื่อที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง โดยสิ่งสำคัญสำหรับการปรับปรุงพัฒนาความรู้ คือการพัฒนาในด้านการเข้าถึงผู้ให้บริการหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ และการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งในส่วนของการความรู้โรคเบาหวาน และมีการปรับปรุงพัฒนาในส่วนของการเครื่องมือหรือแบบอย่างของการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตระหนักและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ

ที่ดียิ่งขึ้นซึ่งเครื่องมือที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักจำเป็นต้องอาศัยจังหวะเวลาที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล และการที่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ต้องอาศัยระยะเวลาอันนานจึงจะเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นการตรวจคัดกรองก็อาจจะเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ควรมีการศึกษาเชิงลึกในเรื่องเครื่องมือที่จะใช้ในการพัฒนาด้านของความรู้โรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ในการทดสอบเครื่องมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. IDF: IDF Diabetes Atlas, 6th edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2013. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>.
2. World Health organization. Diabetes Programme; 2008 [Cited in March 17, 2551] Available from: http://www.WHO.int/diabetes/facts/world_figures/en/.
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 8. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558.
4. Norris SC, Lau J, Smita SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002;25(7):1159-1171.
5. Gary T, Genkinger J, Guallar E, Peyrot M, Brancati F. Meta-analysis of random-

ized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2003;29(3):488-501.

6. Steed L, Cooke D, Newman S. A systemic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 2003;51(1):5-15.

7. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 2: CD003417.

8. เพ็ญพักตร์ โคจักษ์. การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

9. Best, J. W. *Research in Education*. 3rd Ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1978.

10. นิชาภัทร สุนารักษ์. ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในศูนย์สุขภาพชุมชนโพธิ์สูงเหนือ ตำบลโพธิ์สูง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. [การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข ส.บ.] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.

11. สุมาลี แสงมนตรี. ความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโนนอุดม ตำบลน้ำคำ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. [การค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข ส.บ.] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.

12. Al-Maskari F, El-Sadig M, Al-Kaabbi JM, Afandi B, Nagelkerke N, Yeatts KB. Knowledge attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. *PLoS One* 2013;8(1):e52857.

13. AnjuGautam, Dharma NandBhatta, Umesh Raj Aryal. Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal. *BMC Endocrine Disorders* 2015;15(25).

ders 2015;15(25).

14. X. He, H.J. Wharrad. Diabetes knowledge and glycemic control among Chinese people with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2007;54(3):280-287.

15. J. Speight, C. Bradley. The AD-Knowl: identifying knowledge deficits in diabetes care. *Diabetic Medicine* 2001;18(8):626-633.

16. Gregory Joseph Ryan A. Arden a, Elizabeth Paz-Pacheco, Cecilia A. Jimeno, Frances LinaLantion-Ang, Elizabeth Paterno, Noel Juban. Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: Phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010;90(2):160-166.

17. G. H. Murata, J. H. Shah, K. D. Adam, C. S. Wendel, S. U. Bokhari, P. A. Solvas, et al. Factors affecting diabetes knowledge in Type 2 diabetic veterans. *Diabetologia* 2003;16(8):1170-1178.

18. Mary K. Rhee, Curtiss B. Cook, Imad El-Kebbi, Robert H. Lyles, Virginia G. Dunbar, Rita M. Panayiotto, et al. Barriers to Diabetes Education in Urban Patients Perceptions, Patterns, and Associated Factors. *The Diabetes Educator* 2005;31(3):410-417.

19. K. Hawthorne, S. Tomlinson. Pakistani moslems with Type 2 diabetes mellitus: effect of sex, literacy skills, known diabetic complications and place of care on diabetic knowledge, reported self-monitoring management and glycaemic control. *Diabetic Medicine* 1999;16(7): 591-597.

20. น้ำเย็น ดาศรี. ความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโสมเยี่ยม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. [การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข ส.บ.]

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และผลการควบคุมน้ำหนัก

กรณีศึกษา : โครงการลดน้ำหนัก ในบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2558

ประอรทิพย์ สุทธิสาร กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลหนองคาย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และผลการควบคุมน้ำหนัก ของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 10 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 23.0-24.9) คัดเลือกด้วยวิธีสมัครใจ (Volunteer non - random method) โดยความตั้งใจและสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก แยกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จในการกระทำ ด้านการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ด้านการชักจูงด้วยคำพูด และด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แยกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริโภคนิสัย ด้านการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ส่วนที่ 4 ผลการควบคุมน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าคะแนนเฉลี่ยของประชากร ที่ความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval)หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถิติ Pearson's correlation และเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และ 10 เดือน โดยใช้สถิติ T-test คำนวณบนโปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลครบถ้วน มี 47 คน ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก คาดหวังความสามารถไว้อยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) เท่ากับ 0.466 ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน พบว่าลดลงโดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือน ส่วนการเปรียบเทียบน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือนและ 10 เดือนนั้น ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สรุป บุคลากรโรงพยาบาลหนองคายที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก ปีงบประมาณ 2558 ส่วนใหญ่ที่ลดน้ำหนักได้หลังจากครบ 3 เดือน สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ไห้กลับไปมีน้ำหนักเกินอีก(BMI <23.0) ดังนั้นรูปแบบกิจกรรมที่ได้ออกแบบสำหรับกลุ่มน้ำหนักเกินในครั้งนี ถือว่ามีความเหมาะสมในระดับหนึ่ง สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มนี้ต่อไป หรืออาจนำไปออกแบบพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพิ่มเติม เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

Self- efficacy in Weight control behaviors and Results of weight control

Case Study : Weight control Project of NongKhai Hospital 's personnel , 2015

Praontip Suttisarn , Group of Health education, NongKhai Hospital

Abstract

This descriptive study aimed to study self-efficacy in weight control behaviors and results of weight control in NongKhai Hospital's personnel after the 10 months weight loss program participants were selected. Non – randomised overweight volunteers (BMI 23.0 – 24.9) were recruited. Questionnaire consisted 4 parts, Part 1: Personal information, Part 2: Self-efficacy about weight control include success action, the experience from seeing others, persuasion with words and stimulate our emotions, Part 3 :Weight control behaviors include eating habits, exercise and the practice of physical activity and Part 4 : Results of weight control.

Data were analyzed by descriptive statistics include percentage, mean, standard deviation, and 95% confidence interval. The relationship between self-efficacy with behavioral control weight by using Pearson's correlation. And compares weight before and after participating in 3 months and 10 months using statistical T-test. Results were as follows.

1. Personnel self - efficacy in weight control expectation was relatively high but weight control behaviors show irregular behavioral control, eating habits, exercise and the practice of physical activity. There is moderate positive correlation between weight control behavior and diet control behavior with statistically significant, p-value <0.01, Pearson's correlation coefficients was 0.466

2. Weight before and after participating in 3 months and 10 months after finish program was statistically significant (p-value < 0.01). Compared weight before and after participating in the program 10 months were significantly different, p-value <0.01 as well. Compare the weight program there was no difference body weight reduction at 3 months and 10 months after finish.

The research findings show that NongKhai Hospital 's personnel had participated weight reduction program year 2015, most weight loss after 3 months can weight control and not backward to overweight again (BMI <23.0). Therefore, activity patterns that are designed for the weight of this. It is appropriate degree. This can be used in the future. Or may be formed to design, develop additional activities. To make it even more efficient and effective.

Key words: Self- efficacy , Weight control behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือโรคอ้วนนั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้ออักเสบ โรคกระดูกบางชนิด และอาการภาวะหยุดหายใจเป็นพักๆขณะหลับ เป็นต้น¹ จึงถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง เนื่องจากสถานการณ์ของโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งคนในวัยทำงานมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าทุกวัย ดังนั้นองค์กรหรือชุมชนใดที่มีบุคลากรเต็มไปด้วยคนอ้วนลงพุง สมรรถภาพการทำงานจะด้อยลงไป ผลผลิตงานขององค์กรย่อมต่ำลงด้วย ในที่สุดอ้วนลงพุงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนไทย และภาวะเศรษฐกิจของชาติด้วย² ทั้งนี้ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือโรคอ้วนมีโอกาสเกิดขึ้นกับบุคคลได้ทุกคน ไม่เว้นแม้บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งนโยบายขององค์กรไร้พุง ตามยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทยของกระทรวงสาธารณสุขที่จะสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุง ลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มอาการMetabolic ในบุคลากรสาธารณสุข เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพดีให้แก่ประชาชนในพื้นที่

การดูแลตนเองเพื่อให้น้ำหนักตัวเองเหมาะสมควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านบริโภคนิสัยที่ดี มีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และมีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันอย่างสมดุล การที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเป็นการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยความตั้งใจจริง ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ทราบถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคล และมีความสำคัญต่อการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักของแชมบลิสส์(Chambliss) ที่วชิรจิต

อินเหียว³ ได้กล่าวอ้างไว้ พบว่าการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้ผู้ที่ลดน้ำหนักสามารถลดน้ำหนักได้มากขึ้น

โรงพยาบาลหนองคาย ได้ดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง อาทิ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรการจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นหนึ่งในกิจกรรมเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โดยผลการตรวจสุขภาพ จะทำให้สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ 1) กลุ่มปกติธรรมดาให้ปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์) 2 ส.(ไม่สูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา) 2) กลุ่มเสี่ยง จัดโครงการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เข้ารับการปรึกษาในคลินิก Fit for life (DPAC Plus) เพื่อลดน้ำหนักอย่างถูกต้องและ 3) กลุ่มป่วยเข้ารับการปรึกษาในคลินิก Good Health จัดโครงการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอและลดภาวะแทรกซ้อน

การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของโรงพยาบาลหนองคายจะคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการจากบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย ในเกณฑ์อ้วน ขึ้นไป (BMI > 25) และภายหลังเสร็จสิ้นโครงการในแต่ละปี กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่กลับไปอ้วนเหมือนเดิม หรืออ้วนยิ่งกว่าเดิม เพราะหลายเหตุปัจจัย ดังนั้น ปีงบประมาณ 2558 โรงพยาบาลหนองคาย จึงได้เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ เป็นบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI = 23.0-24.9) และได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “หุ่นสวยไม่ป่วยไข้ ลดน้ำหนักได้ไม่ยาก” หลักสูตร 2 วันโดยวิทยากรภายนอก รูปแบบการอบรม คือ การบรรยายให้ความรู้ สอนสาธิตฝึกปฏิบัติและตอบข้อซักถาม เนื้อหาประกอบด้วยกลยุทธโภชนบำบัดเพื่อพิชิตความอ้วน การออกกำลังกายเพื่อโรคอ้วน การฝึกcircuit แบบสั้นคั่นหุ่นสุดพิต การสร้างแรงผลักดันทางจิตเพื่อหุ่นสวย เคสดีลับเผา

ผลาญไขมันด้วยพลังจิตการออกกำลังกายเพื่อหัวใจแข็งแรงต่อต้านความอ้วนเคล็ดลับสยบความหิวปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว และระดมสมองและสร้างแผนลดน้ำหนักใน 3 เดือน ภายหลังอบรม ติดตามเฝ้าระวังโดยการทดสอบ สมรรถภาพทางกายอย่างง่ายประกอบด้วย วัดความ อ่อนตัว ได้แก่ ไหล่ สะบัก หลัง วัดความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อได้แก่ หน้าท้อง หลัง วัดความจุปอด และ วัดองค์ประกอบในร่างกาย ประกอบด้วยน้ำหนัก มวล ไขมัน มวลกล้ามเนื้อ มวลกระดูก พร้อมให้การปรึกษา รายบุคคลตามผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย การ ควบคุมการกินตามพลังงานอาหารที่ควรได้รับต่อวัน และเสริมสร้างกำลังใจ ทุกเดือน จนครบ 3 เดือน และติดตามผลอีกครั้งใน 7 เดือนต่อมา โดยได้ให้กลุ่ม เป้าหมายตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและพฤติกรรมลดน้ำหนัก ก่อนทดสอบ สมรรถภาพทางกายด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักและผลการควบคุมน้ำหนัก ของ บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่ง ผลของการวิจัย จะเป็นแนวทางการออกแบบกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ในบุคลากรโรงพยาบาล เพื่อให้เกิด การควบคุมน้ำหนักที่ยั่งยืน มีสุขภาพดี ลดการเกิดโรค เรื้อรัง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาลหนองคาย ที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก
2. เพื่อศึกษาผลการควบคุมน้ำหนัก ของ กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ลด น้ำหนัก 10 เดือน

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาล หนองคาย ที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก เป็นอย่างไร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก เป็นอย่างไร

3. ผลการควบคุมน้ำหนัก ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 10 เดือน เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและ ผลการควบคุมน้ำหนัก ของบุคลากรโรงพยาบาล หนองคาย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ลดน้ำหนัก 10 เดือน ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึง กันยายน 2558

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และผลการควบคุมน้ำหนัก ของบุคลากรโรงพยาบาล หนองคาย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 10 เดือน ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน (BMI = 23.0-24.9) และได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ บุคลากรโรงพยาบาล หนองคายสดใส ห่างไกลโรคอ้วน ประจำปีงบประมาณ 2558 เรื่อง “ หุ่นสวยไม่ป่วยไข้ ลดน้ำหนักได้ไม่ยาก ” จำนวน 60 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สูตร Taro Yamane ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มครี (Volunteer non-random method) โดยความตั้งใจและสมัครใจของ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้มีผู้สมัครใจให้ข้อมูลครบถ้วนจำนวน 47 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ภาระตำแหน่ง ลักษณะงาน การทำงาน ล่วงเวลา อาชีพเสริม โรคประจำตัว การประเมิน

รูปร่างตนเอง และความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก มีทั้งหมด 13 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จในการกระทำ ด้านการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ด้านการชักจูงด้วยคำพูด และด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนในการแบ่งระดับการรับรู้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 อยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีทั้งหมด 31 ข้อ แยกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริโภคนิสัยมีค่าความเชื่อมั่น 0.75 ด้านการออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.63 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนในการแบ่งระดับพฤติกรรม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 อยู่ในระดับไม่ดี

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.00 อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 ผลการควบคุมน้ำหนัก ใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยขั้วจิต^๓

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 ถึง กันยายน 2558 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน กล่าวคือ ทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่าย และวัดองค์ประกอบในร่างกาย ด้วยเครื่องวัด Inbody ก่อนเข้ารับการอบรม ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วัน หลังจากนั้น ได้เฝ้าระวังสมรรถภาพทางกายอย่างง่าย และวัดองค์ประกอบในร่างกาย พร้อมทั้งได้ให้การปรึกษารายบุคคล เป็นประจำทุกเดือน ในระยะเวลา 3 เดือน จัดกิจกรรมวันประกาศผลการลดน้ำหนัก เพื่อชื่นชม ยกย่อง รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์การลดน้ำหนัก เมื่อครบ 10 เดือน ได้ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย วัดองค์ประกอบในร่างกายอีกครั้ง โดยก่อนวัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตกลุ่มเป้าหมาย

ให้ตอบแบบสอบถามก่อนวัดและภายหลังตอบเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความละเอียด ความถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าคะแนนเฉลี่ยของประชากร หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถิติ Pearson's correlation และเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน เปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือน และเปรียบเทียบน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือนและหลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือน โดยใช้สถิติ T-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.91 ปี โดยมีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 89.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 ระดับการศึกษา คือปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 68.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.2 ทำงานในตำแหน่งทางวิชาการ ร้อยละ 55.3 ลักษณะงานที่ปฏิบัติในลักษณะนั่ง ร้อยละ 53.2 เป็นผู้ที่ต้องทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 57.4 ไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 76.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.6 ประเมินตนเองว่าอ้วน ร้อยละ 61.7 และ มีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 72.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- อายุน้อยกว่า 35 ปี	5	10.6
- อายุ 35 ปีขึ้นไป	42	89.4
$(\bar{x} = 46.91, SD = 8.880, \text{Min} = 22\text{ปี}, \text{Max} = 63\text{ปี})$		
เพศ		
- ชาย	9	19.1
- หญิง	38	80.9
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	2	4.3
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2	4.3
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	8.5
- อนุปริญญา /ปวส. /ปวท.	7	14.9
- ปริญญาตรี /สูงกว่าปริญญาตรี	32	68.1
สถานภาพสมรส		
- โสด	11	23.4
- สมรส	33	70.2
- หม้าย /หย่า /แยก	3	6.4
ประเภทตำแหน่ง		
- วิชาการ	26	55.3
-ทั่วไป	6	12.8
- ลูกจ้างประจำ /พนักงานกระทรวง	15	31.9
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
- นั่งเป็นส่วนใหญ่	25	53.2
- ยืนเป็นส่วนใหญ่	-	-
- เดินเป็นส่วนใหญ่	5	10.6
- ยืน และเดินเป็นส่วนใหญ่	16	34.0
- นั่ง ยืน และเดินเป็นส่วนใหญ่	1	2.1
การทำงานล่วงเวลา		
- ไม่มี	20	42.6
- มี	27	57.4
อาชีพเสริม		
- ไม่มี	36	76.6
- มี	11	23.4
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	28	59.6
- มี ได้แก่ ภูมิแพ้ เนื่องอกมดลูก	19	40.4
ไมเกรน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง		
ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์ กระดูกพรุน		
โลหิตจาง หลอดลมโป่งพอง		
ไวรัสตับอักเสบบี ปวดเข่า/ขา/ต้นคอ		
การประเมิณรูปร่างตนเอง		
- ผอม	-	-
- พอดี	18	38.3
- อ้วน	29	61.7
ความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก		
- ไม่ตั้งใจ	13	27.7
- ตั้งใจ	34	72.3

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก แบ่งเป็น

2.1 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก บุคลากรส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับค่อนข้างสูง กล่าวคือด้านความสำเร็จในการกระทำ ร้อยละ 61.7 ด้านการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ร้อยละ 70.2 และด้านการชักจูงด้วยคำพูด ร้อยละ 61.7 ส่วนด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 ดังแสดงใน ตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก แยกตามรายด้าน

การรับรู้ความสามารถ	จำนวน และร้อยละ (n =47)				
ของตนเองเกี่ยวกับ	ต่ำ	ค่อนข้างต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
การควบคุมน้ำหนัก	ข้างต่ำ	สูง			
ด้านความสำเร็จใน	- 1(2.1)	12(25.5)	29(61.7)	5(10.6)	
การกระทำ					
ด้านการได้เห็น	- 1(2.1)	6(12.8)	33(70.2)	7(14.9)	
ประสบการณ์จากผู้อื่น					
ด้านการชักจูงด้วย	- -	8(17.0)	29(61.7)	10(21.3)	
คำพูด					
ด้านการกระตุ้นเร้า	- -	24(51.1)	22(46.8)	1(2.1)	
ทางอารมณ์					

2.2 คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ด้านความสำเร็จในการกระทำ ด้านการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น และด้านการชักจูงด้วยคำพูด อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ดังแสดงใน ตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก แยกตามรายด้าน

การรับรู้ความสามารถของ ตนเองเกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนัก	ส่วน คะแนน เฉลี่ย $\bar{x}$	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	การประมาณค่า คะแนนเฉลี่ยของ ประชากร(u) ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95%	ระดับการ รับรู้ความ สามารถ ของตนเอง
ด้านความสำเร็จ ในการกระทำ	3.77	0.602	3.60 - 3.95	ค่อนข้างสูง
ด้านการได้เห็น ประสบการณ์ จากผู้อื่น	3.96	0.563	3.79 - 4.12	ค่อนข้างสูง
ด้านการชักจูง ด้วยคำพูด	3.95	0.645	3.76 - 4.14	ค่อนข้างสูง
ด้านการกระตุ้น เร้าทางอารมณ์	3.55	0.458	3.41 - 3.68	ปานกลางถึง ค่อนข้างสูง
โดยรวม	3.76	0.400	3.64 - 3.87	ค่อนข้างสูง

3. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แบ่งเป็น

3.1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แยกตามรายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 80.9 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 66.0 ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 66.0 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 4.2 ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แยกตามรายด้าน

พฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก	จำนวน และร้อยละ (n = 47)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านการบริโภคอาหาร	-	38 (80.9)	9 (19.1)
ด้านการออกกำลังกาย	2 (4.2)	31 (66.0)	14 (29.8)
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย	-	31 (66.0)	16 (34.0)

3.2 คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3.

ตารางที่ 3.2 คะแนนเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก แยกตามรายด้าน

พฤติกรรมการ ควบคุมน้ำหนัก	การประมาณ ระดับ ส่วน ค่าคะแนน เฉลี่ยของ ประชากร(u) ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95%			การ ควบคุม น้ำหนัก
	คะแนน เฉลี่ย $\bar{x}$	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าคะแนน เฉลี่ยของ ประชากร(u) ที่ระดับความ เชื่อมั่น 95%	
ด้านการบริโภคอาหาร	2.25	0.246	2.18 - 2.32	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.20	0.451	2.06 - 2.33	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย	2.34	0.362	2.23 - 2.45	ปานกลาง
โดยรวม	2.26	0.249	2.19 - 2.33	ปานกลาง

4. ผลการควบคุมน้ำหนัก ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนักแล้ว 10 เดือน พบว่าน้ำหนักลดลง ร้อยละ 44.7 น้ำหนักเท่าเดิม ร้อยละ 29.8 และน้ำหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.5 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผลการควบคุมน้ำหนัก 10 เดือน

ผลการควบคุมน้ำหนัก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้ำหนักลดลง	21	44.7
น้ำหนักเท่าเดิม	14	29.8
น้ำหนักเพิ่มขึ้น	12	25.5

5. การหาความสัมพันธ์และการเปรียบเทียบ

5.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนักกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ด้านความสำเร็จในการกระทำและด้านกระตุ้นเร้าอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) เท่ากับ 0.330 และ 0.324 ตามลำดับ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ด้านการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ $p\text{-value} < 0.01$ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) เท่ากับ 0.466 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ด้านการชักจูงด้วยคำพูด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ดังแสดงในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
ด้านความสำเร็จในการกระทำ	0.330*
ด้านการได้เห็นประสิทธิผลจากผู้อื่น	0.466**
ด้านการชักจูงด้วยคำพูด	0.233
ด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์	0.324*

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ (2-tailed)

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ (2-tailed)

5.2 เปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก พบว่าผลของน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 และ 10 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ส่วนน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการ 3 และ 10 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันดังแสดงตามตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ช่วงเวลา	น้ำหนัก ส่วน		t	p
	เฉลี่ย (ก.ก.)	เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		
ก่อนเข้าร่วมโครงการ และ	60.52	5.86	4.093	.000*
หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน	59.17	5.81		
ก่อนเข้าร่วมโครงการ และ	60.52	5.86	2.751	.008*
หลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือน	59.53	6.12		
หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน	59.17	5.81	-1.176	.245
หลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือน	59.53	6.12		

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และผลการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 10 เดือนอภิปรายตามคำถามการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ที่เข้าร่วมโครงการลดน้ำหนักเป็นอย่างไร นั้น พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่า บุคลากรส่วนใหญ่ ตัดสินความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมน้ำหนักได้ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ในระดับค่อนข้างสูง แม้จะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคบ้างก็ตาม เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักด้านความสำเร็จในการกระทำ ด้านการได้เห็นประสิทธิผลจากผู้อื่น และด้านการชักจูงด้วยคำพูด อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ยกเว้นด้านการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ จะอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง จากแนวคิดของ Bandura ซึ่งอ้างใน ขวัญจิต³ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน อาจแสดงออกที่แตกต่างกันได้ ในบุคคลคนเดียวก็อาจเกิดผลดังกล่าวได้เช่นกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาวะการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั้นเอง เช่นเดียวกันกับบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้ในการปฏิบัติตน เห็นตัวอย่างจากผู้มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งมีปัญหาทางสุขภาพมากมายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ด้วยการรับรู้จากสถานการณ์เช่นนั้น ประกอบกับตนเองเป็นบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพ

จึงเชื่อมั่นว่าต้องสามารถควบคุมน้ำหนักได้

ส่วนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้จะมีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไม่สม่ำเสมอ ทั้ง 3 พฤติกรรม อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จึงมีภาระในการดูแลครอบครัว อีกทั้งมีการทำงานล่วงเวลา ส่งผลให้การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด รับประทานอาหารอย่างเร่งรีบ ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลครอบครัวและทำงานก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคล เป็นผลจากอิทธิพลร่วมของ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ⁴

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก เป็นอย่างไรนั้น พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่ว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตาม การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน จึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ผลการควบคุมน้ำหนัก ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 10 เดือน เป็นอย่างไร พบว่า น้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ทั้ง 3 เดือน และ 10 เดือน นั้น มีความแตกต่าง ทั้งนี้เนื่องจาก ภายหลังการอบรมแล้ว ไม่นาน บุคลากรได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการให้การปรึกษารายบุคคลช่วงเฝ้าระวังรายเดือน และยังคงนำ

มาใช้ในการปฏิบัติตนเอง เพื่อควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้ได้ และยังมีความท้าทายเป็นแรงจูงใจให้ต้องปฏิบัติตนให้ได้ ส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และหลังเข้าร่วมโครงการ 10 เดือนนั้นไม่มีความแตกต่างกัน เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมานานเกิน 6 เดือนแล้วจะเป็นช่วงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น⁵ อีกทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างเป็นการออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายมากกว่าการมุ่งลดน้ำหนัก ซึ่งทำให้น้ำหนักลดลงไม่ได้มากกว่านี้ หรือปัจจัยด้านอื่น เช่น อายุ สูงขึ้น การเผาผลาญพลังงานและการนำไปใช้งานลดลง ทำให้น้ำหนักไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. โปรแกรมกิจกรรมลดน้ำหนักปี 2558 ได้ออกแบบให้สอดคล้องกับแนวคิด Bandura เพื่อส่งเสริมปัจจัยภายในของบุคคลกร ให้มีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยคาดหวังว่าจะเกิดพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ดี จนสามารถลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักได้ แต่ควรต้องเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย และระยะเวลาการเฝ้าระวังน้ำหนักก่อนสิ้นสุดโครงการให้ยาวนานขึ้น และความถี่ในการประเมินผลน้ำหนักหรือค่า BMI ทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน เพื่อให้เกิดความตระหนักและเป็นแรงกระตุ้นสำคัญในการควบคุมพฤติกรรม นอกจากนั้น อาจเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถความเชื่อมั่นในตนเอง ให้ลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักได้อย่างยั่งยืน ไม่กลับไปอ้วนอีก ควรจัดปัจจัยแวดล้อม เช่น การสื่อสารเพื่อกระตุ้นเตือนพฤติกรรมผ่านสื่อช่องทางต่างๆภายในโรงพยาบาล หรือ การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางพฤติกรรม ให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ดีต่อไป

2. จากข้อจำกัดของโครงการลดน้ำหนัก ที่จะต้องจัดโปรแกรมระยะเวลายาวนาน เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้กลุ่มเป้าหมายกลับไปอ้วนอีก ทำให้เมื่อสิ้นสุดโครงการ ได้กลุ่มเป้าหมายจำนวนน้อย จึงควรมีการหาเทคนิคหรือรูปแบบที่จะกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจอยู่เสมอ ที่จะทำใหได้กลุ่มเป้าหมายครบตามจำนวนที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมกิจกรรมลดน้ำหนัก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอ้วน ($BMI > 25.0$) กับกลุ่มน้ำหนักเกิน ($BMI = 23.0-24.9$) ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และควรเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่แท้จริงมากขึ้น ในการนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อไป

2. นอกจากกลุ่มประชากรบุคลากรสาธารณสุขแล้วควรนำโปรแกรมกิจกรรมการลดน้ำหนัก ไปศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นด้วย เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน กลุ่มพนักงานโรงงานหรือบริษัท และกลุ่มประชาชนในชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. วณิชา กิจวรพัฒน์. โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2547.

2. สง่า ดามาพงษ์. ก้าวสู่องค์การไร้พุง. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย; 2551.

3. ขวัญจิต อินเญียว. การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.

4. สมศรี คามากิ. ปิยะฉัตร पालานุสรณ์. กระบวนการสุขศึกษาที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2550.

5. พรฤดี นิธิรัตน์. คู่มือสำหรับการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2557.

การพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลกู่แก้ว

งามพิศ ศิริเวชธำรง, พยบ., โรงพยาบาลกู่แก้ว

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับบริการ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจการบริการและผลลัพธ์ของการมารับบริการ ทำการศึกษาผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกู่แก้วโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 193 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมมารับบริการ ผลลัพธ์ของการมารับบริการ และความพึงพอใจการบริการปรับจาก the SERVQUAL framework 5 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะของสถานบริการ, ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร การยอมรับให้ความมั่นใจ เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.9 (เฉลี่ย 45.61, SD 15.97) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 85.0 (เฉลี่ย 4,549.74 บาท, SD 5.71) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.1 ระยะทางจากบ้านกลุ่มตัวอย่างห่างจากโรงพยาบาลต่ำกว่า 10 กม. ร้อยละ 82.4 (เฉลี่ย 5.36 กม., SD 4.11) มารับบริการ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 57.0 (เฉลี่ย 9.02, SD 8.9) เป็นผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ(บัตรทอง) ร้อยละ 85.5 ผลลัพธ์ของการมารับบริการรักษาหาย ร้อยละ 88.6 โดยรวมมีระดับความพึงพอใจบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.6 (เฉลี่ย 99.79, SD 1.39) ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมมารับบริการ และความพึงพอใจการบริการกับผลลัพธ์ของการมารับบริการ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล ($p\text{-value}<0.001$) และความพึงพอใจโดยรวม ($p\text{-value}<0.001$) และอาชีพ ($p\text{-value}=0.025$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการให้ความมั่นใจในบริการ ($p\text{-value}=0.007$) ด้านการตอบสนองการให้บริการ ($p\text{-value}=0.018$) และ ด้านการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร ($p\text{-value}=0.032$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการมารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มารับบริการ ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะของสถานบริการ และด้านความน่าเชื่อถือ

สรุป: การพัฒนาคุณภาพบริการครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง และส่งผลต่อผลลัพธ์การมารับบริการของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, คุณภาพบริการ

Service Quality Improvement in Kukaew hospital

Ngampis Sirivetthamrong, B.NS., Kukaew hospital

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study and correlation analysis between the service behavior, patient characteristic, patient satisfaction and patients cured. Method: This study was 193 patients conducted by simple random sampling. Data collected on March 2016. Research tools were the questionnaires consisted of the service behavior, patient characteristic, patient satisfaction applied from 5 dimension of the SERVQUAL framework (tangible, reliability, responsiveness, empathy and assurance) to assess service quality and patients cured of Outpatient department in Kukaew hospital. The statistical analysis used SPSS 16.0 consisted of Percentage, Mean, Standard Deviation, and Chi-square test at 0.05 of the statistic level of significant.

The results showed that 193 pateints was female 56.5% (Mean age 45.61 year old, SD 15.97), eighthty five percent had income lower than 10,000 baht per month (Mean 4,549.74 Baht, SD 5.71), Farmers were 75.1%, distance from home to hospital lower than 10 kms. 82.4% (Mean 5.36 kms, SD 4.11), patient visit the doctor for treatment 5 times and over 57.0% (Mean 9.02, SD 8.9), health welfare was universal coverage (UC) 85.5%, patient satisfaction at high level 89.6% (Mean=99.79, SD 1.39), Factors relation with results of treatment were type of health welfare($p\text{-value}<0.001$), overall of patient satisfaction ($p\text{-value}<0.001$) and occupation ($p\text{-value}=0.025$). Factors in considering relation with patients satisfaction were 0.05 health welfare ($p\text{-value}=0.007$), responsiveness satisfaction ($p\text{-value}=0.018$) and empathy satisfaction ($p\text{-value}=0.032$), Factors were not associated with patients cured as follow: gender, age, income, body mass index, distance from home to hospital, number of hospital visiting for treatment, hospital features tangible satisfaction and reliability satisfaction.

Conclusion: Service quality improvement effected to patient satisfaction at high level and effected to results of treatment with statistically.

Key words: Hospital Improvement, Service Quality

บทนำ

แนวคิดการบริหารคุณภาพบริการ นำมาใช้ปรับทัศนคติ และพฤติกรรมการทำงานของ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาล ต้องสร้างสมดุลระหว่างแนวคิดเชิงพาณิชย์กับจริยธรรมและเมตตาธรรมของการเป็นสถานพยาบาล เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพกับการให้บริการ¹ การวัดคุณภาพของการบริการที่มีชื่อว่า SERVQUAL (The Service Quality) ของพาราสูรมานและคณะ เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของลูกค้า นอกจากมีคุณภาพของสินค้า ราคา รวมทั้งปัจจัยทางด้านส่วนบุคคลในขณะนั้นและปัจจัยนอกที่ควบคุมได้ยาก ล้วนมีส่วนประกอบที่ทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจมากน้อยแตกต่างกันที่จะนำไปสู่ความภักดีของลูกค้าจะแปรผันตามกัน² ในการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลตามกระบวนการ HA (Hospital Accreditation) นั้น ซึ่งต้องได้รับใบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

สภาพปัญหา สืบเนื่องจากโรงพยาบาลกู่แก้ว เป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่และให้บริการระดับ F3 ที่จะพัฒนาระบบบริการให้ได้ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามกระบวนการ HA ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงหลายๆ ด้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีความหลากหลาย ปลอดภัย ได้มาตรฐานและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่สถานพยาบาลห่างไกลภูมิลำเนา ปัญหาด้านการให้บริการ ในปี 2557 มีผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ต้องส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ประมาณ 2,000 ราย³ ซึ่งโรงพยาบาลกู่แก้วต้องจ่ายเงินเป็นค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นเงินจำนวนมากถึง 536,340 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้ยังไม่รวมต้นทุนทางอ้อมซึ่งได้แก่ ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสทำงานของผู้ป่วยและญาติในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบกับปัญหาอุปสรรคและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลกู่แก้ว ซึ่งมีบุคลากรเพียง จำนวน 46 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 2 คน ทันตแพทย์

จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ แต่ได้ให้บริการผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งเชื่อมโยงไปที่ระบบบริการในโรงพยาบาลกู่แก้วที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในปี 2557 ผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ) มีจำนวน 29,597 ครั้ง ผู้ป่วยนอก (รับบริการนอกเวลาราชการ) มีจำนวน 8,019 ครั้ง ผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค จำนวน 907 คน มีผู้ป่วยเฉลี่ย 106 คนต่อวัน และ 3,210 คนต่อเดือน ซึ่งส่งผลต่อไปยังการให้บริการพยาบาลของโรงพยาบาลกู่แก้ว นอกจากนี้ยังมีโอกาสในการพัฒนาระบบบริการ เช่น การจัดประชุมให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากร และสร้างแรงจูงใจโดยพิจารณาค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามลัทธิที่พึงได้รับเป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้นดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลกู่แก้วที่มีความรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อให้บรรลุพันธกิจของโรงพยาบาลกู่แก้ว จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์โรงพยาบาลกู่แก้ว กำหนดไว้ว่า “ประชาชนชาวกู่แก้วมีสุขภาพดีภาคีมีส่วนร่วม ภายในปี 2568” เพื่อสร้างระบบบริการพยาบาลให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีมาตรฐานคุณภาพบริการที่จะสามารถผ่านการรับรอง HA ได้ในปี 2560 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริการรับบริการ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจการบริการกับผลลัพธ์ของการมารับบริการ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความพึงพอใจการบริการของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80
2. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมบริการ และความพึงพอใจการบริการมีความสัมพันธ์

กับผลลัพธ์ของการมารับบริการ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง
(Cross-sectional descriptive research)

กรอบแนวคิดการศึกษา

1. ตัวแปรต้น (Independent variables)

ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการรับบริการ ประกอบด้วย ระยะทางมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล และความพึงพอใจการบริการ 5 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะของสถานบริการ (Tangible), ความน่าเชื่อถือ (Reliability), การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness), การดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร (Empathy), การยอมรับให้ความมั่นใจ (Assurance)

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables)
โดยศึกษา ผลลัพธ์ของการมารับบริการ จำแนกเป็น หายและไม่หายป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหรือญาติ ที่เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁴ คือ

$$n = \frac{NZ^2_{a/2} (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + NZ^2_{a/2} (p(1-p))}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย

N = จำนวนผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปี 2557
ในโรงพยาบาลกู่แก้ว = 37,616 คน

P = สัดส่วนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี
จำนวน 2,000 ราย ร้อยละ 5.31 หรือเท่ากับ 0.05 (รายงานเวชระเบียนโรงพยาบาลกู่แก้ว ปี 2557)

Z = 1.96 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า เท่ากับ 0.05
แทนค่าตามสูตร

$$\frac{37,616 (1.96)^2 \times (0.05 (1-0.05))}{((0.05)^2 \times (37,616-1) + (1.96)^2 (0.05 (1-0.05)))} = 193 \text{ คน}$$

2. สุ่มเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา โดยใช้วิธีการ
สุ่มอย่างง่าย โดยเลือกผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและผลลัพธ์การมารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการรับบริการ ประกอบด้วย ระยะทางมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ใช้บริการ ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล และผลลัพธ์ของการมารับบริการ ที่โรงพยาบาลกู่แก้ว ได้แก่ หายและไม่หายป่วย

ตอบไม่หาย ต้องกลับมารักษซ้ำ ได้ 0 คะแนน
ตอบหาย ได้ 1 คะแนน

2. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นความคิดเห็นมี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ประยุกต์มาจากเครื่องมือ the SERVQUAL framework (The quality of services) ที่พัฒนาขึ้นโดย Parasuraman และคณะ⁵ ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน เกี่ยวกับคุณลักษณะของสถานบริการ (Tangible) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) การตอบสนองของผู้ให้บริการ (Responsiveness) การดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร (Empathy) และการยอมรับให้ความมั่นใจ (Assurance) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 – 41 คะแนน ความพึงพอใจระดับต่ำ
42–83 คะแนน ความพึงพอใจระดับปานกลาง
84–125 คะแนน ความพึงพอใจระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีและทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์โดยเคร่งครัดทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับบริการ และความพึงพอใจการบริการกับผลลัพธ์ของการมารับบริการโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน พิจารณาที่ $p\text{-value} < 0.05$ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ประเภทข้อมูล Nominal โดยปรับข้อมูลเป็นตาราง 2x2 ใช้วิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับบริการ และความพึงพอใจการบริการกับผลลัพธ์การรับบริการ โดยใช้ Chi-square test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.9 (เฉลี่ย 45.61 ปี, SD 15.97) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 85.0 (เฉลี่ย 4,549.74 บาท, SD 5.71) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.1 น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 20.0 – 24.9) ร้อยละ 42.0 (เฉลี่ย 24.30, SD 5.19) ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลต่ำกว่า 10 กม. ร้อยละ 82.4 (เฉลี่ย 5.36 กม., SD 4.11) มารับบริการ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 57.0 (เฉลี่ย 9.02, SD 8.9) มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 85.5 ผลลัพธ์ของการมารับบริการที่โรงพยาบาลกู่แก้วส่วนใหญ่ผลการรักษาหาย ร้อยละ 88.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล (n=193)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	43.5
หญิง	109	56.5
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	38	19.7
30-39 ปี	31	16.1
40-49 ปี	41	21.2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
50-59 ปี	33	17.1
60 ปีขึ้นไป	50	25.9
(Mean 45.61, SD 15.97, Max=82, Min=15)		

รายได้ต่อเดือน

ต่ำกว่า 10,000 บาท	164	85.0
10,000 บาทขึ้นไป	29	15.0
(Mean 4,549.74, SD 5.71, Max=30,000, Min=500)		

อาชีพ

เกษตรกร	145	75.1
มีอาชีพอื่นๆ	22	11.4
ค้าขาย	14	7.3
ไม่มีอาชีพ	8	4.1
รับราชการ	4	2.1

BMI (กก./ม²)

ผอมหรืออ้วน (ต่ำกว่า 20.0 หรือ ≥ 25.0 กก./ม ²)	112	58.0
ปกติ (20.0 – 24.9 กก./ม ²)	81	42.0
(Mean 24.30, SD 5.19, Min=15.62, Max=42.22)		

พฤติกรรมการมารับบริการ

ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล

ต่ำกว่า 10 กม.	159	82.4
10 กม. ขึ้นไป	34	17.6
(Mean 5.36, SD 4.11, Min=1, Max=30)		

จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ

5 ครั้งขึ้นไป	110	57.0
ต่ำกว่า 5 ครั้ง	83	43.0
(Mean 9.02, SD 8.9, Min=1, Max=56)		

ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล

ประกันสุขภาพ	165	85.5
สิทธิอื่นๆ	15	7.7
สิทธิข้าราชการ	7	3.6
สิทธิประกันสังคม	6	3.1

ผลลัพธ์ของการมารับบริการ

ผลการรักษาหาย	171	88.6
ไม่หาย	22	11.4

โดยรวมมีระดับความพึงพอใจการรับบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.6 (ค่าเฉลี่ย 99.79, SD 1.39) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุดด้านการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร (ค่าเฉลี่ย 20.34, SD 3.32) รองลงมาด้านการตอบสนอง

ของผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 19.87,SD 3.39) ด้านการยอมรับให้ความมั่นใจ (ค่าเฉลี่ย 19.87, SD 3.39) ด้านคุณลักษณะของสถานบริการ (ค่าเฉลี่ย 19.84,SD 2.86) และด้านความน่าเชื่อถือ (ค่าเฉลี่ย 19.31,SD 3.48) ตามลำดับ (ตารางที่ 2))

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจการบริการของผู้ป่วย (n=193)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 – 41 คะแนน)	1 0.5
ระดับปานกลาง (42 – 83 คะแนน)	19 9.8
ระดับสูง (84 – 125 คะแนน)	173 89.6
ความพึงพอใจโดยรวม Mean(SD) = 99.79(1.39)	

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับบริการ และความพึงพอใจการบริการกับผลลัพธ์ของการมารับบริการ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล (p-value<0.001) และความพึงพอใจโดยรวม (p-value<0.001) และอาชีพ (p-value=0.025) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการให้ความมั่นใจในการบริการ (p-value=0.007) ด้านการตอบสนองการให้บริการ (p-value=0.018) และ ด้านการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร (p-value=0.032) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการมารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มารับบริการความพึงพอใจด้านคุณลักษณะของสถานบริการ และด้านความน่าเชื่อถือ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับผลลัพธ์การมารับบริการ (n=193)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผลลัพธ์การมารับบริการ		P-value
	ไม่หาย	หายป่วย	
เพศ			0.515
หญิง	11(50.0)	73(42.7)	
ชาย	11(50.0)	98(57.3)	
อายุ			0.045
ต่ำกว่า 35 ปี	10(45.5)	43(25.1)	
35 ปีขึ้นไป	12(54.5)	128(74.9)	
รายได้ต่อเดือน			0.408
ต่ำกว่า 10,000 บาท	20(90.9)	144(84.2)	
10,000 บาทขึ้นไป	2(9.1)	27(15.8)	
อาชีพ			0.025*
ไม่มีอาชีพ	7(31.8)	23(13.5)	
มีอาชีพประจำ	15(68.2)	148(86.5)	
BMI (กก./ม²)			0.305
ปกติ (20.0 – 24.9 กก./ม ²)	7(31.8)	74(43.3)	
พอมหรืออ้วน (ทุพโภชนาการ)	15(68.2)	97(56.7)	
พฤติกรรมการรับบริการ			
ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล			0.941
ต่ำกว่า 10 กม.	18(81.8)	141(82.5)	
10 กม. ขึ้นไป	4(18.2)	30(17.5)	
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการ			0.105
ต่ำกว่า 5 ครั้ง	13(59.1)	70(40.9)	
5 ครั้งขึ้นไป	9(40.9)	101(59.1)	
ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล			<0.001**
ประกันสุขภาพภาครัฐ	10(45.5)	41(24.0)	
สิทธิอื่นๆ	12(54.5)	130(76.0)	
ความพึงพอใจโดยรวม			<0.001**
ไม่พึงพอใจ	10(5.2)	12(6.2)	
พึงพอใจ	12(6.2)	156(80.8)	
ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะของสถานบริการ			0.603
ไม่พึงพอใจ	1(4.5)	13(7.6)	
พึงพอใจ	21(95.5)	158(92.4)	0.074
ความพึงพอใจด้านความน่าเชื่อถือ			
ไม่พึงพอใจ	4(2.1)	12(6.2)	
พึงพอใจ	18(9.3)	159(82.4)	0.018*
ความพึงพอใจด้านการตอบสนองการให้บริการ			
ไม่พึงพอใจ	6(27.3)	17(9.9)	
พึงพอใจ	16(72.7)	154(90.1)	

* p-value<0.05

**p-value<0.01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับผลลัพธ์การมารับบริการ (n=193)(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผลลัพธ์การมารับบริการ		P-value
	ไม่หาย	หายป่วย	
ความพึงพอใจด้านการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร			0.032*
ไม่พึงพอใจ	10(45.5)	41(24.0)	
พึงพอใจ	12(54.5)	130(76.0)	
ความพึงพอใจด้านการให้ความมั่นใจในบริการ			0.007*
ไม่พึงพอใจ	10(5.2)	15(7.8)	
พึงพอใจ	12(6.2)	156(80.8)	

*P-value 0.05

**P-value 0.01

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทสิทธิรักษาพยาบาล ความพึงพอใจโดยรวม และอาชีพ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการให้ความมั่นใจในบริการ ด้านการตอบสนองการให้บริการ และ ด้านการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นมิตร ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและใช้สิทธิประกันสุขภาพ นิยมมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้เนื่องจากมั่นใจในบริการและการดูแลเอาใจใส่ ทำให้รักษาหายจากการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าโครงการพัฒนาคุณภาพบริการครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมถึงร้อยละ 89.6 และส่งผลต่อผลลัพธ์การมารับบริการของผู้ป่วย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hirmukhe⁶ ที่ศึกษาตามแนวคิดการรับรู้บริการที่ได้รับกับคุณภาพบริการที่คาดหวังของผู้รับบริการ โดยใช้เครื่องมือทางการบริหารคุณภาพบริการ SERVQUAL ที่พบว่า การรับรู้บริการที่ได้รับกับคุณภาพบริการที่คาดหวังของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กัน แต่แตกต่างกับการศึกษาของสรลีส ตั้งเจริญ⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมของผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพบว่าผู้มารับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) แต่การศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการอยู่ไกลจากโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าเป็นไปตามแนวคิดความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านของ Parasuraman และคณะ⁵ รวมกันเป็น Service Quality ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจของลูกค้า นอกจากมีคุณภาพของสินค้า และราคา รวมทั้งปัจจัยทางส่วนบุคคลในขณะนั้นมีส่วนประกอบที่ทำให้ลูกค้าได้รับความพึงพอใจมากขึ้นแตกต่างกัน

การวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการมารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มารับบริการ ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะของสถานบริการ และด้านความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ ในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้นถึงแม้ว่าจะมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพในทุกด้านทุกมิติแต่เนื่องจากโรงพยาบาลถูกแกวเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ อาจส่งผลให้ประชาชนผู้รับบริการไม่ได้ให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะของสถานบริการและด้านความน่าเชื่อถือ โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ มีระยะทางใกล้บ้านและทางโรงพยาบาลให้บริการกับผู้มารับบริการทุกคนอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคลและคุณลักษณะของโรงพยาบาลจึงไม่มีผลต่อผลลัพธ์การมารับบริการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ⁸ ทำการประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการโรงพยาบาลรัฐภายใต้การใช้แบบจำลอง SERVQUAL ที่พบว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจกับบริการที่ได้รับของโรงพยาบาลต่อเมื่อไม่มีคุณภาพที่ดี หากพิจารณาในแต่ละมิติพบว่าผู้รับบริการเห็นว่ามีความคุณภาพในภาพรวมของกระบวนการบริการ แต่ในด้านความน่าเชื่อถือมีการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเห็นว่าไม่มีคุณภาพในการบริการที่ดีในด้านความน่าเชื่อถือดังกล่าว

ในการให้บริการของโรงพยาบาล ผู้รับบริการคือผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนองตรงตามความคาดหวังหรือความต้องการ อันจะทำให้ระดับความพึงพอใจหรือความวิตกกังวลที่เป็นผลมาจากความต้องการของผู้ป่วยก็จะลดลง รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจก็ต่อเมื่อบริการที่ได้รับนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบถ้วนตามที่เขา

คาดหวังไว้⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการนำแนวคิด นโยบาย และคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติให้บรรลุผลโดยทำอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นระบบ หรือ แบบมีอาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาล ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ

2. ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1 โอกาสการพัฒนา จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมถึงร้อยละ 89.6 แสดงให้เห็นได้ว่าโครงการพัฒนาคุณภาพบริการครั้งนี้ส่งผลให้การบริการที่ผู้รับบริการได้รับนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบถ้วนตามที่เขาคาดหวัง ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องและส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลให้คงอยู่เป็นโอกาสพัฒนาให้โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ต่อไป

2.2 ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการมารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มารับบริการ ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะของสถานบริการ และด้านความน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาลที่จะปรับปรุงด้านโครงสร้าง และประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลให้เชื่อมโยงไปยังชุมชนซึ่งเป็นผู้รับบริการหลักและครอบครัวรวมถึงในการเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง และการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

การศึกษาต่อยอดในการพัฒนาคุณภาพองค์กรด้านอื่นๆ ที่เฉพาะเจาะจงเชิงลึกในแต่ละงาน เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการพัฒนาคุณภาพการ

พยาบาลในมุมมองสาขาวิชาชีพเฉพาะ หรือมุมมองของทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกับพยาบาลในโรงพยาบาล ตลอดจนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กู้แก้ว ที่อนุญาติให้วิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกู้แก้วทุกท่าน รวมถึงท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. วีระ อิงคภาสกร. เทคนิคการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการและการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2555:3-33.
2. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LL. "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research". Journal of Marketing 58, January 1994; 111-24.
3. โรงพยาบาลกู้แก้ว. รายงานเวชระเบียนและสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลกู้แก้ว. 2557.
4. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing 1988; 64 (1):12-40.
6. Hirmukhe J. Measuring Internal Customers' Perception on Service Quality Using SERVQUAL in Administrative Services. University of Pune, Maharashtra, India: International Journal of Scientific and Research Publications 2012; 2 (3): 2250-3153.
7. สราลี ตั้งเจริญ. รายงานการวิจัยพฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระพุมแบน

จังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์โปรแกรมสาธารณสุข
ชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัย
ราชภัฏนครปฐม]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครปฐม;2554: 1-20.

8. กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัชญา มาลือศรี,
ปรารธนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพ
การบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วย
แบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา
มจร. 2554; 34 (4): 443-456.

9. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. มาตรฐานโรงพยาบาล
และบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราช
สมบัติครบ 60 ปี.ฉบับปี พ.ศ. 2549. สถาบันพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2549: 69.

การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตาม ยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558)

นิศาชล ศรีหรั่ง, พยบ., วทม., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปีงบประมาณ 2557-2558) เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2557 และตุลาคม 2558 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดมีจำนวน 5,438 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 349 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นรวม=0.87 ประกอบด้วยการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพรูปแบบ CIPP Model (ประกอบด้วยบริบท ปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ การประเมินผลผลิต) แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินพฤติกรรมการทำงาน และแบบบันทึกคะแนนผลงาน

ผลการวิจัย: พบว่า ผลการประเมินบริบทโดยบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 94.0 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโดยมีระบบการประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานอื่น ปฏิบัติงานสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 98.6 ผลการประเมินกระบวนการในการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่บุคลากรนำไปปฏิบัติ โดยรับรู้ว่าผู้บริหารมีระบบการถ่ายทอดนโยบายมากที่สุด ร้อยละ 97.1 ผลการประเมินผลผลิตในการทำงานเชิงกลยุทธ์ โดยมีการวัดระดับของผลการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 81.9 หลังการพัฒนาศักยภาพการทำงานพบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.70 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยรวมมีความพึงพอใจการพัฒนาศักยภาพการทำงาน ร้อยละ 93.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินผลงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ระหว่าง ปี 2557-2558 โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.24 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ($p\text{-value}=0.016$) พฤติกรรมการทำงาน ($p\text{-value}=0.022$) และความพึงพอใจ ($p\text{-value}=0.034$)

สรุป: การพัฒนาศักยภาพการทำงานมีผลทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยผลงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การประเมินผล/ การพัฒนาศักยภาพการทำงาน/ ยุทธศาสตร์สุขภาพ

Performance Development Evaluation of Strategic Health Plan during two years

Nisachon Sriring, B.NS., M.Sc., Ratchaburi Provincial Health Office

Abstract

Background & Method: This cross-sectional descriptive research were to evaluated the performance development evaluation of strategic health plan during two years (fiscal year 2014-2015) This study was 5,438 population, conducted in 349 personnel. Data collected during October 2014 and October 2015. Research tools were used the questionnaires was reliability score = 0.87, consist of the performance development evaluation of strategic health plan from CIPP Model (Context, Input, Process and Product), Job satisfaction, job practice and performance score record.

Results: The results showed that context evaluation of CIPP Model was highest understand in strategic health plan policy (94.0%). Input evaluation was highest in the local coordination, integration with other, support the health promotion, health control and consumer protection were as 98.6%, Process evaluation transfer policy to practice were 97.1% of the administration had the most recognition. Product evaluation of the strategy working by measurement of performance score were 81.9%. After the performance development of strategic health plan increase of good job practice 37.7% that was statistically significant $p\text{-value} < 0.001$. Overall of Job satisfaction was 93.4%. The comparison of performance mean score between fiscal year 2014 and 2015 increasing 7.24% that significantly difference at $p\text{-value} < 0.001$. Factors relationship with performance score was statistically significant included Input factor ($p\text{-value} = 0.016$), job practice ($p\text{-value} = 0.022$) and job satisfaction ($p\text{-value} = 0.034$)

Conclusion: The findings of this performance development affected to job practice and performance score increasing at the statistic.

Key words: Evaluation, Performance development, strategic health plan, CIPP model

บทนำ

การพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของระดับจังหวัดในการสร้างกรอบเพื่อทำการวัดประสิทธิภาพของการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพ ในการติดตามภาวะสุขภาพประชากร จำเป็นต้องให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และมีการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยการประเมินการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ รวมถึงประเมินความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาสถานะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่คาดว่าจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของผลคะแนนของการปฏิบัติราชการ ได้แก่ ความยากง่ายของตัวชี้วัด ประเด็นการประเมินผลของแต่ละตัวชี้วัด และความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดตัวชี้วัดของผู้ประเมิน¹ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554 ที่พบว่า การประเมินประเด็นตามตัวชี้วัดเนื้อหาของนโยบาย อาจสะท้อนความเป็นไปได้ของการนำนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ เช่น ไม่มีระบบบริหารจัดการที่รองรับ ต้องการงบประมาณและทรัพยากรที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถจัดหาได้² นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการประเมินรูปแบบ CIPP Model ซึ่งให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พบปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ความรับผิดชอบ ความมั่นคงในการ

ปฏิบัติงาน และกระบวนการบริหาร โดยแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรคือ พัฒนาความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงสร้างแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบในงานและความก้าวหน้า สนับสนุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร⁴

สภาพปัญหาในการดำเนินงานตามกระบวนการยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ย้อนหลัง 3 ปี มีดังนี้คือ ในปี 2555 พบว่ามีปัญหาด้านผลการปฏิบัติงานไม่ได้เป็นตามเป้าหมายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีและกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจาก มีการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่ไม่ได้สอดคล้องครอบคลุมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และในปี 2556 ยังพบว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกับปี 2555 แต่มีข้อดีเพิ่มขึ้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้มีการชี้แจงตัวชี้วัด และออกนิเทศติดตามประเมินผลงาน ซึ่งต่อมาในปี 2557 จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่ให้มีความสอดคล้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและตามบริบทของจังหวัดราชบุรีอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัด วางแผนการนิเทศและออกประเมินผลงานแต่ละด้าน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพการทำงานแก่บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นที่จะเกิดประโยชน์แก่ประชาชนตามเจตนารมณ์ของระบบการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ประเมินพฤติกรรมการทำงาน ความพึงพอใจของบุคลากรและประเมินผลงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558)

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ พฤติกรรมการทำงาน และความพึงพอใจของบุคลากรกับผลงาน คปสอ. ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558)

กรอบแนวคิดการประเมินผล

ใช้หลักการประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมาย ผลผลิตตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี โดยใช้วิธีการประเมินผลรูปแบบ CIPP Model ดังนี้ 1.) ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย การประเมินผลรูปแบบ CIPP Model ได้แก่ การประเมินผลบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) การประเมินกระบวนการ (Process) การประเมินผลผลิต (Product) พฤติกรรมการทำงาน และความพึงพอใจบุคลากร 2.) ตัวแปรตาม คือ ผลงาน คปสอ.ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาภาคตัดขวาง ศึกษาในช่วงปีงบประมาณ 2557 – 2558 โดยเก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม 2557 และ ตุลาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดมีจำนวน 5,438 คน

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณตามสัดส่วนประชากร⁵ สูตรคำนวณคือ

$$n = \frac{NZ^2_{a/2} (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + NZ^2_{a/2} (p(1-p))}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

N = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด

โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดมี

จำนวน 5,438 คน⁶

P = สัดส่วนคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) มีจำนวน 290 คน ต่อบุคลากรทั้งหมด (N) คิดเป็นร้อยละ 5.3 หรือเท่ากับ 0.05⁶

Z = 1.96 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า เท่ากับ 0.05 แทนค่า

$$n = \frac{5,438 \times (1.96)^2 \times (0.05 (1-0.05))}{((0.05)^2 \times (5,438-1) + (1.96)^2 (0.05 (1-0.05)))}$$

n = ขนาดตัวอย่าง จำนวน 349 คน

3. สุ่มเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพรูปแบบ CIPP Model⁷ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวม= 0.87 ได้แก่ บริบทองค์กร การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ(Process) และการประเมินผลผลิต(Product) เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูก (ใช่/มี) ให้ 1 คะแนน

ตอบ ผิด (ไม่ใช่/ไม่มี) ให้ 0 คะแนน

2. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นความคิดเห็นมี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการทำงานด้วยจิตวิทยาเชิงบวก แบบ 4 D's model⁸ เปรียบเทียบระหว่าง ปี 2557-2558 (ใช้ข้อมูล ตุลาคมปี 2557 และตุลาคม 2558) เกณฑ์การวัด คือ

ตอบ ใช่/มี ให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่/ไม่มี ให้ 0 คะแนน

คิดเป็น 0 – 2 คะแนน ต้องปรับปรุง

3 – 4 คะแนน พอใช้

5 – 6 คะแนน ค่อนข้างดี

7 – 8 คะแนน ดี

9 – 10 คะแนน ดีมาก

4. แบบบันทึกคะแนนผลงาน คปสอ. เปรียบ

เทียบระหว่าง ปี 2557-2558 (เก็บข้อมูลผลงาน ณ ตุลาคม 2557 และ ตุลาคม 2558) เกณฑ์วัดผลผลสำเร็จเป็น 100 คะแนนเต็ม จำแนกราย คปสอ. แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

<40	คะแนน	ระดับ D
40-59	คะแนน	ระดับ C
60-79	คะแนน	ระดับ B
80	คะแนนขึ้นไป	ระดับ A

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พิจารณาการศึกษาตามหลักการวิจัยในมนุษย์ และได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์โดยเคร่งครัดทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้โปรแกรม SPSS พิจารณาที่ $p\text{-value} < 0.05$ เพื่อวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยการทดสอบ t-test of Dependent Samples

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และผลการประเมินการพัฒนาศักยภาพการทำงาน กับผลงาน คปสอ.ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานและความพึงพอใจต่อการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพกับผลงาน คปสอ.ตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ตัวแปรประเภทข้อมูล Continuous data, rating scale, interval scale โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการศึกษา

ผลการประเมินบริบท พบว่ามีความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 94.0 และด้านแผนการพัฒนาศักยภาพการทำงาน ร้อยละ 85.1 และด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 82.0

ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า มีระบบการประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานอื่น ปฏิบัติงานสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 98.6 รองลงมาปฏิบัติงานและสนับสนุนการประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.1 และมีแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร ร้อยละ 92.0 ตามลำดับ

ผลการประเมินกระบวนการในการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติ พบว่า ผู้บริหารมีระบบการถ่ายทอดนโยบายมากที่สุด ร้อยละ 97.1 รองลงมารู้จักหน่วยงานในการกำกับดูแลของสสจ. ร้อยละ 95.1 และมีระบบการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน ร้อยละ 88.8 ตามลำดับ

ผลการประเมินผลผลิตตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า มีการวัดระดับของผลการดำเนินงาน ร้อยละ 81.9 รองลงมา มีการออกประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามภารกิจ ร้อยละ 61.9 และมีการเชื่อมโยงตัววัดต่างๆ ในงานที่ปฏิบัติกับผลการดำเนินงานตามพันธกิจ ร้อยละ 57.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละที่ตอบว่าใช่/มี ของการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพรูปแบบ CIPP Model (n=349)

การประเมินผลรูปแบบ CIPP Model	จำนวนที่ตอบ	ร้อยละ
ใช่/มี		
การประเมินผลบริบทองค์กร		
-ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ	328	94.0
-ด้านแผนการพัฒนาศักยภาพการทำงาน	297	85.1
-ด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	286	82.0
การประเมินปัจจัยนำเข้า		
-มีระบบการประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่	344	98.6
-มีการปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานอื่น หรือสนับสนุนงานหน่วยงานอื่น	345	98.9
-สนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภค	345	98.9
-ปฏิบัติงานและสนับสนุนการประกันสุขภาพ	332	95.1

การประเมินผลรูปแบบ CIPP Model	จำนวนที่ตอบ ใช่/มี	ร้อยละ
-มีแผนยุทธศาสตร์เฉพาะองค์กร	321	92.0
-มีอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานครบถ้วน ใช้งานได้ดี	300	86.0
-เข้าร่วมดำเนินการครอบคลุมตั้งแต่การ กำหนดวิสัยทัศน์	278	79.7
-มีระบบการสื่อสารและฐานข้อมูล สุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้	273	78.2
-มีการกำหนดผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทุกงาน	269	77.1
-มีการจำแนกกลุ่มประเภทของบุคลากร ระดับการศึกษา	266	76.2
การประเมินกระบวนการถ่ายทอด นโยบายไปสู่บุคลากร		
-ผู้บริหารของ สสจ.มีระบบการถ่ายทอด นโยบายและคปสอ.	339	97.1
-รู้จักหน่วยงานในการกำกับดูแลของ สสจ.	332	95.1
-มีระบบการบริหารความเสี่ยงและการ ควบคุมภายใน	310	88.8
-การนำแผนพัฒนาทรัพยากรราย บุคคลมาปฏิบัติ	303	86.8
-มีโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติงาน	297	85.1
-มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	251	71.9
-มีการพัฒนาศักยภาพการทำงานของ บุคลากรทั้งคนใหม่-คนเก่า	249	71.3
-มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	240	68.8
-มีระบบการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงาน ดีเด่น	227	65.0
การประเมินผลผลิตการทำงานเชิง กลยุทธ์		
-มีการวัดระดับของผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์สุขภาพ	286	81.9
-มีการออกประเมินผลกระบวนการ พัฒนาศักยภาพการทำงาน	216	61.9
-มีการเชื่อมโยงตัววัดต่างๆ ในงานที่ ปฏิบัติกับผลการดำเนินงาน	202	57.9
-มีการเปรียบเทียบหรือเทียบเคียงผล งานที่ปฏิบัติของหน่วยงานกับองค์กรที่ เหมาะสม (Compare)	190	54.4
-มีการจัดทำวิเคราะห์อัตราการ เปลี่ยนแปลง (Trend) งานที่ปฏิบัติ	148	42.4

ผลการประเมินพฤติกรรมการทำงานพบว่า
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 36.4 รองลงมา
ระดับดี ร้อยละ 30.1 ต้องปรับปรุงการทำงาน ร้อยละ
6.9 มีการจัดทำโครงการและออกแบบกระบวนการ

ทำงาน ร้อยละ 82.2 มีการกำหนดผังการไหลเวียน
(Flow Chart) ร้อยละ 73.1 และมีการทำงานอย่าง
เป็นระบบ ร้อยละ 71.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินพฤติกรรมการทำงานด้วย จิตวิทยาเชิงบวก แบบ 4 D's model (n=349)

คะแนนพฤติกรรมการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
0-2 (ร้อยละ 0-20) ระดับต้องปรับปรุง	24	6.9
3-4 (ร้อยละ 21-40) ระดับพอใช้	23	6.6
5-6 (ร้อยละ 41-60) ระดับค่อนข้างดี	127	36.4
7-8 (ร้อยละ 61-80) ระดับดี	105	30.1
9-10 (ร้อยละ 81-100) ระดับดีมาก	70	20.1

โดยรวมพฤติกรรมการทำงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ
37.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value
<0.001) โดยมีพฤติกรรมการทำงานตามแผนและมีการ
วัดผลงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 72.7 รองลงมา
มีการวางแผนการทำงานและตั้งเป้าหมายที่ดีที่สุด ร้อย
ละ 35.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนา (n=349)

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำงาน					t	p-value
พฤติกรรม	พ.ศ. 2557		พ.ศ. 2558		เพิ่มขึ้น		
4 D's model	Mean	SD	Mean	SD	ร้อยละ		
-Discovery- ค้นหาผลงาน ที่ดีที่สุด	1.01	0.86	1.44	0.49	21.50	14.02	<0.001**
-Dream-ฝันถึง โอกาสที่จะ ทำงานได้ดีและ ก้าวหน้าที่สุด	1.04	0.82	1.67	0.47	31.50	9.32	<0.001**
-Design-มีการ วางแผนการ ทำงานและตั้ง เป้าหมายที่ดี ที่สุด	1.05	0.71	1.76	0.42	35.50	7.14	<0.001**
-Destiny- ทำงานตาม แผนที่วางไว้ และมีการ วัดผลงาน	1.03	1.39	3.94	0.73	72.75	16.61	<0.001**
พฤติกรรมการ ทำงานโดยรวม	5.04	2.80	8.81	1.21	37.70	16.16	<0.001**

ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจ ร้อยละ 93.4 (Mean 16.34; SD0.62) โดยมีความพึงพอใจการทำงานเชิงกลยุทธ์มากที่สุด (Mean 3.30; SD 2.94) รองลงมา มีความพึงพอใจการประเมินผลที่สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาศักยภาพการทำงาน (Mean 3.28, SD 0.66) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ (n=349)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD
พอใจที่ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามพันธกิจ	3.26	0.69
พอใจเนื้อหาและขั้นตอนกระบวนการพัฒนาศักยภาพการทำงาน	3.26	0.67
การทำเชิงกลยุทธ์ที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้จริง	3.30	0.62
พอใจการประเมินผลที่สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	3.28	0.66
ความพึงพอใจกระบวนการพัฒนาศักยภาพการทำงาน	3.25	0.66
ความพึงพอใจโดยรวม (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	16.34	2.94
ไม่พึงพอใจ (1-12 คะแนน)	23	6.6
พึงพอใจ (13-25 คะแนน)	326	93.4

ร้อยละของค่าเฉลี่ยผลงานที่เพิ่มขึ้นโดยรวม ร้อยละ 7.24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) และพบว่า คปสอ.บ้านโป่งมีร้อยละของค่าเฉลี่ยผลงานที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 18.5 รองลงมาคือ คปสอ.สวนผึ้งมีผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและร้อยละที่เพิ่มขึ้นของผลงาน คปสอ.ผลงานคปสอ. ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เปรียบเทียบระหว่าง ปี 2557-2558 จำแนกราย คปสอ.

ชื่อ คปสอ.	คะแนนเฉลี่ยการประเมินผลงาน คปสอ. p-value			
	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	เพิ่มขึ้น	
	คะแนน เดลี่ย	คะแนน เดลี่ย	เกเรต	ร้อยละ
คปสอ.เมืองราชบุรี	66.32	B 78.23	B	11.91
คปสอ.บ้านโป่ง	59.71	C 78.24	B	18.53
คปสอ.โพธาราม	59.07	C 71.76	B	12.69
คปสอ.ดำเนินสะดวก	69.51	B 72.75	B	3.24
คปสอ.ปากท่อ	72.70	B 75.10	B	2.40
คปสอ.บางแพ	69.67	B 80.59	A	10.92
คปสอ.วัดเพลง	78.14	B 84.31	A	6.17
คปสอ.จอมบึง	74.29	B 78.82	B	4.53
คปสอ.สวนผึ้ง	59.92	C 73.14	B	13.22
คปสอ.บ้านคา	45.88	C 58.56	C	12.68
โดยรวมจังหวัดราชบุรี	65.52	B 75.15	B	9.63 <0.001**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานคปสอ. ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน ได้แก่ ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (P-value=0.016) พฤติกรรมการทำงาน (P-value=0.022) และความพึงพอใจของบุคลากร (P-value=0.034)

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลงานคปสอ. ได้แก่ การประเมินผลบริบท การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลงานคปสอ. ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ (n=349)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์(r)	P-value
การประเมินผลบริบท	1.672	0.196
การประเมินปัจจัยนำเข้า	r=0.129	0.016*
การประเมินกระบวนการ	r=-0.083	0.121
การประเมินผลผลิต	r=-0.039	0.471
พฤติกรรมการทำงาน	r=0.157	0.022*
ความพึงพอใจของบุคลากร	r=0.080	0.034*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลงาน คปสอ.๙ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับจำนวนคปสอ. ที่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนคปสอ. (n=349)		x ²	P-value
	ไม่ผ่านเกณฑ์ต่ำกว่า 40 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ 40 คะแนนขึ้นไป		
เพศ			0.627	0.450
ชาย	72	29		
หญิง	166	82		
อายุ			0.257	0.880
ต่ำกว่า 30 ปี	28	12		
30 ปีขึ้นไป	210	99		
การศึกษา			0.065	0.887
ต่ำกว่าปริญญาตรี	188	89		
ปริญญาตรีขึ้นไป	50	22		
รายได้			2.048	0.563
ต่ำกว่า 20,000 บาท	42	20		
20,000 บาท ขึ้นไป	196	91		
ระยะเวลาการทำงาน			0.226	0.893
ต่ำกว่า 10 ปี	19	10		
10 ปีขึ้นไป	219	101		

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผลการประเมินบริบทมีความรู้ความเข้าใจด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าโดยมีระบบการประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ ปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มงานอื่น และปฏิบัติงานสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมากที่สุด ผลการประเมินกระบวนการ พบว่า ผู้บริหารมีระบบการถ่ายทอดนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติมากที่สุด ผลการประเมินผลผลิตมีการวัดผลงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลของยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ² จากการประเมินผลสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่แสดงให้เห็นว่าการติดตามและประเมินผลดำเนินการที่ต่อเนื่องและเป็นระบบโดยนักวิจัยมืออาชีพ และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลสามารถเป็นผู้ให้แนวทางและข้อเสนอแนะกับทีมวิจัยในภาพรวม มีส่วนช่วยให้การติดตามและประเมินผลสามารถสะท้อนการทำงานและสามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการได้และการประเมินผลรูปแบบชิป (CIPP Model) นั้น ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ในกรอบการประเมินด้วยตัวชี้วัดรูปแบบชิปจึงไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมซึ่งการที่สามารถประเมินปัจจัยนำเข้าได้ จะช่วยในการทำความเข้าใจเรื่องประสิทธิภาพของกระบวนการได้

การวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพการทำงานบุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจร้อยละ 93.4 คะแนนเฉลี่ยผลงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.24 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงาน คปสอ. ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า พฤติกรรมการทำงาน และความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภารดี โคเวียง⁹ ที่พบว่าการทำงานในรูปแบบของทีมงานที่มีการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และมีการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับองค์กรสู่ตัวบุคคลได้อย่างเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลยั่งยืนนั้นพบว่าส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ สนับสนุนการทำงาน ทำให้มี

พลังเพิ่มขึ้นโดยไม่ต้องเพิ่มบุคลากร มีการช่วยเหลือการทำงานของผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกกลุ่มงาน สามารถรักษาและดึงดูดบุคลากรที่ดีให้คงอยู่กับองค์กร และเพิ่มเสถียรภาพการปฏิบัติงานในองค์กร และสอดคล้องตามแนวทางการศึกษาของประชากรณัฏฐพัทธ์⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรซึ่งพบปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรคือ พัฒนาความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงสร้างแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบในงานและความก้าวหน้าในตำแหน่ง สนับสนุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่า การพัฒนาศักยภาพการทำงานมีผลทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานที่ดีและมีคะแนนเฉลี่ยผลงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยประกาศนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติตามความเหมาะสมกับภารกิจหน้าที่ของหน่วยงานแต่ละระดับ

1.2 จัดให้มีหน่วยติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation unit) ทั้งภายในโดยบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและภายนอกคือระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ทั้งการติดตามและประเมินผลกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพและติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน

2.1 ควรจัดทำคู่มือแนวทางการประเมินผล

งานขององค์กร โดยสามารถพัฒนาได้หลายรูปแบบ เช่น ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน หรือแบบฟอร์ม ซึ่งควรพิจารณาตั้งแต่บริบทองค์กร ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าคู่มือการปฏิบัติงานสามารถนำไปปฏิบัติได้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานนั้นๆ พร้อมทั้งวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ แบบบูรณาการ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพแบบมืออาชีพ โดยจัดทำหลักสูตรอบรม และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งนำผลการประเมินไปใช้พิจารณาความดีความชอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่อนุมัติให้วิจัยครั้งนี้ รวมถึงท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐธิดา สอนครามดี. การศึกษาและเปรียบเทียบแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2550-2553:1-9.

2. ยศ ตริระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ต้นติเวส, คิตาพร ยังคง, อินทรา ยมาภัย, จอมขวัญ โยธาสมุทร, พิศพรรณ วีระยิ่งยง. รายงานการประเมินผลสำเร็จของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2556:64-66.

3. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7 (3) พฤศจิกายน 2557 – กุมภาพันธ์ 2558:105-113.

4. ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. 7(2)

พฤษภาคม – สิงหาคม 2557:475-491.

5. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore:John Wiley & Sons;1995.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. ทะเบียนบุคลากร. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล; 2557.

7. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory, Models and Applications; program evaluation approaches. John Wiley and Son;2007:768. Available from : <http://www.wiley.com>.

8. นิพัฒน์ ชัยวรमुखกุล. ระบบการพัฒนาองค์กรด้วยทุนทางปัญญา โดยจิตวิทยาเชิงบวก. กรรมการบริหาร บริษัท ABC CLUB;2556. Available from : <http://www.hrdproclub.com>

9. อาภากรดี โคเวียง. การพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม. กรกฎาคม 2555. Available from: <http://www.strategysasuk101.net>.

การลดการสูญเสียเลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ด้วยการใช้กรดทรานเนซามิคในแผลผ่าตัด

อาทิตย์ สืบพานิช วว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์) กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชุมแพ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective research) วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดรวมหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับกรดทรานเนซามิคในแผลและหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมกับได้รับกรดทรานเนซามิค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 48 คน ได้รับกรดทรานเนซามิค 26 คน และไม่ได้รับ 22 คน เปรียบเทียบการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบบาดเจ็บเล็กน้อย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกรดทรานเนซามิคในแผลผ่าตัด โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างเดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2558 ทดสอบความแตกต่างของการได้รับหรือไม่ได้รับสารน้ำระหว่างผ่าตัด ปริมาณฮีโมโกลบินหลังผ่าตัด คะแนนความปวด (VAS pain) และระยะเวลาผ่าตัด โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ทดสอบปริมาณการสูญเสียเลือดรวมโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test บนโปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา: พบว่าค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับกรดทรานเนซามิคมีค่าเฉลี่ย 9.95 และกลุ่มที่ไม่ได้รับมีค่าเฉลี่ย 9.30 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) การสูญเสียเลือดรวม กลุ่มที่ได้รับกรดทรานเนซามิคเสียน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โดยค่ามัธยฐานเท่ากับ 470 มล.(Q1=440; Q3=585) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับเท่ากับ 720 มล.(Q1=630; Q3=750) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) ผลทดสอบความแตกต่างของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกรดทรานเนซามิค 1) การให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,185.50 มล. และ 1,192.78 มล. ตามลำดับ 2) ระยะเวลาผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100.80 และ 103.50 นาที ตามลำดับและ 3) VAS pain พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.95 และ 5.44 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของ การให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด, ระยะเวลาผ่าตัด และ VAS pain ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p -value= 0.909, 0.089 และ 0.313ตามลำดับ) 4) การสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 26.9และ ร้อยละ 86.4 ตามลำดับและพบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับมีสัดส่วนความเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ 3.55 เท่า (95%CI : 1.64 ถึง 7.73) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

สรุป: กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับกรดทรานเนซามิคสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบบาดเจ็บเล็กน้อย, กรดทรานเนซามิค, การสูญเสียเลือดหลังการผ่าตัด

Reduced Post operative blood loss in Total Knee Arthroplasty by using topical tranexamic acid

Artist Suebpanich MD. Department orthopedics. Chumphae hospital.

Abstract

The objective of this Retrospective analytic study was to compare the total volume of post-operative blood loss among the patients who received Tranexamic Acid in the wound. Sample group : who had and had not received Tranexamic Acid 26 and 22 pateints respectively. The comparative study of post-operative blood loss in minimally invasive surgical approach for total Knee Arthroplasty between the groups who had received and had not received Tranexamic Acid in the wound. Data collected from medical record during January 2015 to December 2015 compare between received and not received intravenous fluid during the operation, plasma hemoglobin, VAS pain score and operative time (minutes) by using Independent t-test. Total volume of blood loss comparison by Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney). Test the relationship between the volume of post-operative blood loss and during the operation in the groups that had received and had not received by Chi-square test.

The result showed the average of post-operative plasma hemoglobin of the group who had received and had not received Tranexamic Acid were 9.95 and 9.30 mg% respectively and this was statistically significant (p -value = 0.001), mean blood loss of the group who had received was less than the group who had not received, the median value: 470 ml ($Q1=440$; $Q3=585$), the median of the group who had not received: 720 ml ($Q1=630$; $Q3=750$) which was statistically significant (p -value < 0.001). The test results, the difference of the group who had received and the group who had not received: 1) received intravenous fluid during the operation revealed 1185.50 and 1192.78 ml respectively. 2) Arrange operative time was 100.80 and 103.50 minutes respectively. 3) VAS 4.95 and 5.44, respectively. However, the test results of the average of intravenous fluid recived during the operation, the operative time and VAS pain of two groups who had received and the group who had not received were not statistically difference (p -value 0.909, 0.089 and 0.313), respectively. 4) Post-operative blood loss was more than 500 ml 26.9 and 86.4%. The group who had not received tranexamic acid increased risk of post-operative blood loss was more than 500 ml than those who had received 3.55 times (95%CI: 1.64 - 7.73), this had statistically significant differences.

Conclusion: Patients who had received Tranexamic Acid had post-operative blood loss less than patients who had not received.

Key Words: Total knee Arthroplasty, minimal invasive , Tranexamic Acid, Post-operative blood loss

บทนำ

โรคข้อเสื่อมเป็นความผิดปกติของข้อที่พบได้บ่อยในช่วงเข้าสู่วัยกลางคนและพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและที่พบบ่อยเป็นข้อที่รับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อต่อกระดูกสันหลัง พบความชุกของโรคข้อเสื่อมประมาณร้อยละ 1 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 10 ในผู้ป่วยอายุ 40 ปีและพบมากร้อยละ 50 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี¹ สำหรับการรักษารักษาโรคข้อเสื่อมในระยะแรกๆ ส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดแต่มาในระยะหลังผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดมาก ข้อผิดรูป เดินผิดปกติ และสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตปกติ ในกรณีไม่ดีขึ้นจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมประมาณ 2000-2500 ข้อต่อปี² เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แก้ไขความพิการ ข้อเข่ามั่นคงขณะใช้งาน เคลื่อนไหวได้ดีและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ³ จากการผ่าตัดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมีรายงานผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัดข้อเข่าเทียมประมาณ 1,000-2,000 มิลลิลิตร และให้เลือดทดแทนเฉลี่ย 2.2 หน่วยต่อราย⁴ ที่ผ่านมาระบบการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมไม่เพียงพอในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ต่อมาโดยกระตือรือร้นเป็นโรงพยาบาล M1 มีบุคลากรและเครื่องมือพร้อม ได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ สถิติผู้รับบริการรักษาผู้ป่วยใน 3 ปี ย้อนหลัง 2555-2557⁵ พบว่า 886, 1309 และ 1139 ราย ตามลำดับ การผ่าตัดข้อเข่าเทียมเริ่มทำในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 3 รายทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการซึ่งการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการสูญเสียเลือดและอาจมีภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงตามมา เช่น การเสียเลือดหรือการติดเชื้อ แต่การผ่าตัดที่ผ่านมามีผู้ป่วยภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดแต่ก็ถือเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญ

จากปัญหาที่กล่าวมาได้มีผู้ศึกษาพัฒนาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ากระดูกพรุนตามธรรมชาติของการสลายตัวของโพรินและยับยั้งการสลายโปรตีนของพลาสมาโดยยับยั้งที่ตำแหน่งlysinebindingของ

พลาสมาทำให้ลดการสูญเสียเลือดได้และมีผลการศึกษการใช้กระดูกพรุนตามธรรมชาติในการผ่าตัดศัลยกรรมทางกระดูกลดการสูญเสียเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ⁶ ซึ่งส่วนมากศึกษาในต่างประเทศ ทั้งนี้ในประเทศไทยก็เริ่มมีการศึกษามากขึ้นทั้งในกลุ่มผู้ป่วยสาขาอื่นๆ รวมทั้งสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ได้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและมีผลทำให้การสูญเสียเลือดลดลงจริงตามที่กล่าวมาแต่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแพทย์มีการผ่าตัดทั้งแบบใส่และไม่ใส่กระดูกพรุนตามธรรมชาติการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเป็นข้อมูลทางเลือกในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดรวมหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการกระดูกพรุนตามธรรมชาติใส่ในแผล และหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดในการผ่าตัดข้อเข่าเทียมกับได้รับการกระดูกพรุนตามธรรมชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะหย้อนหลัง (Retrospective research) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดรวมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบบาดเจ็บเล็กน้อย โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการกระดูกพรุนตามธรรมชาติใส่ในแผลผ่าตัด ทั้งหมด 48 คน ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะเลือดอุดตันจากลิ้มเลือด และไม่มีประวัติใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มได้รับการกระดูกพรุนตามธรรมชาติ (ขนาด 1.5 กรัม ใส่ในแผลผ่าตัดก่อนใส่ drain และเย็บปิด) จำนวน 26 คน กลุ่มที่ไม่ได้รับ จำนวน 22 คน โดยศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลังช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2558 ทดสอบความแตกต่างของการให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด ปริมาณฮีโมโกลบินหลังผ่าตัด VAS pain และระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือดรวม ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test, Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test และหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเสียเลือดโดยใช้

Chi-square test บนโปรแกรม SPSS

วัน ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 48 คน กลุ่มได้รับกรดทรานซามิค 26 คน เพศชาย 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.8 เพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 กลุ่มไม่ได้รับ 22 คน เป็นเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 เพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 โดยกลุ่มที่ได้รับ ในกลุ่มได้รับกรดทรานซามิค อายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 อายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 จำแนกตามอายุ ในกลุ่มไม่ได้รับกรดทรานซามิค อายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 อายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 เมื่อจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มที่ได้รับกรดทรานซามิค น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ กลุ่มปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 มากกว่าปกติ 5 คน ร้อยละ 19.2 และอ้วน 19 คน ร้อยละ 73.1 กลุ่มไม่ได้รับกรดทรานซามิค ปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 มากกว่าปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และอ้วนจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 สำหรับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มที่ได้รับกรดทรานซามิค <11 (ก./ดล)จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 ฮีโมโกลบิน >11 (ก./ดล) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 กลุ่มไม่ได้รับ ฮีโมโกลบิน<11(ก./ดล) จำนวน 13 คน(ร้อยละ59.1) ฮีโมโกลบิน>11(ก./ดล)จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 จำนวนเกล็ดเลือด (ลบ.มม) กลุ่มที่มีเกล็ดเลือด<200,000 ลบ.มมจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 และ>200,000 ลบ.มม จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 กลุ่มไม่ได้รับ <200,000ลบ.มม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ >200,000 ลบ.มมจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.4 การได้รับเลือดทดแทน กลุ่มได้รับ จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 15.4 กลุ่มไม่ได้รับ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ปริมาณฮีโมโกลบินลดลง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 100ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มระบายเลือดจนหยุด2วัน ปริมาณการได้รับเลือดทดแทนในกลุ่มได้รับน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้และจำนวนเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล6.35

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดัชนีมวลกายระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มระบายเลือดจนหยุด และจำนวนเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลกลุ่มได้รับและไม่ได้รับกรดทรานซามิค(n=48)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มได้รับ (n=26)		กลุ่มไม่ได้รับ (n=22)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	30.8	6	27.3
หญิง	18	69.2	16	72.7
อายุ				
< 60 ปี	7	26.9	2	9.1
> 60 ปี	19	73.1	20	90.9
ดัชนีมวลกาย(BMI)				
ปกติ(18.5-22.9)	2	7.7	2	9.1
มากกว่าปกติ (23-24.9)	5	19.2	3	13.6
อ้วน(>25)	19	73.1	17	77.3
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
ฮีโมโกลบิน(ก./ดล)				
<11	10	38.5	13	59.1
>11	16	61.5	9	40.9
จำนวนเกล็ดเลือด (ลบ.มม)				
<200,000	4	15.4	3	13.6
>200,000	22	84.6	19	86.4
-การได้รับเลือดทดแทน	4	15.4	15	68.2
-ปริมาณฮีโมโกลบินลดลง	26	100	22	100
-ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มระบายเลือดจนหยุด(วัน)	2		2	
-จำนวนเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	6.35		7.66	

จากการทดสอบ ค่าเฉลี่ยของปริมาณฮีโมโกลบินหลังผ่าตัด ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกรดทรานซามิคพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.13) และ 9.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.11) ตามลำดับ ซึ่งผลการทดสอบของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ค่ามัธยฐาน

ปริมาณการเสียเลือดรวมของกลุ่มที่ได้รับมีค่าเท่ากับ 470 (Q1=440; Q3=585) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับเท่ากับ 720 (Q1=630; Q3=750) ซึ่งผลการทดสอบของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนการให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,185.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 47.11) และ 1,192.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 40.96) ตามลำดับระยะเวลาผ่าตัด (นาที) ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.98) และ 103.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.69) ตามลำดับ และ VAS pain ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) และ 5.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของการให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) และ VAS pain ของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} = 0.909$, $P\text{-value} = 0.089$ และ $P\text{-value} = 0.313$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน และควอไทล์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการทดแทนขามิค โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Independent t-test ($n=48$)

ข้อมูลทาง คลินิก	ขนาด ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	95%CI	p- value
ปริมาณฮีโม- โกลบินหลัง ผ่าตัด	(ก./ดล)			0.30-1.00	<0.001
-กลุ่มได้รับ	26	9.95	0.13		
-กลุ่มไม่ได้รับ	22	9.30	0.11		
ปริมาณการ เสียเลือดรวม (มิลลิลิตร)				398M-542M	<0.001w
-กลุ่มได้รับ	26	470M	Q1=440, Q3=585		
-กลุ่มไม่ได้รับ	22	720M	Q1=630, Q3=750		
การให้สารน้ำ ระหว่างผ่าตัด	(มิลลิลิตร)			-135-120.65	0.909
-กลุ่มได้รับ	26	1,185.50	47.11		
-กลุ่มไม่ได้รับ	22	1,192.78	40.96		
ระยะเวลา ผ่าตัด (นาที)				-8.05-2.65	0.313
-กลุ่มได้รับ	26	100.80	1.98		
-กลุ่มไม่ได้รับ	22	103.50	1.69		
VAS pain (ต่อ10คะแนน)				-1.06-0.08	0.089
-กลุ่มได้รับ	26	4.95	0.22		
-กลุ่มไม่ได้รับ	22	5.44	0.17		

หมายเหตุ M หมายถึงค่ามัธยฐาน(median),

Q1 ค่าควอไทล์ที่1 และQ3 หมายถึงค่าควอไทล์ที่3

W หมายถึง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test (กรณีข้อมูลแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับกรดทรานเนขามิคมีปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับมีปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ร้อยละ 86.4 และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับมีสัดส่วนความเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรขณะ

ผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ 0.28 เท่า (95%CI : 0.13 - 0.61) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ กลุ่มที่ไม่ได้รับ มีสัดส่วนความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่า 500 มิลลิลิตรขณะผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ 3.55 เท่า (95%CI : 1.64 - 7.73) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดในการผ่าตัดข้อเข่าเทียบกับได้รับกรดทรานแซมิก (n=48)

ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด (มิลลิลิตร)	กลุ่มได้รับ (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ได้รับ (n=22) จำนวน (ร้อยละ)	Risk Ratio (95%CI)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร	19(73.1)	3(13.6)	0.28 (0.13- 0.61)
มากกว่า 500 มิลลิลิตร	7(26.9)	19(86.4)	

$\chi^2 = 15.64$, p-value <0.01

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้สามารถลดการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้พบว่าคุณค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับกรดทรานแซมิก กลุ่มที่ได้รับมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 9.95 และกลุ่มไม่ได้รับมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 9.30 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาดังประเทศที่พบว่าค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินในกลุ่มที่ได้รับลดลง 1.7 ก./ดล. และกลุ่มไม่ได้รับลดลง 2.8 ก./ดล. (p-value <0.01)⁷ และครั้งนี้การเสียเลือดรวมกลุ่มที่ได้รับ มีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โดยค่ามัธยฐาน เท่ากับ 470 มิลลิลิตรกลุ่มที่ไม่ได้รับ 720 มิลลิลิตร ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่พบว่าเสียเลือดรวม 270 มิลลิลิตร เทียบกับกลุ่มไม่ได้รับ 336 มิลลิลิตรโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)⁸ ส่วนในต่างประเทศที่พบว่าเสียเลือดรวม 689 ± 289 มิลลิลิตรเทียบกับ 1509 ± 643 มิลลิลิตร P-value < 0.0001 รวมถึงไม่พบภาวะแทรก

ซ้อนการเกิด Thromboembolic⁹ และลดการเสียเลือดรวมผ่าตัดข้อเข่า P = 0.0410

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดในกลุ่มได้รับกรดทรานแซมิกมากกว่า 500 มิลลิลิตรลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 26.9 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับมากถึง ร้อยละ 86.4 สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศที่พบว่ากรดทรานแซมิกสามารถลดลงเหลือ ร้อยละ 20-48^{10,11} จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการลดลงของร้อยละผู้ป่วยที่การสูญเสียเลือดมีความแตกต่างกัน อาจจะเป็นด้วยการให้ยาในขนาดที่แตกต่างกันส่งผลต่อความเข้มข้นของกรดทรานแซมิกในกระแสเลือดอาจทำให้ปริมาณการสูญเสียเลือดแตกต่างกัน โดยการศึกษาให้กรดทรานแซมิก 1.5 กรัม ใส่ในแผลก่อนเย็บปิด ส่วนการศึกษา Wong.J และคณะที่ศึกษาพบว่าลดปริมาณการสูญเสียเลือดได้ร้อยละ 20-25 นั้นให้กรดทรานแซมิก ขนาด 1.5 หรือ 3.0 กรัมในสารน้ำ (normal saline) 100 มิลลิลิตร และใส่เข้าไปในข้อเข่าในช่วงเวลา 5 นาที ก่อนผ่าตัดเสร็จส่วนการศึกษาของ Jansen และคณะ พบว่าลดการสูญเสียเลือดได้ร้อยละ 48 นั้นให้กรดทรานแซมิก ขนาด 15 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมและให้ต่อเนื่องทุกชั่วโมง จนครบวัน สำหรับการศึกษาของ Lozano และคณะ ให้กรดทรานแซมิกขนาด 750 มิลลิลิตรฉีดเข้าหลอดเลือดดำก่อนลงมีดผ่าตัดในขนาดเฉลี่ย 750-1,000 มิลลิลิตรก่อนคลายสายรัดห้ามเลือดและ 3 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งที่กล่าวมาจะเห็นว่าการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งวิธีและขนาดการให้กรดทรานแซมิก และอาจส่งผลต่อการเสียเลือดมากน้อยแตกต่างกัน

และจากที่กล่าวมาได้มีการศึกษาที่หลากหลาย ในวิธีและขนาดยา ไม่ได้บ่งบอกว่าวิธีใดหรือขนาดยาใดที่เหมาะสมและการศึกษานี้ผู้ศึกษาให้กรดทรานแซมิกขนาด 1.5 กรัม ใส่ในแผลก่อนเย็บปิด ตามวิธีแนะนำในคู่มือการใช้ยา ในขนาดที่ใกล้เคียงกับผู้ที่ได้ศึกษาไว้ในการศึกษาที่ทำแบบ Double blind ที่ใช้ขนาด 1.5-3.0 กรัม ในสารน้ำ (normal saline) 100 มิลลิลิตรและใส่เข้าไปในข้อเข่าในช่วงเวลา 5 นาที ก่อนผ่าตัดเสร็จ¹² และที่สำคัญการศึกษานี้การประเมินผลภาวะแทรกซ้อนประเมินจากการที่สังเกต

อาการและอาการแสดง มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและเครื่องมือไม่สามารถตรวจDuplex scanfor Doppler ultrasound เพื่อค้นหาภาวะvenous thromboembolism ซึ่งไม่ทราบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งนี้มี asymptomatic venousthromboembolismที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้รายงาน

สรุป (conclusions)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่ากรดทรานะซามิคสามารถช่วยลดการสูญเสียเลือดรวมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ จึงถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่หากจะนำไปใช้ก็มีหลากหลายวิธีการในการใส่กรดทรานะซามิคเข้าไปในแผลผ่าตัด ทั้งวิธีการและจำนวนที่จะใส่เข้าไปในแผลซึ่งได้มีการศึกษาหลายรูปแบบ หากจะนำไปใช้เสนอแนะเลือกวิธีการที่ได้ผลดีที่สุด คือ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างหรือหลังผ่าตัด ตามบริบทของโรงพยาบาลที่สามารถทำได้ และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติตามสภาวะโรคและอายุที่จะทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติได้ไม่เป็นการละเลยหรือสังค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมแพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Felson DT, Felson DT. Clinical review osteoarthritis. BMJ 2006; 332: 639-42.
2. วิวัฒน์ วจนวิศิษฐ์, ข้อเสื่อม. ใน: วิวัฒน์ วจนวิศิษฐ์, สมชัยปรีชาสุวิโรจน์, กวินวงศ์โกวิท, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2550. หน้า 335-7.
3. กิรติ เจริญชลวานิช. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ใน: สุศักดิ์ นิลกานวงศ์, สุรุฒิ ปรีชานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:

เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์จำกัด; 2548. หน้า 1381-90.

4. Alvarez JC, Santiveri FX, Ramos I, Vela E, Puig L, Escolano F. Tranexamic acid reduces blood transfusion in total knee arthroplasty even when a blood conservative program is applied. Transfusion [serial online]. 2008 [cited 2010 Jan 31]; 48:519-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18067499>

5. โรงพยาบาลชุมแพ. รายงานประจำปี 2555. ขอนแก่น; 2555.

6. Zohar E, Ellis M, Ifrach N, Stern A, Sapir O, Fredman B. The postoperative blood-sparing efficacy of oral versus intravenous tranexamic acid after total knee replacement. Anesth Analg [serial online]. 2004 [cited 2010 Jan 31]; 99:1679-83. Available from: <http://www.anesthesia-analgesia.org>

7. Hynes M, Calder P, Scott G. The use of tranexamic acid to reduce blood loss during total knee arthroplasty. The knee 2003; 10(4):375-7.

8. วิทยา ประทินทอง. ผลการใช้กรดทรานะซามิคเพื่อลดการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพิจิตร. พุทธชิราสาร 2553; 27:339-47.

9. Seppo T., Hippala, Leo J., Strid, Matti I., Wennerstrand J., Vesa V., Arvela, Heimo M., Niemila, Sisko K., Mantila, et al. Tranexamic acid Radically Decreases Blood Loss and Transfusions Associated with Total Knee Arthroplasty. Anesth Analg 1997; 84:839-44.

10. Orpen N. M., Little C., Walker G., Crawford E. J., Tranexamic Acid reduces early post-operative blood loss after Total Knee Arthroplasty. The knee 2006; 13(2):106-10.

11. Wong J, Abrishami A, El, Beheiry H, Mahomed N, Davey J R, Gandhi R, Chung

F. Topical Application of tranexamic Acid reduces post-operative blood loss in total knee arthroplasty. J Bone Joint Surgery 2010; 92 (15): 2513-30.

12. Jansen AJ, Andreica M, Claeys J, D Haese F, Camu F, Jochmans K. Use of tranexamic acid for an effective blood conservation strategy after total knee arthroplasty. Br J Anaesth 1999; 83: 596-601.

ประสิทธิผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ ในโรงพยาบาลหนองคาย

ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหนองคาย

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นหนึ่งในภาวะที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติมีสาเหตุของการเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย มีหลักฐานมากมายที่สนับสนุนเชื่อมโยงระหว่าง การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินกับการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนถึงผลกระทบต่อประสิทธิผลของการผ่าตัดรักษา โดยวิธีเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การศึกษาแบบพรรณาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์คือ เปรียบเทียบประสิทธิผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนกับกลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักในเกณฑ์ปกติตลอดจนศึกษาความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาและประเมินประสิทธิผลของการผ่าตัดรักษาเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลหนองคายตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2558 โดยใช้ Knee Functional Score เป็นเครื่องมือในการประเมินโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 30$) และกลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ใช้ Mann- whitney test

ผลการศึกษา: พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย เป็นชาย 15 ราย หญิง 63 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจำนวน 20 ราย BMI เฉลี่ย 32.28 มีค่าเฉลี่ย Knee Functional score ที่ 18 เดือน 84.15 ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ 58 ราย BMI เฉลี่ย 24.65 มีค่าเฉลี่ย Knee Functional score ที่ 18 เดือนหลังผ่าตัด 85.95 จากการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของแบบประเมิน Functional Knee Score ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนไม่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อประสิทธิผลของการผ่าตัดรักษาโดยวิธีเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลหนองคาย

คำสำคัญ: ผ่าตัดข้อเข่าเทียม, Knee Function score, ภาวะอ้วน

The Outcome of Total Knee Arthroplasty in Obese Patients compare with non-obese Patients in Nongkhai Hospital

Sakchai Kietamnuay MD. Department of Orthopedics, Nongkhai Hospital

Abstract

Background: Evidence linking increased body weight to osteoarthritis of the knee and the high prevalence of obesity underscore the importance of defining the outcome of total knee arthroplasty in obese patients. The purpose of this study was to compare the clinical and functional outcome of Total Knee Arthroplasty performed in obese patients with non-obese patients.

Method: Descriptive retrospective study clinical and functional data from 78 total knee arthroplasties during 1st October 2008 – 30th September 2012. Twenty obese patients, defined as a body mass index (BMI) 30 or more, were compared with data on a matched group of 58 non-obese patients. The analysis was also performed after stratification of the obese group for the degree of obesity. All patients had the same prosthesis. The clinical data were analyzed included the Knee Functional score, activity level, pain score, and complications. The statistical analysis was performed using frequency, mean, standard deviation, percentage and Mann-whitney test.

Result: Total of 78 patients female were 63 female 15 male. Obese patients were 20 and non-obese patients were 58 with mean BMI 32.28 and 24.65 respectively. The mean of functional knees score at 18th months follow up after surgery was 84.15 and 85.95 respectively, there were no significant statistical difference between two groups.

Conclusions: The results suggest that any degree of obesity has a negative effect on the outcome of total knee arthroplasty.

Key words: Total knee Arthroplasty, Knee Functional score, obese patient

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ² ปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ตามมา โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติที่กระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งก่อให้เกิดอาการปวดเข่าขณะเคลื่อนไหว ข้อเข่าติด พิสัยการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นหนึ่งในวิธีการรักษา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ผล จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งพบว่า ปัจจุบันแนวโน้มของการรักษาโดยวิธีผ่าตัดดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากข้อมูลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลภาครัฐทั้งจากระบบราชการ ประกันสังคม และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีการใช้ข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุในการผ่าตัด ปี พ.ศ. 2549 -2553 จำนวน 4,366 5,802 6,908 7,110 และ 15,373 ข้อเข่า³ ตามลำดับพบว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากจะเป็นปัจจัยให้เกิดข้อเข่าเสื่อมแล้ว ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ^{1,4}

โรงพยาบาลหนองคายนั้น เริ่มมีการผ่าตัดข้อเข่าเทียมเมื่อปี 2554 จำนวน 8 ราย และเพิ่มเป็น 9, 14, 22 และ 31 ราย ในปี 2555-2558 ตามลำดับ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก่อน เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้น ประสิทธิภาพของการผ่าตัดรักษา⁵⁻¹⁶ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ควรได้รับการติดตาม และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการผ่าตัดรักษาโดยวิธีเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตลอดจนศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลหนองคาย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยภาวะอ้วน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจ

3. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

นิยามศัพท์

ภาวะอ้วน : หมายถึง ภาวะที่มีดัชนีมวลกาย (BMI ; Body Mass index) มากกว่าหรือเท่ากับ 30
Functional Knee Score: เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทั้งในแง่ Functional และ Clinical โดยประเมินจากองศาการงอเข่า อาการปวด การเดิน การ ขึ้น-ลงบันไดและความพึงพอใจ ภายหลังจากการผ่าตัด

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Descriptive retrospective study) จากแฟ้มบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 โดยศึกษาในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในช่วงเวลาดังกล่าว

เกณฑ์ในการคัดเข้า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก (Primary total knee arthroplasty) ในโรงพยาบาลหนองคาย ในช่วงเวลาดังกล่าว

เกณฑ์ในการคัดออก

1. Revision total knee arthroplasty
2. เวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA function score)
2. แบบประเมินความพึงพอใจ
3. เวชระเบียนผู้ป่วยใน และ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ใช้ Mann-whitney test บนโปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2558 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย เป็นชาย 15 ราย หญิง 63 ราย โดยศึกษาแยกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน BMI ≥ 30 จำนวน 20 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI < 30 จำนวน 58 ราย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 58 ราย เป็นชาย 11 ราย หญิง 47 ราย BMI เฉลี่ย 24.65 มีค่าเฉลี่ย Knee Functional score ที่ 18 เดือนหลังผ่าตัด เฉลี่ย 85.95 หลังผ่าตัดและคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ย 8.28 (คะแนนเต็ม 10) ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้มีผู้ป่วยหนึ่งราย underlying RA with osteopenic bone มี post operative fracture at proximal tibia

กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน จำนวน 20 ราย เป็นชาย 4 ราย หญิง 16 ราย BMI เฉลี่ย 32.28 มีค่าเฉลี่ย Knee Functional score ที่ 18 เดือน 84.15 ไม่มี Complication หลังผ่าตัด และคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ย 8.10 (คะแนนเต็ม 10) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

	ผู้ป่วยที่มี BMI<30		ผู้ป่วยที่มี BMI>30	
	Mean (SD.)	Range (Min–Max)	Mean (SD.)	Range (Min–Max)
BMI(Kg/m ²)	24.65(3.27)	16–29	32.28(2.85)	30–41
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	126.38(17.59)	85–175	126.75(8.16)	110–145
Blood loss(ml.)	101.90(70.80)	20–400	123.5(56.96)	20–200
Blood Replacement (unit)	1.57(1.47)	0–6	2.25 (1.52)	0–5
LOS (วัน)	13.95(4.52)	8–25	15.45(3.75)	8–25
ความพึงพอใจ (คะแนน)	8.28(0.45)	8–9	8.10 (0.31)	8–9
Knee Functional score	85.95(2.88)	75–95	84.15(4.19)	75–90

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนน Knee Functional score ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนน Knee Functional score ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีค่า BMI > 30 กับ BMI <30

คะแนน Functional score	median	U	Z	p-value
กลุ่ม BMI <30	85			0.67
กลุ่ม BMI > 30	84	2.5	-0.71	p>.05

สรุป

ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม ทั้งในด้าน Knee Functional score ความพึงพอใจ และภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเทียม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง Functional score, LOS, Blood loss, Operative time, Complication และความพึงพอใจ ดังนั้นผู้ป่วย

ข้อเข่าเสื่อมร่วมกับมีภาวะอ้วน จึงไม่เป็นอุปสรรคในการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของJarvenpaaที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับภาวะอ้วนมีผลต่อประสิทธิผลของการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และยังมีโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้มากกว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ศึกษาในผู้ป่วย 100 รายมีภาวะอ้วน 52 ราย) ซึ่งทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลหนองคาย มีจำนวนน้อยกว่า (20ราย)

ข้อสังเกต ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลหนองคาย หลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลและปฏิบัติตาม Guideline ภาวะปวด เจ็บจนพิสัยการเคลื่อนไหวของเข่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ก่อนจำหน่ายทุกรายส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลที่ดี ตลอดจนความพึงพอใจที่ค่อนข้างสูง

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ เป็นการสรุปการติดตามประสิทธิผล ของการผ่าตัดในระยะเวลา 18 เดือนเท่านั้น ประสิทธิภาพของการผ่าตัดในระยะยาว (Long term outcome) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นประเด็นที่ท้าทาย ที่ต้องศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Canale, S.Terry, Beaty, James H. Editors. Campbell's Operative Orthopaedics.10th edition. Philadelphia: The Curtis Center; 2003
2. ศิริวรรณ ศิริบุญ,ชนตติ มลินทางกูร,ฐานข้อมูลประชากร ฝ่ายวิจัยและศูนย์สารสนเทศ ผู้สูงอายุ สิบคัน 10 มิถุนายน 2558, <http://www.cps.chula.ac.th/cps/research-division/article-ageing/ageing-001.html>
3. สุณีพร สุวรรณณณิพงศ์, พรณี พนิตประชา. สถิติการเบิกจ่ายข้อเข่าเทียมภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของภาครัฐ. Archive.lib.CMU.ac.th

วันที่ 16 มิถุนายน 2558

4. J.Jarrenpaa,J.kettunen.Obesity may impair the early outcome of total Knee arthroplasty. Scandinavian Journal of Surgery 99;45-49,2010
5. Clement ND. Patient factors that influence the outcome of total knee replacement: a critical review of the literature. OAorthopaedics 2013 Aug 01;1(2):11.
6. Michelle M., Dowsey and Peter F.M.Choong. The Utility of Outcome Measures in Total Knee Replacement Surgery.International Journal of Rheumatology Volume 2013(2013), Article ID 506518, 8 pages.
7. Barrack RL, Ruh EL, etal. Impact of socioeconomic factors on outcome of total arthroplasty.Clin Orthop Relat Res.2014 Jan; 472 (1):86-97.
8. Robert L. Kane,MD; KhaledJ. saleh,MD,etal. The Functional Outcomes of Total knee Arthroplasty. J bone joint surg Am, 2005 Aug,87(8): 1719-1724.
9. G.M. Woolhead,J.L. Donovan and P.A.Dieppe. Outcome of total knee replacement: aqualitative study. Rheumatology Received November 4,2004; Revision received April 1, 2005.
10. Andy Judge;Nigel K. Arden;Cyrus Cooper;M. etal. Predictors of Outcomes of Totalknee Replacement Surgery. Rheumatology. 2012;51(10): 1804-1813.
11. K.Giesinger,D.F. Hamilton, J.M.Giesinger. Comparative responsiveness of outcome measures for total kneeearthroplasty. Osteoarthritis and cartilage February 2014, Vol.22(2): 184-189
12. Ramkumar, P.N., Harris, J.D., Noble P.C. Patient-reported outcome measures after total knee arthroplasty.Bone joint Res July

2015; 4:120-127

13. Tim Barlow, Mark Dunbar. et al. Development of an outcome prediction tool for patients considering a total knee replacement the knee outcome prediction study (kops). BMC Musculoskeletal Disorders 2014; 15:451

14. Joseph F. Konopka, Viktor J. Hansen Et al. Risk Assessment Tools Used to Predict Outcomes of Total Hip and Total Knee Arthroplasty. July 2015 Vol.46, Issue3:351-362

15. Soren T. Skou, P.T. A Randomized, Controlled Trial of Total knee Replacement. October 22, N Engl J Med 2015; 373:1597-1606.

16. Determinants of Function after Total knee Arthroplasty .physical Therapy August 2003 Vol.83 no.8 696-706

