



วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562



UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

VOL.27 NO.1 JANUARY – APRIL 2019

ISSN 0858 – 6632

คำแนะนำสำหรับผู้ลงบทความตีพิมพ์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยและค้นคว้าวิชาการด้านการแพทย์ บทความพื้นวิชาการบรรยายพิเศษ รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ และบทความงานวิชาการอื่นๆ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ทั้งจากบุคลากรในโรงพยาบาลและบุคคลภายนอก ทั้งนี้ต้องผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยแล้ว

บทความทุกบทความจะได้รับการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ และต่างหน่วยงาน/ต่างสถาบัน อย่างน้อยจำนวน ๒ ท่าน โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์บทความ

ต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาด ๑๖ รวมแล้วเอกสารไม่ควรเกิน ๑๐ - ๑๒ หน้า ส่งต้นฉบับ ๒ ชุด พร้อม handy drive หรือแผ่น CD และมีจดหมายเขียนถึงบรรณาธิการ เพื่อส่งต้นฉบับลงพิมพ์และจะต้องลงลายมือชื่อของผู้นิพนธ์ทุกคนในจดหมาย

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรกระชับและสื่อความหมายชัดเจนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้นิพนธ์ใช้ระบบชื่อนามสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงานด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็น วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สิ่งตรวจพบ หลักฐาน และผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ ภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต จำนวนคำไม่เกิน ๓๐๐ ตัวอักษร ไม่ควรมีคำย่อ ควรมีคำสำคัญ (Key word) สั้นๆ ไม่มีการอ้างอิงเอกสารในบทคัดย่อ

เนื้อเรื่อง ควรเสนอตามลำดับขั้นตอนคือ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา แผนภูมิหรือตารางนำเสนอตามหลังเนื้อหา (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก(Arabic) เอกสารอ้างอิงไว้บนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมการอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ชื่อเรียงตามรูปแบบของ International Committee of Medical Journal

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

ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงหรือใช้ตามเอกสารนั้นๆ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

๑. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์:ปีที่ (Vol):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน ๖ คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี ๗ คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง ๖ ชื่อแรก และตามด้วย et al

๑. สันทิต บุญยสง. สาเหตุการขาดอากาศของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารกรมการแพทย์ 2540;24:7-16

๒. Apgar. A Proposol for a new method of evaluation of the newborn infant. Anes Analog 1953;32:260

๒. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

๒.๑ หนังสือหรือตำราที่ผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่.ผู้นิพนธ์/หน่วยงาน.ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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

๒. Jones KL. Smith's recognizable patterns

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

๒.๒ หนังสือมีบรรณาธิการ

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

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

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

๒.๓ บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

๑. ชีระ ลีลานันทกิจ, ชูทิพย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Theraphy) 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 Lipincott, 1986:0368-83.

๓. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)

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

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

๔. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

๑. พรทิพย์ อุโนโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ

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

๕. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

๑. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serialonline) 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

๖.๑ เอกสารอ้างอิงประเภทพจนานุกรม

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

๑. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; ๒๕๓๔. ๕๔๕.

๖.๒ การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์

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

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

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

สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสาร จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน ๒ ชุด

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ชลการ์ ทรงศรี, ณรงค์ จันทร์แก้ว	1
ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล	12
ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี วัชรินทร์ อินกลอง, หทัยชนก นาเจิมพลอย	21
ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นฤมล จันทร์สุข, ยุทธนา พินิจกิจ, ชวนนท์ จันทร์สุข	30
ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ในโรงพยาบาลสองดาว ลุนนี ราชไชย, พรรณนรดา สุวัน, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์	40
การใช้งานรองเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่เท้าในเขตอำเภอสว่างแดนดิน พิชิต แร่ถ้าย	53
การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และ คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม อนัญญา ลาลุน อาจารย์, ศิปปภา ภูมมารักษ์, เกรียงวรา เข้มทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน, มัณฑนา เป็งยาวงค์	62
ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 (Udonthanimodel classifying pregnancy 2016) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 32 แห่ง อ.เมือง จ.อุดรธานี เพ็ญจันทร์ ชัยชมพู, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	69
ปัจจัยที่มีผลกระทบในการจัดทำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลอุดรธานี ปัญญารักษ์ แสงเจริญ	80

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การรักษารอยทะเลในคลองรากฟันด้วยวัสดุเอ็มทีเอ: กรณีศึกษา ปิยะพร ตั้งสกุล	90

ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ชลการ ทรงศรี ปรัชญาคุณภักดิ์บัณฑิต พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุดรธานี

ณรงค์ จันท์แก้ว พ.บ. นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการเช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน ความ
พิการ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งการเสียชีวิตตามมา ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดจาก
ปัญหาดังกล่าวได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความ
ต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 3 (ผู้ป่วยติดเตียง) ในพื้นที่
อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินความต้องการการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย 70 คน
(ร้อยละ 65.42) รองลงมาในระดับปานกลาง 25 คน (ร้อยละ 23.36) และระดับมาก 12 คน (ร้อยละ 11.21) ความ
ต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกด้านโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.64, S.D.= 0.80)
เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่ามีความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในระดับที่มากที่สุด (\bar{X} =3.78,
S.D.=0.67) รองลงมาคือความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (\bar{X} =3.72, S.D.= 0.68) ความ
ต้องการด้านการเงิน (\bar{X} =3.54, S.D.=0.89) ความต้องการให้ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ องค์การ
บริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (\bar{X} =3.53, S.D.=0.87) และความต้องการที่น้อยที่สุด คือความ
ต้องการการพักผ่อน (\bar{X} = 3.09, S.D.=0.84)

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นบุคคลที่ไม่ควรละเลย ควรได้รับการดูแลให้มีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ความเครียด, โรคเรื้อรัง, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยติดเตียง

Stress and Needs among Caregivers of Chronic Disease Patients, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province

Chonlakarn Songsri, Ph.D, RN., Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Thailand
Narong Chankeaw, MD., Phon Phisai Hospital, Nong Khai. Thailand.

Abstract

The chronic illness involved several situations to patients and their families for instance, complication, defect, high cost treatment include the loss of death. Its effect impact stress of their families. This study was descriptive research aimed to study stress and needs of caregivers who have been taking care of chronic disease patients, bed-ridden-type-3 patients, in Phon Phisai community hospital, Nong Khai Province. This descriptive research was conducted in 107 caregivers purposively. Research instruments applied in the study included an assessment of stress and needs questionnaire which was a five-point Likert scale with Reliability was 0.87. Data were analyzed by descriptive statistics in frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results was shown that the participants' level of stress was relatively low were 70 participants (65.42%), while the rest were found to be stress at moderate were 25 participants (23.36%) and high level were 12 participants (11.21%). When examined the participants' needs, it was reported that overall needs was at moderate level ($\bar{X}=3.64$, $SD=0.80$) with the following orders: information about medical/nursing treatments of the patients ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.67$); spiritual care ($\bar{X}=3.72$, $SD=0.68$); managing illness-relate finances ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.89$); and home health care from health providers ($\bar{X}=3.53$, $S.D.=0.87$). Interestingly, resting needs was found to be at the lowest level ($\bar{X}=3.09$, $S.D.=0.84$).

Conclusions Caregivers of chronic disease patients should not be neglected. They should receive well support in all dimensions of health including physical, mental, spiritual and social well-being.

Keyword: Stress, Needs, Caregiver, Bedridden

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตซึ่งพบประมาณ 36 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมากกว่า 14 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุระหว่าง 30 ถึง 70 ปี หรือเรียกว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง มีภาวะโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนี้มากถึงร้อยละ 86 ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้าประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และประชาชนอีกจำนวนหลายล้านคนที่จะยังต้องอยู่กับความยากจน ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2556–2563 (The Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020) เพื่อตอบสนองเป้าหมายการควบคุมป้องกันโรคที่จะต้องบรรลุ ในปี พ.ศ. 2568 ร่วมกัน¹

โรคเรื้อรัง (chronic diseases) หมายถึงโรคที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน (long duration) มีการดำเนินโรคช้า (slow progression) โดยจะมีการสะสมและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงาน ของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังที่สำคัญมี 4 ประเภท ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนมาจากวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับ

โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย² ดังนั้นโรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม³ และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในเชิงของการควบคุม การป้องกันและการรักษาพยาบาลนับเป็นมูลค่ามหาศาล⁴

นโยบายการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันผู้ป่วยเรื้อรังจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวิถีการเจ็บป่วย (illness trajectory) อยู่ในภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลันเท่านั้น ผู้ป่วยเรื้อรังอาการคงที่ จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วด้วยเหตุผลด้านค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค นานาชนิดและการกลับไปอยู่กับครอบครัวจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังเอง เป็นสาเหตุให้บุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาทของ “ญาติผู้ดูแล” ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง กล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ⁵ อย่างไรก็ตาม ในระหว่างดูแล ญาติผู้ดูแลต้องประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งส่งผลลบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง⁶ และจะส่งผลลบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามมา⁷ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจและไม่ควรมองข้ามนับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากเป็นงานที่ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองมีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นอะไรไปในระหว่างที่ตนไม่อยู่ต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม มีความกังวลในอาการของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปจึงใส่ใจกับการดูแลแต่ผู้ป่วยจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเลวลง⁸ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย เช่น หงุดหงิดโกรธง่าย เอาแต่ใจ ไม่

ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือ
อื่นๆ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลในกลุ่มภรรยาจะได้รับ
ผลกระทบมากที่สุดเนื่องจากจะรู้สึกว่าการหวงใย
และเอื้ออาทรฉันท์สามีภรรยาเปลี่ยนไปซึ่งจะสร้าง
ความทุกข์ใจให้กับญาติผู้ดูแลได้มาก⁹ ส่วนผู้ป่วย
เรื้อรังบางราย ที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้
ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งก็จะส่งผลกระทบต่อ
ฐานะ เศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความ
เครียดให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวล
ถึงอนาคตข้างหน้า¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแล
ส่วนหนึ่ง ต้องลาออกจากการงานเพื่อรับหน้าที่ดูแล ส่วน
ญาติผู้ดูแล ที่ยังคงทำงานอยู่จะส่งผลกระทบต่องาน
โดยต้องลางานบ่อยขึ้น ใช้เวลาว่างไปทำธุระส่วนตัว
มากขึ้น ทำให้มาทำงานสายหรือกลับบ้านเร็วขึ้น¹¹ มี
ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแล มักมีอาการเหนื่อยล้า
(fatigue) ไม่มีสมาธิ (lack of concentration) นอน
หลับไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะจากการดูแล (sleep
deprivation) หรือนอนหลับยากขึ้น การรับรู้คุณค่า
ในตนเองต่ำ (poor self-esteem) และต้องลดทอน
บทบาททางสังคมลง¹² (withdraw of family or
friends) ส่งผลให้ขาดแหล่งและการสนับสนุนทาง
สังคม และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าญาติผู้ดูแล
รู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม
น้อยและผลการวิจัยยังพบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลที่ได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้
มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนมาก¹³ จะเห็น
ได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับผลกระทบด้านลบ
ทั้งร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแล
ประสบความเครียดเรื้อรังในระหว่างให้การดูแลซึ่งจะ
ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพญาติ ผู้ดูแลโดยตรง¹⁴ มี
ผู้กล่าวว่าญาติผู้ดูแลคือ “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (hidden
patient) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ
ไม่ควรมองข้าม¹⁵ อย่างไรก็ตามการรับหน้าที่ญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมิได้หมายความว่า จะเกิดผลลบเพียงอย่างเดียว
การวิจัยในระยะหลังๆ ได้ศึกษาผลกระทบเชิงบวกที่
เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลด้วย พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็น
ภรรยา มีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้สามีมีอาการ
ดีขึ้นและทำให้สามีอยู่บ้านไม่ไปไหนมีโอกาสได้พบปะ

ลูกหลานมากขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของ
สามีได้และภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของ
ตนเองได้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสนใจ
ถึงผลกระทบของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
ที่บ้านเนื่องจากภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีผล
โดยตรงต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการ
ควบคุมอาการ ถ้าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล
ผู้ป่วยเรื้อรังและสามารถดูแลตนเองได้ดีในระหว่าง
ให้การดูแล ย่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การ
ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเต็มศักยภาพ ในผู้ดูแลที่มีการ
เผชิญปัญหาไม่เหมาะสม¹⁶ จะทำให้เกิดผลกระทบทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผลกระทบ
ทางด้านร่างกายได้แก่พักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า
อ่อนเพลีย และไม่มีเวลาออกกำลังกาย เนื่องจากต้อง
คอยดูแลระมัดระวังผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ร่างกาย
ทรุดโทรมลงผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่
การรู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ ท้อแท้เบื่อหน่าย วิตกกังวล¹⁷
และผลกระทบทางสังคมพบว่าผู้ดูแลมีเวลาสังสรรค์
กับเพื่อนลดลง มีเวลาให้กับส่วนรวมน้อยลง¹⁸ รู้สึกว่า
ผู้ป่วยเป็นภาระ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการ
ดูแลผู้ป่วยและไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ความสามารถ
ในการเผชิญปัญหาไม่ดีของผู้ดูแลข้างต้นส่งผลให้
ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล ถ้าผู้ดูแลสามารถในการเผชิญ
ปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลก็จะมีความ
สุขเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและผู้ป่วย¹⁹

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยให้บริการผู้ป่วยที่ป่วย
เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างและต้อง
ได้รับการดูแลใกล้ชิดที่บ้านโดยญาติและผู้ดูแล และ
จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้จำเป็นต้อง
มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 107 ราย ซึ่งประกอบ
ด้วยผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง 42 ราย โรคไต
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทาง
ช่องท้อง 38 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษา
โดยฟอกเลือด 22 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ราย
และโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับหัวใจวาย 2 ราย ซึ่ง
ในกลุ่มผู้ป่วยนี้ต้องได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลอย่าง
ใกล้ชิด จากการสำรวจเบื้องต้นพบส่วนใหญ่ผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความสัมพันธ์คือเป็น สามี ภรรยา เป็นบุตร หรือ ปู่ย่า ตา ยาย หรือบุคคลในครอบครัว และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงภาวะความเครียดและความต้องการการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างจริงจัง คณะผู้วิจัยจึงมองเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ ระดับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ไปสู่การวางแผนดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ระดับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอโพนพิสัย จังหวัด ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนตุลาคม 2561 มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัย (Participants) ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 107 คน

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 3 ทุกคน (ผู้ป่วยติดเตียง) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลโพนพิสัย สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง มีความสะดวกและยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตโดยจะถามถึงประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบสอบถามนี้เป็นข้อความและรายการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบว่า มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับใดในแต่ละด้าน ประกอบด้วยความต้องการ 9 ด้าน คือ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย การประดับประดาจิตใจ การดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ การจัดการภายในบ้าน ด้านการเงิน การพักผ่อน การสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ และนำแบบสอบถามมาแปลงเป็นระดับคะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบวัดทั้งหมดไปใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วย 30 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาค แอลฟา ได้เท่ากับ 0.87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนไปยังกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายหลังจากการผ่านพิจารณาแล้ว เลขที่ IRB BCNU 044/014/61 ทำการขออนุญาตทำการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอโพนพิสัย โดยประชุมชี้แจงโครงการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอโพนพิสัยและให้เป็นผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยได้อธิบายวิธีการดำเนินการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยที่ยินยอมโดยสมัครใจ หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ความยินยอมแล้วจึงทำการสัมภาษณ์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการหาค่าทางสถิติโดยที่

ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลระดับความเครียด วิเคราะห์โดย ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลความต้องการการดูแลของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงพรรณนาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 107 ราย ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอโพนพิสัยประเภท 3 (ติดเตียง) ทุกราย ผู้วิจัยจะนำเสนอตามวัตถุประสงค์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 78.50 และผู้ดูแลจะมีอายุมากกว่า 51 ปี เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 47.70 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.90 ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65.40 การศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.40 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนมากอยู่ที่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตรผู้ป่วยร้อยละ 33.60 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 27.10 เป็นญาติ ร้อยละ 18.70 นอกนั้นจะเป็นบิดา/มารดา และพี่/น้อง ร้อยละ 6.50 เท่ากัน และอื่นๆ ร้อยละ 7.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอำเภอโพนพิสัย (N=107)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	23	21.50
หญิง	84	78.50
2. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	1	0.90
31-40 ปี	25	23.40
41-50 ปี	30	28.00
51 ปี ขึ้นไป	51	47.70

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอำเภอโพนพิสัย (N=107) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพ		
โสด	4	3.70
คู่	93	86.90
หม้าย/หย่า/แยก	10	9.30
4. อาชีพ		
เกษตรกร	70	65.40
ค้าขาย	7	6.50
รับจ้าง	17	15.90
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	5.60
บริษัทเอกชน	1	1.90
อื่นๆ.....	6	5.60
5. วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	55	51.40
มัธยมศึกษา	36	33.60
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	9.30
ปริญญาโทขึ้นไป	1	0.90
อื่นๆ ระบุ.....	5	4.70
6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	16	15.00
1-5 ปี	55	51.40
6-10 ปี	17	15.90
10 ปี ขึ้นไป	19	17.80
7. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	70	65.40
10,001-20,000 บาท	29	27.10
20,001-30,000 บาท	1	0.90
ตั้งแต่ 30,001 บาท ขึ้นไป	7	6.50
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี / ภรรยา	29	27.10
บุตร	36	33.60
พี่ / น้อง	7	6.50
ญาติ (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)	20	18.70
บิดา/มารดา	7	6.50
อื่นๆ ระบุ.....	8	7.50

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในระดับสูงคือมีค่าคะแนน 8 คะแนนขึ้นไปจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.21 มีความเครียดในระดับปานกลางคือมีค่าคะแนน 5-7 คะแนนขึ้นไปจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 23.36 และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในระดับเล็กน้อยคือมีค่าคะแนน 0-4 คะแนนขึ้นไปจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 65.42 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (N=107)

ระดับคะแนนการประเมินความเครียด	ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0 - 4 คะแนน	70	65.42	มีความเครียดระดับเล็กน้อย
5 - 7 คะแนน	25	23.36	มีความเครียดระดับปานกลาง
8 คะแนนขึ้นไป	12	11.21	มีความเครียดระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามรายการความเครียดรายข้อพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดเป็นประจำโดยที่รู้สึก เบื่อ เซ็ง 5 คน รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย และมีสมาธิลดลง 3 คน มีปัญหาการนอนหลับเป็นประจำ 2 คน ส่วนความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งคือรู้สึกหงุดหงิดว่าวุ่นใจ 17 คน ไม่อยากพบปะผู้คน 16 คน ส่วนภาวะเครียดที่เกิดขึ้นบางครั้งคือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง 75 คน มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก 69 คน มีสมาธิน้อยลง 59 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (N=107)

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
	เป็นน้อยมาก (0 คะแนน) n (%)	เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) n (%)	เป็นบ่อยครั้ง (2 คะแนน) n (%)	เป็นประจำ (3 คะแนน) n (%)
มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	28 (26.20)	69 (64.50)	8 (7.50)	2 (1.90)
มีสมาธิน้อยลง	36 (33.60)	59 (55.10)	9 (8.40)	3 (2.80)
หงุดหงิด/กระวนกระวาย/วุ่นใจ	38 (35.50)	49 (45.80)	17 (15.90)	3 (2.80)
รู้สึกเบื่อ เซ็ง	18 (16.80)	75 (70.10)	9 (8.40)	5 (4.70)
ไม่อยากพบปะผู้คน	73 (68.20)	18 (16.80)	16 (15.00)	0.00

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกด้านโดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.80) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านพบตามลำดับคือความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มากที่สุด ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.67) ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ($\bar{X}=3.72$, S.D.=0.68) ความต้องการด้านการเงิน (\bar{X}

S.D.=0.89) ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.87) ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือต้องการการพักผ่อน ($\bar{X}=3.09$, S.D.=0.84) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความต้องการของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยด้าน	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1. ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	3.78	0.67	ปานกลาง
2. การปรับประคองจิตใจ	3.33	0.68	ปานกลาง
3. การดูแลสุขภาพ	3.42	0.70	ปานกลาง
4. การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	3.72	0.68	ปานกลาง
5. การจัดการภายในบ้าน	3.49	0.89	ปานกลาง
6. ด้านการเงิน	3.54	0.89	ปานกลาง
7. การพักผ่อน	3.09	0.84	ปานกลาง
8. การสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียด	3.21	1.01	ปานกลาง
9. การเยี่ยมบ้านจากทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อบต. ผู้นำชุมชน	3.53	0.87	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	3.46	0.80	ปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 51 ปี ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร การศึกษาในระดับประถมศึกษา และยังพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะพบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่เมื่อมีการวิเคราะห์ตามรายการความเครียดรายข้อ พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดเป็นประจำโดยกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึก เบื่อเซ็ง 5 คน (4.7%) รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายและมีสมาธิลดลง 3 คน (2.8%) มีปัญหาการนอนหลับเป็นประจำ 2 คน (1.9%) ส่วนความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นบ่อยครั้งคือรู้สึกหงุดหงิดว่าวุ่นใจ ไม่อยากพบปะผู้คน 16 คน (15%) ส่วนภาวะเครียดที่เกิดขึ้นบางครั้งคือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง 75 คน (70.1%) มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก 69 คน มีสมาธิน้อยลง 59 คน (55.1%)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ²⁰ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ช่วยตนเองได้น้อย มีความเครียดระดับสูง ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมต่างๆ ให้เกือบทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก หรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาดูแลมากขึ้นและการดูแลที่ยาวนานขึ้น นอกจากนั้นผลการศึกษายังสอดคล้องกับการผลศึกษาของ วัจนา ลีละพัฒน์และสายพิณ หัตถิรัตน์²¹ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลายาวนานในการดูแล ก่อให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในกิจกรรมเกือบทุกอย่าง ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ดูแลยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียงน้อย โดยที่จากงานวิจัยพบผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลอยู่ระหว่าง 1-5 ปี เท่านั้น ทำให้ต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงการทำงานเดิมมาดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง และจากงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่ในวัยแรงงาน ในผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงอาจจะมีผลกระทบส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการทำงาน จึงจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดความเครียด และหาแนวทางแก้ไขและร่วมกับการคัดกรองโรคซึมเศร้าเพื่อหาแนวทางดูแลต่อไป²² สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับตัวเองและยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก็จะต้องป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดในอนาคตเช่นเดียวกัน ในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางหรือสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ คับข้องใจ และยังทำใจยอมรับการเป็นผู้ดูแลที่ยาวนานไม่ได้ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา บุคลากรด้านสาธารณสุขควรให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหา หรือใช้หลักการทางศาสนา เพื่อคลายความกังวลหรือหาแนวทางในการดูแลที่

เหมาะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดที่รุนแรง

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุนหบดี และคณะ²⁰ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องการด้านข้อมูลความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต พรหมจันทร์ และคณะ²³ ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ ต้องมีการให้ข้อมูลความรู้ตลอดจนการอบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แก่ญาติและผู้ดูแลซึ่งจะทำให้ญาติและผู้ดูแลสามารถให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เตียงได้ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านถือว่าการแบกรับภาระที่ยาวนานเพราะต้องดูแลผู้ป่วยไปตลอด ไม่มีเวลาที่เป็นส่วนตัว ไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดดังผลการศึกษา ผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขารักและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยต้องให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยรู้คุณค่าของผู้ดูแล ต้องการได้รับการอภัยจากผู้ป่วยเมื่อทำผิดพลาด และต้องการเวลาในการการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจเมื่อเกิดอาการท้อแท้ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของฤทัย แสนสี²⁴ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการระดับประคองจิตใจในระดับมากโดยเฉพาะต้องการได้รับความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าที่ การรับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้พบความต้องการด้านการเงินในระดับสูงเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่าผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและความช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการวิจัยของยศพร เหลืองโสมนภา และคณะ²⁵ พบว่าความต้องการของผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวต้องการมากที่สุด คือการสนับสนุนเรื่องเงินทุนและความมั่นคงทางอาชีพ รายได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านผู้

ป่วยจากทีม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ทีมจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อ ประเมินและช่วยแบ่งเบาภาระของพวกเขาและ สร้างความมั่นใจในการดูแล ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือ การต้องการพักผ่อนอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ภรรยาหรือเป็น เครือญาติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในครอบครัว เดียวกันมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันจึงให้การดูแลและ เป็นการส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร และเกิดสัมพันธภาพที่ดี และโดยวัฒนธรรม ของ ครอบครัวไทยในชนบทส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย²⁶ มีความรักใคร่ซึ่งกันและกันสอดคล้อง กับงานวิจัย ที่พบว่า สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตและการดูแล ของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสัมพันธภาพของญาติ ผู้ดูแลที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออกมาถึง การดูแลด้วยความยินดีและเต็มใจซึ่งทั้งนี้ผู้ดูแลเกิด การปรับตัวที่เหมาะสมและสามารถลดความเครียดที่ เกิดขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลต้องใช้พลัง และทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่อง และยาวนาน ภารกิจ ในการดูแลผู้ป่วยต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรังนั้นๆ ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยเวลาใดก็ได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดตามมา จากผลการ วิจัยนี้พยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยควรมีการประเมินความเครียด การรับรู้สมรรถนะ ตนเองของญาติและผู้ดูแล ประเมินสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล และครอบครัว และประเมินแรง สนับสนุนทางสังคม บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ข้อมูล ความรู้ที่จำเป็นที่ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่ง จะทำให้ญาติและผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการแสวงหาหน่วยงานหรือเครือข่ายทางสังคม เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ที่

จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติตามความจำเป็น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพัฒนาโปรแกรม เพื่อช่วยลดความเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้อง กับบริบทของญาติผู้ดูแล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจ เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การป้องกัน ความเครียดและการปรับตัวที่เหมาะสม
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดระดับปานกลาง และสูง ควรมีการส่งทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและ ให้การดูแลช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจแก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม
4. ควรมีการเพิ่มศักยภาพบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการค้นหาผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดความเครียด และให้การให้คำปรึกษารวมถึงการ กำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ตลอดจนการจัดบริการสุขภาพ ด้าน สุขภาพจิตให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผน งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ[อินเตอร์เน็ต].2561 [เข้าถึง เมื่อ 1 สิงหาคม 256] เข้าถึงได้จาก <http://k4ds.psu.ac.th/ncd/>
2. Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee; 2003.
3. World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2005.
4. World Economic Forum. The Global Economic Burden of Non-communicable Dis-

eases. Geneva, Switzerland; World Economic Forum; 2011.

5. Allison S, et al. Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs*: 2008; 14(8): 368-72.

6. Hafsteinsdottir T B, et al. Education needs of patients with stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Ed Counsel*: 2010; 12:1-10.

7. Younhmee K, & Ratche LS. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncol*: 2009; 19: 431-40

8. Jean-Philippe, R. Ranjit, N, & Christopher C. Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodialysis Int*: 2012; 16(2): 214-9.

9. Berg, D. The hidden client' women caring for husband with COPD: Their experience of quality of life. *J Clin Nurs*: 2002; 11(5): 613-21.

10. Smith CE, Piamjariyakul U, Yardrich D M, Ross V M, Gajewski B, William A R. Complex home care: Part3-Economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcome. *Nursing Economics*: 2012; 28(6): 393-414.

11. Jung-Won L, & Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health Qual life Outcome*: 2012; 34: 147-56.

12. Shiouh-Chu S, Hengh-Sin T, & Shu-Yuan L. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *J Nurs Schol*: 2012; 44(3), 223-31.

13. Nijboer C, Tepelaar R, Triemstra M, & Van den Bos, GA. (2001). The role of social

and psychological resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*: 2001; 91:1029-39.

14. Schoenmakers B, Buntinx F, & Delepeleire L. Factor determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia: A systematic literature review. *Maturitas*: 2010; 9: 191-200.

15. Larson J, et al. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses stroke patients during the first year after the patients stroke events: A longitudinal study. *Inter J Nurs Stud*: 2008; 45(2): 257-65.

16. Hall, M. J. and Docherty, N.M. Parent coping styles and Schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. *Family Process*: 2000; 39: 435-444.

17. เวทีนี้ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์ หิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อล่า. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544; 46(2): 107-117

18. สายใจ ก้าวอนันต์คุณ.ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.

19. Liu Wei-feng, Zhang Wei-min, Huang Run-quan Research on the coping style and its related factors in caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*: 2010; 18: 311-319.

20. อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรภรณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *ว.วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 2556; 24(1): 1-9.

21. วจนา ลีละ พัฒนะ, สายพิน หัตถิรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://>

med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/
article__4

22. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง): พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2555.

23. สมจิต พรหมจันทร์. และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2(1): 37-51.

24. ฤทัย แสนสี. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

25. ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, สุกัญญา ชันวิเศษ. คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของ ผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. ว.ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2554; 28(2): 98-109.

26. พรทิพย์ ไก่ภูรานนท์. เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: นำกิจการพิมพ์; 2552.

ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเพื่อการคัดกรองโรคปริทันต์ อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล (ทบ. ป.บัณฑิต อนุมัติบัตรสาขาปริทันต์วิทยา) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การรักษาเบาหวานควบคู่กับการรักษาโรคในช่องปากมีความสำคัญที่ช่วยลดการสูญเสียฟันและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีการตรวจวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบทางคลินิกตามวิธีมาตรฐานต้องใช้ทันตแพทย์และเครื่องมือเฉพาะทาง การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของการคัดกรองเบื้องต้นโดยการใช้แบบสอบถามในการวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยนี้เป็นการศึกษา Diagnostic test ประชากรศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจคัดกรองสภาวะสุขภาพช่องปากที่แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 138 คน ใช้แบบสอบถามและการตรวจมาตรฐานวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์และทดสอบความเที่ยงตรง

ผลการศึกษา พบความซุกของโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 40.6 ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม 7 ข้อ ที่จุดตัดตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปให้ค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 95.9 และ 45.1 ค่าความถูกต้องของการทำนายร้อยละ 85.4 (AUC=0.85, 95%CI 0.79, 0.92) แต่ถ้าตัดคำถามที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 คำถามพบว่าให้ค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 92.9 และ 32.9 ค่าความถูกต้องของการทำนายดีขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 88.4 (AUC=0.88, 95%CI 0.83, 0.94)

สรุป การใช้แบบสอบถามทั้งสองชุด (7 ข้อหรือ 4 ข้อ) มีความเที่ยงตรงเหมาะสมสำหรับการคัดกรองโรคปริทันต์อักเสบเบื้องต้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: โรคปริทันต์อักเสบ, เบาหวานชนิดที่ 2, แบบคัดกรอง, ความเที่ยงตรง

Validation of the screening questionnaire for predicting Periodontitis in type 2 Diabetes Mellitus.

Sirirat Veerasethakul. DDS. Cert. in Perio.Dip.Thai board of Periodontology. Dental department Udonthani hospital.

Abstract

Periodontal treatment in Diabetes patient is important to reduce teeth loss and ensure good quality of life. Diagnostic of Periodontitis in accordance with gold standard method requires a specialist and specialized tools. Therefore, this study aims to investigate a validity to investigate a validity of the screening questionnaire for predicting periodontitis in type 2 Diabetes (DM type 2). This was a diagnostic test study. General population was diabetes type 2 who was got a routine oral examination at dental department Udonthani hospital between July 2017 and June 2018. Sample size was 138. The gold standard oral examination were used. Descriptive statistics and analytical statistics were performed to analyze factors associated and the validity of the questionnaire.

Result shown that the prevalence of periodontitis was 40.6 percent. At cut point score 2 of 7 questions, sensitivity and specification were 95.9% and 45.1%, the accuracy of the prediction of 85.4% (AUC=0.85, 95% CI 0.79, 0.92). But when analyzed only 4 associated significant questions. Sensitivity and specification were 92.9% and 32.9%, the accuracy of the prediction of 88.4% (AUC=0.88, 95% CI 0.83, 0.94).

Conclusion: The both screening questionnaires (7 or 4 questions) have suitable validity to predict periodontitis in patients with DM type 2.

Keyword: Periodontitis, DM type 2, screening, validity

บทนำ

ความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานกับโรคปริทันต์อักเสบ พบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ ถ้าผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน และทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด

การรักษาเบาหวานควบคู่กับการรักษาโรคในช่องปากรวมถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดการสูญเสียฟันและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองในช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2557, 2558, 2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 4,685, 4,418 และ 3,192 รายตามลำดับ สถิติในปี พ.ศ.2559 มีจำนวนลดลงเนื่องจากมีความจำเป็นในการเปลี่ยนระบบจากการคัดกรองนอกเวลาเป็นการตรวจในเวลาทันตแพทย์มีภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยล้มมือและผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมาคัดกรอง ผลจากการตรวจคัดกรองพบผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบจำนวน 639 ราย (ร้อยละ 13.5), 604 ราย (ร้อยละ 13.7) และ 609 ราย (ร้อยละ 19.1) ตามลำดับ

การตรวจวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบทางคลินิกตามวิธีมาตรฐาน ต้องใช้การวัดกระเปาะปริทันต์ทั้งปาก ซึ่งต้องใช้บุคลากรเฉพาะทางและเครื่องมือเฉพาะ มีการศึกษาการประเมินผลการใช้แบบสอบถามเพื่อช่วยในการคัดกรองการวินิจฉัยโรคปริทันต์เบื้องต้นให้ผลการทำนายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของชนิดคำถามและประชากรศึกษา²

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของการคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามในการวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ป่วยเบาหวานสามารถประเมินภาวะสุขภาพช่องปากได้ด้วยตัวเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษา Diagnostic test ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพช่องปาก ที่แผนกทันตกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานีระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)³ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือด Fasting blood sugar(FBS) ≥ 126 mg/dl. หรือ HbA1c ≥ 6.5 mg% มีฟันเหลืออย่างน้อย 20 ซี่และแต่ละส่วนของช่องปากจะต้องมีฟันอย่างน้อย 2 ซี่ที่ยังใช้งานได้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากศึกษา (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะก่อนการตรวจในช่องปาก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁴ จากค่าความไวร้อยละ 80.4 ค่าความเฉพาะร้อยละ 70.63 ค่าความเที่ยงตรงที่ยอมรับได้ (desired precision) เท่ากับ 0.1 ค่าความชุกโรคปริทันต์อักเสบจากการคัดกรองปี พ.ศ.2559 โรงพยาบาลอุดรธานี ร้อยละ 19.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่โครงการ EC 72/2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการสัมภาษณ์ตอบแบบสอบถามและการตรวจสถานะปริทันต์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติทางการแพทย์ ประวัติทางทันตกรรมจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานะโรคปริทันต์อักเสบจำนวน 8 ข้อ ซึ่งได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม^{2,5-8} โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบภาษาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกการตรวจในช่องปากจากทันตแพทย์ท่านเดียว

เพื่อวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบตามวิธีมาตรฐาน แบบผลโรคปริทันต์อักเสบจากการประยุกต์ดัชนีการตรวจสถานะปริทันต์ (The periodontal screening index, PSI, periodontal screening index and recording, PSR)⁹ และดัชนีปริทันต์ชุมชน (Community Periodontal Index of Treatment Needs, CPITN)¹⁰ โดยใช้กระจกส่องปากและเครื่องมือตรวจปริทันต์ (periodontal probe) การตรวจจะแบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน (sextant) บันทึกร่องลึกปริทันต์ฟันที่เป็นตัวแทนแต่ละส่วน หรือซี่ที่ใกล้เคียงกรณีฟันตัวแทนถูกถอนไป ตามระบบการตรวจรักษาทางปริทันต์วิทยา และใช้คะแนนสูงสุดในแต่ละส่วน ดังนี้

6	1	6
6	1	6

การแปลผลระดับคะแนนจาก The periodontal screening index (PSI) คือระดับคะแนน 0 = ภาวะปกติ, 1 = เลือดออก, 2 = มีหินปูนเหนือเหงือกและใต้เหงือก, 3 = ร่องเหงือกลึก >3.5 มม. - 5.5 มม., 4 = ร่องเหงือกลึก > 5.5 มม. ใช้ค่าที่มากที่สุดในแต่ละส่วน⁹

การแปลผลระดับคะแนนจาก CPI คือระดับคะแนน 0 = ภาวะเหงือกปกติ, 1 = มีเลือดออกในร่องเหงือกภายหลังจากตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = พบหินน้ำลายและแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังการตรวจร่องเหงือก, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 3.5 – 5.5 มิลลิเมตร, 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 5.5 มิลลิเมตร หรือมากกว่า¹⁰

วินิจฉัยโรคปริทันต์จากคะแนนสถานะปริทันต์ถ้าระดับคะแนน 1 และ 2 เป็นโรคเหงือกอักเสบระดับคะแนน 3 และ 4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบ

การแปลผลจาก TN (ความต้องการรักษาทางปริทันต์) จากผลระดับคะแนนจาก CPI เป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีคะแนน CPI 0 (TN0) ไม่ต้องการรักษาทางปริทันต์ กลุ่มที่มีระดับคะแนน CPI 1-4 (TN1) ให้ทันตสุขศึกษา กลุ่มที่มีระดับคะแนน CPI 1-2 (TN2) ต้องได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนและ

ขัดฟันเพิ่ม กลุ่มที่มีระดับคะแนน CPI 3-4 (TN3) ต้องได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูน เกลารากฟัน หรือทำศัลยกรรมปริทันต์¹⁰

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ประวัติทางการแพทย์ ประวัติทางพันธุกรรม สถานะและความต้องการการรักษาโรคปริทันต์ ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคำถามแต่ละข้อกับสถานะโรคปริทันต์ด้วย Multiple logistic regression และทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามกับผลการวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบจากการตรวจช่องปากที่ถือเป็นมาตรฐาน (gold standard) ด้วยค่าความไว (sensitivity), ความจำเพาะ (specificity), ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก (positive predictive value, PPV) ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ (negative predictive value, NPV) likelihood ratio (LR) ค่าความถูกต้อง (Accuracy) และการวิเคราะห์ receiver operating characteristic (ROC) พิจารณาร่วมกับพื้นที่ใต้โค้ง (area under curve, AUC)

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 138 คน อายุเฉลี่ย 56.4 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.8 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.3 ปี(ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) เฉลี่ย 172.5 มก./ดล. (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 65.9) ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.4 มีโรคร่วม เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52.2) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.2) ประวัติการรักษาทางทันตกรรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 33.3 เป็นการถอนฟันร้อยละ 17.4 ขูดหินปูนร้อยละ 16.7 เคยรักษาโรคปริทันต์อักเสบเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.7) มากกว่าครึ่งที่พบทันตแพทย์ครั้งหลังสุดนานกว่า 12 เดือน ร้อยละ 52.2 เมื่อให้ประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองส่วนใหญ่ประเมินให้สถานะในช่องปากอยู่ในระดับแย่ ร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=138)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	32 (23.2)
หญิง	106 (76.8)
อายุ (ปี)	
Mean (SD), min-max	56.4 (9.8), 30-79
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)	
Mean (SD), min-max	8.3 (6.3), 1-30
ระดับน้ำตาลในเลือด	
FBS (mg/dl) Mean (SD), min-max	172.5 (65.9), 72-380
HbA1c (%) Mean (SD), min-max	8.6 (2.3), 4-17
BMI (kg/m²)	
Mean (SD), min-max	27.5 (5.2), 17.9-54.9
โรคประจำตัว	
ไม่มี	34 (24.6)
มี	104 (75.4)
ไขมันในเลือดสูง	72 (52.2)
ความดันโลหิตสูง	21 (15.2)
โรคหัวใจ	18 (13.0)
โรคไต	85 (13.0)
อื่นๆ	13 (9.4)
การสูบบุหรี่ (มวน/วัน)	
ไม่สูบ	136 (98.6)
สูบ	2 (1.4)
ประวัติการรักษาทางทันตกรรมภายใน 1 ปี	
ไม่เคยรับรักษา	92 (66.7)
การรักษาที่ได้รับ	
ถอนฟัน	24 (17.4)
อุดฟัน	16 (11.6)
ซุดหินปูน	23 (16.7)
ใส่ฟันปลอม	5 (3.6)
รักษาโรคปริทันต์อักเสบ	1 (0.7)
ประวัติการใส่ฟันปลอม	
ไม่ได้ใส่ฟันปลอม	130 (94.2)
ใส่ฟันปลอมแบบถอดได้	6 (4.3)
ใส่ฟันปลอมแบบติดแน่น	2 (1.4)
การพบทันตแพทย์ครั้งหลังสุด (เดือน)	
<6	20 (14.5)
6-12	46 (33.3)
>12	72 (52.2)
การประเมินสุขภาพฟันในช่องปากด้วยตัวเอง	
ดีมาก	2 (1.4)
ดี	38 (27.5)
แย่	92 (66.7)
แย่มาก	6 (4.3)

การตรวจสภาวะโรคปริทันต์ The periodontal screening index (PSI) และ Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) ของผู้ร่วมวิจัยตามวิธีตรวจมาตรฐานพบมีสภาวะปริทันต์ปกติเพียงร้อยละ 1.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบและต้องการการรักษาร้อยละ 40.6 มีจำนวนฟันที่เหลือเฉลี่ย 27.8 ซี่ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สภาวะโรคปริทันต์ของกลุ่มตัวอย่าง

Clinical parameter	จำนวน (ร้อยละ)
PSI	
0	2 (1.4)
1	17 (12.3)
2	63 (45.7)
3	30 (21.7)
4	26 (18.8)
PSI/G	
1	82 (59.4)
2	56 (40.6)
CPI	
0	3 (2.2)
1	17 (12.3)
2	61 (44.2)
3	33 (23.9)
4	24 (17.4)
TN	
0	3 (2.2)
1	19 (13.8)
2	60 (43.5)
3	56 (40.6)
จำนวนฟันที่เหลือ(ซี่)	
Mean (SD), min-max	27.8 (3.2), 15-32

เมื่อพิจารณาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก (PPV) ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ (NPV) และค่า likelihood ratio (LR) ของคำถามแต่ละข้อพบว่าคำถามที่คัดกรองดีที่สุดคือคำถามข้อที่ 3 ท่านเคยมีอาการเหงือกบวม มีค่าความไวร้อยละ 71.4 ค่าความจำเพาะร้อยละ 81.7 ค่าความถูกต้องร้อยละ 77.5 ข้อที่ 2 ท่านมีฟันโยกในช่องปากมีค่าความไวร้อยละ 62.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 85.4 และค่าความถูกต้องร้อยละ 76.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก (PPV) ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ (NPV) และค่า likelihood ratio (LR) ของคำถามแต่ละข้อ

คำถาม	sensi- tivity	speci- ficity	PPV	NPV	+LR	-LR	accu- racy
1. ท่านมีอาการแปร่งฟันแล้วมีเลือดออก	46.4	87.8	72.2	70.6	3.80	0.61	71.1
2. ท่านมีฟันโยกในช่องปาก	62.5	85.4	74.5	76.9	4.28	0.45	76.1
3. ท่านเคยมีอาการเหงือกบวม	71.4	81.7	72.7	80.7	3.90	0.35	77.5
4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับฟัน	62.5	67.1	56.5	72.4	1.88	0.57	65.2
5. ท่านมีเศษอาหารติดชอกฟันหลังทานอาหาร	98.2	17.1	44.7	93.3	1.18	0.11	50.0
6. ท่านรู้สึกว่าฟันบางซี่ยื่นยาวกว่าปกติ	42.9	82.9	63.2	68.0	2.51	0.69	66.7
7. ท่านเคยถอนฟันเนื่องจากฟันโยก	46.4	76.8	57.8	67.7	2.00	0.70	64.5

ค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก (PPV) ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ (NPV) และค่า likelihood ratio (LR) ของจุดตัดที่ค่าคะแนนต่างๆของชุดคำถามเมื่อคิดสถานะโรคปริทันต์อักเสบที่ค่าคะแนนจุดตัดจากคำถามตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปให้ค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 95.9 และ 45.1 ตามลำดับพบว่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับจุดตัดคือ 4 คะแนนซึ่งให้ค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 69.6 และ 86.6 มีความถูกต้องของการทำนาย (ROC curve) ร้อยละ 85.4 (AUC=0.85, 95% CI 0.79, 0.92) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก (PPV) ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ (NPV) และค่า likelihood ratio (LR) ของจุดตัดที่ค่าคะแนนต่างๆของชุดคำถาม

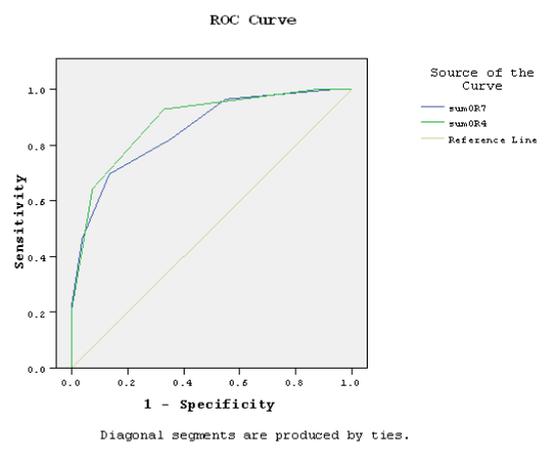
จุดตัด คะแนน	แบบการทำนายโรคปริทันต์อักเสบ						
	sensi- tivity	speci- ficity	PPV	NPV	+LR	-LR	P-Value
≥2	95.9	45.1	51.1	45.1	1.8	0.09	≤ .001
≥3	82.1	64.6	61.3	84.1	5.2	0.35	≤ .001
≥4	69.6	86.6	78.0	80.7	12.5	0.56	≤ .001
≥5	46.4	96.3	89.7	72.5	na	0.01	≤ .001
≥6	23.2	100	100	65.5	2.3	0.28	0.021

เมื่อเปรียบเทียบข้อคำถามรายชื่อกับสถานะโรคปริทันต์อักเสบด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัย (Multiple logistic regression) พบว่าไม่มีความแตกต่างของข้อคำถามที่ 4 ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับฟันคำถามที่ 6 ท่านรู้สึกว่าฟันบางซี่ยื่นยาวกว่าปกติ และคำถามที่ 7 ท่านเคยถอนฟันเนื่องจากฟันโยก (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรของคำถามกับสถานะโรคปริทันต์

คำถาม	perion (%)	non perio (%)	Adj. OR	95%CI	P- Value
	n=56	n=82			
1. ท่านมีอาการแปร่งฟันแล้วมีเลือดออก	26(46.4)	10(12.2)	3.52	1.14,10.87	0.029
2. ท่านมีฟันโยกในช่องปาก	35(62.5)	12(14.6)	9.11	2.86,28.99	<.001
3. ท่านเคยมีอาการเหงือกบวม	40(71.4)	15(18.3)	10.20	3.64,28.62	<.001
4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับฟัน	35(62.5)	27(32.9)	1.33	0.48,3.68	0.580
5. ท่านมีเศษอาหารติดชอกฟันหลังทานอาหาร	55(98.2)	68(82.9)	26.37	1.62,429.88	0.022
6. ท่านรู้สึกว่าฟันบางซี่ยื่นยาวกว่าปกติ	24(42.9)	14(17.1)	1.72	0.53,5.65	0.368
7. ท่านเคยถอนฟันเนื่องจากฟันโยก	26(46.4)	19(23.2)	0.72	0.22,2.36	0.584

ดังนั้นเมื่อตัดคะแนนจากคำถามทั้ง 3 คำถามออกคิดเพียง 4 คำถามตรวจสอบความถูกต้องของการทำนาย พบดีขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 88.4 (AUC=0.88, 95% CI 0.83,0.94) รูปที่ 1



บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบความชุกของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 40.6 ซึ่งสูงกว่ารายงานที่ผ่านมาในปี 2559 ที่มีความชุกเพียงร้อยละ 19.07 เนื่องจากการคัดกรองปกติไม่ได้ใช้ดัชนีสถานะปริทันต์ The periodontal screening index (PSI) ซึ่งวินิจฉัยการเป็นโรคปริทันต์อักเสบเมื่อตรวจพบร่องเหงือกลึก >3.5 มม. มีการศึกษาพบว่าความชุกของโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานจะมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 3 เท่า¹¹ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบคือ เพศชาย (OR=2.17) การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (OR=2.58) ความถี่ของการพบทันตแพทย์ (OR=2.77)¹² ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับปัจจัยทั่วไปทั้งเรื่องเพศ อายุ ความถี่ในการพบทันตแพทย์

การศึกษาถึงความถูกต้องของแบบสอบถามเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าคำถามที่มีค่าเที่ยงตรงสูงที่สุดคือคำถามข้อที่ 3 ท่านเคยมีอาการเหงือกบวมหรือไม่มีผลรวมค่าความไว (71.4) และค่าความจำเพาะ (81.7) ได้เท่ากับร้อยละ 153.1 ซึ่งถือเป็นค่าที่ยอมรับได้จากการกำหนดเพื่อใช้เปรียบเทียบความถูกต้องกับการศึกษาอื่นตามการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เรื่องความเที่ยงตรงของคำถามแบบตอบเองเพื่อวินิจฉัยโรคปริทันต์² ที่กำหนดไว้ให้ยอมรับผลรวมที่มากกว่าร้อยละ 120 ขึ้นไป คำถามที่คัดกรองได้เที่ยงตรงจากการรวบรวมในงานวิจัยดังกล่าวคือ คำถามที่ถามด้วยความหมายว่าเคยมีทันตแพทย์แนะนำให้ท่านรักษาโรคปริทันต์อักเสบ (โรครำมะนาด) หรือไม่มีผลรวมค่าความไว (92) และค่าความจำเพาะ (53) เท่ากับร้อยละ 145 แต่คำถามข้อนี้ถูกตัดออกจากการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ตอบไม่ได้เพราะไม่เข้าใจความหมายของโรคปริทันต์อักเสบ (โรครำมะนาด) ทำให้การศึกษาครั้งนี้เหลือแบบสอบถาม 7 ข้อ

เมื่อเปรียบเทียบคำถามเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฟันโยกซึ่งเป็นอาการแสดงของโรคปริทันต์อักเสบพบว่าคำถามข้อที่ 2 ท่านมีฟันโยกในช่องปากหรือไม่ มีผล

รวมค่าความไว (62.5) และค่าความจำเพาะ (85.4) ร้อยละ 147.9 ซึ่งใกล้เคียงกันกับผลการศึกษากลับทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือผลรวมค่าความไว (92) และค่าความจำเพาะ (53) ร้อยละ 145² และสอดคล้องกับการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort) ในชาวญี่ปุ่นพบว่าผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการพบฟันโยกในการติดตามระยะ 5 ปี (adj.RR=1.73, 95%CI=1.14, 2.64)¹³

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรของแบบสอบถามกับสถานะโรคปริทันต์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคำถามข้อ 4 ถามว่าในสามเดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกว่าคุณมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ข้อ 6 ท่านรู้สึกว่ามีฟันบางซี่ยื่นยาวกว่าปกติ และข้อ 7 ท่านเคยถอนฟันเนื่องจากฟันโยก ในการศึกษาของ Robert J. Gengo และคณะ¹⁴ ซึ่งทำการทดสอบความถูกต้องของแบบสอบถามก็พิจารณาตัดคำถามที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติออก และทดสอบความเที่ยงตรงโดยใช้แบบสอบถาม 3 ข้อคือ ท่านเคยมีอาการเจ็บที่เหงือก, ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนและเคยมีทันตแพทย์แนะนำให้ท่านรักษาโรคปริทันต์อักเสบหรือไม่ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์อักเสบ 5 ข้อ (เพศ อายุ เชื้อชาติ การสูบบุหรี่ และการเป็นเบาหวาน) ให้ผลรวมค่าความไวกับค่าความจำเพาะร้อยละ 142 ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) 0.76 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gray D.Slade⁵ ที่ใช้แบบสอบถาม 6 ข้อ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงของโรคปริทันต์อักเสบ 5 ข้อให้ผลรวมค่าความไวกับค่าความจำเพาะร้อยละ 139 ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) 0.75 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในชุดคำถาม 7 ข้อให้ผลรวมค่าความไว (96.4) กับค่าความจำเพาะ (54.9) ร้อยละ 151.3 ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) 0.85 และ ชุดคำถาม 4 ข้อ ให้ผลรวมค่าความไว (92.9) และค่าความจำเพาะ (32.9) ร้อยละ 125.8 ค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) 0.88 ซึ่งแบบคัดกรองที่มีค่าความไวสูงเหมาะที่จะใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่จะต้องทำการตรวจที่จำเพาะขึ้นเพื่อการวินิจฉัยต่อไป และการสร้าง

ROC curve โดยเปรียบเทียบพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) ของแบบคัดกรอง 2 ชุด ที่ให้พื้นที่มากกว่าแสดงถึงประสิทธิภาพที่สูงกว่า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมากโดยใช้แบบสอบถามเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากได้ด้วยตัวเอง ก่อนที่จะมาพบทันตแพทย์เพื่อลดความแออัดและข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามการเลือกใช้แบบสอบถามที่เหมาะสมควรพิจารณาถึงความซุกซนของโรคนั้นๆในประชากรที่ต้องการศึกษาด้วยเพราะจะมีผลต่อความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็นหรือไม่ได้เป็นโรคนั้นจริง (predictive value) และควรมีการปรับปรุงเรื่องความหมายของคำถามให้ตรงกับอาการแสดงของโรคให้ชัดเจน ทำการศึกษาเพื่อหาความเที่ยงและจุดตัดของชุดคำถามเพื่อให้ผลการคัดกรองได้ค่าความถูกต้องใกล้เคียงกับการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานมากที่สุด

สรุปผลการศึกษารูปแบบคัดกรองทั้งสองชุด (7 ข้อหรือ 4 ข้อ) มีความเที่ยงตรงสำหรับให้บุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากก่อนพบทันตแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลอุดรธานีได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรภรณ์ เสนสอน,สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา,เสาวนันทน์บำเรอราช. โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก.ว.ทันต.ขอนแก่น 2553; 13(2): 95-106
2. Blicher B, Joshipura K, Eke P. Validation of Self-reported Periodontal Disease: A Systematic Review.J dent res 2005; 84(10): 881-90.
3. Quisumbing JP, LoTE, Lagaya-Estrada Ma. C, Kimono C, Jasul Jr. Validation of the Oral Health Screening Questionnaire in Predicting Serious Periodontitis Among Adult Filipinos with Type 2 Diabetes Mellitus. J ASE-

AN Fed Endocr Soc 2016; 31(2): 106-114.

4. Mustansir Zaidi, Fatima Waseem, Fahim Ahmed, IrfanZafar andSaniaFahim. Sample size Estimationof diagnostic test studies in health sciences. 14th International Conference on Statistical Sciences Karachi, Pakistan 2016; 29: 239-246.

5. KhaderY, Alhabashneh R, Alhersh F. Validity of a Self-Reported Periodontal Disease Questionnaire Among Jordanians. Dentistry 2014;4: 201-217.

6. Cyrino RM, Miranda Cota, Maria CE, Bastos EM, Fernando Oliveira LF Costa. Evaluation of Self-Reported measures for Prediction of Periodontitis in a Sample of Brazilians. J periodontal 2011; 82(12): 1693-704.

7. MillerKristen, EkePaul I, Schoua GlusbergAlisu. Cognitive Evaluation of Self Report Questions for Surveillance of Periodontitis. J periodontal 2007; 78(7 Suppl): 1455-62.

8. Slade Gary D. Interim Analysis of Validity of Periodontitis Screening Questions in the Australian population. J periodontal 2007; 78 (7 Suppl): 1463-70.

9. RenatusA, KottmannT, Schwarzenberger F, Jentsch H. Evaluation of a New Self-Reported Tool for Periodontitis Screening. J Clin Diagn Res 2016; 10(6): 107-112.

10. Bassani DG, Silva CM, Oppermann RV. Validity of the Community Periodontal Index of Treatment needs (CPITN) for population periodontitis screening. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro 2006; 22(2): 277-283.

11. Mealey BI, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal disease. J Periodont 2006; 77(8): 1289-1303.

12. Tom Edward Lo, Ma. Lagaya-Es-

trada C, Jimeno C, JasulG Jr. Clinical Utility of Self-Reported Oral Health Measures for predicting Periodontitis among Adult Filipinos with Type 2 DM. 2016. Available from:<http://dx.doi.org/10.15605/jafes.031.01.03>

13. Miyawaki A, Toyokawa S, Inoue K, Miyoshi Y, Kobayashi Y. Self-Reported Periodontitis And incident Type 2 Diabetes among male workers from a 5-Year Follow-Up to MY Health Up Study. PLoS ONE 2016; 11(4): e0153464.

14. Robert J Genco, Karen L Falkner, SaraGrossi,Dunford R.and Trevisan M. Validity of Self Reported Measures for Surveillance of Periodontal Disease in Two Western New York Population Based Studies. J periodontal 2007; 78(7 Suppl): 1439-54

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

วัชรินทร์ อินกลอง พ.บ. ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว) โรงพยาบาลบ้านผือ
หทัยชนก นาเจิมพลอย สบ. โรงพยาบาลบ้านผือ

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่ออวัยวะปริทันต์และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ จึงเป็นที่มาของการศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์หลังการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่เพื่อลดระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี และ 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2561 โดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ ด้วยกระบวนการ 5A5R5D กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ จำนวน 212 คน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ชุด เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบวัดความรุนแรงของการติดสูบบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก ชุดที่ 2 โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มมากขึ้นในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 45.8 โดยรวมมีคะแนนความตั้งใจเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 (mean 2.05, SD 0.36) มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 (mean 27.23, SD 5.45) ผลลัพธ์หลังการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่มีระดับความรุนแรงการติดบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจากติดสารนิโคตินจำนวนเฉลี่ย 53.0 คน ลดลงเป็นไม่ติดสารนิโคตินจำนวนเฉลี่ย 46.7 คน และพบว่าความรุนแรงของการติดบุหรี่ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่และสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($Adj.R^2=0.554$) แสดงได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและสามารถลดความรุนแรงของการติดบุหรี่ จึงส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้นได้ ร้อยละ 55.4 การศึกษาครั้งนี้พบความรุนแรงของการติดบุหรี่ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่

คำสำคัญ : ความรุนแรง, ความตั้งใจ, พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก, ภาวะสุขภาพช่องปาก

Correlation between Violence of Tobacco Dependence, Intention Smoking Cessation and Oral Behavior Effect on Oral Health Status among Smoker in Klangyai subdistrict, Ban Phue district, Udonthani province

Watcharin Inklong MD. Dip. Thai Board of Family Medicine, Ban Phue Hospital
Hathaichanok Najermploi BPH., Ban Phue Hospital

ABSTRACT

Smoking affects periodontal organs and is associated with the occurrence of periodontitis. Therefore this research 1) To study the severity of cigarette addiction Intention to quit smoking Oral health care behavior and oral health status of smokers 2) to study the results after using the smoking cessation program to reduce the severity of tobacco dependence and 3) to study the correlation between violence of tobacco dependence, intention smoking cessation and oral behavior effect on oral health status among smoker in Klangyai subdistrict, Ban Phue district, Udon Thani province. This cross-sectional descriptive study was applied used 5A5R5D activities guideline, data collected on September 2018. Samples included 212 samples during 15-60 years old of smoker. The instruments used questionnaire were intention, oral behavior smoking quit and oral health assessment after 1 month of abstinence. Analysis using percentages, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

Result Indicated that the sample had moderate severity of nicotine addiction and the highest trend was 45.8 percent. Overall the mean score for smoking cessation was 51.9% (mean 2.05, SD 0.36), mean score of oral health behaviors was 86.3 (mean 27.23, SD 5.45). Results after using the smoking cessation program had a lower level of severity than before receiving the program from nicotine addiction the average number of 53.0 person was reduced to non-nicotine 46.7 person and found the violence of smoking and behavior of oral health had relationship with oral health status among smoker and could predictors of oral health of smokers were statistically significant at less than 0.05 ($Adj.R^2 = 0.554$) show that after smoking cessation health program to good oral health status and could reduce the violence of tobacco dependence 55.4%.

this study found the violence of smoking and behavior of oral health had relationship with oral health status among smoker.

Key words: Violence, Intention, Oral Behavior, Oral Health Status

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่ออวัยวะปริทันต์และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ มีการค้นพบความสัมพันธ์นี้ครั้งแรกในปี ค.ศ.1947 ในการศึกษาของ Pindborg¹ และปัญหาทางทันตสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุ จากสถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุภาพรวมของประเทศ ร้อยละ 52.3² ปัญหาสำคัญทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคปริทันต์อักเสบ³ ซึ่งพบว่าการสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่ออวัยวะปริทันต์และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ แต่ถ้านในกลุ่มคนอายุน้อยที่สูบบุหรี่จะยิ่งเพิ่มความรุนแรงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ถึง 14.1 เท่า⁴

ปัญหาโรคฟันผุของตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบอัตราการเกิดโรคฟันผุที่สูงกว่าระดับประเทศและของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี 2558 พบว่ามีร้อยละ 65.31 (ระดับประเทศร้อยละ 57.56) เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันแท้ (DMFT) เท่ากับ 2.14 ซีต่อคน (ระดับประเทศ 1.36)⁵ ปี พ.ศ. 2560 มีประชากรทั้งหมด 8,873 คน มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 887 คน มีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 472 คน และมีผู้สูบบุหรี่ฟันผุ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 63.13 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ นอกจากนี้ยังพบสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 76.9 ฟันสึกร้อยละ 48.1 ดังนั้น โรงพยาบาลบ้านผือ จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ ตามโครงการทันตกรรมสานพลังทีมหมอครอบครัว ลด ละ เลิก บุหรี่ สู่ชุมชน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลกลางใหญ่ ให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ โดยจัดอบรมให้ความรู้ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้คำปรึกษาข้อมูลทางเลือกให้กับผู้ที่อยากเลิกบุหรี่ โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข และมีการติดตามหลังเลิกบุหรี่เพื่อให้

คนในชุมชนใช้เป็นต้นแบบในการเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์หลังการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่เพื่อลดระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปาก

คำจำกัดความในการวิจัย

ความรุนแรงของการติดบุหรี่ หมายถึง การติดสารนิโคติน ที่มีอาการแสดงว่าขาดสารนิโคตินไม่ได้ โดยประยุกต์จากแบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) เพื่อวัดระดับของการติดสารนิโคติน⁶

ความตั้งใจเลิกบุหรี่ หมายถึง ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และความเป็นไปได้ที่ผู้สูบบุหรี่จะแสดงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประเมินจากความตั้งใจ เจตนา การตัดสินใจ และความเป็นไปได้ที่จะเลิกสูบบุหรี่ ในงานวิจัยนี้ประเมินโดยมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) การให้คำปรึกษาเบื้องต้น (Counseling)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูบบุหรี่ทำเพื่อปกป้อง ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพช่องปากของตน โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ที่สูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำความสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร และการรับบริการสุขภาพช่องปาก

ภาวะสุขภาพช่องปาก หมายถึง การหาคำตอบของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีจริงหรือไม่ เป็นการตรวจประเมินทางทันตกรรมและตีความสุขภาพช่องปากจากสภาวะช่องปากที่มีอยู่ เช่น คราบจุลินทรีย์

ฟันผุ/รากฟันผุ และฟันสึก เป็นต้น

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในเดือน กันยายน 2561 ตามขอบเขตดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 472 คน

กลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁷ ดังนี้

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

N = ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 472 คน

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95
e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ โดยกำหนดเป็น 0.05

p = สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 472 คน และมีผู้สูบบุหรี่ฟันผุ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 63.13 กำหนดค่า p = 0.63 ได้กลุ่มตัวอย่าง 212 คน

$$n = \frac{472 \times (1.96)^2 \times (0.63(1-0.63))}{((0.05)^2 \times (472-1) + (1.96)^2(0.63(1-0.63)))} = 212 \text{ คน}$$

โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด คือผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี สามารถอ่าน ฟังเขียนภาษาไทย อาศัยอยู่ในเขตตำบลกลางใหญ่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่มีแนวทางการตอบข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบวัดระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบ Check list โดยประยุกต์จากแบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม (Fagerstrom

Test for Nicotine Dependence) ใช้วัดระดับของการติดสารนิโคติน⁸ ข้อทดสอบระดับความรุนแรงคะแนนรวม 10 คะแนน แปลผลดังนี้ คะแนน 0-3 = ไม่นับว่าติดสารนิโคติน, 4-5 = ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง, 6-7 = ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มติดนิโคตินระดับสูง, 8-9 = ติดสารนิโคตินในระดับสูง, 10 = ติดสารนิโคตินระดับสูงมาก

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจเลิกบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ $\alpha = 0.89$ คำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การตอบคำถาม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 5 = มีความตั้งใจมากที่สุด, 4 = มีความตั้งใจมาก, 3 = มีความตั้งใจปานกลาง, 2 = มีความตั้งใจน้อย, 1 = มีความตั้งใจน้อยที่สุด คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผลดังนี้ คะแนน 68-100 = ความตั้งใจระดับสูง, 34-67 = ความตั้งใจระดับปานกลาง, 1-33 = ความตั้งใจระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ $\alpha = 0.81$ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 5 ระดับต่อสัปดาห์ ดังนี้ ระดับ 1 = ไม่ได้ปฏิบัติเลยทั้งสัปดาห์, 2 = บางวัน (1-2 วันต่อสัปดาห์), 3 = วันเว้นวัน (3-4 วันต่อสัปดาห์), 4 = เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์), 5 = ทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) คะแนนเต็ม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลดังนี้ คะแนน 34-50 = ดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง 18-33 = ระดับปานกลาง 1-17 = ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ $\alpha = 0.85$ ผลการประเมินสุขภาพช่องปาก โดยให้ ทันตแพทย์ 1 คน เป็นผู้ตรวจช่องปากและลงผลการตรวจ ประกอบด้วย 1) เนื้อเยื่อในช่องปาก (Oral mucosa) 2) การตรวจฟันปลอม (Prosthetic status) 3) การตรวจฟัน (Dentition status) และ 4) ปัญหาสุขภาพช่องปาก เลือกตอบ ปกติ = 1, ผิดปกติ = 0 การแปลผลระดับสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 1-3 = สุขภาพช่องปากไม่ดี, 4-7 = มีสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง, 8-10 = มีสุขภาพช่องปากระดับดี

ชุดที่ 2 โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ของศูนย์วิจัย

และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 5A5R5D ผู้วิจัยได้สร้างแนวการปฏิบัติโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ตามโครงการทันตกรรม ลด ละ เลิก บุหรี่ สุ่มชุมชนตำบลกลางใหญ่ จังหวัดอุดรธานี วิธีการใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน ประยุกต์ใช้หลักการประเมินและกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจ ได้แก่ หลัก 5A (Ask การสอบถาม, Advise อันตรายความเสี่ยง, Assess การประเมินการขับเคลื่อน, Assist การช่วยเหลือ, Arrange follow up ติดตามผล) หลัก 5R (Relevance กิจกรรมจูงใจ, Risks ให้ข้อมูลเสี่ยง, Rewards ข้อดี, Road blocks ค้นอุปสรรคปัญหา, Repetition ปฏิบัติซ้ำๆ) หลัก 5D (Delay อยู่สูบบุหรี่ทันทีที่ยากสูบบุหรี่, Deep Breath การหายใจเข้า-ออกลึกๆ, Drink Water การดื่มน้ำ, Do something else การหาสิ่งอื่นแทน, Destination คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่)

การปฏิบัติโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ โดยมีทีมแพทย์และทันตแพทย์โรงพยาบาลบ้านผือร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลางใหญ่ปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ประเมินผู้สูบบุหรี่ว่าอยู่ในขั้นตอนใด ให้คำปรึกษาเบื้องต้นและเป็นศูนย์กลางแจกจ่ายผู้ป่วยไปพบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก พยาบาลวิชาชีพ ชักประวัติการสูบบุหรี่ เกสซ์กรประเมินความตั้งใจ การเลิกบุหรี่ ภาวะการติดบุหรี่ และระดับการติดสารนิโคติน นักกายภาพบำบัดประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แพทย์แผนไทยให้บริการชาหยาดอกขาวและอบสมุนไพรหลังเลิกบุหรี่เพื่อผ่อนคลายนักโภชนาการให้ความรู้และสาธิตการทำเมนูอาหารที่ทำจากมะนาวเพื่อช่วยในการลดบุหรี่ นักวิชาการสาธารณสุขให้ความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สร้างกลุ่มแกนนำในการเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านประเมินผลโปรแกรมและสำรวจจำนวนผู้ลด เลิกบุหรี่ ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน (ระยะการวิจัยกันยายน 2561), 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ จำนวน 212 คน ที่สมัครร่วมโครงการเลิกบุหรี่

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เก็บข้อมูลเมื่อได้รับรองอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีแล้ว (เลขที่รับรอง EC ที่ 9/2561) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลใน รพสต.กลางใหญ่ให้มีความเข้าใจตรงกันวัตถุประสงค์ของการวิจัยและปกป้องกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จริยธรรมฯ

3.2 ผู้เก็บข้อมูลแบบสอบถามและตรวจสอบสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร ชี้แจงแบบสอบถามและอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง แล้วแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองที่ละข้อจนแล้วเสร็จ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 หาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง (Subject matter specialist: SMS) ให้ตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญอย่างครบถ้วน

4.2 การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาพช่องปาก ปรับมาตรฐานการตรวจสอบภาวะในช่องปาก โดยการทำกรปรับมาตรฐานในตัวผู้ตรวจเอง และให้ทันตแพทย์อีกสองคนมาตรวจกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษาวิจัย จำนวน 10 คน นำมาตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพในช่องปากจนครบทุกคน แล้วเว้นระยะห่าง 30 นาที แล้วทำการตรวจซ้ำในกลุ่มเดิมโดยการเปลี่ยนลำดับของตัวอย่างที่จะเข้ารับการตรวจอย่างอิสระ จนกว่าจะได้คะแนนตรงกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ตามเกณฑ์การทดสอบความเชื่อมั่นของ WHO⁹ พิจารณาจากค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (0.85; 95% CI = 0.74-0.91)

4.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองสอบถามกับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่ง

สามารถตอบแบบสอบถามได้ในเวลา 10 นาที หาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ดังนี้

1) แบบสอบถามความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ α - α = 0.89

3) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก α = 0.81

4) แบบประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก α = 0.85

5. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คือ จำนวน และร้อยละ การวิเคราะห์แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง คือ ค่าเฉลี่ย และค่าการกระจายคือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มมากขึ้นในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 45.8 ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางร้อยละ 21.2 และติดสารนิโคตินในระดับสูง ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 51.9 (mean 2.05, SD 0.36)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.3 (mean 27.23, SD 5.45)

ภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.4 (Mean 7.55, SD 1.57) ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของความรุนแรงของการติดสารนิโคติน, ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่, พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และภาวะสุขภาพช่องปาก (N=212)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคติน	Mean 53.0 (SD 2.61)
ไม่ติด (0-3)	0 (0.0)
ติดระดับปานกลาง (4-5)	45 (21.2)
ติดมีแนวโน้มมาก (6-7)	97 (45.8)
ติดระดับสูง (8-9)	42 (19.8)
ติดระดับสูงมาก (10)	28 (13.2)
ระดับความตั้งใจเลิกบุหรี่	Mean 2.05 (SD 0.36)
ระดับสูง (68-100)	93 (43.9)
ระดับปานกลาง (34-67)	110 (51.9)
ระดับต่ำ (1-33)	9 (4.2)
ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	Mean 27.23 (SD 5.45)
ระดับสูง (34-50)	9 (4.3)
ระดับปานกลาง (18-33)	183 (86.3)
ระดับต่ำ (1-17)	20 (9.4)
ระดับภาวะสุขภาพช่องปาก	Mean 7.55 (SD 1.57)
ไม่ดี (1-3)	2 (0.9)
ระดับปานกลาง (4-7)	99 (46.7)
ระดับดี (8-10)	111 (52.4)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรุนแรงการติดสารนิโคติน พบว่า ระดับความรุนแรงการติดสารนิโคตินมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ (5A5R5D) กับหลังได้รับโปรแกรมฯ ดังนี้คือ สามารถลดจำนวนผู้ที่ติดสารนิโคตินลงจากจำนวนเฉลี่ย 53.0 คน ลดลงเป็นไม่ติดสารนิโคตินจำนวนเฉลี่ย 46.7 คน ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการติดยาสูบระหว่าง ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ (5A5R5D) (N=212)

คะแนนการติดยาสูบ	ระดับความรุนแรงของการติดยาสูบ	ก่อน		หลัง	
		จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
0-3	ไม่ติดสารนิโคติน	0	0	99	46.7
4-5	ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง	45	21.2	81	38.2
6-7	ติดสารนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มมากขึ้นในระดับสูง	97	45.8	29	13.7
8-9	ติดสารนิโคตินในระดับสูง	42	19.8	3	1.4
10	ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก	28	13.2	0	0

Mean=53.0,SD=2.61 Mean=42.4,SD=2.89

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดยาสูบ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุตรธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) มีดังนี้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ในเชิงบวกระดับสูง ระดับความรุนแรงของการติดยาสูบมีความสัมพันธ์ในเชิงลบระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่

ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ระดับความรุนแรงของการติดยาสูบ และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ และพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่หลังใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ (5A5R5D) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj.R² = 0.554 ค่าคงที่ $b = 1.268$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ คือ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการติดยาสูบ ระดับความตั้งใจเลิกบุหรี่ และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ (N=212)

ปัจจัย	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	0.725	$< 0.001^*a$	สูง
ความรุนแรงของการติดยาสูบ	-0.472	$< 0.001^*a$	ปานกลาง
ความตั้งใจเลิกบุหรี่	0.102	0.137	ต่ำ

ปัจจัย	b	Beta	Adj.R ²	p-value
ค่าคงที่	1.268	-		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (X ₁)	0.180	0.494	0.556	$< 0.001^*b$
ความรุนแรงของการติดยาสูบ (X ₂)	0.277	0.298	0.524	$< 0.001^*b$
ความตั้งใจเลิกบุหรี่ (X ₃)	0.000	0.004	-	0.925

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05.

a ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน.

b สมการถดถอยพหุคูณวิธี Stepwise

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ด้วย 5A5R5D ไปแล้ว 1 เดือน สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของการติดยาสูบและช่วยให้ภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ดีขึ้นเนื่องจากผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพช่องปากไม่ดีและมีอัตราป่วยด้วยโรคในช่องปากสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ เช่น คราบจุลินทรีย์ ฟันผุ/รากฟันผุ และฟันสึก เป็นต้น ระดับความรุนแรงของการติดยาสูบหลังใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ด้วย 5A5R5D กลุ่มตัวอย่างสามารถลดการสูบบุหรี่ที่ไม่แน่ใจว่าติดสารนิโคตินได้ร้อยละ 46.7 และยังพบว่าระดับความรุนแรงการติดยาสูบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงได้ว่าหลังได้รับการช่วยเลิกบุหรี่ 5A5R5D ช่วยให้มีความรุนแรงสุขภาพช่องปากที่ดีซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของทักษิณ ถิ่นเมือง¹⁰ ที่ศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการเข้าสู่กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย 5A5R พบว่าลดการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 54.76 และยังคงสร้างความอบอุ่นให้ครอบครัวอีกด้วย ควรจัดให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ด้วย 5A5R ในบริการสาธารณสุขระดับตำบลและติดตามกระตุ้นในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้เกิดพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่ถาวร

ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ มีคะแนนรวมความตั้งใจเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเห็นว่าการเลิกบุหรี่ทำให้มีเงินเหลือไว้ใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็น และช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคถุงลมโป่งพอง ช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอด และเห็นว่าการเลิกบุหรี่จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น จะเห็นได้จากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟัน การบริโภคอาหารและการได้รับการบริการสุขภาพช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า เหตุผลในความตั้งใจเลิกบุหรี่เรียงลำดับดังนี้ คือ ทำให้มีเงินเหลือ ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด และช่วยให้สุขภาพดีขึ้น เหตุผลเหล่านี้ใช้เป็นคำแนะนำและแรงจูงใจแก่ให้ผู้ที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ระดับต่ำให้เลิก ลด การสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wayne, et al¹¹ ที่ศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าต่อโรคปริทันต์และภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันและผู้ที่เคยสูบบุหรี่ มีอัตราป่วยโรคในช่องปากสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มมีอาการและการช่วยเลิกบุหรี่ได้จะมีส่วนช่วยเพิ่มภาวะสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้น

ด้านความสัมพันธ์พบว่า ความรุนแรงของการติดบุหรี่ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูบบุหรี่และใช้พยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้สุขภาพช่องปากดีขึ้นในระดับสูง ในทางตรงข้ามถ้ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีจะส่งผลให้สุขภาพช่องปากไม่ดีในระดับสูง ระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ในเชิงลบระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูบบุหรี่ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรุนแรงของการติดบุหรี่จะส่งผลให้สุขภาพช่องปากไม่ดี ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากผู้สูบบุหรี่ คือ ความตั้งใจเลิกบุหรี่ และพบว่า ความรุนแรงของการติดบุหรี่ ความตั้งใจ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่และใช้พยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพช่องปากไม่ดีได้ เช่น มีคราบจุลินทรีย์ ฟันผุ/รากฟันผุ และฟันสึก เป็นต้น และหลังได้รับการช่วยเลิกบุหรี่ สามารถลดความรุนแรงของการติดบุหรี่และช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจึงส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวภรณ์ พรอนันต์รัตน์¹² ที่ศึกษาผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการรักษาปริทันต์พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์และการตอบสนองต่อการรักษา และผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ผลการศึกษาที่ได้มีความเชื่อมโยงกับผลการศึกษาของ Ojima, et al¹³ ที่พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่รับบริการทางทันตกรรมเมื่อมีการลุกลามของโรคในช่องปากกลุ่มโรคเหงือก/ปริทันต์ ผู้สูบบุหรี่นี้จะต้องได้รับการรักษาโรคในขั้นสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและความรุนแรงของการติดบุหรี่ มีผลกับภาวะสุขภาพช่องปาก แต่ความตั้งใจเลิกบุหรี่ไม่มีผลกับภาวะสุขภาพช่องปาก ดังนั้นควรดำเนินการ ดังนี้

1.1 ทำการสำรวจผู้สูบบุหรี่รายใหม่และเร่งให้การบำบัดรักษา

1.2 รมรงค์สร้างเสริมทัศนคติที่ดีโดยปลูกจิตสำนึกแก่ผู้สูบบุหรี่ แนะนำให้บ้วนปาก/แปรงฟันทุกครั้งหลังสูบบุหรี่/หลังรับประทานอาหาร สำหรับผู้ที่ยังไม่เลิกบุหรี่ แนะนำให้ลดความรุนแรงของการติดบุหรี่ลง ซึ่งเน้นให้ตระหนักว่าการสูบบุหรี่ ไม่ได้มีผลเพียงก่อให้เกิดโรคในช่องปากเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูบบุหรี่ด้วย เช่น ทำให้เกิดอันตรายต่อโรคหัวใจ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) และโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคถุงลมโป่งพองและหอบหืด เป็นต้น ดังนั้นจึงควรรณรงค์ให้ประชาชนเลิกบุหรี่ จะทำให้ลดปัญหา ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพช่องปากได้อย่างแท้จริง โดยรัฐบาลควรใช้มาตรการทางกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่

บุหรี่ยังจะได้ผลดีกว่าการให้ผู้สูบบุหรี่พยายามหรือตั้งใจเลิกด้วยตนเอง

1.3 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นควรมีระบบการค้นห่าปัจจัยสาเหตุของความเสียหายต่อสถานะการเกิดโรคฟันผุ เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงอย่างเฉพาะเจาะจงในผู้สูบบุหรี่ โดยการให้ทันตสุขศึกษาและให้คำปรึกษาในเรื่องอาหาร ให้ความรู้ถึงประโยชน์หรือความเหมาะสมในการดูแลสุขภาพในช่องปาก

1.4 พัฒนาทีมสหวิชาชีพในการส่งเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพผู้สูบบุหรี่โดยใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ย ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ให้คำปรึกษา ข้อมูลทางเลือกแก่ผู้สูบบุหรี่ โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข และมีการติดตามหลังเลิกบุหรี่ยในชุมชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพช่องปากและอันตรายจากบุหรี่ย

1.5 ควรติดตามการเลิกบุหรี่ยถาวรในกลุ่มตัวอย่าง อย่างต่อเนื่อง ทุก 3, 6, 12 เดือน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ยในระดับสูงมาทดลองใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ย 5A5R5D เปรียบเทียบกลุ่มที่มีความรุนแรงของการติดบุหรี่ยต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Pindborg JJ. Tobacco and gingivitis: I. Statistical examination of the significance of tobacco in the development of ulceromembranous gingivitis and in the formation of calculus. J Dent Res. 1974; 26: 261-264.

2. สำนักทันตสาธารณสุข. แผนการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของสำนักทันตสาธารณสุขให้สอดคล้องกับกระบวนการหลักของกรมอนามัย. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2559.

3. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2014.

4. Linden GJ, Mullally BH. Cigarette smoking and periodontal destruction in young adults. J Periodontol 1994; 65: 718-723.

5. โรงพยาบาลบ้านผือ. ผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพ. อุดรธานี: โรงพยาบาลบ้านผือ; 2558.

6. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ย; 2552.

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

8. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. การประชุมวิชาการบุหรี่ยและสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: เจริญมั่งคั่งดี; 2559.

9. World Health Organization. Oral health survey basic method manual, design, practice and management. Geneva: WHO; 1997.

10. ทักษิณ ถิ่นเมือง. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้สูบบุหรี่ยในคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ยด้วย 5A5R ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. การประชุมวิชาการบุหรี่ยและสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: เจริญมั่งคั่งดี; 2559.

11. Wayne J. Millar, David Locker. Status smoking and oral health status. JD-JCDA 2017; 78(2): 155-163.

12. นวภรณ์ พรอนันต์รัตน์. ผลกระทบของการสูบบุหรี่ยต่อผลการรักษาปริทันต์บำบัดรักษาแบบไร้ศัลยกรรม. J DENT ASSOC THAI 2016; 66(4): 285-295.

13. Ojima M, Hanioka T, Shimada K, Haresaku S, Yamamoto M and Tanaka K. The role of tobacco use on dental care and oral disease severity within community dental clinics in Japan. Tobacco Induced Diseases 2013; 11(13): 1-8.

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

นฤมล จันทร์สุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท
ยุทธนา พิณจกกิจ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท
ชวรินทร์ จันทร์สุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายนาท

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก โรคฟันผุและโรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ทำความสะอาดช่องปากที่ถูกรวบรวมด้วยตนเอง การให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการกระตุ้นเตือน ติดตาม เยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (T-test)

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of Using Oral Health Care Model in Type 2 Diabetes Mellitus Elderly

Naruemon Jansook, Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

Yuttana Pinitkit, Dentist, Senior Professional Level, Hankha Hospital, Chainat Province

Chawanon Jansook, Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

Abstract

This study was a quasi-experimental research. The objectives of research were to compare oral health care knowledge, the oral health attitudes, the oral health behavior and the plaque index before and after using the model of the oral health care in type 2 diabetes mellitus elderly. The samples were selected by the purposive sampling technique to include the patients with type 2 diabetes mellitus who served at Hankha Hospital, Hankha District, Chainat Province. They were divided into two groups: 30 patients who were provided with a routine model as the control group, and the other 30 patients who received the model of the oral health care as the experimental group. The developed model of the oral health care in type 2 diabetes mellitus elderly included health education about diabetes mellitus and oral health care, caries and periodontitis, care of their oral health, choosing the right diet, demonstrations and practice to clean the mouth property, oral check-up manually, to educate the family, and home visit. Data were collected using the questionnaire of the oral health knowledge, attitude and behavior and the plaque index. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test. The results of this study showed that the experimental group's mean score of the oral health knowledge, attitude and behavior were significantly higher than before involving the program; and significantly higher than control group ($p < 0.01$). The experimental group's mean score of the plaque index was significantly lower than before involving the program; and significantly lower than control group ($p < 0.01$).

Key words: oral health care model, elderly, type 2 diabetes mellitus.

บทนำ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ควบคุมไม่ได้ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะที่รุนแรงของโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ กล่าวคือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากเช่น การสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปากเป็นอย่างมากและผลที่ตามมาคือการสูญเสียฟัน² ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการใช้ของน้ำลายทำให้เกิดมีภาวะปากแห้งซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากได้มากขึ้น³ สอดคล้องกับข้อเสนอของ Kay⁴ (1999) ที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะสามารถรักษาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในช่องปากที่เกิดขึ้นได้ทัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมสม่ำเสมอ จะมีผลกระทบต่อโรคในช่องปาก ทำให้เกิดความเจ็บปวดและสูญเสียฟันและสอดคล้องกับการศึกษาของ Karikoski, Murtomaa, Ilamne-Parikka⁵ ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศฟินแลนด์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลทันตา เป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยนาท มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอทันตา ซึ่งปัจจุบันมีประชากร 46,276 คน มีผู้สูงอายุ 6,893 คน ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,501 ราย และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอทันตา ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 350 คน มีผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้/เทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 57 คน มีการสบฟันแท้/เทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 84.21 มีฟันผุ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เป็นโรค

ปริทันต์อักเสบ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63 เหงือกอักเสบ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40⁶ ข้อมูลที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับปัญหาการสูญเสียฟันมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลทันตาใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากและการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพช่องปากกับยังไม่ประสบผลสำเร็จ โดยปกติโรคในช่องปากเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้ามีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากได้ง่าย คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และดัชนีความจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และอยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันตา อำเภอทันตา จังหวัดชัยนาท

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึงกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรค

เบาหวานและสุขภาพช่องปาก โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) การสาธิต การฝึกปฏิบัติทำ ความสะอาดช่องปากที่ถูกวิธีและการตรวจช่องปากด้วยตนเอง รวมทั้งทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ 3) การให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายบุคคล และ 4) กระตุ้นเตือน ติดตาม เยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือน ทบทวนความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้มีทักษะการปฏิบัติและเกิดการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปาก

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความเข้าใจเนื้อหาที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความรู้สึกภายในหรือความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำในสภาวะปกติของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คราบจุลินทรีย์ หมายถึง แผ่นฟิล์ม นุ่มๆ บางๆ มีสีเหลืองซีดถึงสีขาวและเหนียวติดฟัน ไม่สามารถกำจัดออกได้โดยการบ้วนปาก แต่ต้องกำจัดออกด้วยการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน ถ้าไม่กำจัดคราบจุลินทรีย์ออกไปเป็นประจำ จะก่อให้เกิดโรคฟันผุหรือโรคเกี่ยวกับเหงือก ได้แก่ โรคปริทันต์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทันตฯ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2561 มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 20 ซี⁷ (เป็นตัวชี้วัดที่กำหนดโดยกรมอนามัย) จำนวน 133 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันตามวิธีที่อธิบายโดยอรุณ จิรวัดมนกุล⁸

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 \sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$Z_\alpha = 1.64, Z_\beta = 1.28$$

จากการศึกษางานวิจัยของของศุภศิลาปิติรักษา จตุพร เหลืองอุบลและศุภาวดี แถวเพ็ญ⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการศุขศาลา เทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ได้ค่า $\sigma^2 = 55.64$ และ $\mu_1 - \mu_2 = 5.61$

แทนค่าสูตรได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

$$n/\text{กลุ่ม} = 2(55.64)(1.64+1.28)^2 = 30.148$$

$$(5.61)^2$$

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามรูปแบบเดิมจำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน

คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 6 เดือนเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหัตถคาม มีฟันแท้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด การมองเห็น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยินยอมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในช่องปากรุนแรง เหงือกบวมมีเลือดออก มีแผลอักเสบในช่องปาก ผู้พิการ ทูพพลภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง 2) การสาธิตการฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปากที่ถูวิธีและการตรวจช่องปากด้วยตนเอง รวมทั้งทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง 3) ให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง และ 4) กระตุ้นเตือน ติดตาม เยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล เพื่อกระตุ้นเตือน ทบทวนความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้งการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร โรงพยาบาลหัตถคามที่ได้รับการฝึกอบรมและชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากผู้วิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

1) แบบสอบถามความรู้ ทศนคติและ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาชีพ ระดับน้ำตาลในเลือดโรคประจำตัว วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่กับไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากด้วยแปรงสีฟัน การเสริมความแข็งแรงของฟันและช่องปาก การตรวจฟันด้วยตนเอง การดูแลทำความสะอาดฟันปลอม การพบทันตบุคลากร และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ บ่อยครั้งมาก บ่อยครั้ง ปานกลาง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร โรงพยาบาลหัตถคามที่ดำเนินการทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2) แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index) ผู้ตรวจเป็นทันตแพทย์ 1 คน และทันตภิบาล 1 คนที่ผ่านการปรับมาตรฐานค่าความเที่ยงระหว่างผู้ตรวจการวัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ค่า kappa = 0.72 ส่วนภายในคนตรวจคนเดียวกันได้ค่า kappa = 1 การ

ให้คะแนน 0-3 โดยมีเกณฑ์ดังนี้¹⁰

0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือไม่มีการติดสี

1 = มีคราบจุลินทรีย์เห็นได้เล็กน้อย เห็นเป็นแผ่นฟิล์มบางบริเวณขอบเหงือก

2 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบ สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า Periodontal pocket ขอบเหงือกหรือผิวฟัน เห็นติดสีบริเวณคอฟันคลุมบนตัวฟันจากขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

3 = มีคราบจุลินทรีย์คลุมบนตัวฟันจำนวนมาก อาจเห็นจากการย้อมสีฟันจากขอบเหงือกมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (IOC : Index of item - Objective Congruence) ของแต่ละข้อคำถาม ค่า IOC เท่ากับ 1.00 (ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรง) แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87

ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาสภาพการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลองตอบแบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และตรวจความสะอาดในช่องปาก

2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ประชุมเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรโรงพยาบาล หันคา เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์โดยนำผลการประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และผลการตรวจความสะอาดในช่องปากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการศึกษางานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ประกอบการอภิปรายร่วมกัน เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โดยให้เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร ร่วมกันระดมสมองในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแล้วนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาพิจารณาร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การทดลองและการประเมินผล

ก่อนเริ่มการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และตรวจความสะอาดในช่องปาก

กลุ่มทดลอง ได้รับการตรวจและดูแลจากทันตบุคลากร โดยใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2561 โดยสัปดาห์ที่ 1-3 นัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลหันคาส่วนสัปดาห์ที่ 4, 6, 8, 10 และ 12 ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ละสัปดาห์ดำเนินการตั้งแต่เวลา 09.00-12.00 น. ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองและระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มทดลองด้วยกันเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก โรค

ฟันผุ โรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 การสาธิต การฝึกปฏิบัติ ทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องและการตรวจช่องปากด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 4, 6, 8, 10 และ 12 เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและทบทวนความรู้ในการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและวิธีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มควบคุม ได้รับดูแลตามปกติจากทันตบุคลากร ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพช่องปากแต่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติ และไม่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน

หลังสิ้นสุดการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และตรวจความสะอาดในช่องปาก

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพญาบาลหันคา หมายเลข HKHHOSEC-002/61 วันที่ 4 มกราคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมรับการดูแลตามรูปแบบเดิมและกลุ่มทดลองรับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 50.0 มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126mg/dl เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.0 และ ร้อยละ 46.7 โรค

ร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และร้อยละ 60.0 มีวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 56.3 และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรคิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 80.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.0	11	36.7
หญิง	18	60.0	19	63.3
อายุ				
60-69 ปี	16	53.3	17	56.7
70-79 ปี	14	46.7	13	43.3
สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.3	3	10.0
คู่	16	53.3	18	60.0
ม่าย/หย่า/แยก	10	33.4	9	30.0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	5	16.7	6	20.0
ประถมศึกษา	25	83.3	24	80.0
อาชีพ				
ลูกจ้าง	6	20.0	4	13.3
เกษตรกร	6	20.0	5	16.7
ค้าขาย	4	13.3	6	20.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.7	15	50.0
ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย				
<126 mg/dl	12	40.0	14	46.7
126-154 mg/dl	7	23.3	6	20.0
155-182 mg/dl	3	10.0	3	10.0
> 183 mg/dl	8	26.7	7	23.3
โรคประจำตัวอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ความดันโลหิตสูง	16	53.3	18	60.0
ไขมันในเลือดสูง	11	36.7	10	33.3
โรคหัวใจ	3	10.0	2	6.7
วิธีดูแลสุขภาพช่องปาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การแปรงฟัน	28	57.1	27	56.3
บ้วนปาก	14	28.6	5	31.3
ไม่จุ่มฟัน	6	12.2	4	8.3
การตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากร				
ตรวจ	25	83.3	24	80.0
ไม่ตรวจ	5	16.7	6	20.0

เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)

การดูแลสุขภาพช่องปาก	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		P-value
	\bar{x}	(SD)	\bar{x}	(SD)	
ความรู้					
ก่อนการทดลอง	8.62	(0.62)	8.59	(0.65)	0.62
หลังการทดลอง	9.01	(0.54)	13.82	(0.48)	*<0.01
ทัศนคติ					
ก่อนการทดลอง	2.36	(0.57)	2.34	(0.53)	0.74
หลังการทดลอง	2.37	(0.50)	4.21	(0.46)	*<0.01
พฤติกรรม					
ก่อนการทดลอง	3.06	(0.57)	3.04	(0.53)	0.86
หลังการทดลอง	3.13	(0.49)	4.53	(0.44)	*<0.01
ดัชนีการรับรู้					
ก่อนการทดลอง	1.10	(0.61)	1.11	(0.53)	0.75
หลังการทดลอง	1.06	(0.47)	0.47	(0.59)	*<0.01
					<0.01**

เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (N= 60)

การดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	\bar{x}	(SD)	\bar{x}	(SD)	
ความรู้					
กลุ่มควบคุม (n=30)	8.62	(0.62)	9.01	(0.54)	0.53
กลุ่มทดลอง (n=30)	8.59	(0.65)	13.82	(0.48)	*<0.01
ทัศนคติ					
กลุ่มควบคุม(n=30)	2.36	(0.57)	2.37	(0.50)	0.53
กลุ่มทดลอง (n=30)	2.34	(0.53)	4.21	(0.46)	*<0.01
พฤติกรรม					
กลุ่มควบคุม(n=30)	3.06	(0.57)	3.13	(0.49)	0.91
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.04	(0.53)	4.53	(0.44)	*<0.01
ดัชนีการรับรู้					
กลุ่มควบคุม (n=30)	1.10	(0.61)	1.06	(0.47)	0.64
กลุ่มทดลอง (n=30)	1.11	(0.53)	0.47	(0.59)	*<0.01
					<0.01**

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดจากรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb¹¹ ที่ว่าผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) จากประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนมี 2) จากการสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ 3) จากผู้เรียนทำความเข้าใจกับสิ่งที่เรียนมา 4) จากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแก้ปัญหาจริง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับฟังการบรรยายที่ถ่ายทอดในเวลาที่กำหนด และได้เห็นภาพจริงพร้อมกับการลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom¹² ที่ว่า ความรู้เป็นความสามารถในการจดจำประสบการณ์ต่างๆ และระลึกเรื่องราวต่างๆ ออกมาได้ถูกต้อง แม่นยำ และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภศิลป์ ดิรัक्षा จตุพร เหลืองอุบลและศุภวดี แถวเพ็ญ⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการศุขศาลา เทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์จริงในการดูแลตนเองจากกิจกรรมในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยมีกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก โรคฟันผุ โรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีการฝึกทักษะทดลองปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากที่ถูกต้องวิธีและการตรวจ

ช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้สื่อต่างๆ โดยมีเนื้อหา วิธีการและการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับมีการเยี่ยมบ้านโดยการกระตุ้น แนะนำ และส่งเสริมให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ในการปฏิบัติ ทำให้เกิดมีกำลังใจ มั่นใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งยังเป็นกระบวนการการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่อง สามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน ชัยนันท์ สุรีย์ จันทรมลิต ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ มยุนา ศรีสุภานันต์¹³ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครวังลิศ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับอิสริยาภรณ์ สุรสีหเสนา¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งหลังจากมีการให้ความรู้แล้วกลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมจะมีการฝึกปฏิบัติจริง ประกอบกับมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนและทบทวนความรู้เป็นระยะอย่างต่อเนื่องจนเกิดความคุ้นเคยนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเป็นไปตามแนวคิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมด้านทัศนคติพฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์ต่างๆพฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ความ คิดและทัศนคติเป็นส่วนประกอบซึ่งสอดคล้องกับที่ กฤษัญชาติ ภาชนะวรรณ¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน

และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคปริทันต์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

หลังการทดลอง ดัชนีคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับอนันต์ พิระนันท์รังษี¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น รวมทั้งมีดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติในทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี และควรมีการฝึกอบรมทันตบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม คณะเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหันคาทุกท่านที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. วัจนกร ธรรมวณิชย์, ศุภโชค อมรศิริ กุล, พลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง, อภิญญา พูลหลวง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ กับสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดบุรีรัมย์. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. วัชรภรณ์ เสนสอน,สุภาภรณ์ ฉัตรชัย วิวัฒนา, เสาวนันทน์ บำเรอราช. โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. ว.ทันตขอนแก่น 2553; 13(2): 132-47.

3. Kadir T, Pisiriciler R, Akyuz S, Yarat A, Emekli N, Ipbuker A. Mycological and cytological examination of oral candida carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: through analysis of local aetiologic and systemic factors. J Oral Rehabil 2002; 29:452-7.

4. Kay EJ. How often should we go to the dentist?. BMJ 1999; 319: 204-205.

5. Karikoski A, Murtomaa H, Ilanne-Parikka P. Assess of periodontal treatment needs among adults with diabetes in Finland. Int Dent J 2011; 52(2): 75-80.

6. โรงพยาบาลทันตศา. การสำรวจสุขภาพฟันของผู้สูงอายุในอำเภอทันตาในปี 2560. ชัยนาท: โรงพยาบาลทันตศา; 2561.

7. สร้างสุขภาพผู้สูงอายุ [Internet]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2018[cited 2018 Apr 9]. Available from: <https://today.line.me/th/pc/article/>

8. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

9. ศุภศิลป์ ติรักษา, จตุพร เหลืองอุบล, ศุภวดี แถวเพ็ญ. ผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วย

กระบวนการเรียนรู้เชิงสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการศุขศาลา เทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. ว.ทันตภิบาล 2557; 25(2): 45-58.

10. Loana F, Dan O, Doina O. The plurivalence of the interpretation of correlation between plaque score and bleeding score. Journal of Romanian Medical Dentistry 2009; 13(1): 45-48.

11. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.

12. Bloom BS. Human characteristic and school learning. New York: McGraw-Hill; 1979.

13. ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุรีย์ จันทรมล, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, มยุนา ศรีสุภนันต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(1): 91-107.

14. อิศริยาภรณ์ สุรสีหเสนา. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานหมู่บ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

15. กฤษฎาชาติ ภาชนะวรรณ. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.

16. อนันต์ พิระนันท์รังสี. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2559; 21(1): 41-50.

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ในโรงพยาบาลส่องดาว

ลุนนี ราชไชย พย.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่องดาว

พรรณวรดา สุวัน พย.ม. อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

จุฑารัตน์ เสาวพันธ์ พย.ม. อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC) โดยทีมสหสาขาวิชา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่องดาว จำนวน 23 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจำนวน 40 คนที่ได้จากการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เขียนรายงานสรุปและประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งช่วงเวลากำหนดพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติ และขั้นประเมินผล มีสาระครอบคลุม 8 ประเด็น ดังนี้ 1) P=Person คือขั้นกำหนดตัวบุคคลที่จะร่วมวางแผนจำหน่าย 2) P=Perception ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เป็นผู้ร่วมวางแผนจำหน่าย 3) M=Medicine คือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาทั้งที่ได้รับที่โรงพยาบาลและยาก่อนกลับบ้าน 4) E=Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับโรคทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน 5) T=Treatment/Diagnosis คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาและเฝ้าระวังอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์วิธีการจัดการภาวะฉุกเฉิน 6) H=Health คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัด,วิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งเสริมฟื้นฟูป้องกันโรค 7) O=Out Patient Referral คือการให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการฉุกเฉิน การติดต่อช่วยเหลือและแผนการดูแลต่อเนื่อง และ 8) D=Diet คือการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร,ความเหมาะสมข้อจำกัดด้านอาหาร

พยาบาลปฏิบัติการผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมากทั้งสองกลุ่มคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 และ 3.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 และ 0.19 ตามลำดับ

จึงมีข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทุกราย โดยติดตามผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้และนำผลมากำหนดนโยบายในการพัฒนาในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายนาร่องสู่การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายโรคอื่น ๆ และควรติดตามประสิทธิผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังในลำดับต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โรคเรื้อรัง

Effect of Development of PP-METHOD Discharge Planning Guideline For Chronic Diseases Patients in The Songdo Hospital

Lunnee Ratchai M.N.S. Register Nurse, Songdao Hospital

Panwarada Suwan M.N.S. Lecturer, Rachathani University

Jutharat Soawaphan M.N.S. Lecturer, Rachathani University

Abstract

The aim of this developmental research was to study of effective of develop a clinical nursing practice of PP-METHOD discharge planning guideline for chronic disease patients, which developed by applying conceptual framework from National health and medical research council (NHMRC). Samples were 2 groups of 23 IPD registered nurses at songdao hospital and 40 chronic disease patients from convenience sampling method. Development of a clinical nursing practice of PP-METHOD discharge planning guideline was adapted from the group processing workshop for figure out the problem of the guideline that was made by multidisciplinary committee. The PP-METHOD discharge planning guideline was measured the content validity by 5 qualified practitioners. The tools used in the study were questionnaires with the content validity index [cvi] = 1. Data analysis was frequency distribution.

The satisfaction of IPD nurses and the specific patients, care givers and families toward a clinical nursing practice of PP-METHOD discharge planning guideline were high level, mean score 4.28 (SD 0.33) and 3.21 (SD 0.19) respectively.

The nurses should apply the clinical nursing practice of PP-METHOD discharge planning guideline for all admitted cases of diabetes mellitus or asthmatic or chronic obstructive pulmonary disease. The director team of the hospital should conduct internal qualify audit and development policies of clinical nursing practice of PP-METHOD guideline for other patients and follow effective actions next time.

Keywords: Development/Discharge Planning Guideline /chronic disease

บทนำ

การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีลักษณะการดำเนินของโรคนานตลอดเวลาและจะส่งผลกระทบต่อทั้งกว้างทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและหรือผู้ดูแล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัวด้วย ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นจะมีปัจจัยสำคัญมาจากพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลตนเองที่ดีต้องมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเรื่องโรคและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความตระหนักและไม่ทราบการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำ เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการทางการแพทย์ที่ดี คือการจัดการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพตลอดการเจ็บป่วย โดยได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากเจ้าหน้าที่ มุ่งเน้นให้มีการสอนการดูแลตนเองที่บ้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา พยาบาลที่เหมาะสมภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นกระบวนการวางแผนตั้งแต่วันรับผู้ป่วยรักษาไว้ในโรงพยาบาล¹ ที่ผ่านมาพบว่า ความล้มเหลวของกระบวนการวางแผนจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 30 วันถึงร้อยละ 20² กระบวนการวางแผนจำหน่ายจะต้องเริ่มให้เร็วที่สุดและปฏิบัติเป็นระบบตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชา

จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้เหมาะสม ภายหลังการจำหน่ายแล้ว สามารถป้องกันการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ³ และช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้⁴

โรงพยาบาลส่องดาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปแก่ประชาชนในเขตอำเภอส่องดาว และอำเภอใกล้เคียง มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ประมาณ 34,545 คน ปี พ.ศ. 2558-2560 มีผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามารับการ รักษาซ้ำภายใน 28 วันคิดเป็นร้อยละ 12.79, 13.48 และ 13.21 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา⁵ ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับเข้าไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 55.25, 58.72 และ 59.23 ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำทั้งหมดตามลำดับ⁵ ซึ่งจากการ ทบทวนประวัติ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการ รักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังได้แก่โรค เบาหวาน ร้อยละ 42.56, 45.23 และ 45.76 โรค หอบหืดร้อยละ 7.82, 8.56 และร้อยละ 7.39 และโรค ฉุกเฉินไปงพองร้อยละ 6.37, 5.78 และร้อยละ 6.56 โดยพบว่าผู้ป่วยที่กลับรักษาซ้ำมีสาเหตุจากมีอาการที่ รุนแรงขึ้นหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดย พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม โดยเฉพาะ ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การรับประทาน ยาและการพักผ่อน และพบว่าบางส่วนไม่ทราบว่า อาการที่เป็นอยู่มีความรุนแรงหรือไม่ จึงทำให้ต้องกลับ มาที่โรงพยาบาลเนื่องจากความไม่แน่ใจในอาการที่ เเพชฌัญอยู่

โรงพยาบาลส่องดาวนำรูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยแบบ METHOD มาใช้โดยตลอดที่ ผ่านมา แต่ผลจากการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ ดังที่กล่าวพบว่า ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลด อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ จากการ ประเมินผลการวางแผนจำหน่ายพบว่า เจ้าหน้าที่ขาด การวางแผนการจำหน่ายและการประเมินผลแบบ เป็นกระบวนการ ไม่เป็นรูปธรรม มุ่งให้คำแนะนำใน วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยไม่มีกรประเมิน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ไม่มีแนวทางการ

วางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค รวมทั้งขาดการตรวจสอบและประเมินผลการให้คำแนะนำอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับ ปี พ.ศ. 2557 โรงพยาบาลส่องดาว ได้รับข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จากการตรวจเยี่ยมตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁶ เพื่อการพัฒนาในเรื่องการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรคเดิม อาการเดิมบ่อยครั้ง ที่มีสาเหตุมาจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่มีมาตรฐานและไม่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการประเมินผู้ป่วยที่กลับเข้ามาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การกินยาไม่ถูกต้องร้อยละ 67.39 ร้อยละ 42.76 บอกว่าไม่ได้จัดยากินเอง ร้อยละ 56.26 บอกว่าไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง ในขณะที่ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ร้อยละ 74.32 ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก มีเพียงร้อยละ 25.68 เท่านั้นที่เป็นผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย การประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่จึงมีความสำคัญเนื่องจากจะเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลโดยตรงรวมทั้งต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

จากความสำคัญและปัญหาดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามลักษณะปัญหาที่พบตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁷ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ถูกต้องหลังจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว โดยการระดมกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องวางแผนจำหน่าย แนวทางในการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมโรคที่สำคัญ โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนด และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพใช้ในการปฏิบัติงานและลดปัญหาการกลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยงานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้วให้ใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD

คำนิยามศัพท์ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย คือ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD โรงพยาบาลส่องดาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย: การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังรูปแบบ PP-METHOD

ขั้นเตรียมการ	ขั้นปฏิบัติการ	ขั้นประเมินผล
1. ศึกษาปัญหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2. แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ 3. เสนอโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	1. พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่ปรับปรุงจากแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย 11ขั้นตอน (NHM-RC.1999) 2. ทดลองใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย	1. ความพึงพอใจของพยาบาลประจำการต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย 2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย 3. สรุปและประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 พยาบาลประจำการโรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนครจำนวน 29 คน
 - 1.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 200 คน
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 2.1 2.1 พยาบาลวิชาชีพประจำการโรงพยาบาลส่องดาวที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในทุกคน จำนวน 23 คน
 - 2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวางแผน

จำหน่ายตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คนที่ได้จากการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) โดยแบ่งเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน โรคหอบหืด จำนวน 3 คนและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 7 คน

ขั้นตอนในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลียเป็น 3 ระยะ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) ศึกษาปัญหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลสองดาว 2) แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) เสนอโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) ระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแนวปฏิบัติ 5) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ 6) ประเมินแนวปฏิบัติ 7) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 8) กำหนดกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติ 9) กำหนดกลยุทธ์ในการประเมินผลและทบทวนแนวปฏิบัติและ 10) จัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ 1) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่ใช้แนวปฏิบัติในการให้บริการและผู้รับบริการและ 2) จัดทำรายงานเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
1) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลปฏิบัติการ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นข้อความเกี่ยวกับความสะดวก

และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคือ คะแนน 1.00-1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.51-2.50 มีความพึงพอใจน้อย 2.51-3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง 3.51-4.50 มีความพึงพอใจมาก และ 4.51 ขึ้นไป มีความพึงพอใจมากที่สุด แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.9 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) เท่ากับ 0.85

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อเป็นข้อความเกี่ยวกับประโยชน์และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ การแปลผลคือคะแนน 1.00-1.50 มีความพึงพอใจน้อย 1.51-2.50 มีความพึงพอใจปานกลาง 2.51-3.50 มีความพึงพอใจมาก 3.51 ขึ้นไป มีความพึงพอใจมากที่สุด แบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ได้จากการพัฒนา

1) แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายหากคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 คน ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล 1 คน แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้ในการวางแผนจำหน่าย มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมและขอความร่วมมือพยาบาลประจำการที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ ได้รับทราบก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลประจำการ หลังจากใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปแล้ว 2 เดือน

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผน

จำหน่ายตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สรุปแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD โรงพยาบาลส่องดาว

2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD โรงพยาบาลส่องดาว

3. ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของผู้ที่ทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ PP-METHOD ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

I. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ PP-METHOD

แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD โรงพยาบาลส่องดาวได้จัดพิมพ์เป็นเล่มที่สามารถใช้งานได้สะดวก แบ่งข้อมูลในเล่มออกเป็น 3 ส่วนตามหลักการการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถอ้างอิง^๑ ได้ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ราชานาม คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ราชานามคณะกรรมการที่ปรึกษา วัตถุประสงค์การศึกษา นิยามศัพท์เฉพาะ และขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย^๑

ส่วนที่ 2 สารสำคัญของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย กำหนดเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 6 องค์ประกอบ^๑ ได้แก่

1) กำหนดแนวทางและโรคที่จะวางแผนจำหน่าย จำนวน 3 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน หอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) พิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายเฉพาะรายในโรคที่กำหนด เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดและมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.56 วัน^๑

3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายแตกต่างกันในแต่ละขั้นตอน

4) ประเมิน/ระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และมีการประเมินเป็นระยะในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

5) การกำหนดตัวบุคคลที่จะร่วมวางแผนจำหน่ายและประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้รับข้อมูลก่อนที่จะมีการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และนำไปดูแลสุขภาพตนเองตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

6) การประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย ใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ส่วนที่ 3 ภาคผนวก ได้แก่ คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายโรคตามรูปแบบ PP-METHOD จำนวน 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

II. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (พ.ย. - ธ.ค. 59) กำหนดให้เป็นขั้นที่ 1 คือการค้นหาปัญหาปัญหาทางคลินิกเพื่อกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ

1) ค้นหาปัญหาในคลินิกเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยใช้เทคนิคการทำกลุ่มโนมินอล ปรากฏผลจากการทำกลุ่ม 2 ประเด็น คือ 1) ปัญหาที่พบในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ (1) พยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนจำหน่าย (2) ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย (3) ไม่มีรูปแบบและการมอบหมายงานที่ชัดเจน (4) ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ (5) พยาบาลประจำการมีภาระงานมาก (6) ขาดการประเมินผลการปฏิบัติจากผู้บริหาร (7) ขาดความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพ2) ประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ (1) ทีมผู้ปฏิบัติต้องเป็นสหสาขาวิชาชีพหรือไม่ (2) สามารถติดตามประเมินผลผู้ป่วยได้อย่างไร (3) บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจการ

วางแผนจำหน่ายมากนักน้อยเพียงใด (4) ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นได้อย่างไร (5) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคจะมีขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายอย่างไร (5) การวางแผนจำหน่ายประสบผลสำเร็จและดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างไร ข้อมูลที่ได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดความต้องการของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เมื่อสิ้นสุดกระบวนการทำกลุ่มคณะผู้วิจัยได้แต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย จำนวน 3 คน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และเสนอโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ชั้นปฏิบัติ (ม.ค. - ก.พ. 60) กำหนดให้เป็นชั้นที่ 2 ถึงชั้นที่ 11 ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

2) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย โดยกำหนดโรคเรื้อรังที่ต้องวางแผนจำหน่าย 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) กำหนดทีมสหสาขาวิชาเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการจากสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 คน คือนายแพทย์ปฏิบัติการ 1 คน, เกษัตริ์กรชำนาญการพิเศษ 1 คน, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร 1 คน

4) กำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมายของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายดังนี้

(1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านอย่างมีมาตรฐานทุกราย

(2) มีวิธีการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านที่เป็นมาตรฐานในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(3) ผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป

5) ระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแนวปฏิบัติจากการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย คือ

(1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปี ของผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำทั้งหมด

(2) ค่าใช้จ่ายในการรักษา ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง

(3) ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ≤ 4 วันนอน

6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ โดยการประชุมกลุ่มทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เสนอร่างแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายพร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติไปร่วมเสวนา วิเคราะห์ หาข้อสรุปของเนื้อหา ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายโดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกำหนดแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยและมาตรฐานตามที่โรงพยาบาลกำหนดและได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน

7) ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น มีระดับคะแนนความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ที่มาจากสหสาขาวิชา ได้แก่ แพทย์ เกษัตริ์กร พยาบาล อาจารย์พยาบาล และโภชนากร ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

8) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน คือนายแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และอาจารย์พยาบาล เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถามแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ PP-METHOD ไปประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II) ฉบับภาษาไทย จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขและพัฒนา โดยฉวีวรรณ ธงชัย^๑ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ

เนื่องจากการประเมินมีความชัดเจนและครอบคลุม

9) กำหนดกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติโดยการจัดประชุมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชี้แจงนโยบายและออกคำสั่งของโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาทุกคนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย และกำหนดให้แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายเป็นเอกสารคุณภาพที่เก็บไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

10) กำหนดกลยุทธ์ในการประเมินผลและทบทวนแนวปฏิบัติ โดยกำหนดให้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 เดือน ผลการประเมิน มีดังนี้

(1) พยาบาลประจำการที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.34

(2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21

11) จัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการจัดทำรูปเล่มรายงานแนวปฏิบัติการวางแผนอย่างชัดเจน

2.1 ชั้นประเมินผล (เม.ย. 60) มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย และผู้ที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย

2) จัดทำรายงานเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติมีคำอธิบายเนื้อหาเกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การดำเนิน การประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไขซึ่งมีส่วนประกอบครบ

III. ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติกลุ่มพยาบาล

วิชาชีพ

ผู้ใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 23 คน เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน 9 คน พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด/หลังคลอดและผู้ป่วยนอกจำนวน 14 คน ซึ่งพยาบาลจำนวนนี้เวียนมาปฏิบัติที่ตึกผู้ป่วยในด้วย พยาบาลประจำการที่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 43.48 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.78 และอายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 21.74 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.30 เพศชาย ร้อยละ 8.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 82.61 สถานภาพโสด ร้อยละ 17.39 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 95.66 ปริญญาโท ร้อยละ 4.34 มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 66.7 และ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.78

ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 0.33 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแบบ PP-METHOD (N=23)

รายการ	\bar{x}	SD	แปลผล	ระดับความพึงพอใจ (n=23)				
				มากที่สุด 4.51 ขึ้นไป	มาก 4.50	ปานกลาง 3.51-3.50	น้อย 2.51-2.50	น้อยที่สุด 1.51-1.50
1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความเหมาะสมสะดวกในการนำมาใช้ในตึกผู้ป่วยใน	4.22	0.67	มาก	8	12	3	0	0
2. แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสม	4.26	0.75	มาก	10	9	4	0	0
3. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสามารถนำไปดูแลได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน	4.39	0.66	มาก	11	10	2	0	0
4. ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	4.35	0.65	มาก	10	11	2	0	0

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแบบ PP-METHOD (N=23) (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	SD	แปลผล	ระดับความพึงพอใจ (n=23)				
				มากที่สุด 4.51 ขึ้นไป	มาก 3.51-4.50	ปานกลาง 2.51-3.50	น้อย 1.51-2.50	น้อยที่สุด 0-1.51
5. ท่านมีความรู้ความเข้าใจ การใช้แบบฟอร์มและคู่มือแผนการจำหน่ายผู้ป่วย สวมรถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้สะดวกและง่ายต่อการบันทึก	4.17	0.58	มาก	6	15	2	0	0
รวมเฉลี่ย	4.28	0.33	มาก	45	57	13	0	0
				(39.13)	(49.57)	(11.30)		

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว

ผู้ใช้แนวปฏิบัติกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่จำนวน 40 คนเป็นผู้ป่วยร้อยละ 65.0 และเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 35.0ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.33 เพศชาย ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 27.5 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับประถมศึกษา มามากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 90.0 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 10.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 55.0 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.0

ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 3.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.19 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ PP-METHOD (N=40)

รายการ	\bar{X}	SD	แปลผล	ระดับความพึงพอใจ (n=23)				
				มากที่สุด 3.51 ขึ้นไป	มาก 2.51-3.50	ปานกลาง 1.51-2.50	น้อย 0-1.51	น้อยที่สุด
1. ท่านมีความพร้อมในการได้รับการวางแผนจำหน่าย	3.05	0.25	มาก	10	23	6	1	
2. ท่านได้ร่วมในการวางแผนจำหน่ายก่อนกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	3.60	0.31	มากที่สุด	26	12	2	0	
				(65.00)	(30.00)	(5.00)	(0.00)	

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ PP-METHOD (N=40) (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	SD	แปลผล	ระดับความพึงพอใจ (n=23)				
				มากที่สุด 3.51 ขึ้นไป	มาก 2.51-3.50	ปานกลาง 1.51-2.50	น้อย 0-1.51	น้อยที่สุด
3. ท่านมีช่องทางที่สะดวกในการบอกเจ้าหน้าที่ถึงความต้องการหลังจำหน่าย	3.45	0.22	มาก	20	18	2	0	
4. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ การปฏิบัติตัว เวลาให้บริการหรือเวลาเยี่ยมขณะที่ท่านมาใช้บริการ	3.35	0.24	มาก	16	22	2	0	
5. ท่านได้รับความรู้และข้อมูลในเรื่องการเข้ารับการรักษาโรคที่เป็นในขณะที่อยู่ใน รพ.และก่อนกลับบ้านอย่างเพียงพอ	3.25	0.17	มาก	14	22	4	0	
6. ท่านได้รับความเอาใจใส่พูดคุยซักถามในเรื่องการเจ็บป่วยหรือความไม่สบายอย่างสม่ำเสมอ	3.32	0.23	มาก	14	25	1	0	
7. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลสุขภาพขณะพักรักษาตัวใน รพ. และก่อนกลับบ้าน	3.27	0.22	มาก	14	23	2	0	
8. เจ้าหน้าที่ตอบคำถามข้อสงสัยแก่ท่านความเต็มใจ	3.30	0.24	มาก	13	26	1	0	
9. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อต้องการ	2.32	0.17	ปานกลาง	3	12	20	5	
10. ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับโรค	2.80	0.20	มาก	8	16	16	0	
11. ท่านได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร และข้อจำกัดด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรคของท่านอย่างเพียงพอ	3.40	0.29	มาก	17	22	1	0	
12. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะและอาการฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ	3.27	0.12	มาก	15	21	4	0	
13. ท่านได้รับคำแนะนำและการนัดหมายในการมารับรักษาตัวในครั้งต่อไป	3.22	0.20	มาก	12	25	3	0	
14. ท่านสามารถนำความรู้และข้อมูลที่ได้รับไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	3.27	0.15	มาก	14	23	3	0	
รวมเฉลี่ย	3.21	0.19	มาก	196	290	68	6	
				(35.00)	(51.79)	(12.14)	(1.07)	

อภิปรายผล

ในการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใน มีการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการพัฒนาโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เทคนิคการทำกลุ่มโนมินอล^๑ แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อให้สมาชิกซักถามปัญหาและนำเสนอสรุปปัญหาที่พบ และข้อสงสัยเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายที่เคยปฏิบัติมาซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ก่อนจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยคณะกรรมการจะเป็นบุคคลที่มีหน้าที่สอดคล้องกับลักษณะและสาระของแนวปฏิบัติที่ได้จากการระดมสมองและการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวปฏิบัติที่ได้มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดแนวทางและโรคที่จะวางแผนจำหน่ายโดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) มีการหาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับโรคที่กำหนด 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ซึ่งมีสาระครอบคลุม 8 ประเด็น คือ (1) P=Person (2) P=Perception (3) M=Medicine (4) E=Environment (5) T=Treatment/Diagnosis (6) H=Heath (7) O=Out Patient Referral และ (8) D=Diet เพื่อใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายและเก็บใบบันทึกการวางแผนจำหน่ายเป็นเอกสารในเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อเป็นหลักฐานซึ่งบ่งที่มีมาตรฐานและสามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติย้อนหลังได้ โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทั้งหมดได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในด้านการรักษา การพยาบาลและที่ปรึกษาทางด้านระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 5 คน ทำให้ได้แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพมีความตรงตามเนื้อหา และมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ได้จริงภายในโรงพยาบาล โดยมีการนำไปทดลองใช้

โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในจำนวน 23 คน ใช้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 40 คนเป็นเวลา 2 เดือน (มี.ค. - เม.ย. 2560) และทำการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจทั้ง 2 กลุ่ม กล่าวคือ

2.1 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 เนื่องจากความพึงพอใจเป็นเรื่องของความรู้สึกจากจิตใจที่ได้รับการตอบสนองจากการได้รับผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การได้รับการยอมรับในความคิดเห็นหรือการปฏิบัติ นอกเหนือจากนั้นคือการเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงจากการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนต่อตนเองจนเกินไปซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจเรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสามารถนำไปดูแลได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด และรองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยประเด็นมีความพึงพอใจในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติเชื่อมั่นว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการจึงมีความพึงพอใจในระดับมาก ดังนั้น แนวปฏิบัติที่นำมาทดลองใช้เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยลักษณะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาที่มาจากการปฏิบัติงานในอดีตซึ่งผู้ปฏิบัติประสบปัญหาจากการปฏิบัติงานด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลที่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายทุกขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ได้รับการอบรมในการใช้คู่มือ และแบบบันทึกรวมทั้งการได้มีโอกาสในการสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการใช้

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีความพึงพอใจสูงกว่า การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ กอปรกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีบทบาทและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง ในการให้บริการทั้งในด้านการรักษาและด้านการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน จึงสามารถนำความรู้เชิงทฤษฎีมาเชื่อมโยงกับวิธีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับบริบทได้อย่างง่าย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจึงมีทัศนคติที่ดีต่อการนำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้ และสามารถสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ต่อทีมพัฒนาแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายและได้รับการตอบสนองกลับจากทีมพัฒนาไปยังผู้ปฏิบัติอย่างมีเหตุผล ผู้ปฏิบัติและทีมพัฒนามีส่วนร่วมในการวิพากษ์และแก้ไขเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเกิดประโยชน์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 3 โรคที่ได้กำหนดไว้

2.2 ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 โดยเฉพาะในด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดที่ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.60 ซึ่งผู้ป่วย/หรือผู้ดูแล/ครอบครัว มีโอกาสแสดงความต้องการที่เป็นปัญหาของตนเองที่ไม่อาจถามใครได้ และได้รับรู้ข้อมูลเมื่อพร้อมที่จะรับจริงๆ และรู้สึกว่ายพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายมีความเอาใจใส่ต่อปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง เข้าใจในปัญหาจริงๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลได้แจ้งให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลทราบล่วงหน้าว่าถ้าต้องการอยากรู้ข้อมูลหรือมีความกังวลใจในเรื่องใดต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ สามารถบอกเจ้าหน้าที่อื่นๆ หรือพยาบาลได้ตลอดเวลา โดยสามารถบอกได้โดยการบอกเล่าหรือเขียนใส่กระดาษส่งให้เจ้าหน้าที่ก็ได้ ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าโดนยึดเยียดข้อมูลให้โดยที่ไม่ได้ต้องการ และข้อมูลที่ได้ตอบสนองความต้องการตามที่ตนเองอยากรู้ จึงมีความตั้งใจฟังและอยากปฏิบัติ

ให้ได้ตามที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สอน จึงส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง¹¹ รวมทั้ง Davis & Bush ยังกล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างมีรูปแบบถือเป็นนวัตกรรมหนึ่งของการบริหารการพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ¹²

อย่างไรก็ตามในประเด็นการได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทันตเมื่อต้องการที่มีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแลกล่าวว่า ในช่วงเช้าที่ผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวต้องการที่จะถาม หรือต้องการคำตอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นช่วงเวลาที่ยพยาบาลกำลังมีภาระงานมาก จึงไม่กล้าถามหรือบอกความต้องการของตนเอง เนื่องจากเกรงใจพยาบาล ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยของคนในท้องถิ่นภาคอีสาน ส่วนการให้บอกความต้องการโดยการเขียนใส่กระดาษ พบว่า ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหรือครอบครัวบางคนไม่สามารถบอกความต้องการออกมาเป็นตัวหนังสือได้ ไม่สามารถสื่อสารผ่านตัวหนังสือให้ได้ความหมายตามที่ต้องการได้ จึงทำให้รู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันเวลาตามที่ต้องการ ส่วนประเด็นการได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะบ้าน และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เหมาะสมกับโรคของตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านก็เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่สามารถบอกเล่าลักษณะหรือสิ่งแวดล้อมของบ้านให้พยาบาลฟังได้กระจ่าง จึงทำให้พยาบาลไม่สามารถอธิบายหรือให้ความรู้ได้ตรงตามที่ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องการได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหอบหืดและผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารด้านการพยาบาลติดตามผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้และนำผลมากำหนดนโยบายในการพัฒนาในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานยิ่งขึ้นไปและสามารถใช้เป็นรูปแบบในการนำร่องสู่การพัฒนาในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโรคอื่นๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังตามรูปแบบPP-METHOD ที่มีต่ออัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าบริการที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลรายโรคต่อปี

2. ติดตามผลการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ทีมพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ทีมสหสาขาวิชาและพยาบาลปฏิบัติการที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาการปฏิบัติงานและทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลทุกคนที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions. 9th ed. 2013.
2. Joan M. Nelson, and Laura Rosenthal. How Nurses can help reduce hospital readmissions. From https://americannursetoday.com/wp-content/uploads/2015/05/Essence-Supplement__page-18.pdf

3. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2010;20(1):CD000313

4. กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

5. สถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่องดาว

6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4. นนทบุรี:สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ฉบับร่าง; 2558.

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

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

9. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C and Webb I. The nominal group technique: a research tool for general practice? Family Practice 1993; 10: 76-81

10. ดวงทรัพย์ วรรณประเวศ, สหทัย รัตนจรณะ, สุวดี สกุลคุ. ผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิงที่มีต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2556; 21(4): 1-13.

11. พิมพ์ เทพวัลย์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศและคะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึง

พอใจและการกลับมารับการรักษาค้ำ. ว.คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2554; 29(2): 121-127.

12. อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์. ผลการใช้การ
วางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตรา
การกลับมารับการรักษาค้ำและความพึงพอใจในการ
บริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์].
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

การใช้งานรองเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่เท้า ในเขตอำเภอสว่างแดนดิน

พิชิต แร่ถ้าย พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู) กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

บทคัดย่อ

รองเท้าเบาหวานเป็นอุปกรณ์หนึ่งซึ่งช่วยลดแรงกดที่เท้าซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน การสวมใส่รองเท้าอย่างสม่ำเสมอจะมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดแผลมากขึ้นด้วย รพ.สว่างแดนดินได้ให้บริการคลินิกเท้าเบาหวานแต่ยังไม่ทราบพฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับไป การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้งานรองเท้าเบาหวาน ความเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรองเท้าเบาหวาน วิธีการศึกษารวบรวมรายชื่อผู้ที่ได้รับรองเท้าเบาหวาน ในช่วง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2560 ได้จำนวน 140 ราย จัดทำและส่งแบบสอบถามไปให้ผู้รับผิดชอบแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลนำไปสอบถามผู้ป่วยและตอบกลับมาทาง Google form หรือทางจดหมาย

แบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 88 ราย มีผู้ป่วย 4 รายที่ไม่ใช้รองเท้าเบาหวานเลยคิดเป็นร้อยละ 4.5 ส่วนการใส่รองเท้าเบาหวานพบว่าผู้ป่วยใส่รองเท้าเบาหวานเฉลี่ย 3.55 ชั่วโมงต่อวันและกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะใส่รองเท้าเบาหวานมากที่สุดคือใส่มาโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 68.2 สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่ใส่รองเท้าเบาหวานคือ รองเท้าชำรุด (ร้อยละ 37.7) รองเท้าใส่ถอดได้ยาก (ร้อยละ 22.6) กลัวยรองเท้าเก่า (ร้อยละ 20.8) และรองเท้าไม่เหมาะกับการใช้ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 20.8) ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจ, ความสวยงาม และความสบายในการเดิน เท่ากับ 7.78, 7.42, และ 8.10 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนนตามลำดับ

สรุป ผู้ป่วยที่ได้รับรองเท้าเบาหวาน มีระยะเวลาการใส่รองเท้า (adherence) ค่อนข้างต่ำ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบอกสาเหตุหลักของการไม่ใส่เป็นรองเท้าชำรุดจึงควรมีการนัดติดตามหลังการได้รับรองเท้าเป็นระยะเพื่อประเมินดูรองเท้าและเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยถึงความสำคัญของการใส่รองเท้าเบาหวาน

คำสำคัญ: รองเท้าเบาหวาน, แผลเบาหวาน, อำเภอสว่างแดนดิน

Adherence to wearing footwear for diabetic foot problems in Sawangdandin district

Pichit Raetai M.D., Department of Physical medicine and rehabilitation, Sawangdandin Hospital

ABSTRACT

Pressure from ill-fitting shoes is an important factor contributing to foot ulcers in diabetic patients. Regularly wearing a diabetic footwear is an effective way to prevent diabetic foot ulcers. Sawangdaendin Hospital has provided diabetes foot care services, but did not know how the patients use the footwear given by the hospital. This descriptive study aimed to study the adherence of diabetic footwear and to investigate patients' opinion and satisfaction on diabetic footwear. The data was collected from 140 patients who have received diabetic footwear from 1 January 2015 to 31 December 2017. The questionnaires were sent to medical staff who worked in health promoting hospitals. Our staff interviewed the patients and sent the collected data back to Sawangdaendin Hospital via Google form or post.

This study found 4 of 88 respondents refused to wear diabetic shoes (4.5%). The average duration of diabetic footwear use was 3.55 hours per day. The most activity of wearing diabetic shoes was hospital visiting (68.2%). The reasons for not to wear diabetic shoes were due to damaged shoes (37.7%), difficult to put on and off shoes (22.6%), concerning of the shoes being old (20.8%) and not suitable for daily living (20.8%). Patients rated score of overall satisfaction for 7.78, general appearance for 7.42, and comfort in walking for 8.10.

This study concluded that although most patients had positive opinion toward diabetic footwear, the adherence to wear diabetic footwear was quite low. The most common cause of not wearing diabetic shoes were due to damaged shoes. Therefore, the healthcare providers should provide a regular follow-up after patients received diabetic shoes to check the shoes and to emphasize the importance of wearing diabetic footwear to each patient.

Keyword: diabetic footwear, diabetic foot ulcer, Sawangdandin district

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ที่เป็นปัญหาสำคัญ และมีผู้ป่วยจำนวนมากทั่วโลก จากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 171 ล้านคน (ร้อยละ 2.8) ในปี 2000 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน (ร้อยละ 4.4) ในปี 2030¹ ในประเทศไทยเองมีการศึกษาพบว่าในปี 2000 จะมีผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 9.6 หรือประมาณ 2.4 ล้านคน² การที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแดงขนาดเล็กผิดปกติ (Microvascular complication) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมาได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม (Retinopathy) ไตเสื่อม (Nephropathy) และเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Neuropathy)³ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดแผลที่เท้าตามมาได้^{4,5}

แผลที่เท้าเรื้อรังและการตัดเท้าหรือบางส่วนของเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นอีกภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่สำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก^{6,7} การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความชุกของแผลเบาหวานทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 6.3⁸ และเป็นสาเหตุสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาโดยไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ⁹ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีโอกาสถูกตัดขามากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่า^{10,11} และมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีแรกหลังการตัดขาประมาณร้อยละ 10-50 และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30-80 ในช่วง 5 ปีหลังตัดขา¹² อีกทั้งยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก^{13,14} ในประเทศไทยเองมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมร้อยละ 34 กำลังมีแผลอยู่ร้อยละ 1.2 และเคยเป็นแผลร้อยละ 6.9¹⁵ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งพบว่า การให้ความรู้การติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและการใส่รองเท้าที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการตัดขาได้ถึงร้อยละ 79¹⁶

การลดแรงกดที่เท้า (offloading) โดยใช้รองเท้าและอุปกรณ์พยุงฝ่าเท้าเป็นส่วนสำคัญที่จะ

ช่วยป้องกันการเกิดแผลได้^{17,18} คลินิกเท้าเบาหวาน รพ.ร.สว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน ได้มีการเปิดตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 โดยจัดระบบคัดกรอง ตรวจประเมินความเสี่ยง ให้ความรู้และรวมถึงได้จัดหารองเท้าเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจประเมินเท้าแล้วพบความเสี่ยงสูงเป็นประจำทุกปี แม้ว่าจะรองเท้าจะมีประโยชน์ แต่พฤติกรรมการใช้งานก็ยังน้อยและส่วนใหญ่ผู้ป่วยก็มักจะใส่เฉพาะนอกบ้านมากกว่าในบ้าน^{19,20} ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใส่รองเท้าของผู้ป่วย²¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวานในเขตอำเภอสว่างแดนดินว่าผู้ป่วยได้สวมใส่รองเท้ามากน้อยเพียงใดรวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสวมใส่รองเท้า เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการให้บริการและคุณภาพของรองเท้าต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอสว่างแดนดิน
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยต่อรองเท้าเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้งานรองเท้าเบาหวาน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับรองเท้าเบาหวาน จากคลินิกเท้าเบาหวาน รพ.ร.สว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินแล้ว (เลขที่เอกสารรับรอง SWDCPH 2018-006) ทั้งนี้ รองเท้าเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับมี 2 ยี่ห้อ คือ Humeric 59 ราย (67%) และ Healthy mind 29 ราย (33%) โดยรองเท้าเบาหวานทั้ง 2 ยี่ห้อนี้ เป็นยี่ห้อที่ได้รับการรับรองการใช้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าได้มาตรฐานในการใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเท้าเบาหวาน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

สูตรการคำนวณอ้างอิงตามการศึกษาของ Crews et al. โดยคำนวณตามสูตรในการหาประชากรโดยอาศัยค่าสัดส่วนที่พบในประชากร จากสูตร Wayne WD.²²

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรในการศึกษาที่เอามาคิด 140 ราย

P = proportion ของผู้ที่มีพฤติกรรมการใส่รองเท้าที่ดี (adherence) = 59% = 0.59²³

e = ค่าความคลาดเคลื่อน (0.1)

q = 1-p

$Z_{\alpha/2} = 1.96$

จากการคำนวณตามสูตร ได้จำนวนประชากรทั้งหมด 81 ราย ทั้งนี้เนื่องจากการส่งแบบสอบถามซึ่งอาจมีอัตราการตอบกลับต่ำจึงได้ส่งแบบสอบถามไปในกลุ่มประชากร 140 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับรองเท้าเบาหวาน ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 ม.ค.58 - 31 ธ.ค. 2560

2. ส่งแบบสอบถามให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในแต่ละ รพ.สต.จำนวนทั้งสิ้น 23 รพ.สต.ลงสำรวจเก็บข้อมูล รายละเอียดการตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป: ได้แก่ อายุเพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานและโรคร่วมอย่างอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนซึ่งได้จากทั้งผู้ป่วยและจากเวชระเบียน ได้แก่ ประวัติการมีแผลที่เท้า ระดับน้ำตาล ระดับ HbA1c การดูแลเท้า

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรองเท้าและการใช้งาน ได้แก่จำนวนรองเท้า ระยะเวลาที่ได้รับรองเท้า ยี่ห้อ/

ลักษณะรองเท้า ระยะเวลาการสวมใส่รองเท้า ปัญหาการใช้งานรองเท้าและความพึงพอใจต่อรองเท้าเบาหวาน

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น หูไม่คอยได้ยิน ความจำไม่ดี หลงๆ ลืมๆ เป็นต้น จะสอบถามจากญาติที่ดูแลใกล้ชิด

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 23 และจะนำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบประเมินไปทั้งสิ้น 140 ราย แต่มีการตอบกลับมา 88 ราย จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า มีอายุเฉลี่ย 62.8 ปี (SD 10.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 12.9 ปี (SD 8.8) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 164.1 mg/dl (SD 46.8) และมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ร้อยละ 8.5 (SD 1.9) ผู้ป่วยจำนวน 71 รายเคยมีแผลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 80.7 ในผู้ป่วยที่เคยมีแผลจะมีจำนวนครั้งของการมีแผลอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง จำนวน 58 ราย 6-10 ครั้ง จำนวน 11 ราย และมากกว่า 10 ครั้ง จำนวน 2 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 81.7, 15.5 และ 2.8 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่เคยได้รับการตัดนิ้วเท้าหรือบางส่วนของเท้าจำนวน 26 รายและไม่เคย 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5 และ 70.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (N = 88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) หรือ Mean±SD	Range
อายุ (ปี)	62.8±10.0	35-86
เพศ		
ชาย	35 (39.8)	
หญิง	53 (60.2)	
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9 (10.2)	
ประถมศึกษา	66 (75.0)	
มัธยมต้น	8 (9.1)	
มัธยมปลาย	4 (4.5)	
ปริญญาตรี	1 (1.1)	
อาชีพ		
- เกษตรกร	46 (52.3)	
- รับจ้าง	3 (3.4)	
- ไม่ได้ทำงาน	35 (39.8)	
- เกษตรกรและรับจ้าง	4 (4.5)	
ชนิดของเบาหวาน		
ชนิดที่ 1	11 (12.5)	
ชนิดที่ 2	77 (87.5)	
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)	12.9±8.8	1.0-39.0
ระดับน้ำตาล(FBS)(mg/dl)	164.1±46.8	66.0-311.0
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (ร้อยละ)	8.5±1.9	4.8-14.1
ประวัติเคยมีแผลที่เท้ามาก่อน		
- เคยมี	71 (80.7)	
- ไม่เคยมี	17 (19.3)	
จำนวนครั้งที่เท้ามีแผลที่เท้า (n=71)		
- 1-5	58 (81.7)	
- 6-10	11 (15.5)	
- >10	2 (2.8)	
เคยต้องตัดนิ้วเท้าหรือบางส่วนของเท้า		
- เคย	26 (29.5)	
- ไม่เคย	62 (70.5)	

จากตารางที่ 2 เมื่อศึกษาดูพฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะมีรองเท้าที่ใส่ประจำเฉลี่ย 3.25 คู่ (SD 1.53) เป็นรองเท้าเบาหวานจำนวน 1.23 คู่ (SD 0.56) และเป็นรองเท้าทั่วไป 2.12 คู่ (SD 1.16) ระยะเวลาการได้รับรองเท้าไปแล้ว 24.1 เดือน (SD 11.6) ระยะเวลาที่ได้รองเท้าเบาหวานเฉลี่ย 24.1 เดือน (SD 11.6) กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะใส่รองเท้าเบาหวานมากที่สุดคือการใส่ไปโรงพยาบาล รองลงมาคือ ใส่เดินรอบบ้าน เดินไปตลาด/วัด ไปงานสังคม ไปเที่ยว ออกกำลังกาย และอื่นๆ ตามลำดับ และมีผู้ป่วย 4 ราย ที่ไม่เคยใส่

เลย คิดเป็นร้อยละ 4.5 มีระยะเวลาเฉลี่ยของการใส่รองเท้าเบาหวานวันละ 3.55 ชั่วโมง (SD 3.5) และเฉลี่ยสัปดาห์ละ 5.17 วัน (SD 2.4) ส่วนเหตุผลที่ผู้ป่วยจะไม่ใส่รองเท้าเบาหวานเนื่องจาก รองเท้าชำรุด 20 ราย ใส่หรือถอดยาก 12 ราย กลัวรองเท้าจะเก่า 11 ราย ไม่เหมาะกับอาชีพหรือชีวิตประจำวัน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.7, 22.6, 20.8 และ 20.8 ตามลำดับ และปัญหาของรองเท้าที่เกิดขึ้นหลังใช้งานไปแล้วมากที่สุดคือ ชาดหรือชำรุดง่าย 20 รายคิดเป็นร้อยละ 37.7

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวาน (N = 88)

พฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวาน	จำนวน (ร้อยละ)	Range
จำนวนรองเท้าที่ใส่ประจำทั้งหมด (คู่), mean±SD	3.25±1.53	1-9
- รองเท้าเบาหวาน (คู่)	1.23±0.56	1-3
- รองเท้าทั่วไป (คู่)	2.12±1.16	1-6
ได้รับรองเท้ามานานเท่าใด (เดือน), mean±SD	24.1±11.6	3-39
กิจกรรมที่ผู้ป่วยใส่รองเท้าเบาหวาน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไปโรงพยาบาล	60 (68.2)	
- เดินรอบบ้าน	54 (61.4)	
- เดินไปตลาด/ วัด	54 (61.4)	
- ไปงานสังคม เช่น งานบุญต่างๆ	48 (54.5)	
- ไปเที่ยวต่างที่ ไปต่างจังหวัด	33 (37.5)	
- ออกกำลังกาย	23 (26.1)	
- อื่นๆ	5 (5.7)	
- ไม่เคยใส่เลย	4 (4.5)	
ช่วงเวลาเข้านอน (ชั่วโมง),mean±SD	9.18±1.33	
ช่วงเวลาตื่น (ชั่วโมง),mean±SD	14.82±1.33	
การใส่รองเท้าในบ้านของผู้ป่วย		
- ใส่รองเท้าในบ้าน	36 (40.9)	
- ไม่ใส่รองเท้าในบ้าน	52 (59.1)	
การใส่รองเท้านอกบ้านของผู้ป่วย		
- ใส่รองเท้านอกบ้าน	70 (79.5)	
- ไม่ใส่รองเท้านอกบ้าน	12 (13.6)	
- ไม่ได้ออกนอกบ้าน	6 (6.8)	
ระยะเวลาเฉลี่ยของการใส่รองเท้าเบาหวาน, mean±SD		
- วันละ(ชั่วโมง),mean±SD	3.55±3.15	
- สัปดาห์ละ (วัน),mean±SD	5.17±2.4	0.25-14 1-7

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวาน (N =88) (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้งานรองเท้าเบาหวาน	จำนวน (ร้อยละ)	Range
เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่รองเท้าเบาหวาน (N = 82)		
- รองเท้าชำรุด	20 (37.7)	
- ใส่หรือถอดยาก	12 (22.6)	
- กลัวรองเท้าจะเก่า	11 (20.8)	
- ไม่เหมาะกับอาชีพหรือชีวิตประจำวัน	11 (20.8)	
- หนัก	8 (15.1)	
- อายุเพื่อนหรืออายุคนอื่น	3 (5.7)	
- กลัวคนในสังคมเห็นแปลกแยก	3 (5.7)	
- รูปทรงหรือสีไม่สวย	2 (3.8)	
- รองเท้าหาย	1 (1.9)	
- เหตุผลอื่นๆ	11 (20.8)	
ปัญหาที่เกิดขึ้นหลังใส่รองเท้าเบาหวาน	20 (37.7)	
- ขาดหรือชำรุดง่าย	17 (29.3)	
- ใส่หรือถอดยาก	12 (20.7)	
- รูปทรงไม่สวยงาม		
- ขนาดไม่พอดี		
o คับเกินไป	6 (10.3)	
o หลวมเกินไป	6 (10.3)	
- รู้สึกอับ เหงื่อออกที่เท้า	0 (0)	
- ปัญหาอื่นๆ	17 (29.3)	

ตารางที่ 3 เมื่อถามความเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรองเท้าเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยให้คะแนนความสวยงามเฉลี่ยที่ 7.42 คะแนน (SD 2.62) ความสบายในการเดินโดยรองเท้าเบาหวาน 8.10 คะแนน (SD 2.35) และมีความพึงพอใจต่อรองเท้าเบาหวาน 7.78 คะแนน (SD 2.06) ในกรณีที่มีแผลที่เท้า ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการใส่รองเท้าเบาหวานมีส่วนช่วยให้แผลที่เท้าดีขึ้น 37 ราย เท่าเดิม 9 ราย ไม่แน่ใจ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7, 15 และ 23.3 ตามลำดับ โดยที่ไม่พบว่าการใส่รองเท้าเบาหวานจะทำให้แผลแฉ่ง และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอยากใส่รองเท้าเบาหวานมากที่สุดคือ เรื่องความสบายในการใส่รองเท้า รองลงมาได้แก่ ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 33.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความเห็นของผู้ป่วยต่อการใส่รองเท้าเบาหวานและความต้องการของผู้ป่วย (N =88)

ความเห็นของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	Range
ความสวยงามของรองเท้า (0-10), mean±SD	7.42±2.62	0-10
ความยากง่ายในการใส่ (0-10), mean±SD	7.41±2.73	0-10
ความสบายในการเดินโดยรองเท้าเบาหวาน (0-10), mean±SD	8.10±2.35	0-10
ความพึงพอใจต่อรองเท้าเบาหวาน (0-10), mean±SD	7.78±2.06	0-10
ผลของการใส่รองเท้าเบาหวานต่อแผลที่เท้า (N = 60)		
- ดีขึ้น	37 (61.7)	
- เท่าเดิม	9 (15.0)	
- แย่ลง	0 (0.0)	
- ไม่แน่ใจ	14 (23.3)	
ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอยากใส่รองเท้าเบาหวาน (N = 78)		
- ความสบายในการใส่รองเท้า (รองเท้านิ่ม สะดวกในการถอดหรือใส่รองเท้า)	36 (46.2)	
- ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	26 (33.3)	
- ความสวยงามของรองเท้า	8 (10.3)	
- อื่นๆ เช่น ความคงทน น้ำหนักเบา	8 (10.3)	

วิจารณ์

รองเท้าเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับในการศึกษานี้มีทั้งที่เป็นแบบสำเร็จรูปและแบบสั่งตัดเฉพาะราย ซึ่งทั้ง 2 แบบ ทำโดยวัดขนาดเท้าของผู้ป่วยก่อน และให้ผู้ป่วยลองทดสอบเดินดูก่อนทุกครั้งจึงจะให้รองเท้าผู้ป่วยกลับไปได้ แม้กระนั้นก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายที่ได้รองเท้าไปแล้วไม่ใส่เลยหรือคิดเป็นร้อยละ 4.5 ของผู้ป่วยที่ได้ศึกษา โดยให้เหตุผลว่า พื้นรองเท้าแข็ง รองเท้าคับ การใส่-ถอดยากและกลัวรองเท้าจะเก่า ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรไปอย่างไม่เกิดประโยชน์ อาจจะต้องมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเรื่องประโยชน์ของรองเท้ามากขึ้นและให้ผู้ป่วยสามารถนำรองเท้ามาแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

การใส่รองเท้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใส่รองเท้านอกบ้านมากกว่าในบ้าน อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมการใส่รองเท้าซึ่งคนไทยมักไม่นิยมใส่รองเท้าในบ้าน ส่วนรองเท้าเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับรองเท้าเบาหวาน 1 คู่ต่อคนต่อปี ซึ่งจะต่างจากงานวิจัยของ Knowles E. A. และคณะ²⁰

ที่ผู้ป่วยจะได้รับรองเท้าเบาหวานคนละ 2 คู่สำหรับใส่ในบ้านและนอกบ้าน แต่ที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วยถึง 12 ราย (ร้อยละ 13.6) ที่ไม่ใส่รองเท้าระหว่างออกนอกบ้านเลย ซึ่งจากการศึกษาของ Jayasinghe S. A. และคณะ²⁴ พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานการเดินเท้าเปล่าจะทำให้เกิดแผลมากกว่าการใส่รองเท้าถึง 2.21 เท่า ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสวมรองเท้าไม่ว่าจะอยู่ในบ้านหรือนอกบ้านจะมีส่วนช่วยลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ เหตุผลที่ผู้ป่วยจะไม่ใส่รองเท้ามากที่สุดคือ รองเท้าชำรุด (ร้อยละ 37.7) การใส่หรือถอดยาก (ร้อยละ 22.6) มีความกลัวว่าจะทำให้รองเท้าเก่า (ร้อยละ 20.8) และรองเท้าอาจไม่เหมาะกับการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20.8) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 52.3) ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Jarl G. และคณะ²¹ ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยจะไม่ใส่รองเท้าเบาหวานมากที่สุดคือเป็นเรื่องรูปลักษณ์ของรองเท้าขนาดรองเท้าที่ใหญ่เกินไป และไม่สะดวกสบายเวลาเดิน

ระยะเวลาการใส่รองเท้าเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการใส่รองเท้าเบาหวาน (adherence) ที่ค่อนข้างต่ำคือมีระยะเวลาเฉลี่ยของการใส่รองเท้าเบาหวานเพียง 3.55 ชั่วโมงต่อวันขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาช่วงที่ตื่นอยู่เฉลี่ยอยู่ที่ 14.82 ชั่วโมงซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจากการศึกษาของ Chantelau E. และคณะ²⁵ พบว่าการที่ผู้ป่วยสวมใส่รองเท้าเบาหวานมากกว่า 9.6 ชั่วโมงต่อวัน จึงจะถือว่ามี การใส่รองเท้าที่บ่อยหรือดีและช่วยลดอัตราการเป็นซ้ำของแผลได้มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใส่รองเท้าเบาหวานช่วงที่ไปโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 68.2) อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลัวจะถูกต่อว่าจากแพทย์พยาบาล

ความเห็นของผู้ป่วยต่อรองเท้าเบาหวานอยู่ในระดับที่ดี ทั้งในเรื่องของความสวยงาม (7.42/10 คะแนน) ความยากง่ายในการใส่ (7.41/10คะแนน) ความสบายในการเดินโดยรองเท้าเบาหวาน (8.10/10 คะแนน) และมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก (7.78/10 คะแนน) อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเห็นว่าการใส่รองเท้าเบาหวานมีส่วนช่วยให้แผลหายดีขึ้น

สรุป

การใช้งานรองเท้าเบาหวานของผู้ป่วยในเขตอำเภอสว่างแดนดินมีอัตราการใส่รองเท้าเบาหวาน (Adherence) ที่ค่อนข้างต่ำ และมีผู้ป่วย 4 รายจาก 88 รายที่ไม่ใส่รองเท้าเบาหวานเลย กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะใส่รองเท้าเบาหวานมากที่สุดคือ ไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจค่อนข้างมากและมีความคิดเห็นในแง่ดีต่อรองเท้าเบาหวาน

ข้อจำกัด

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนของระยะเวลาที่ผู้ป่วยตอบเพราะเป็นการประมาณการ ถ้าใช้เครื่องมือ pedometer หรือ sensor ติดตามรองเท้าเช่นเดียวกับงานวิจัยในต่างประเทศ ก็น่าจะทำให้ข้อมูลได้แม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รองเท้าเพียง 1 คู่ต่อปี ทำให้อัตราการใส่รองเท้าเบาหวานค่อนข้างน้อยทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบอกสาเหตุหลักของการไม่ใส่เป็นรองเท้าชำรุดจึงควรมีการนัดติดตามหลังการได้รับรองเท้าเป็นระยะเพื่อประเมินดูรองเท้ารวมถึงให้ส่งเสริมให้ความรู้ถึงประโยชน์ของรองเท้าและกระตุ้นให้ใส่รองเท้าในบ้าน เชื่อว่าน่าจะช่วยเพิ่มอัตราการใช้งานรองเท้าเบาหวานและช่วยลดการเกิดแผลซ้ำซ้อนที่เท้าได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-53.
2. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular

disease in Asia. *Diabetes care* 2003;26(10):2758-63.

3. Papatheodorou K, Papanas N, Banach M, Papazoglou D, Edmonds M. Complications of diabetes 2016. *J Diabetes Res* 2016;2016: 6989453.

4. Rebolledo F, Teran Soto J, Escobedo J. The pathogenesis of the diabetic foot ulcer: prevention and management. In: Dinh T, editors. *Global perspective on diabetic foot ulcerations* [Internet]. Shanghai: InTech; 2011 [cited 2018 Feb 3]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/globalperspective-on-diabetic-foot-ulcerations/the-pathogenesis-of-the-diabetic-foot-ulcer-prevention-andmanagement>

5. Ibrahim A, Jude E, Langton K, Jesus FRM-D, Harkless LB, HananGawish, et al. IDF clinical practice recommendation on the diabetic foot: a guide for health care professionals [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2017[cited 2018 Feb 3]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html>

6. Price P. The diabetic foot: quality of life. *Clin Infect Dis* 2004; 39 (Suppl 2): S129-31.

7. Mazlina M, Shamsul AS, Jeffery FA. Health-related quality of life in patients with diabetic foot problems in Malaysia. *Med J Malaysia* 2011;66(3):234-8.

8. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis (dagger). *Ann Med* 2017;49(2):106-16.

9. Lopez-de-Andres A, Martinez-Huedo MA, Carrasco-Garrido P, Hernandez-Barrera V, Gil-de-Miguel A, Jimenez-Garcia R. Trends in lower-extremity amputations in people with

and without diabetes in Spain, 2001-2008. *Diabetes care* 2011;34(7):1570-6.

10. ResnickHE, Valsania P, Phillips CL. Diabetes mellitus and nontraumatic lower extremity amputation in black and white Americans: the national health and nutrition examination survey epidemiologic follow-up study, 1971-1992. *Arch Intern Med* 1999;159 (20):2470-5.

11. กรมการแพทย์.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า.กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2556.

12. Margolis DJ, Malay DS, Hoffstad OJ, Leonard CE, MaCurdy T, Nava KLd, et al. Incidence of diabetic foot ulcer and lower extremity amputation among Medicare beneficiaries, 2006 to 2008: Data Points Publication Series [Internet]. 2011. [cited 2018 Feb 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65149/>

13. Stockl K, Vanderplas A, Tafesse E, Chang E. Costs of lower-extremity ulcers among patients with diabetes. *Diabetes care* 2004;27(9):2129-34.

14. Deerochanawong C, Ferrario A. Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. *Global Health* 2013;9(1):11.

15. Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang-A-kadP, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, Yeo JP. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2007;90(1):65-71.

16. Patout CA, Jr., Birke JA, Horswell R, Williams D, Cerise FP. Effectiveness of a comprehensive diabetes lower-extremity amputation

prevention program in a predominantly low-income African-American population. *Diabetes Care* 2000;23(9):1339-42.

17. Bus SA, Armstrong DG, van Deursen RW, Lewis JE, Caravaggi CF, Cavanagh PR. IWGDF guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2016;32(Suppl 1):S25–36.

18. Bus SA, van Deursen RW, Armstrong DG, Lewis JE, Caravaggi CF, Cavanagh PR. Footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in patients with diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev* 2015;32 (Suppl 1):S99–118.

19. Waaijman R, Keukenkamp R, de Haart M, Polonski WP, Nollet F, Bus SA. Adherence to wearing prescription custom-made footwear in patients with diabetes at high risk for plantar foot ulceration. *Diabetes care* 2013;36(6):1613-8.

20. Knowles EA, Boulton AJ. Do people with diabetes wear their prescribed footwear?. *Diabet Med* 1996;13(12):1064-8.

21. Jarl G, Lundqvist LO. Adherence to wearing therapeutic shoes among people with diabetes: a systematic review and reflections. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:1521-8.

22. Wayne WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley&Sons; 1995.

23. Crews RT, Shen BJ, Campbell L, Lamont PJ, Boulton AJ, Peyrot M, et al. Role and determinants of adherence to off-loading in diabetic foot ulcer healing: a prospective

investigation. *Diabetes care* 2016;39(8):1371-7.

24. Jayasinghe SA, Atukorala I, Gunethilleke B, Siriwardena V, Herath SC, De Abrew K. Is walking barefoot a risk factor for diabetic foot disease in developing countries?. *Rural Remote Health* 2007;7(2):692.

25. Chantelau E, Haage P. An audit of cushioned diabetic footwear: relation to patient compliance. *Diabet Med* 1994;11(1):114-6.

การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

อณัญญา ลาลูน อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ศิปภา ภูมมารักษ์ อาจารย์ วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
เกรียงวรา เข็มทอง อาจารย์ วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ธรณินทร์ คุณแขวน อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
มณฑนา เบ็งยาวงค์ เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และแบบสอบถามคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลโดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 16-20 ปีมากที่สุด มีความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(หลักสูตรใหม่) โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเห็นสมควรที่จะมีสถาบันใหม่เพื่อเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล คือ ควรเป็นผู้ที่เป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมสามารถปฏิบัติงานในสภาพการณ์ของความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้

คำสำคัญ: คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์, พยาบาลศาสตรบัณฑิต

The Perspectives on the Opening toward the Nursing Science Curriculum (New Curriculum) and Desired Characteristics of Nursing Graduates, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University.

Ananya Lalun, Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

Sipapa Pummarak, Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Kriangwara Kemthong, Lecturer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Torranin Khunkhavan Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

Manthana Pengyawong, Administrative Officer, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Abstract

This survey research aimed to study the perspectives on the openings of the Nursing Science Curriculum (new curriculum) and desired characteristics of nursing graduates. The samples were 500 persons who allocated Regional Health 2 area. The rating scale from one to five was used as a tool to measure the perspectives on the openings new curriculum and the desired characteristics of nursing graduates. Data were collected from June to August 2018. The quantitative data were analyzed with average and standard deviation.

The results of the research revealed that most of the participants were female with age between 16-20 years old. The perspectives on the openings of the Nursing Science Curriculum (new curriculum) was at a good level. Desired characteristics of nursing graduates were should be a good citizen of democracy, cultural performance and work in conditions of cultural differences.

Keywords: Perspectives, Nursing Science Curriculum, Desired Characteristics of Graduates.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ระบาดวิทยา หรือการเปลี่ยนแปลงของโรคที่มีความรุนแรงและสลับซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมไปถึงการขยายตัวของสถานบริการสุขภาพ เพื่อการรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการ เนื่องมาจากการประกาศตัวของประเทศไทยที่จะเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Medical hub) รวมถึงประเทศไทยได้เข้าร่วมประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) มีการเปิดการค้าเสรีเกี่ยวกับอาชีวการบริการใน 8 อาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็น 1 ใน 8 วิชาชีพนั้น ทำให้วิชาชีพการพยาบาลมีโอกาสขาดแคลนสูง มีการเคลื่อนย้ายออกไปประกอบวิชาชีพในต่างประเทศ จึงอาจส่งผลกระทบต่อการผลิตกำลังคนสาขาการพยาบาล¹⁻³ รวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานทางด้านระบบบริการสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งจริงๆ แล้วนั้นวิชาชีพการพยาบาลเป็นกำลังคนหลักในระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นสาขาที่ขาดแคลนมาอย่างต่อเนื่องตลอดจนถึงปัจจุบัน ถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งสาเหตุของความขาดแคลนที่สำคัญคือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น มีข้อจำกัดในการจ้างงานและไม่สามารถรักษากำลังคนพยาบาลไว้ในระบบบริการสุขภาพ²

การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทยนั้นเป็นปัญหาระดับชาติที่มีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ จึงส่งผลกระทบต่อทุกด้านอย่างมากมาย เช่น ด้านพยาบาลวิชาชีพ ด้านผู้ป่วย ด้านองค์กร รวมทั้งด้านสังคมและประเทศชาติและมีแนวโน้มที่ยังคงขาดแคลนมากขึ้นเรื่อยๆ¹ ดังนั้นเพื่อลดการขาดแคลนกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขและดำเนินการในรูปแบบต่างๆ และหลายๆ หน่วยงานพยายามให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขเชิงนโยบาย ทั้งด้านการกำหนดยุทธศาสตร์การลดความเหลื่อมล้ำและขยายบริการสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศโดยการจัดการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ จึงจำเป็นต้องมีกำลังคน

พยาบาลที่เพียงพอ⁴ มีการวางแผนเรื่องการผลิตพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสม สถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงมีบทบาทที่สำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและได้มาตรฐานตามวิชาชีพการพยาบาลกำหนด⁵ สอดคล้องกับความต้องการของสังคมหรือผู้ใช้บัณฑิตซึ่งในการจัดทำหลักสูตรเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อให้ได้หลักสูตรที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความเหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน³ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ซึ่งการเปิดหลักสูตรนั้นต้องเป็นไปตามที่เกณฑ์คณะกรรมการอุดมศึกษากำหนด และที่สำคัญในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์นั้นจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่สภาวิชาชีพกำหนด ทั้งในด้านอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร การเตรียมสถานที่ในการจัดการเรียนการสอน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับจัดการเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต เป็นต้น

อย่างไรก็ตามมหาวิทยาลัยต่างๆ เล็งเห็นความสำคัญของการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เป็นสถาบันการศึกษาสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษามีบทบาทที่สำคัญในการผลิตบัณฑิตในสาขาต่างๆ ที่มีคุณภาพ และมาตรฐานมาโดยตลอด เห็นความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล โดยเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญต่อระบบการให้บริการสุขภาพซึ่งยังพบว่ามีความขาดแคลนมาอย่างต่อเนื่อง จึงเล็งเห็นความสำคัญต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการวางแผนและเตรียมความพร้อมต่อการจัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ นำไปสู่การเป็นหลักสูตรที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องความต้องการของสังคมได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต (หลักสูตรใหม่)
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนใน

ด้านคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล

เดียวกัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จาก 5 จังหวัดๆ ละ 100 คน รวมจำนวน 500 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังนี้คือ อายุตั้งแต่ 16-25 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.92 และหาความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) ได้ 0.77-0.88 ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) จำนวน 9 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคือ คะแนน 1.00-1.49 มีความคิดเห็นน้อยที่สุด, 1.50-2.49 มีความคิดเห็นน้อย, 2.50-3.49 มีความคิดเห็นปานกลาง, 3.50-4.49 มีความคิดเห็นดี, 4.50-5.00 มีความคิดเห็นดีมาก

3. แบบสอบถามคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเช่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังโรงเรียนเทศบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การปกปิดความลับ เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ พุดคุยให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลโดยผู้วิจัยติดตามเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.60 (308 คน) เพศชาย ร้อยละ 38.40 (192 คน) โดยอยู่ในช่วงอายุ 16-20 ปี ร้อยละ 62.40 และอายุมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 37.60 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 45.80 (n=229) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา (N = 500)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
เพศ		
ชาย	192	38.40
หญิง	308	61.60
อายุ		
16-20 ปี	312	62.40
มากกว่า 21 ปี	188	37.60
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	229	45.80
ปวส., อนุปริญญา	154	30.80
ปริญญาตรีขึ้นไป	117	23.40

ความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=4.39$, S.D.=0.81) และพบว่าความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) คือ มีประโยชน์ต่อผู้เรียนในด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{x}=4.67$, S.D.=0.54) ในระดับดีมาก และเห็นสมควรที่จะมีสถาบันใหม่เพื่อเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในระดับดี ($\bar{x}=4.57$, S.D.=0.66) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตร

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ท่านเห็นว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีประโยชน์....	4.67	0.54	ดีมาก
2. ท่านเห็นว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลนี้มีประโยชน์ ต่อสถานประกอบ....	4.42	0.56	ดี
3. ท่านเห็นว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน...	4.42	0.56	ดี
4.ท่านเห็นว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีความสอดคล้องกับความต้องการ...	4.44	0.68	ดี
5.ท่านเห็นว่าการผลิตบัณฑิตพยาบาลสอดคล้องกับตลาดงานที่จะรองรับ...	4.34	0.69	ดี
6.ท่านเห็นว่าการศึกษหลักสูตรนี้ จะช่วยให้ผู้เรียนจบมาแล้วมีโอกาสรับ...	4.48	0.56	ดี
7.ท่านเห็นว่าการศึกษหลักสูตรนี้ จะช่วยให้ผู้เรียนจบมาแล้วมีโอกาสรับ...	4.45	0.64	ดี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตร (ต่อ)

ข้อความ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
8.ท่านเห็นว่าวิชาชีพพยาบาลยังเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน และเป็นที่ต้องการ...	4.48	0.71	ดี
9.ท่านเห็นสมควรที่จะมีสถาบันใหม่เพื่อเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	4.57	0.66	ดี
รวม	4.39	0.81	ดี

ความคิดเห็นต่อคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลพบว่าความคิดเห็นต่อคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=4.51$, S.D.=0.64) และพบว่าคุณลักษณะบัณฑิตที่ต้องการ ได้แก่ เป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข อยู่ในระดับดีมาก ดี ($\bar{x}=4.65$, S.D.=0.55) และสามารถวิเคราะห์เชิงตัวเลข และคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่ประชาชนต้องการเป็นลำดับน้อยที่สุด คือ ใช้สถิติอย่างเหมาะสมในวิชาชีพ ($\bar{x}=4.64$, S.D.=0.55) อยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์

คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.รอบรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ...	4.49	0.64	ดี
2.สามารถปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ...	4.50	0.65	ดีมาก
3.สื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.43	0.70	ดี
4.คิดอย่างเป็นระบบ สร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจ...	4.49	0.64	ดี
5.มีความรู้และสมรรถนะด้านดิจิทัลในการศึกษาค้นคว้า ...	4.50	0.62	ดีมาก
6.ใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา...	4.45	0.66	ดี
7.แสดงภาวะผู้นำและสามารถบริหารจัดการในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ...	4.49	0.63	ดี
8.มีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ...	4.62	0.58	ดีมาก
9.สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง และสนใจใฝ่รู้ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง...	4.50	0.63	ดีมาก
10.สามารถใช้การวิเคราะห์เชิงตัวเลข และใช้สถิติอย่างเหมาะสมในวิชาชีพ	4.21	0.74	ดี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะ คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ (ต่อ)

คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์	\bar{x}	S.D.	ระดับ
11.แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ...	4.60	0.59	ดีมาก
12.เป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็น...	4.65	0.55	ดีมาก
13.มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ปฏิบัติงานในสภาพการณ์ของความแตกต่าง...	4.64	0.55	ดีมาก
รวม	4.51	0.64	ดีมาก

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่) และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยพิบูลสงครามพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในภาพรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าความคิดเห็นต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีน่าสนใจ มีประโยชน์ต่อสังคม และประโยชน์ต่อผู้เรียนในการประกอบอาชีพด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่าหลักสูตรสาขาพยาบาลนั้นเป็นหลักสูตรที่น่าสนใจ^{6,7} อาจเนื่องมาจากสาขาพยาบาลศาสตรนั้นมีความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับปริญญาตรี และในระดับที่สูงขึ้น และหลักสูตรนี้เป็นประโยชน์ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การขยายตัวของสถานบริการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ จึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพขาดแคลนต่อเนื่อง จึงทำให้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตยังมีความน่าสนใจ เป็นต้น

ความคิดเห็นต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นพบว่าความคิดเห็นต่อคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และพบว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ควรเป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตลอดจนเป็นพลเมืองดีของชาติ ภูมิภาค และประชาคมโลกอยู่ในระดับดีมาก และมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ปฏิบัติงานในสภาพการณ์

ของความแตกต่างทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับดีมาก จะเห็นได้ว่าคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ในมุมมองของประชาชน หรือผู้ใช้บัณฑิตนั้นแต่ละแห่งต้องการหรือมีความคาดหวัง ตลอดจนมุมมองต่อการผลิตบัณฑิตซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนที่สำคัญยิ่งต่อการจัดทำหรือพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อพัฒนาทางด้านวิชาการและวิชาชีพที่ต้องการพัฒนาคนให้สมดุลรอบด้านและมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้ใช้บัณฑิตครบถ้วนทุกมิติ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552^{6,8} ส่วนการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ปฏิบัติงานในสภาพการณ์ของความแตกต่างทางวัฒนธรรมนั้น เป็นประเด็นที่มีความสำคัญในปัจจุบันอาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ พร้อมทั้งปัจจัยที่ทำให้บัณฑิตต้องมีสมรรถนะที่นอกเหนือเชิงวิชาชีพ รวมทั้งประเทศไทยได้ก้าวสู่โลกทุนนิยมโลกาภิวัตน์ ซึ่งเป็นอิทธิพลต่อระบบการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร์จึงเล็งเห็นประเด็นจุดนี้และมีการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีความเข้าใจถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม⁹ รวมถึงการพัฒนาและการจัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงต้องให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนี้

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นเป็นไปได้ในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ มหาวิทยาลัยพิบูลสงครามผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 16-20 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตอนปลายมีความคิดเห็นต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าความคิดเห็นต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลมีน่าสนใจ มีประโยชน์ต่อสังคม มีความคิดเห็นต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่ต้องการ และพบว่า คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ควรเป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตลอด

จนเป็นพลเมืองดีของชาติ ภูมิภาค และประชาคมโลก และมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ปฏิบัติงานในสภาพการณ์ของความแตกต่างทางวัฒนธรรม ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งควรมีการพัฒนาหลักสูตรให้เป็นไปตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณรัตน์ คันธา. ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. ว.พยาบาลศาสตร์ 2555; 32: 81-90.
2. สมจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วิชาชีพในประเทศไทย. ว.สภาการพยาบาล 2555; 27: 5-12.
3. อณัญญา ลาลูน, ศิปปา ภูมมารักษ์, นารีรัตน์ ภักดีศิริวงษ์, พิมพ์ดา ธรรมมีภักดี, สุวรรณิ มณีศรี. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. ว.วิชาการศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. 2561; 5: 94-103.
4. กฤษดา แสงวดี. วิกฤตขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. ว.วิชาการสาธารณสุข 2560; 26: 456-467.
5. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์; 2558.
6. พัฒนา เศรษฐวิชรานิช, ธารรัตน์ ดวงแข, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. ความต้องการการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ว.วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 5: 25-31.
7. พันธุ์ศักดิ์ พลสารมัย, ศรเนตร อารีโสภณ

พิเชษฐ, ลีริฉันท์ สติรกุล เตชพาพพงษ์, อรุณี หงส์ศิริวัฒน์. การศึกษาความเป็นไปได้และแนวทางการจัดการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก. ว.พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554; 21: 4-17.

8. ศุจิภา ภูมิโคกรักษ์, อัจฉรา สุคนธสรทรัพย์, อัญญารัตน์ ว่องวิริยะพันธุ์, อ้นบาภรณ์ เหลียวตระกูล, วัชร นาคะป่า. คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พยาบาลสาร. 2559; 43: 151-191.

9. อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม, ชุติพร ทิตอักษร. การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2560; 37: 160-169.

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 (Udonthanimodel classifying pregnancy 2016) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 32 แห่ง อ.เมือง จ.อุดรธานี

เพ็ญจันทร์ ชัยชมพู ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง, โรงพยาบาลอุดรธานี
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 ของพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ ด้านการคัดกรองความเสี่ยง คุณภาพการบันทึกข้อมูล ความทันเวลาและช่องทางการส่งต่อ ทั้งในกรณีฉุกเฉินและกรณีส่งพบสูติแพทย์ตามมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี 32 คน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2561 พัฒนาศักยภาพกลุ่มตัวอย่างด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ในการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และจากโรคทางอายุรกรรมเปิดเวทีให้นำเสนอกรณีศึกษาและจัดให้มีการซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสูติกรรมในพื้นที่ที่มีการติดตามผล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่คลินิกฝากครรภ์และที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้ Paired t-test วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) ค่าเท่ากับ 0.86

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 46.53 ปี (S.D. 5.8) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.60 เป็นผู้ที่มิประสบกรณีในคลินิกฝากครรภ์ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.80 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์พบว่ามิระดับความคิดเห็นระดับมากขึ้นไปทุกหัวข้อ ($\bar{x}=4.43$, S.D.=0.56) การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี มีการตรวจส่งต่อ 150 ราย โดยร้อยละ 68.70 เป็นระดับความเสี่ยงต่ำมาก มีการบันทึกผลการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 99.30 มีการบันทึกผลตรวจเลือดชั้นพื้นฐาน ร้อยละ 90.66 มีการบันทึกอาการสำคัญและสาเหตุที่ส่ง ร้อยละ 96.00 ส่งต่อทันเวลาตามความเร่งด่วนของอาการและอายุครรภ์ ร้อยละ 94.70 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี มีการส่งเข้ามาช่องทางนี้ จำนวน 2 ราย ทั้งสองรายไม่มีการตรวจครรภ์หรือตรวจร่างกายก่อนส่งต่อขอเสนอแนะจากการวิจัยด้านบริการ คือ การพัฒนาระบบบริการสนับสนุนให้ความรู้และมีทักษะการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์ การเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิให้สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์รายที่มีความเสี่ยงได้เพิ่มมากขึ้น ด้านการบริหาร ควรมีการกำกับติดตามการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ อย่างต่อเนื่อง ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้านคุณภาพการดูแล การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง และควรมีการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการในกลุ่มโรคอื่นๆ

คำสำคัญ : แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์

Effectiveness of Implementing Udonthani model classifying pregnancy 2016 in 32 Primary care units, Muang, Udonthani

Penchan Chaichompoo APN, Udonthani Hospital

Chaweewan Sridawruang Instructors, Boromarajonni College of Nursing Udonthani

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to explore the effectiveness of using Udonthani Criteria for antenatal care classifying pregnant woman in terms of basic component model version 2016 for risk screening, quality of data record, referral system in case of emergency and standard protocol. Thirty two nurses had been selected by purposive sampling, all of them worked at primary care sectors. This research had been conducted from May - August 2018. The respondents attended the short course training for improving competencies related to high risk pregnancy issues. The Udonthani antenatal guideline had been addressed during the training course. The questionnaires composed of 5 sections. There were general information, the pre and post-test related to the knowledge of high risk pregnancies, the perspectives of respondents for the guideline, the referral system and road map from primary care sectors to delivery rooms and emergency rooms. The major descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation were calculated by SPSS version 16. Paired t-test had been used to compare means of the knowledge score before and after attend the training course. Reliability had been validated by using Cronbach's Coefficient of Alpha that found 0.86.

The results shown that all of nurses were female, meanage 46.53 years old (range 35-57). Most respondents graduated undergraduate levels and nearly half of them with 43.80% had experiences working at antenatal clinic more than 10 years. Compared the average mean score of knowledge of high risk pregnancies before and after attending the short course training found different significant at 0.05. The average mean score of the perspectives of respondents for the guideline was high level in all items ($\bar{x}=4.43$, S.D.=0.56). The averages mean score of referring patients from primary care sectors to delivery rooms and emergency rooms found 150 cases. With 68.70% in case of referral cases were low risks of pregnancy. Risk screening had been reports for 99.30% of referral cases, 90.66% of cases had been investigated basic blood screen test, 96.00% had been reports of causes, sign and symptoms of health problems, and 94.70% of cases were referred in time effectively. With 2 cases had been referred to the emergency room at Udonthani hospital and they had no reports of attending antenatal care unit. The recommendations were maternal and child health care services should provide knowledge and self-care skills for pregnant women. Strengthening capacities of primary care services to investigate high risk pregnancy should be concern. Maternal and child health staff should be monitored continually about classifying pregnant woman. Qualitative research should be addressed focusing on quality of maternal and child health care. Participatory methods should be applied for other researches related health issues.

Keyword: Classifying Pregnancy Model.

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์นอกจากจะมีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แล้วยังพบความเสี่ยงจากสาเหตุอื่น เช่น มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ประเทศไทยยังพบว่ามีการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดทุกปี โดยในปี 2558-2560 พบอัตราการเสียชีวิตของมารดา 24.23, 24.26 และ 23.75 ตามลำดับ¹ จังหวัดอุดรธานีพบอัตราการตายมารดา ปี 2558-2560 คือ 20.67, 14.29, 36.84 ตามลำดับ และอัตราทารกตายปริกำเนิด ปี 2558-2560 คือ 8.78, 5.41, 7.19 ตามลำดับ² อำเภอเมืองอุดรธานีพบอัตราการตายมารดา ปี 2558-2560 คือ 20.67, 14.29, 36.84 ตามลำดับ และอัตราทารกตายปริกำเนิด ปี 2558-2560 คือ 9.19, 2.81, 3.88 ตามลำดับ³ ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ขาดรายได้และอาจสูญเสียสมาชิกในครอบครัว

คณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานีได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านแม่และเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าปัญหาเกิดจากศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานและการขาดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน โดยผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดความรู้ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและขาดทักษะในการตัดสินใจส่งต่อรวมถึงส่งต่อผิดช่องทาง ทำให้แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาล่าช้าและขาดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน คณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานีได้แก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์โดยจัดทำแนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2557⁴ ขึ้นโดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 4 ระดับ คือ เสี่ยงต่ำมาก เสี่ยงต่ำ เสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก โดยมีการชี้แจงการใช้แนวทางแก่ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 32 แห่ง ซึ่งการใช้แนวทางดังกล่าวทำให้คุณภาพการดูแลและ

ให้บริการหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นเมื่อทดลองใช้จึงพบว่าเกณฑ์ในการแบ่งคุณลักษณะความเสี่ยงแต่ละระดับ การรักษาและการส่งต่อยังไม่ชัดเจนจึงมีการทบทวนแนวทางที่ใช้ในการคัดกรองการแบ่งประเภทหญิงตั้งครรภ์ให้มีความชัดเจน และมีการพัฒนาแนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559⁴ ซึ่งเป็นฉบับที่พัฒนามาจากปี 2557 โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 4 ระดับ คือ เสี่ยงต่ำมาก เสี่ยงต่ำ เสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก มีการกำหนดขอบเขตการดูแลรักษาและการส่งต่อในแต่ละระดับตามขีดความสามารถของหน่วยบริการไว้อย่างชัดเจนแต่ยังพบว่ามีการดาและทารกเสียชีวิตหลายราย คณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานีได้วิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกพบว่าบางรายเสียชีวิตจากมีโรคร่วมทางอายุรกรรม ดังนั้นจึงได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรอง 5 โรคสำคัญที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารก ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ ตกลือดหลังคลอดเบาหวาน คลอดก่อนกำหนดและโรคหัวใจ จากประเด็นการนำแนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 มาใช้ส่งผลกระทบกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่อำเภอเมืองที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 32 แห่ง พอสรุปได้ดังนี้ 1) ปัญหาการตรวจคัดกรอง เช่น โรคหัวใจ ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีประสบการณ์ 2) แต่ละโรคมีการกำหนดสัญญาณอันตราย (warning signs) ไว้ให้ แต่เขียนรวมกันตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ 3) การคัดกรองบางโรคต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะ เช่น โรคหัวใจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งต้องใช้เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งในอำเภอเมืองยังไม่มีใช้ 4) เมื่อตรวจคัดกรองแล้วเจ้าหน้าที่ไม่ทราบการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อใน 5 โรคที่กำหนดขึ้น ไม่ทราบเกณฑ์ในการส่งต่อว่ากรณีใดที่หญิงตั้ง

ครรภ์เดินทางมาโรงพยาบาลได้เองหรือรถฉุกเฉินขององค์กรส่วนท้องถิ่นอาสาสมัครได้หรือต้องรับส่งด้วยรถฉุกเฉิน 1669 ของโรงพยาบาลและต่อมาในปี 2561 ได้มีการพัฒนาแนวทางโดยการเพิ่มการคัดกรองความเสี่ยงให้ครอบคลุมโรค 5 โรค คือครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดหลัง คลอด เบาหวาน คลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจรวมถึงกำหนดเกณฑ์ในการดูแลรักษาเบื้องต้นเกณฑ์ในการส่งต่อเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์จากที่พบปัญหาการเสียชีวิตของมารดาที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมในปี 2559-2560

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ศึกษาระบบการฝากครรภ์แนวใหม่ใน 4 ประเทศ ผลพบว่าการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ทำให้ตรวจพบภาวะพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชัก ร้อยละ 1.70 ซึ่งพบมากกว่ากลุ่มที่ดูแลด้วยมาตรฐานเดิมซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.40⁵ และยังมีวิจัยเชิงทดลองแบบสหสถาบัน (Multicentre randomized controlled trial) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์มาตรฐานตะวันตกและรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่ากลุ่มที่ดูแลตามแบบฝากครรภ์แนวใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งต่อมากกว่าแบบมาตรฐานเดิม คือร้อยละ 13.40 กับร้อยละ 7.30⁶ ในประเทศไทยมีการศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกตามบริบทของประเทศไทย พบว่าผลลัพธ์ด้านมารดาและเด็กไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนเริ่มดำเนินการกับหลังดำเนินการ ทศนคติของแพทย์และพยาบาลเชิงบวกมีแนวโน้มสูงขึ้น⁷ การศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน จ.สุราษฎร์ธานี พบว่าพยาบาลให้บริการตามมาตรฐานมีค่าเฉลี่ย 8.26 ความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ย 8.62⁸ จากการศึกษาพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงในโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายพบว่าไม่มีมารดาตาย อัตราตายทารกลดลงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดร้อยละ 10.88 พยาบาลมีสมรรถนะในการ

ดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงร้อยละ 93.96 การปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.78 มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อร้อยละ 0.39⁹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการฝากครรภ์ของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบปัญหาด้านกำลังคนความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ รวมถึงการกำกับติดตามการดำเนินงานนโยบายและการประสานงานกับเครือข่าย¹⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 ของพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ ด้านการคัดกรองความเสี่ยง คุณภาพการบันทึกข้อมูล ความทันเวลาและช่องทางการส่งต่อ ทั้งในกรณีฉุกเฉินและกรณีส่งพบสูติแพทย์ตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)¹¹ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเครือข่ายการทำงานของฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 32 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 32 คน การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรธานีเลขที่ 51/2560 วันที่ 21 กันยายน 2560

เครื่องมือที่ใช้มี 5 ส่วนได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ผู้วิจัยทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Coefficient of Alpha) ค่าเท่ากับ 0.86 3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานีปี 2559 4) แบบประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่คลินิกฝากครรภ์ 5) แบบประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เครื่องมือผ่านการนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่าง 10 ราย ก่อนนำมาใช้ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัย และการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างและพยาบาลห้อง ผากครรภ์และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทราบ ผู้วิจัยทำการ รวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องของ ข้อมูลด้วยตัวเอง

ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การวางแผน (PLAN) ผู้วิจัยร่วมกับ คณะกรรมการแม่และเด็ก จ. อุดรธานี ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาการเสียชีวิตของมารดาและทารกพบ ว่า บุคลากรขาดความรู้ในการตรวจคัดกรอง การ ดูแลเบื้องต้นการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทาง อายุรกรรม และการส่งต่อหญิงครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉิน ด้านสูติกรรมรวมถึงความไม่ชัดเจนในแนวทางการ แบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม ตัวอย่าง 32 คน โดยกำหนดกิจกรรมไว้ 3 อย่างคือ 1) จัดอบรมให้ความรู้ด้านด้านการคัดกรองความเสี่ยงใน หญิงตั้งครรภ์ด้านการดูแลและการส่งต่อตามแนวทางการ แบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 ทั้งในกรณีฉุกเฉินและกรณีส่งพบสูติแพทย์ ตามมาตรฐาน 2) จัดเวทีให้ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ ทั้ง 32 แห่งนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพการฝากครรภ์ 3) จัด ชื่อมแผนฉุกเฉินทางสูติกรรม จำนวน 4 สถานการณ์ โดยทำการซ้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โสภณน้ำขาว 1 สถานการณ์และซ้อมที่ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 3 สถานการณ์ 4) นำผลการศึกษาไปแจ้งในคณะกรรมการแม่และเด็ก จังหวัดอุดรธานี เพื่อเกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

2. การลงมือปฏิบัติ (ACT) ผู้วิจัยและคณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานี กลุ่มงานสูติกรรม ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลอุดร ธานีได้ลงมือปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

2.1. จัดอบรม (พ.ค. 2561) ให้ ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ระยะเวลา 1 วัน เรื่อง การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การดูแลและ การส่งต่อตามแนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิง

ตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานีปี 2559 รวมภาวะเสี่ยงด้าน สูติกรรมและจากโรคร่วมทางอายุรกรรม 5 โรค ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดหลังคลอด โรคเบาหวาน คลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจ วิทยากรเป็นสูติแพทย์ ของโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ท่าน ผู้วิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ให้ตอบแบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบ สำรวจความคิดเห็นต่อแนวทางการแบ่งประเภทการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559

2.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (พ.ค. 2561) เพื่อการพัฒนาคุณภาพการฝากครรภ์โดย ให้กลุ่มตัวอย่างส่งตัวแทนนำเสนอกรณีศึกษาจำนวน 7 ครั้งรวม 14 ราย (Conference near miss case) ผู้วิจัย ได้ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และขอบเขตของการนำเสนอเปิดโอกาสให้นำเสนอได้ ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาสังคม ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย กลุ่ม ตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัย ทีมสูติแพทย์และพยาบาลแผน กสูติกรรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล อุดรธานี

2.3 การจัดซ้อมแผนฉุกเฉินทาง สูติกรรมในพื้นที่ (พ.ค. - มิ.ย. 2561) จำนวน 4 สถานการณ์ โดยซ้อมสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ ชักจากครรภ์เป็นพิษเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโสภณน้ำขาว 1 สถานการณ์ ผู้ เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัย ทีมแพทย์และพยาบาลสูติกรรม แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว และมีเจ้าหน้าที่ขององค์การ บริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในพื้นที่เข้าร่วมสังเกตการณ์ และอีก 3 สถานการณ์ซ้อมโดยใช้หุ่นสาธิต ที่ห้องประชุมสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัย สูติแพทย์ แพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลอุดรธานี

3. การสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยได้สะท้อน ผลหลังการอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ การซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสูติกรรมมีการติดตามผลการ พัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสิทธิภาพ

ของการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 นอกจากนี้ยังมีการนำผลการวิเคราะห์ที่ไปทบทวนและวางแผนพัฒนางานบริการฝากครรภ์ทั้งในอำเภอเมืองและในคณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานีเพื่อปรับปรุงแนวทางทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานีและขยายผลให้ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในสังกัดในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2561 และตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จ.อุดรธานี ปี 2559 แบบประเมินการส่งต่อมาที่คลินิกฝากครรภ์ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมวิเคราะห์โดยใช้สถิติอ้างอิง Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 35-57 ปี เฉลี่ย 46.53 ปี (S.D. 5.8) ไม่เกิน 45 ปี ร้อยละ 50.00 จบปริญญาตรี ร้อยละ 90.60 และเป็นผู้ที่มีการส่งต่อในคลินิกฝากครรภ์ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	32	100
อายุ		
<45 ปี	16	50.00
46-55 ปี	14	43.70
56 ปีขึ้นไป	2	6.30
(\bar{X} =46.53, S.D.=5.8, Min=35, Max=57)		
ระดับการศึกษา		
-ปริญญาตรี	29	90.60
-ปริญญาโท	3	9.40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=32)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์งานบริการฝากครรภ์		
0-1 ปี	6	18.80
2-5 ปี	6	18.80
6-10 ปี	6	18.80
> 10 ปี	14	43.60

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม ข้อสอบมี 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม (N=32)

	Min	Max	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนการอบรม	4	9	6.97	1.15	-3.82	.001
หลังการอบรม	6	9	7.62	0.94		

เมื่อวิเคราะห์จำนวนและร้อยละการตอบถูกต้องผิด ก่อนและหลังการอบรมแยกรายข้อ พบว่า หลังการอบรมตอบถูกมากกว่าร้อยละ 90 จำนวน 9 ใน 10 ข้อโดยข้อที่ 7 การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์หรือมีอาการของโรคหัวใจ ควรเรียกรถฉุกเฉิน 1669 เท่านั้นเป็นข้อที่อาสาสมัครตอบได้ถูกต้อง ก่อนอบรม ร้อยละ 100.00 หลังอบรม ร้อยละ 100.00 เนื่องจากการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์หรือมีอาการของโรคหัวใจมีเงื่อนไขในการส่งต่อที่ชัดเจน ส่วนข้อที่อาสาสมัครตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อ 6 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติ ควรส่งพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ก่อนอบรมตอบผิดมากถึง ร้อยละ 93.75 หลังอบรม ตอบผิด ร้อยละ 90.62 เนื่องจากข้อคำถามที่มีค่าสำคัญว่า ตามนัดทุกครั้งทำให้ผู้อบรมคิดว่าถูกเป็นส่วนใหญ่ แต่ตามหลักการควรส่งพบแพทย์ทันทีเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติโดยไม่ต้องรอตามนัด ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการตอบถูก ผิด ก่อน และหลังการอบรมจำแนกเป็นรายชื่อ (N=32)

แบบทดสอบแยกรายชื่อ	คนที่ตอบถูก จำนวน(ร้อยละ)		คนที่ตอบผิด จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาพบแพทย์เพื่อฝากครรภ์ หลังอายุครรภ์ 3 เดือน เพื่อป้องกันการแท้งบุตร	24 (75.00)	29 (90.62)	8 (25.00)	3 (9.38)
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ สามารถป้องกันการเกิดซ้ำได้ในครรภ์ต่อมา	27 (84.37)	29 (90.62)	5 (15.63)	3 (9.38)
3. การตรวจพบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แท้งบุตร ทารกในครรภ์เสียชีวิต คลอดก่อนกำหนดได้	25 (78.13)	30 (93.75)	7 (21.87)	2 (6.25)
4. การตรวจค้นหาโรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ ให้ทำเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และไตรมาสที่ 3	21 (62.63)	29 (90.63)	11 (34.37)	2 (6.25)
5. การตรวจ glucose screening test เพื่อคัดกรองเบาหวาน ควรตรวจหญิงตั้งครรภ์ทุกราย	23 (71.87)	30 (93.75)	9 (28.13)	2 (6.25)
6. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติ ควรส่งพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2 (6.25)	3 (9.38)	30 (93.75)	29 (90.62)
7. การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์หรือมีอาการของโรคหัวใจ ควรเรียกฉุกเฉิน 1669 เท่านั้น	32 (100.0)	32 (100.0)	0 (0.00)	0 (0.00)
8. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลีย หายใจไม่อิ่มนอนราบไม่ได้ ควรให้ Oxygen 10 L/min ก่อนเรียกฉุกเฉิน 1669	28 (87.50)	31 (96.88)	4 (12.50)	1 (3.12)
9. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดศีรษะ ตาลาย แน่นใต้ลิ้นปี่ ขาววม BP > 140/90 mmHg. ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถนำส่งของเทศบาล/อบต. เท่าที่พอจะหาได้ตอนนั้น	24 (75.00)	29 (90.62)	8 (25.00)	3 (9.38)
10. หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำรั่วซึม มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	30 (93.75)	32 (100.0)	2 (6.25)	0 (0.00)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 จำแนกตามประเด็นที่ประเมิน (N=32)

ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์	\bar{x}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ความสะดวกในการใช้	4.41	.56	มาก
2. ความง่ายต่อการเข้าใจ	4.41	.49	มาก
3. การใช้งานเหมาะสมกับ รพ.สต.	4.41	.56	มาก
4. ความครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์	4.25	.67	มาก
5. การเกิดประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	4.66	.48	มาก
รวม	4.43	.55	มาก

เมื่อพิจารณาร้อยละของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ห้องฝากครรภ์โรงพยาบาลอุดรธานีพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการส่งต่อเพื่อพบสูติแพทย์ที่ห้องฝากครรภ์ รวม 150 ราย เป็นความเสี่ยงต่ำมาก 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.70 ความเสี่ยงสูง 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.30 ส่วนความเสี่ยงสูงมากต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีภาวะระดับความเสี่ยงได้ถูกต้อง 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 บันทึกผลการคัดกรอง 149 ราย คิดเป็น ร้อยละ 99.30 บันทึกผลเลือด 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.66 บันทึกอาการสำคัญและสาเหตุที่ส่ง 144 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.00 ส่งต่อทันเวลา 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.33 ส่งต่อล่าช้า 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.67 โดยที่ 17 รายส่งต่อล่าช้าเนื่องจากมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก มี 5 รายที่อยู่ระหว่างการรอผลตรวจเลือด มี 5 รายที่มีภาวะวิกฤตจากภาวะทารกดินน้อยลง และมีน้ำคร่ำรั่วซึมซึ่งการระบุประเภทความเสี่ยงนี้ใช้การตรวจคัดกรองและใช้การชันสูตรเบื้องต้นในระดับปฐมภูมิ ดังรายละเอียดในตาราง 5

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานีปี 2559พบว่าความคิดเห็นทุกข้อมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในระดับมาก ภาพรวมค่าเฉลี่ย = 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.55 คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือเกิดประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีค่าเฉลี่ย = 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.48 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานีจำแนกตามประเด็นที่ประเมิน (N=150)

ประเด็นที่ประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความเสี่ยงที่ส่งต่อ		
- ระดับ 1 เสี่ยงต่ำมาก	103	68.70
- ระดับ 2 เสี่ยงต่ำ	15	10.00
- ระดับ 3 เสี่ยงสูง	32	21.30
- ระดับ 4 เสี่ยงสูงมาก (ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)	0	0.00
การระบุระดับความเสี่ยงได้ตรง ถูกต้อง ตามเกณฑ์การประเมินของระดับปฐมภูมิ	150	100.0
การระบุระดับความเสี่ยงต่ำหรือสูงกว่าระดับความเสี่ยงที่วินิจฉัย	-	-
2. การบันทึกผลการฝากครรภ์		
- บันทึก	149	99.30
- ไม่บันทึก	1	0.70
3. การบันทึกผลเลือดพื้นฐาน		
- บันทึก	136	90.70
- ไม่บันทึก	14	9.30
4. การบันทึกผลตรวจปัสสาวะและ Urine Iodine		
- บันทึก	146	97.30
- ไม่บันทึก	4	2.70
5. การบันทึกอาการสำคัญและสาเหตุที่ส่ง		
- บันทึก	144	96.00
- ไม่บันทึก	6	4.00
6. การส่งต่อทันเวลาตามอาการเร่งด่วนและอายุครรภ์		
- บันทึก	142	94.70
- ไม่บันทึก	8	5.30
- ส่งต่อทันเวลา	128	85.33
- ส่งต่อล่าช้า	22	14.67

การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย ทั้ง 2 รายมาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด นำส่งโดยรถฉุกเฉินร่วมในพื้นที่ของเครือข่าย 1669 ก่อนส่งต่อไม่มีการตรวจร่างกายหรือตรวจครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล

อภิปรายผลการศึกษา

1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.53 ปี ทุกคนจบการศึกษาปริญญาตรีในหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาล เกือบครึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานฝากครรภ์มานานเกิน 10 ปี แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่เหมาะสมและเอื้อต่อ

การให้บริการฝากครรภ์ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ ทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้มีความเข้าใจถึงความรู้สึก ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนสามารถอธิบายหรือให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวรวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งต้องปฏิบัติทั้งในหน่วยบริการและการออกไปเยี่ยมที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความมั่นใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการและสร้างความเชื่อมั่นต่อสามีและญาติ

2. ด้านความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถคัดกรองจนพบความเสี่ยงสูงได้ถึง ร้อยละ 21.30 และส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ทันเวลา ร้อยละ 94.70 สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ หิมทอง และคณะ³ ที่ศึกษาการประเมินผลงานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบค่าเฉลี่ยความรู้ 8.62 รวมถึงการศึกษาของเพ็ญศรี บำรุง และคณะ⁹ ที่พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลมหาสารคามส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่งลดลง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการจัดอบรมให้ความรู้จัดเวทีนำเสนอผลงานและจัดซ้อมแผนฉุกเฉินในพื้นที่มีการยกย่องชมเชยผู้มีผลงานดีเด่นอีกทั้งมีการประชุมประสานงานกับแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลอุดรธานีเพื่อจัดระบบการส่งต่อฉุกเฉินด้านสูติกรรมกิจกรรมเหล่านี้เป็นการเพิ่มพูนความรู้และสร้างความเชื่อมั่นในการตรวจคัดกรองการตัดสินใจส่งต่อและการจัดช่องทางด่วน ซึ่งส่งผลดีกับหญิงตั้งครรภ์ตามข้อมูลข้างต้น

3. ด้านความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนาพงศ์ ธรและคณะ⁷ ที่ศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในบริบทของประเทศไทย พบว่าแพทย์และพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกในการให้บริการเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงระบบงานที่พัฒนาขึ้นทำให้แพทย์และพยาบาลเกิดความสะดวกในการทำงาน และจากการศึกษาของเพ็ญศรี บำรุง

และคณะ^๑ ศึกษาพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โดยผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบร้อยละ 100.00 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.80 เป็นร้อยละ 90.30 และสิ่งสำคัญคือการสร้างความเข้าใจในเรื่องนโยบายของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานีก่อให้เกิดคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ด้านระบบบริการมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจนเกิดประสิทธิภาพที่ดีทั้งเครือข่าย

4.ด้านการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ประเด็นระดับความเสี่ยงที่ส่งต่อตามแนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 มีการส่งต่อระดับเสี่ยงต่ำมาก ร้อยละ 68.70 เป็นการส่งต่อเพื่อพบสูติแพทย์ตามมาตรฐานงานฝากครรภ์ และส่งต่อระดับเสี่ยงสูงซึ่งต้องมีมากถึง ร้อยละ 21.30 การตรวจพบความเสี่ยงสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการตรวจคัดกรองจึงทำให้มีผลงานในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มาพบแพทย์ ส่วนความเสี่ยงระดับสูงมากเจ้าหน้าที่ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถระบุได้เพราะจะต้องได้รับการตรวจที่มีความซับซ้อนและต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประเด็นการบันทึกผลการดูแลก่อนส่งต่ออื่นๆ ได้แก่ มีการบันทึกการฝากครรภ์ ร้อยละ 99.30 มี 1 บันทึกผลเลือดพื้นฐาน ร้อยละ 90.70 บันทึกอาการสำคัญและสาเหตุที่ส่ง ร้อยละ 96.00 ส่วนประเด็นการส่งต่อทันเวลาตามอาการเร่งด่วนและอายุครรภ์ มีการบันทึก ร้อยละ 94.70 ส่งต่อทันเวลาร้อยละ 85.33 ผลงานค่อนข้างต่ำเพราะมีหญิงตั้งครรภ์ที่ย้ายมาจากจังหวัดอื่นเพื่อมาเตรียมคลอดที่ รพ.อุดรธานี และส่วนหนึ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากแล้วสอดคล้องกับการศึกษาของภิกษุ ลุมพิกานนท์ และคณะ^๖ ศึกษาข้อมูลตามโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ของ UNDP/UNFPA/WHO/World Bank ที่ร่วมมือกันทำการวิจัยทดลองแบบสหสถาบัน (Multicentre randomized controlled trial) พบว่าการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แนวใหม่ได้รับการส่งต่อมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่

ฝากครรภ์ตามมาตรฐานเดิมร้อยละ 13.40 กับ ร้อยละ 7.30^๖ พบภาวะพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชักในกลุ่มที่ฝากครรภ์แนวใหม่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ตามมาตรฐานเดิมเล็กน้อย ร้อยละ 1.70 กับ ร้อยละ 1.40^๖ และสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ หิมทอง^๘ ที่ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนตามแนวทาง ร้อยละ 75.50 มีการบันทึกสรุปผลการรับและส่งกลับ ร้อยละ 85.50 มีการแก้ปัญหาการส่งต่อทุกระดับ ร้อยละ 78.50 จากปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ดังนั้นบุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

จากการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและทีมแพทย์พยาบาลด้านสูติกรรมรวมถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางกำหนดรูปแบบการส่งต่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการฝากครรภ์ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบปัญหาด้านการส่งต่อที่ขาดการเชื่อมโยงและไม่ต่อเนื่อง การคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่เหมาะสมและล่าช้า และยังพบว่ามีการส่งตัวฉุกเฉินโดยผู้ป่วยมาเองไม่เขียนใบส่งตัวและขาดการประสานงานกับสถานพยาบาลปลายทาง

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพพยาบาลงานฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559 ของพยาบาลงานฝากครรภ์ในการคัดกรองความเสี่ยง คุณภาพการบันทึกข้อมูล ความทันเวลาและช่องทางการส่งต่อ ทั้งในกรณีฉุกเฉินและกรณีส่งพบสูติแพทย์ตามมาตรฐานจนส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลและปลอดภัยจากภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากพยาบาลฝากครรภ์

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 คน รวม 32 คน ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรม ได้แก่ 1) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการส่งต่อ 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการให้นำเสนอกรณีศึกษา 3) จัดให้กลุ่มตัวอย่างซ้อมแผนฉุกเฉินด้านสูติกรรมนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมผู้เกี่ยวข้องแผนกต่างๆในการจัดระบบการดูแล การส่งต่อและการจัดช่องทางด่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2561 เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2561 ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับมากคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญผลการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงต่ำมาก มีการบันทึกผลการคัดกรองเป็นส่วนใหญ่ บันทึกอาการสำคัญและสาเหตุที่ส่ง และส่งต่อทันเวลา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านบริการ ควรสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง รู้จักสังเกตอาการผิดปกติและให้ความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลงานฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงด้านอื่นๆ เพิ่มเติม
2. ด้านการบริหาร ควรมีการควบคุมกำกับติดตามการใช้แนวทางแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องทุกระดับของหน่วยบริการและควรมีการปรับปรุงแนวทางอยู่เสมอให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และอัตรากำลังคนรวมถึงระบบบริการในพื้นที่
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและควรมีการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการในกลุ่มโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. สรุปผลงานตามตัวชี้วัด. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2560.
3. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี. สรุปผลงานตามตัวชี้วัด. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2560.
4. คณะกรรมการแม่และเด็กจังหวัดอุดรธานี. แนวทางการแบ่งประเภทการดูแลหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุดรธานี ปี 2559(Udonthani model classifying pregnancy 2016. อุดรธานี; 2560.
5. World Health Organization. Antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. [Internet]. (2002). [cited 2018 July 10]. Available from: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents>.
6. ภิศก ลุมพิกานนท์, ณรงค์ วินัยกุล, โฉมพิลาศ จงสมชัย. องค์ความรู้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
7. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, กรรณิการ์ มณีวรรณ. โครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557. 14-17.
8. อมรรัตน์ หิมทอง. การศึกษาวิจัยการประเมินผลการดำเนินงานในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว.วิชาการแพทย์ เขต 11 2556; 7(27): 879-89.
9. เพ็ญศรีบำรุง, รัตติยา ทองสมบุญ, สมทรงบุตรตะ, ราไพ เกตุจิระโชติ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายจังหวัด

มหาสารคาม. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2559; 34 (1): 37-45.

10. ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, วลัยพร พัชรนฤมล, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, จูติกร โตโพธิ์ไทย, อังคณา สมณัสทวีชัย, ประเทือง เผ่าดิษฐ, และคนอื่นๆ. บริการฝากครรภ์ตอนที่สอง: ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการฝากครรภ์ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. ว.วิชาการสาธารณสุข 2558; 24(5): 885-91.

11. MacDonal, C. Understanding Participatory Action Research: A Qualitative Research Methodology Option. CJAR 2012; 13(2): 34-50.

12. Piaggio G, Ba' ageel H, Bergsjö P, Carroli G, Farnot U, Lumbiganon P, et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal care randomized controlled trial. Paediatr Perinat Epidemiol 1998; 12 (Suppl): 27-58.

13. Villar J, Bakketeig L, Donner A, Mazrou Y, Ba' aqeel H, Belizan JM, et al. The WHO Antenatal care randomized controlled trial: rationale and study design. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 1998; 12 (Suppl.): 27-58.

14. World Health Organization. Antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model. [Internet]. (2002). [cited 2018 July 10]; 1556-59. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO__RHR__01.30.pdf

ปัจจัยที่มีผลกระทบในการจัดทำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของโรงพยาบาลอุดรธานี

ปัญญารักษ์ แสงเจริญ, นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ, โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยด้านการบริหารที่มีผลกระทบในการจัดทำบัญชีของผู้ทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างและข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดทำบัญชีของผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษาค้างครั้งนี้ คือบุคลากรที่ประสานงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง จำนวน 75 คน ที่ได้มาจากการเลือกเฉพาะเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานด้วย Independent sample- test และ One -Way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.7 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา คือมีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 54.7 โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาคือมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.0 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมาคือลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 28.0 โดยส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 84.0 และปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการเงิน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ในส่วนระดับของปัจจัยที่มีผลกระทบกับระบบการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบกับระบบการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างในด้านผู้บริหารสูงสุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการจัดการตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยที่มีผลกระทบกับระบบการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับคุณลักษณะทางประชากร พบว่าตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ประเภทและสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่มีผลกระทบกับระบบการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านงบประมาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายควรปรับปรุงนโยบายบัญชีให้เป็นปัจจุบัน ด้านผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรด้านบัญชีด้านบุคลากรควรจัดสรรอัตรากำลัง ข้าราชการ พนักงานราชการด้านบัญชีด้านงบประมาณ ควรมีการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรให้มากขึ้น และงบประมาณด้านพื้นที่จัดเก็บเอกสาร เร่งให้สายสนับสนุนให้ได้ค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้นและให้ขวัญและกำลังใจในการทำงานมากกว่านี้ด้านวัสดุอุปกรณ์การจัดสรรเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยด้านการจัดการควรมีมาตรฐาน การจัดส่งรายงานเป็นปัจจุบันมีผู้นำด้านการจัดการระบบเอกสารมีการเชื่อมระบบเครือข่ายโรงพยาบาลด้านข้อมูลสื่อสาร

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านบริหาร, การจัดทำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

Factors that affect an accountant's accrual basis accounting at Udonthani Hospital

Panyarak Sangcharoen, Finance and Accounting Technical Officer, Professional Level,
Udonthani Hospital

Abstract

This survey research aimed to study what extent the management-related factors affected an accountant's accrual basis accounting at UdonThani Hospital and discusses methods of accrual basis accounting at the hospital. The participants in this study were 75 staff members of the hospital who are in charge of coordinating with staff who are in charge of accrual basis accounting. The descriptive statistical data were collected from the participants through the questionnaire and analyzed by examining the frequency, percentage, average, mean, t-test scores, and one-way ANOVA.

It was found that the most of sample group was female 90.7%. Mostly between 41-50 years old 34.7%, followed by the age of 20-30 years 28.0%. Single status 54.7%, with lower education than bachelor's degree 64.0%. Most of them had work experience less than 5 years 34.7%, followed by more than 15 years 32.0%, with monthly income less than 20,000 baht 70.7%. Employees of the Ministry of Public Health was 30.7%, followed by part time employees 28.0%. Mostly staffed was finance and accounting officers 84.0%, and work at financial department 37.3%. It was found from the survey that overview factors moderately affected accrual basis accounting. In addition, accrual basis accounting was highly affected by the administration, human resources, and management. It was also moderately affected by the budget and supplies. Moreover, when the average score was compared with the variations, it was found that different factors such as staff members' sexes, education, positions, types of work, and places of works significantly have different statistical average scores of factors that affect accrual basis accounting.

From the findings of the survey, it is suggested that the accounting policy be revised and the administration encourage employees who work in the accounting department to learn the needed skills for their careers. It is also recommended that more people be hired to work in the accounting department and more budget and raises should be provided as an incentive to the staff members. Finally, it is essential for the hospital to provide the up-to-date information and communication technology so that data and information can be efficiently connected with the network of other hospitals.

Keywords: factors, staff members, accrual basis accounting

บทนำ

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ในกระทรวงสาธารณสุข เดิมมีการบันทึกบัญชีแบบเกณฑ์เงินสด (Cash Basis) ซึ่งระบบบัญชีสำหรับหน่วยงานย่อยเป็นระบบบัญชีคู่ที่รวมสมุดบันทึกรายการขึ้นต้นและสมุดบันทึกรายการชั้นปลายไว้ในสมุดเงินสดแบบหลายช่องในเพียงเล่มเดียว มีข้อสำหรับบันทึกบัญชี 3 ประเภท คือ เงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดิน เงินนอกงบประมาณ โดยมีทะเบียนคุม 5 ประเภท คือ เงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดิน เงินนอกงบประมาณ หลักฐานการขอเบิกและเอกสารแทนตัวเงิน จากนโยบายปฏิรูประบบราชการของรัฐบาล และมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ.2542 เห็นชอบแผนปฏิรูประบบการบริหารงานภาครัฐซึ่งแผนปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณเป็น 1 ใน 5 แผน กระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานกลางที่มีฐานะรับผิดชอบกำกับดูแลกำหนดระบบบริหารการเงินการบัญชีและทำรายการการเงินของแผ่นดินเสนอต่อรัฐสภา จึงได้ปรับเปลี่ยนหลักการบัญชีภาครัฐจากเกณฑ์เงินสดเป็นเกณฑ์คงค้าง เพื่อเป็นกรอบในการผลิตข้อมูลทางบัญชี การควบคุมต้นทุนให้มากขึ้น ปรับปรุงประสิทธิภาพระบบการตรวจสอบภายใน ระบบการรายงานทางการเงินของแผ่นดินให้โปร่งใสและนำไปใช้ในการวิเคราะห์วางแผนและประเมินผลการบริหารงานทางการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้สอดคล้องกับ ทิศทางการปฏิรูประบบราชการ¹ จึงมีข้อตกลงร่วมกันในการจัดทำงบประมาณ แบบมุ่งเน้นผลงานตามข้อตกลงดังกล่าว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปฏิรูปการจัดทำบัญชีแบบใหม่ให้เป็นระบบบัญชีสากล โดยได้รับความเห็นชอบจากกรมบัญชีกลางเริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 โดยให้มีการบันทึกบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างและเกณฑ์เงินสดควบคู่ไปด้วย เพื่อให้ตรวจสอบได้การจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของกระทรวงสาธารณสุขจะมีเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพของงบการเงินแบ่งออกเป็น 3 เกณฑ์ คือ ความทันเวลา ความครบถ้วน และความถูกต้องตามหลักการบัญชี และการปรับปรุงตามนโยบายบัญชี

ของกระทรวง ซึ่งแบ่งออกเป็น 14 ข้อย่อยซึ่งกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจและให้คะแนนงบการเงินของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐไว้ การให้คะแนนจะมีการจัดสรรงบประมาณในส่วนของคุณภาพงบการเงินเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย² โดยพบว่า การดำเนินการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลอุดรธานียังมีปัญหาในการดำเนินงานหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบรรลุความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัจจัยด้านการบริหารซึ่งประกอบด้วย บุคลากร เงินหรืองบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการจัดการ (4 MS)³ รวมถึงภาวะผู้นำองค์การในการบริหารด้วย

จากเหตุผล และความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลในการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งออกเป็น 6 ด้านประกอบด้วย ด้านนโยบายบัญชี ด้านผู้บริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการจัดการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะได้นำไปเป็นแนวทางดำเนินการเพื่อกำหนดวิธีการแก้ไขให้การจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง และงบการเงิน ถูกต้อง มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพของการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีของผู้ทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของผู้ทำบัญชีในโรงพยาบาลอุดรธานี จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาการจัดทำบัญชีของผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารใน

การจัดทำบัญชี ของผู้ทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามวิธีการ บันทึบบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นหลักในการศึกษาวิจัยโดย ทำการศึกษาในช่วงเดือน มีนาคม-ธันวาคม พ.ศ.2561

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาในการจัดทำบัญชีของ ผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานีดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน การจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างโดยตรง ในหน่วยงาน โรงพยาบาลอุดรธานี 4 หน่วยงาน คือกลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา และ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือบุคลากรที่ประสานงานในการจัดทำบัญชี เกณฑ์คงค้าง จำนวน 75 คน โดยการเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำบัญชี เกณฑ์คงค้างในโรงพยาบาลอุดรธานีโดยเป็นการเลือก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ในกลุ่ม งานบัญชี จำนวน 17 คน เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานการเงิน จำนวน 28 คน เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานพัสดุและ บำรุงรักษาจำนวน 21 คนและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน ประกันสุขภาพจำนวน 9 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์ คงค้างของโรงพยาบาลอุดรธานีผ่านการตรวจสอบ หาคุณภาพของแบบสอบถามวิธีการหาค่า IOC โดย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ให้ ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีทั้งหมด 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ แบบสอบถาม 2) ปัจจัยด้านการบริหารในการจัด ทำบัญชีเกณฑ์คงค้างและ 3) ข้อเสนอแนะแนว ทางในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาระบบการจัด ทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีการกำหนดคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความ หมายเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง ดังต่อไปนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีผลกระทบมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีผลกระทบมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีผลกระทบปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีผลกระทบน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีผลกระทบน้อยที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือ ขออนุญาต เรื่องขอความร่วมมือบุคลากรใน โรงพยาบาลอุดรธานีตอบแบบสอบถามเรื่องปัจจัย ด้านการบริหารในการจัดทำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของโรงพยาบาลอุดรธานีโดยได้รับอนุญาตจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีให้ดำเนินการวิจัย ได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยโดยได้ทำการเก็บข้อมูลจาก เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับบัญชีเกณฑ์คงค้างใน กลุ่มงานทั้ง 4 กลุ่มในโรงพยาบาลอุดรธานี โดย การแจกแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่บัญชีที่ได้จาก การสุ่มด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้ผู้ ตอบแบบสอบถามเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการจัดทำ แบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เป็นการนำเสนอข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาบรรยายถึงลักษณะ ของข้อมูลตอนที่ 1 เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ และข้อมูลสถานบริการของแบบสอบถามโดยประกอบ ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และสถิติอนุมาน (Inference Statistics) คือการทดสอบสมมติฐาน เกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในเรื่องของความแตกต่างของ 2 กลุ่ม ประชากรและ Independence Sample t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว One –Way ANOVA⁴

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.7 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 41–50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 20–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.0 มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 54.7 โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมาคือมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.0 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมาคือลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 28.0 โดยส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพนักงาน คิดเป็นร้อยละ 84.0 และปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการเงิน คิดเป็นร้อยละ 37.3

ระดับของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ พบว่าในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านนโยบายบัญชี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.47$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ หัวข้อ 1.5) มีการปรับปรุงบัญชีตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน ($\bar{x}=3.67$) รองลงมาคือ 1.4) ความถูกต้องของยอดคงเหลือแต่ละบัญชีถูกต้องตามหมวดบัญชีทั้ง 5 หมวด สินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย ($\bar{x}=3.55$) และ 1.1) ความเข้าใจในนโยบายการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x}=3.36$) น้อยที่สุด

พบว่าในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านผู้บริหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ ข้อ 2.3) ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลทางการบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจบริหารงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงมี ($\bar{x}=3.63$) รองลงมาคือ การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานจากผู้บริหาร ($\bar{x}=3.47$)

พบว่าในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.67$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ ข้อ 3.1) จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง และ 3.7) บุคลากรที่ปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้างมีการเปลี่ยนงาน ($\bar{x}=3.96$) รองลงมาคือ ภาระงานต่อผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง ($\bar{x}=3.63$)

พบว่า ในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านงบประมาณอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.31$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ ข้อ 4.5) งบประมาณสนับสนุนการทำงานนอกเวลาราชการในกรณีปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ทันเวลา ($\bar{x}=3.43$) รองลงมาคือข้อ 4.4) งบประมาณในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ($\bar{x}=3.35$)

พบว่า ในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.46$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ ข้อ 5.5) การแก้ไขปัญหาของอุปกรณ์ในการจัดทำบัญชีได้ทันเวลา ($\bar{x}=3.52$) รองลงมาคือ 5.1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกบัญชี, 5.2) คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง และ 5.3) ความเพียงพอของคอมพิวเตอร์ในการบันทึกบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ($\bar{x}=3.47$)

พบว่า ในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านการจัดการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.77$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ ข้อ 6.2) เอกสารที่ประกอบการบันทึกบัญชีมีความถูกต้องและครบถ้วน ($\bar{x}=4.09$) รองลงมาคือ ข้อ 6.6) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อนลงบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ($\bar{x}=4.08$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง ด้านนโยบายบัญชี, ด้านผู้บริหาร, ด้านบุคลากร, ด้านงบประมาณ, ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ (N = 75)

ลำดับที่	ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	S.D.	ระดับ
1. ด้านนโยบายบัญชี				
1.1	ความเข้าใจในนโยบายการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข	3.36	0.73	ปานกลาง
1.2	การปรับเปลี่ยนนโยบายบัญชีมีผลกระทบบกับการบันทึกบัญชี	3.36	0.69	ปานกลาง
1.3	การรับรู้รายได้และค่าใช้จ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	3.40	0.81	ปานกลาง
1.4	ความถูกต้องของยอดคงเหลือแต่ละบัญชีถูกต้องตามหมวดบัญชี 5 หมวด สินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้และค่าใช้จ่าย	3.55	0.81	มาก
1.5	มีการปรับปรุงบัญชีตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน	3.67	0.84	มาก
	รวม	3.47	0.64	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง ด้านนโยบายบัญชี, ด้านผู้บริหาร, ด้านบุคลากร, ด้านงบประมาณ, ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ (N = 75) (ต่อ)

ลำดับที่	ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	S.D.	ระดับ
2. ด้านผู้บริหาร				
2.1	การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากผู้บริหาร	3.45	0.79	ปานกลาง
2.2	ความเข้าใจในระบอบงานบัญชีของผู้บริหาร	3.45	0.76	ปานกลาง
2.3	ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลทางการบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจบริหารงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง	3.63	0.77	มาก
2.4	การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานจากผู้บริหาร	3.47	0.91	ปานกลาง
	รวม	3.50	0.71	มาก
3. ด้านบุคลากร				
3.1	จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.96	0.98	มาก
3.2	ความรู้ทางบัญชีระบบบัญชีคงค้างของผู้ปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.59	0.82	มาก
3.3	ความรู้ทางหลักการบัญชีเกณฑ์คงค้างของผู้ปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.48	0.80	ปานกลาง
3.4	การพัฒนาหรือฝึกอบรมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.47	0.76	ปานกลาง
3.5	บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญของข้อมูลบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.60	0.79	มาก
3.6	ภาระงานต่อผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.63	0.71	มาก
3.7	บุคลากรที่ปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้างมีการเปลี่ยนงาน	3.96	0.95	มาก
	รวม	3.67	0.69	มาก
4. ด้านงบประมาณ				
4.1	งบประมาณในการดูแลบำรุงรักษาโปรแกรมและอุปกรณ์ ในการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.32	0.83	ปานกลาง
4.2	งบประมาณสำหรับจัดการระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนข้อมูลระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.23	0.83	ปานกลาง
4.3	งบประมาณสำหรับพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.21	0.81	ปานกลาง
4.4	งบประมาณในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.35	0.78	ปานกลาง
4.5	งบประมาณสนับสนุนการทำงานนอกเวลาราชการในการปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ทันเวลา	3.43	0.84	ปานกลาง
	รวม	3.31	0.73	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง ด้านนโยบายบัญชี, ด้านผู้บริหาร, ด้านบุคลากร, ด้านงบประมาณ, ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ (N = 75) (ต่อ)

ลำดับที่	ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	S.D.	ระดับ
5. ด้านวัสดุอุปกรณ์				
5.1	ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกบัญชี	3.47	0.86	ปานกลาง
5.2	คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.47	0.84	ปานกลาง
5.3	ความเพียงพอของคอมพิวเตอร์ในการบันทึกบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	3.47	0.84	ปานกลาง
5.4	สถานที่จัดเก็บเอกสารและหลักฐานสำคัญในการบันทึกบัญชี	3.40	0.97	ปานกลาง
5.5	การแก้ปัญหาของอุปกรณ์ในการจัดทำบัญชีได้ทันเวลา	3.52	0.84	มาก
	รวม	3.46	0.80	ปานกลาง
6. ด้านการจัดการ				
1	ข้อมูลที่ใช้ประกอบการบันทึกบัญชีได้ตามกำหนดเวลา	3.44	0.83	ปานกลาง
2	เอกสารที่ประกอบการบันทึกบัญชีมีความถูกต้องและครบถ้วน	4.09	0.98	มาก
3	มีการจัดพิมพ์เอกสารหลักฐานทางการบัญชีเก็บไว้เป็นปัจจุบัน	3.73	0.81	มาก
4	มีการสอบถามข้อมูลระหว่างบัญชีเกณฑ์คงค้างกับบัญชี เกณฑ์เงินสดเป็นประจำ	3.68	0.83	มาก
5	มีการสอบถามข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างความสัมพันธ์ของ ยอดยกมากับยอดสะสมประจำงวดก่อนการส่งงบ	3.73	0.86	มาก
6	ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อนลงบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	4.08	0.98	มาก
7	การส่งงบทดลองประจำเดือนทันเวลาที่กำหนด	3.69	0.95	มาก
8	การบันทึกบัญชีบันทึกเป็นประจำทันเวลา	3.72	0.88	มาก
	รวม	3.77	0.77	มาก

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับตัวแปรคุณลักษณะทางประชากรพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านนโยบายบัญชี จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ระดับการศึกษา ประเภท และ สถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้าง

ด้านนโยบายบัญชีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นๆไม่มีความแตกต่างกัน ด้านผู้บริหารจำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส ประเภท และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านผู้บริหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยไม่แตกต่างกัน ด้านบุคลากรจำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ประเภทตำแหน่งงาน ประเภทและสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่มีผลกระทบกับระบบการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านบุคลากรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยไม่แตกต่างกัน ด้านงบประมาณจำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ, สถานภาพสมรสและสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านงบประมาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยไม่แตกต่างกัน ด้านวัสดุอุปกรณ์จำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านวัสดุอุปกรณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยไม่แตกต่างกันและด้านการจัดการจำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านการจัดการแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับตัวแปรต่างๆ (N = 75)

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{x}	S.D	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
ด้านนโยบายบัญชี					
เพศ				2.341*	
1	ชาย	14.71	1.80		
2	หญิง	17.60	3.20		
ระดับการศึกษา				2.657*	
1	ต่ำกว่าปริญญาตรี	16.63	2.89		
2	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	18.59	3.40		
ประเภท				3.73*	
1	นักวิชาการ	20.25	3.57		
2	เจ้าพนักงาน	16.78	2.83		
สถานที่ปฏิบัติงาน				11.993*	
1	กลุ่มงานบัญชี	16.82	2.64		(1,2),(2,3)
2	กลุ่มงานการเงิน	20.47	2.48		(2,4),(3,4)
3	กลุ่มงานพัสดุ	15.38	2.77		
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	17.56	2.83		
ด้านผู้บริหาร					
เพศ				6.015*	
1	ชาย	11.29	0.95		
2	หญิง	14.28	2.84		
สถานภาพสมรส				2.786*	
1	โสด	14.78	3.06		
2	สมรส	13.06	2.28		
ประเภท				2.270*	
1	นักวิชาการ	15.67	2.10		
2	เจ้าพนักงาน	13.68	2.88		
สถานที่ปฏิบัติงาน				17.747*	
1	กลุ่มงานบัญชี	13.29	2.43		(1,2),(1,3)
2	กลุ่มงานการเงิน	16.18	1.63		(1,4),(2,3)
3	กลุ่มงานพัสดุ	11.95	1.63		(3,4)
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	16.89	3.33		
ด้านบุคลากร					
เพศ				3.108*	
1	ชาย	20.57	3.64		
2	หญิง	26.21	4.64		
ประเภทตำแหน่งงาน				3.377*	
1	ข้าราชการ	28.40	2.99		(1,3),(2,3)
2	พนักงานราชการ	27.20	2.59		(3,4)
3	พนักงานกระทรวง	26.69	4.41		
4	ลูกจ้างประจำ	22.97	4.02		
5	ลูกจ้างชั่วคราว	26.24	5.88		
ประเภท				2.560*	
1	นักวิชาการ	28.83	3.76		
2	เจ้าพนักงาน	25.08	4.80		
สถานที่ปฏิบัติงาน				14.751*	
1	กลุ่มงานบัญชี	24.64	4.20		(1,2),(1,3)
2	กลุ่มงานการเงิน	29.29	2.39		(1,4),(2,3)
3	กลุ่มงานพัสดุ	22.29	3.77		(3,4)
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	30.00	5.12		

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับตัวแปรต่างๆ (N = 75) (ต่อ)

กลุ่มที่	ตัวแปร	\bar{x}	S.D	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
ด้านงบประมาณ					
เพศ				2.707*	
1	ชาย	13.14	2.54		
2	หญิง	16.88	3.55		
สถานภาพสมรส				2.257*	
1	โสด	17.34	4.11		
2	สมรส	15.56	2.68		
สถานที่ปฏิบัติงาน				8.959*	
1	กลุ่มงานบัญชี	15.93	3.20		(1,2),(1,4)
2	กลุ่มงานการเงิน	18.76	3.11		(2,3),(3,4)
3	กลุ่มงานพัสดุ	14.33	1.59		
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	19.33	5.29		
ด้านวัสดุอุปกรณ์					
เพศ				2.481*	
1	ชาย	13.86	2.85		
2	หญิง	17.68	3.96		
สถานภาพสมรส				2.483*	
1	โสด	18.29	4.59		
2	สมรส	16.15	2.81		
สถานที่ปฏิบัติงาน				17.435*	
1	กลุ่มงานบัญชี	16.21	2.88		(1,2),(1,4)
2	กลุ่มงานการเงิน	19.35	3.39		(2,3),(2,4)
3	กลุ่มงานพัสดุ	14.81	2.46		(3,4)
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	22.78	4.41		
ด้านการจัดการ					
เพศ				3.322*	
1	ชาย	23.43	4.39		
2	หญิง	31.09	5.92		
สถานที่ปฏิบัติงาน				17.027*	
1	กลุ่มงานบัญชี	28.21	4.66		(1,2),(1,4)
2	กลุ่มงานการเงิน	34.65	4.23		(2,3),(3,4)
3	กลุ่มงานพัสดุ	26.71	5.42		
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	37.56	4.85		

ข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลอุดรธานีที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถามคือด้านนโยบายบัญชี ไม่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบัญชีบ่อย นโยบายบัญชีด้านการรับรู้เจ้าหนี้การค้า หน่วยจัดซื้อ/จัดจ้างควรส่งเอกสารใบส่งของให้บัญชีภายในเวลาที่กำหนดคือ 5 วันหลังจากมีการรวมการตรวจรับพัสดุแล้ว และได้มีการพัฒนาใหม่ โดยให้หน่วยจัดซื้อ/จัดจ้างมีการสแกนใบส่งของใน

ระบบ FIN ของโรงพยาบาลอุดรธานี ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ด้านผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาศักยภาพด้านบัญชี จัดสรรอัตรากำลังข้าราชการ พนักงานราชการด้านบัญชีให้มากกว่านี้ ด้านบุคลากรควรจัดสรรอัตรากำลังข้าราชการ พนักงานราชการด้านบัญชีด้านงบประมาณควรมีการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาศักยภาพ และด้านพื้นที่ จัดเก็บเอกสารที่เป็นสัดส่วน จัดสรรสวัสดิการค่าครองชีพ ด้านวัสดุอุปกรณ์ การจัดสรรโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูปที่เชื่อมโยงโปรแกรมบัญชีลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ ในหลายๆ เครื่องและควรมีเครื่องสแกนเอกสารเพื่อสะดวกในการค้นเอกสารด้านการจัดการ ควรมีมาตรฐานการจัดส่งรายงาน มีผู้นำด้านการจัดการระบบเอกสาร และเชื่อมโยงระบบข้อมูลสื่อสารเครือข่ายโรงพยาบาล

สรุปผล

พบว่าในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านนโยบายบัญชี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.47$) มากที่สุดคือ มีการปรับปรุงบัญชีตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน มีปัจจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.67$) ภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านผู้บริหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.50$) ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลทางการบัญชีไปใช้ในการตัดสินใจบริหารงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง มีระดับปัจจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 3.63$) ภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 3.67$) ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง และภาระงานต่อผู้ทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง มีระดับปัจจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.96$) ภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.31$) ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ งบประมาณสนับสนุนการทำงานนอกเวลาราชการในกรณีปฏิบัติงานบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ทันเวลา มีระดับปัจจัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.43$) ภาพรวมปัจจัยด้านการ

บริหารในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านวัสดุ อุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.46$) ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาของอุปกรณ์ในการจัดทำบัญชีได้ทันเวลา มีระดับปัจจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.52$) ในภาพรวมของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านการจัดการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.77$) ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือเอกสารที่ประกอบการบันทึกบัญชีมีความถูกต้องและครบถ้วนระดับปัจจัยที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.09$)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับตัวแปรต่างๆ ด้านนโยบายบัญชี จำแนกตามตัวแปรต่างๆ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา ประเภทและสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส ประเภทและสถานที่ปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ประเภทตำแหน่งงาน ประเภทและสถานที่ปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านงบประมาณ พบว่าปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรสและสถานที่ปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ จำแนกตามตัวแปรต่าง พบว่าปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรสและสถานที่ปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการจัดการ พบว่าปัจจัยด้านเพศ และสถานที่ปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านต่างๆ กับตัวแปรต่างๆ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการบริหารในการจัดทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างด้านงบประมาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุริรัตน์ เกื่อนชัย⁵ ซึ่งได้ทำการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ความเห็นของผู้ปฏิบัติงานสายงานการเงินและบัญชีที่มีต่อการจัดทำระบบ

บัญชีหน่วยงานภาครัฐรูปแบบใหม่ (ตามเกณฑ์คงค้าง) ในกระทรวงยุติธรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานสายการเงินและบัญชีที่มีอายุระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานและการได้รับการฝึกอบรมทางการเงินและบัญชีต่างกัน ก็จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันด้วย และปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำระบบบัญชีหน่วยงานภาครัฐรูปแบบใหม่ (ตามเกณฑ์คงค้าง) ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วย แต่ถ้าพิจารณาเป็นข้อๆ แยกกัน นักบัญชีส่วนใหญ่เห็นด้วยมากในเรื่องของการบันทึกบัญชีในสมุดรายวัน ขึ้นต้นมีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน รองลงมาคือ การแยกค่าสาธารณูปโภค และรายงานการเงิน จะเป็นประโยชน์ในการบริหารใช้ข้อมูลในการวางแผน ควบคุม ติดตามประเมินและตัดสินใจ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างเข้ามาใช้ในส่วนงานราชการสรุปได้ว่า การนำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างเข้ามาใช้มีประโยชน์ต่อการบริหารงานในระดับประเทศ และลดการทำงานซ้ำซ้อน ยังนำข้อมูลต่างจากการใช้ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างไปใช้ในส่วนงานอื่นได้ด้วยและสอดคล้องกับงานวิจัยของอลิณา เรืองบุญญา⁶ ศึกษาค้นคว้าเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของผู้จัดทำบัญชีสถานบริการภาครัฐ ในกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาค้นคว้าเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 31-40 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาอื่นๆ เป็นข้าราชการ มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้จัดทำบัญชี 1 คน มีผู้มารับบริการ 1-50 คน ปัจจัยที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณตามลำดับปัญหาจากการทำบัญชีด้านความทันเวลา/ครบถ้วนความถูกต้องตามหลักการบัญชี และการปรับปรุงบัญชีตามนโยบายมีปัญหายอยู่ในระดับน้อยผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าข้อมูลประชากรศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ที่จัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างด้านประสบการณ์ทำงานและปัจจัยด้านทรัพยากรที่แตกต่างกันส่งผลให้ปัญหาที่เกิด

จากการจัดทำบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุขต่างกันอย่างน้อยอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีสถิติที่ระดับ 0.005

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายควรปรับปรุงนโยบายบัญชีให้เป็นปัจจุบันไม่เปลี่ยนแปลงนโยบายบัญชีบ่อย
2. ด้านผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรด้านบัญชีจัดสรรอัตรากำลังข้าราชการพนักงานราชการด้านบัญชีให้มากกว่านี้ และผู้บริหารควรเห็นความสำคัญในการจัดทำบัญชี
3. ด้านบุคลากรควรจัดสรรอัตรากำลังข้าราชการพนักงานราชการด้านบัญชี เนื่องจากเปลี่ยนงานบ่อยมีการพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจสอบบัญชีและงบการเงินและการรับพนักงานเพิ่มขึ้นในแต่ละตำแหน่ง
4. ด้านงบประมาณควรมีการจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากร และด้านพื้นที่จัดเก็บเอกสารเร่งให้สายสนับสนุนให้ได้ค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้นและให้ขวัญและกำลังใจในการทำงาน
5. ด้านวัสดุอุปกรณ์การจัดสรรเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีการเชื่อมโยงโปรแกรมบัญชีลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ในหลายๆ เครื่องและควรมีเครื่องสแกนเอกสารเพื่อสะดวกในการค้นเอกสาร
6. ด้านการจัดการควรมีมาตรฐาน การจัดส่งรายงานเป็นปัจจุบันมีผู้นำด้านการจัดการระบบเอกสารและมีการเชื่อมระบบเครือข่ายโรงพยาบาลด้านข้อมูลสื่อสาร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธรรมบุญ วิไลฐนวรรธ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและนำเสนองานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ นายสำราญ พรหมแหม่ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและมีส่วนต่อความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. แนวทางการปฏิบัติทางบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ. กรุงเทพฯ : กระทรวงการคลัง; 2546.
2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. คู่มือบัญชีหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. สำนักงานมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ กลุ่มมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐ. “หลักการและนโยบายบัญชีเกี่ยวกับสินทรัพย์”, หลักการและนโยบายบัญชี สำหรับหน่วยงานภาครัฐ. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง; 2546.
4. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. นนทบุรี :เอส.อาร์.พรินติ้งแมสโปรดักส์; 2553.
5. สุริรัตน์ เกื้อนชัย. ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสายงานการเงินและบัญชีที่มีต่อการจัดทำระบบบัญชีหน่วยงานภาครัฐรูปแบบใหม่ (ตามเกณฑ์คงค้าง) กรณีศึกษา กระทรวงยุติธรรม. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้า; 2547.
6. อลิณา เรืองบุญญา. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของผู้จัดทำบัญชีสถานบริการภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.

การรักษารอยทะเลงในคลองรากฟันด้วยวัสดุเอ็มทีเอ: กรณีศึกษา

ปิยะพร ตั้งสกุล, ท.บ., วท.ม. (ทันตแพทยศาสตร์) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาของผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานการรักษารอยทะเลงในคลองรากฟันด้วยวัสดุเอ็มทีเอโดยไม่ใช้วิธีคัลยกรรม ขั้นตอนการซ่อมรอยทะเลงของผู้ป่วยรายนี้ต้องคำนึงถึงความสะดวกของรอยทะเลง ดังนั้นจึงต้องทำการล้างกำจัดเชื้อในคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ จากนั้นจึงทำการซ่อมรอยทะเลงด้วยวัสดุเอ็มทีเอ โดยไม่ต้องใช้เมทริกซ์เป็นแนวกันป้องกันวัสดุเอ็มทีเอเกินสู่เนื้อเยื่อข้างรากฟัน ทำการขยายคลองรากฟัน และอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชา ฟันซี่นี้ได้รับการบูรณะด้วยเดือยฟันสำเร็จรูปและครอบฟันเมื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันได้ตามปกติ ไม่ปวด ไม่บวม พบรอยโรครอบปลายรากมีขนาดเล็กลง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าประสบความสำเร็จในการซ่อมรอยทะเลงของผู้ป่วยรายนี้จากรายงานผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นว่าวัสดุเอ็มทีเอ เป็นวัสดุทางเลือกที่ดี ที่จะนำมาซ่อมรอยทะเลงในคลองรากฟัน

Repair of a root perforation using Mineral Trioxide Aggregate: Case study

Piyabhorn Tangsakul, D.D.S., M.Sc. (Dentistry) Dental Department, Wanonniwat Hospital, SakonNakhon

Abstract

This case study aimed to report non-surgical repair of a root perforation by using mineral trioxide aggregate. The steps to repair a root perforation in this case had need to consider the cleanliness of a root perforation; hence it was essential to clean with sodium hypochlorite. Then, mineral trioxide aggregate was used to repair a root perforation without using internal matrix as barrier to prevent extrude into periodontium. Mechanical instrumentation and filling root canal with guttapercha. The tooth was restored with prefabricated post and crown. After a six-month follow up, the absence of pain and swelling along with functional tooth stability, healing of periapical lesion which indicated a successful outcome in this case. This case report demonstrated that mineral trioxide aggregate was appropriate material to repair a root perforation.

บทนำ

รอยทะลุ (perforation) คือการเกิดช่องเชื่อมต่อระหว่างระบบคลองรากฟันและเนื้อเยื่อรอบๆ หรือในช่องปากสาเหตุเกิดจากได้หลายปัจจัย เช่น การกรอฟันโดยทันตแพทย์ การละลายของรากฟัน และฟันผุ เป็นต้น

รอยทะลุ สามารถแบ่งชนิดตามปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคและผลการรักษา¹

1. รอยทะลุใหม่ (fresh perforation) เมื่อเกิดรอยทะลุแล้วได้รับการซ่อมแซมทันที การพยากรณ์โรคดี (Good)

2. รอยทะลุเก่า (old perforation) เมื่อเกิดรอยทะลุแล้วได้รับการซ่อมแซมในภายหลังโดยทิ้งระยะเวลาไว้ระยะหนึ่ง ทำให้มีอาการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย การพยากรณ์โรคเป็นที่น่าสงสัย (Questionable)

3. รอยทะลุขนาดเล็ก (small perforation) ขนาดรอยทะลุที่เกิดขึ้นมีขนาดเล็ก (เล็กกว่าโพล์ขนาด 20) ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อรอบๆ น้อย และสามารถซ่อมแซมได้ง่าย การพยากรณ์โรคดี

4. รอยทะลุขนาดใหญ่ (large perforation) ขนาดรอยทะลุมีขนาดใหญ่ มักเกิดขณะเตรียมคลองรากฟันสำหรับใส่เดือยฟัน ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อมาก การซ่อมแซมทำได้ยาก รวมถึงอาจมีอาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียได้มากกว่ารอยทะลุขนาดเล็ก การพยากรณ์โรคเป็นที่น่าสงสัย

5. รอยทะลุบนตัวฟัน (Coronal perforation) มักเกิดขึ้นขณะกรอเปิดเข้าสู่คลองรากฟัน โดยอาจเกิดจากการกรอผิดแนว หรือเกิดขณะหาตำแหน่งรูเปิดของคลองรากฟัน การพยากรณ์โรคดี

6. รอยทะลุบริเวณกระดูกงูเข้าฟัน (Crestal perforation) เกิดขึ้นบริเวณเยื่อหุ้มฟันเชื่อมต่อกับ (epithelial attachment) ถึงสันกระดูกงูเข้าฟัน มักเกิดขณะกรอเข้าสู่คลองรากฟัน ขณะหาตำแหน่งรูเปิดคลองรากฟัน การเอาเครื่องมือหักออก หรือการเตรียมฟันเพื่อใส่เดือยฟัน การพยากรณ์โรคเป็นที่น่าสงสัย

7. รอยทะลุบริเวณปลายรากฟัน (Apical perforation) เกิดขึ้นบริเวณปลายรากฟันถึงสันกระดูกงูเข้าฟัน มักเกิดจากเครื่องมือขยายคลองรากฟันทะลุผ่านรูเปิดปลายราก หรือเกิดจากการทะลุเนื่องจาก รากฟันโค้ง การพยากรณ์โรคดี

วิธีการจัดการรอยทะลุ ได้แก่

1. การซ่อมรอยทะลุไม่ต้องใช้เมทริกซ์ โดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรมร่วม (Non-surgical repair without matrix) คือการซ่อมรอยทะลุโดยการใส่วัสดุซ่อมรอยทะลุไปในรอยทะลุโดยตรง สามารถทำได้ในกรณีที่มีรอยทะลุขนาดใหญ่ แต่รอยทะลุเกิดขึ้นใหม่ ไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อโดยรอบ

2. การซ่อมรอยทะลุร่วมกับการใช้เมทริกซ์ โดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรมร่วม (Non-surgical repair with matrix) คือการซ่อมรอยทะลุที่มีขนาดใหญ่ มีการทำลายเนื้อเยื่อหรือกระดูกรอบๆ ดังนั้นการซ่อมรอยทะลุทำได้ยาก และง่ายต่อการไหลของวัสดุซ่อมรอยทะลุ จึงมีการใช้เมทริกซ์เป็นตัวกั้นไม่ให้วัสดุเกินออกไปรบกวนอวัยวะปริทันต์

3. การซ่อมรอยทะลุโดยใช้วิธีศัลยกรรมร่วม (Surgical repair) มีข้อบ่งชี้คือมีรอยทะลุขนาดใหญ่ รอยทะลุเกิดจากการละลายรากฟัน การซ่อมรอยทะลุโดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรมร่วมล้มเหลวหรือทำไม่ได้ โดยวัตถุประสงค์ของการศัลยกรรมเพื่อให้เกิดการแนบสนิทของวัสดุซ่อมรอยทะลุและป้องกันเชื้อแบคทีเรียจากเนื้อเยื่อรอบๆ

วัสดุที่ใช้ซ่อมรอยทะลุมีหลายชนิด เช่น มิเนอรัลไตรออกไซด์แอกกรีเกต หรือ เอ็มทีเอ (mineral trioxide aggregate; MTA) ไบโอเดนทีน (Biodentine) ไบโอเซรามิค (Bioceramics) เอนโดซีควเอนซ์ (Endosequence) ไบโอแอกกรีเกต (Bioaggregate) และกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (Glass ionomer cement) เป็นต้น²

วัสดุเอ็มทีเอ เป็นวัสดุที่ใช้ทางทันตกรรมที่หลากหลาย เช่นการซ่อมรอยทะลุ อุดยอนปลายรากฟัน ใช้เป็นวัสดุอุดปิดเนื้อเยื่อใน เป็นต้น วัสดุเอ็มทีเอประกอบด้วยส่วนน้ำและส่วนผง ส่วนประกอบ ได้แก่ ไตรแคลเซียมซิลิเกต (tricalcium silicate) ไดแคลเซียมซิลิเกต (dicalcium silicate) บิสมัทออกไซด์ (bismuth oxide) ไตรแคลเซียมอลูมิเนียม (tricalcium aluminate), แคลเซียมซัลเฟตไดไฮเดรต (calcium sulfate dihydrate) และยิปซัม (gypsum) เอ็มทีเอมีคุณสมบัติชอบน้ำ แข็งตัวในสภาวะที่มีน้ำ³ มีความเข้ากันกับเนื้อเยื่อได้ดี⁴ ให้ความแนบสนิทที่ดี มีความรั่วซึมต่ำ⁵

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป และอาการสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี ถูกส่งตัวมาเพื่อรับการรักษาคอลงรากฟัน เนื่องจากเกิดรอยทะเลงภายในคอลงรากฟัน

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ฟันซี่ 15 มีฟันผุด้านใกล้ลิ้นทะเลงโพรงประสาทฟัน ได้รับการรักษาคอลงรากฟันแต่ยังไม่เสร็จ ปัจจุบันมีอาการปวดเมื่อเคี้ยว

การตรวจภายนอกช่องปาก

ผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร รูปไข่ ใบหน้าด้านข้างมีลักษณะนูน (convex profile) ไม่มีการบวมโตและกดเจ็บของต่อมน้ำเหลือง อ้าปากได้กว้างตามปกติจากการตรวจข้อต่อขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยวพบว่าไม่มีอาการปวดบริเวณหน้าหูเมื่อกดหรือคลำ และไม่มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายขณะกดกล้ามเนื้อ

การตรวจภายในช่องปาก

ฟันซี่ 15 พบว่าบูรณะด้วยแบนรัดฟันร่วมกับวัสดุอุดเรซินคอมโพสิตด้านใกล้ลิ้น และวัสดุอุดชั่วคราวบริเวณกึ่งกลางฟันด้านบดเคี้ยว ขอบวัสดุแนบสนิทดี ตรวจโดยการคลำพบว่าปกติ เคาะเจ็บเล็กน้อย การทดสอบความมีชีวิตของฟันโดยเครื่องทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในด้วยไฟฟ้า (electric pulp test) พบว่าไม่มีการตอบสนอง ฟันไม่โยก เหงือกปกติ ไม่พบการบวมและรูเปิดทางหนองไหล ร่องลึกปริทันต์อยู่ในระดับปกติ ไม่พบการสับกระแทก

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ภาพรังสีรอบปลายราก (periapical radiograph) ก่อนการรักษาคอลงรากฟัน (ภาพที่ 1) แสดงฟันซี่ 14 15 16 และบางส่วนของฟันซี่ 12 13 และ 17 โดยฟันซี่ 15 พบมีรากฟัน 1 ราก พบมีรากฟัน 1 ราก ปลายรากโค้งไปทางด้านใกล้กลางเล็กน้อย บริเวณรอบรากฟันพบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันขนาด 12x8 มิลลิเมตร ขอบเขตชัดเจน ระดับของยอดกระดูกง่าฟัน (alveolar bone crest) ปกติ

ภาพรังสีรอบปลายรากก่อนการซ่อมรอยทะเลง (ภาพที่ 2) แสดงฟันซี่ 13 14 15 16 และบาง

ส่วนของฟันซี่ 12 และ 17 โดยฟันซี่ 15 พบเงาที่โปร่งสีบริเวณตัวฟัน พบเงาโปร่งรังสีบริเวณด้านใกล้กลางของคอลงรากฟันขนาด 2x3 มิลลิเมตร ตำแหน่งได้ระดับของยอดกระดูกง่าฟัน 3 มิลลิเมตรร่วมกับพบแท่งกัตาเปอร์ซาลอกนอกแนวคอลงรากฟันบริเวณรอบรากฟันพบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันขนาด 12x8 มิลลิเมตร ขอบเขตชัดเจน ระดับของยอดกระดูกง่าฟันปกติ หลังจากการรักษาครั้งก่อน 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุชั่วคราวแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม ใส่แผ่นยางกั้นน้ำลายกรอกำจัดวัสดุอุดฟันชั่วคราว ใช้ไฟล์ชนิดเคสได้ถึงความยาว ทำงานตะไบไปรอบคอลงรากฟันเพื่อกำจัดแคลเซียมไฮดรอกไซด์ออก จากนั้นลองกัตาเปอร์ซาลอกแท่งหลัก (ภาพที่ 5) ล้างคอลงรากฟันด้วยอีทีทีเอ ความเข้มข้นร้อยละ 17



ภาพที่ 1 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก ก่อนการรักษาคอลงรากฟัน



ภาพที่ 2 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก ก่อนการซ่อมรอยทะเลง

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาของฟันซี่ 15 Previously initiated therapy with asymptomatic apical periodontitis ร่วมกับ Lateral perforation (Middle third) การพยากรณ์โรคดี

การวางแผนการรักษา

การวางแผนการรักษาคือการซ่อมรอยทะลุ และรักษาคลองรากฟันโดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรมร่วม (non-surgical root canal treatment) และบูรณะด้วยเดือยฟันและครอบฟัน ทางเลือกในการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การซ่อมรอยทะลุ และการรักษาคลองรากฟัน โดยใช้ศัลยกรรมร่วม และการถอนฟัน เมื่ออธิบายทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วยและได้วางแผนการรักษา ร่วมกัน ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการซ่อมรอยทะลุ และรักษาคลองรากฟันโดยไม่ใช้วิธีศัลยกรรมร่วม และบูรณะด้วยเดือยฟันและครอบฟัน

การรักษา

การรักษาครั้งที่ 1 ใส่ยางกั้นน้ำลาย (rubber dam) กรอกำจัดวัสดุอุดฟันชั่วคราวออกเพื่อเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟัน พบแคลเซียมไฮดรอกไซด์สีขาว ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 พบรอยทะลุขนาดเท่าไฟลซ์ชนิดเค ขนาด 70 ตำแหน่งกลางรากฟัน บริเวณผนังคลองรากฟันด้านไกลกลาง-ใกล้แก้ม หาคลองรากฟัน วัดความยาวรากฟันโดยใช้อุปกรณ์หึ่งปลายรากฟัน (Apex locator) ร่วมกับภาพถ่ายรังสี (ภาพที่ 4) ล้างบริเวณรอยทะลุให้สะอาดด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่ก้อนสำลีขนาดเล็กปิดคลองรากฟันใต้บริเวณรอยทะลุ ผสมวัสดุเอ็มทีเอ (ProRoot MTA, Dental Tulsa; Densply, DeTreyKonstanz, Germany) ใช้เครื่องนำเอ็มทีเอ (MTA carrier) นำเอ็มทีเอไปอุดบริเวณรอยทะลุ ใส่สำลีชุบน้ำหมาดปิดบริเวณเอ็มทีเอและอุดชั่วคราวด้วยเควิต (Cavit) และไออาร์เอ็ม (IRM) และถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 3 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก การวัดความยาวรากฟัน

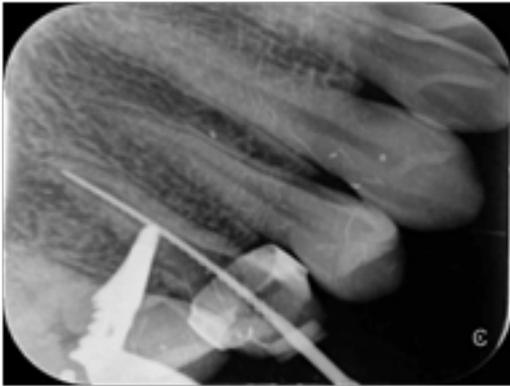


ภาพที่ 4 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก หลังการซ่อมรอยทะลุ

การรักษาครั้งที่ 2 หลังจากการรักษาครั้งแรก 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุชั่วคราวแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม ใส่แผ่นยางกั้นน้ำลาย กรอกำจัดวัสดุอุดฟันชั่วคราวและนำสำลีออก ตรวจสอบการแข็งตัวของเอ็มทีเอ ใช้ไฟลซ์ชนิดเคใส่ถึงความยาวทำงาน ทำการขยายคลองรากฟันด้วยวิธีสเตปแบคเทคนิค (step back technique) ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่ยาแคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน และอุดชั่วคราวด้วยเควิตและไออาร์เอ็ม

การรักษาครั้งที่ 3 หลังการรักษาครั้งก่อน 1 เดือน ผู้ป่วยแล้วล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์

ความเข้มข้น ร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟันพบว่าคลองรากฟันแห่งสนิทดี จึงทำการอุดคลองรากฟันด้วยวิธีแลทเทอร์อัล คอมแพคชั่น (lateral compaction) ร่วมกับยูจินอลซิลเลอร์ และอุดชั่วคราวด้วยคิววิทและไออาร์เอ็ม และถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 5 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก การลองกัตตาเปอร์ริชาแห่งหลัก



ภาพที่ 6 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก การอุดคลองรากฟัน

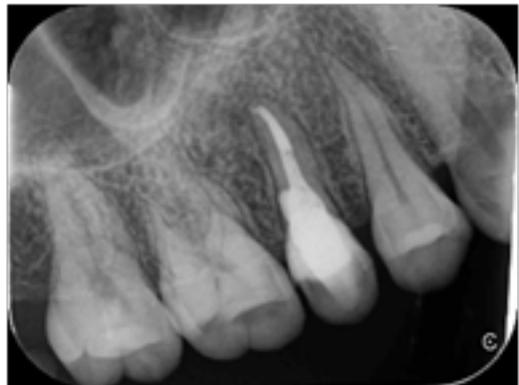
การรักษาครั้งที่ 4 หลังจากอุดคลองรากฟัน 1 เดือน นัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุชั่วคราวแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม

การรักษาครั้งที่ 5 หลังจากอุดคลองรากฟัน 3 เดือน นัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุชั่วคราวแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม ถ่ายภาพรังสีพบว่า บริเวณรอบ

รากฟัน เงามไปร่องรังสีบริเวณปลายรากฟันมีขนาดเล็ก ลง เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรังสีก่อนการรักษา (ภาพที่ 7) ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอกำจัดแบนรัดฟันและวัสดุอุดฟันชั่วคราวออก กำจัดกัตาเปอร์ริชา เตรียมคลองรากฟันสำหรับเดือยฟัน ลองเดือยฟันสำเร็จรูปล่างคลองรากฟันด้วย น้ำเกลือ ซับคลองรากฟันให้แห้ง ยึดเดือยฟันด้วยเรซินซีเมนต์ และก่อแกนฟันด้วยวัสดุก่อแกนฟัน ถ่ายภาพรังสีหลังการรักษา (ภาพที่ 8) กรอเตรียมฟันเพื่อทำครอบฟัน พิมพ์ปาก ยึดครอบฟันชั่วคราว



ภาพที่ 7 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก ติดตามผลการรักษาหลังจากอุดคลองรากฟัน 3 เดือน



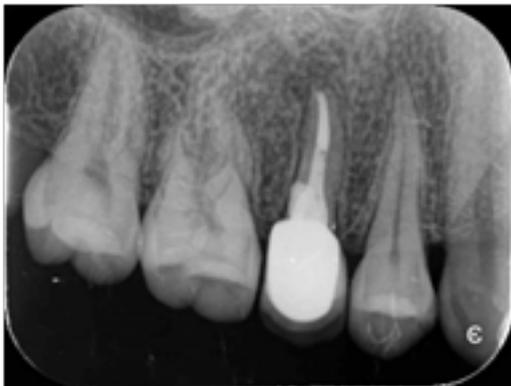
ภาพที่ 8 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก การปักเดือยฟันสำเร็จรูป

การรักษาครั้งที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุชั่วคราวแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม รื้อครอบฟันชั่วคราวเดิมออก ลองครอบฟัน ยึดครอบฟันด้วยเรซินซีเมนต์ (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก การบูรณะด้วยครอบฟัน

การรักษาครั้งที่ 7 หลังจากอุดคลองรากฟัน 6 เดือน นัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆครอบฟันแนบสนิทดี เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บ ไม่บวม ถ่ายภาพรังสีพบว่า บริเวณรอบรากฟันเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันมีขนาดเล็กลง เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรังสีก่อนการรักษา (ภาพที่ 10)



ภาพที่ 10 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก ติดตามผลการรักษาหลังจากอุดคลองรากฟัน 6 เดือน

บทวิจารณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของฟันที่เกิดรอยทะลุ ได้แก่ ขนาดรอยทะลุ ตำแหน่งที่เกิดรอยทะลุ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาหลังเกิดรอยทะลุ และวัสดุที่นำมาซ่อมรอยทะลุ เมื่อพิจารณาถึง

ตำแหน่งที่เกิดรอยทะลุของผู้ป่วยรายนี้พบว่า เกิดรอยทะลุบริเวณใกล้รากฟันใต้ต่อสันกระดูกเข้าฟัน ขนาดรอยทะลุขนาดค่อนข้างใหญ่ และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาก่อนจะมีการทำลายอวัยวะปริทันต์และทราบว่ามีการปนเปื้อนของรอยทะลุมาก่อนแล้ว ดังนั้นการซ่อมรอยทะลุจึงต้องพิจารณาถึงความสะอาดของรอยทะลุ โดยมีการศึกษาพบว่า การซ่อมรอยทะลุที่มีการปนเปื้อนจะให้ผลการรักษาไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ การซ่อมทันทีที่เกิดรอยทะลุ ดังนั้นในผู้ป่วยรายนี้จึงทำความสะอาดและกำจัดเชื้อในคลองรากฟันและบริเวณเกิดรอยทะลุด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์⁷ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า การล้างคลองรากฟันด้วยคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต (chlorhexidine gluconate) สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ได้สูงกว่าโซเดียมไฮโปคลอไรด์⁸ มีความเป็นพิษน้อยกว่า สามารถใช้ในคลองรากฟันที่รูเปิดปลายรากกว้างมาก และเหมาะกับผู้ป่วยที่แพ้โซเดียมไฮโปคลอไรด์ แต่มีข้อด้อยคือมีราคาแพงกว่า กำจัดคราบชีวภาพได้น้อยกว่าโซเดียมไฮโปคลอไรด์ และไม่สามารถสลายเนื้อเยื่อได้ ดังนั้นคลอเฮกซิดีนกลูโคเนตก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการล้างคลองรากฟันที่เกิดรอยทะลุ

วัสดุซ่อมรอยทะลุในการรักษาผู้ป่วยรายนี้คือ วัสดุเอ็มทีเอ จากการศึกษาของ Main และคณะ พบว่า วัสดุเอ็มทีเอเป็นวัสดุที่เหมาะสมที่สุดในการซ่อมรอยทะลุและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาฟันที่มีรอยทะลุ⁹ วิธีการรักษารอยทะลุของผู้ป่วยรายนี้ใช้วิธีซ่อมรอยทะลุโดยไม่ใช้คัลยกรรมร่วม เนื่องจากตำแหน่งรอยทะลุอยู่บริเวณกลางรากฟัน จึงพิจารณาซ่อมรอยทะลุจากภายในตัวฟัน (internal repair) มีวิธีการซ่อม 2 วิธี คือการซ่อมรอยทะลุโดยไม่ใช้เมทริกซ์ และการซ่อมรอยทะลุโดยใช้เมทริกซ์ ซึ่งการพิจารณาวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับขนาดรอยทะลุและการทำลายกระดูก รอบๆ รอยทะลุ¹ ในผู้ป่วยรายนี้ แม้จะมีรอยทะลุขนาดใหญ่แต่ยังไม่มีการทำลายกระดูกรอบๆ จึงพิจารณาซ่อมรอยทะลุโดยไม่ใช้เมทริกซ์เป็นตัวกัน

การบูรณะฟันในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากมีการสูญเสียเนื้อฟันด้านใกล้ลิ้นและด้านบดเคี้ยวเป็น

จำนวนมาก จึงพิจารณาบูรณะด้วยเดือยฟันและครอบฟัน¹⁰

ผู้ป่วยรายนี้เมื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันได้ตามปกติ ไม่ปวด ไม่บวม เจ็บไปร้งรังสีปลายรากฟันมีขนาดเล็กลง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าประสบความสำเร็จในการซ่อมรอยทะลุ

บทสรุป

หลักสำคัญในการซ่อมรอยทะลุในคลองรากฟันคือการกำจัดเชื้อในคลองรากฟันร่วมกับการเลือกใช้วัสดุที่ป้องกันการรั่วซึมได้ดี จากรายงานผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นว่าวัสดุเอ็มทีเอ เป็นวัสดุทางเลือกที่ดีที่จะนำมาซ่อมรอยทะลุในคลองรากฟัน

เอกสารอ้างอิง

1. Fuss Z, Trope M. Root perforations: Classification and treatment choices based on prognostic factors. *Endod Dent Traumatol* 1996; 12(6): 255-64.
2. Kakani AK, Veeramachaneni C, Majeti C, Tummala M, Khiyani L. A Review on Perforation Repair Materials. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(9): ZE09-13.
3. Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J Endod* 1999; 25(3): 197-205.
4. Mc Cabe PS. The clinical applications of mineral trioxide aggregate. *J Ir Dent Assoc* 2003; 49(4): 123-31.
5. Torabinejad M, Parirokh M. Mineral trioxide aggregate: A comprehensive literature review--part II: leakage and biocompatibility investigations. *J Endod* 2010; 36(2): 190-202.
6. Holland R, Bisco Ferreira L, de Souza V, Otoboni Filho JA, Murata SS, Dezan E, Jr. Reaction of the lateral periodontium of

dogs' teeth to contaminated and noncontaminated perforations filled with mineral trioxide aggregate. *J Endod* 2007; 33(10): 1192-7.

7. Marion C, Duque M, Santos S, Manhães C. The use of MTA in the treatment of cervical root perforation: case report. *Dental Press Endod Dent Traumatol* 2013; 3(2): 96-101.

8. Menezes MM, Valera MC, Jorge AO, Koga-Ito CY, Camargo CH, Mancini MN. In vitro evaluation of the effectiveness of irrigants and intracanal medicaments on microorganisms within root canals. *Int Endod J* 2004; 37(5): 311-9.

9. Main C, Mirzayan N, Shabahang S, Torabinejad M. Repair of root perforations using mineral trioxide aggregate: a long-term study. *J Endod* 2004; 30(2): 80-3.

10. Cheung W. A review of the management of endodontically treated teeth. Post, core and the final restoration. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(5): 611-9.



โรงพยาบาลอุดรธานี

UDONTHANI HOSPITAL

33 ถ.พะนิมม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000

