

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ศิริรัตน์ ศิริจันทร์	1
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะความตึงเครียด : กรณีศึกษา พรเพ็ญ จันแก้ว	14
ผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จิตรา อารักษ์ชัยชนะ	23
ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ชุมพล แสงงา	30
ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี ชัญชนก ศิริวัฒนภาณุ	40
การดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่ายู่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2564 สุวิศิษฐ์ ช่างทอง	48
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis เสาวณีย์ พรประภา	54
ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการผู้ป่วยนอก ปี 2564 นาวิ นุชชม	60
ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุญทริก ลิขิต ผลดี	69
ผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin สุวรรส สีสาศ	81
การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กิตติศักดิ์ นาสงข	86
แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ จังหวัดเชียงใหม่ ทรัพย์ไกร ยอดเรือน	96
ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พรพิมล การญาน , อรทัย ไชยมะโย	102
การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา ปราณอม โพธิ์ทอง	111
ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง นางสุมาลา พรหมมา	125
ศึกษาพฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม โสพิณ ศรีสมโภชน์ , รัชณี หลงสวัสดิ์	135

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 16 (ปีที่ 6 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด ผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน การบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเลิกใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาเสพติด การจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
Factors affecting Self-care behaviors of diabetic patients who use services at Don Tum
Hospital. NakhonPathom Province.

(Received: July 4,2021 ; Accepted: August 8,2021)

ศิริรัตน์ ศิริจันทร์¹

Sirirut Sirichan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จำนวน 210 คน โดยการเก็บแบบการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูมผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารรองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา และด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ

2. ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนตูม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3. ปัจจัยนำเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง, โรคเบาหวาน, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

Factors affecting Self-care behaviors of diabetic patients who use services at Don Tum Hospital. NakhonPathom Province. This research aimed to study 1) the self-care behavior of diabetic patients receiving service at Don Tum Hospital. 2) the relationship between personal factors and self-care behavior of diabetic patients receiving service at Don Tum Hospital., and 3) the relationship between predisposing, enabling, and reinforcing factors and self-care behavior of diabetic patients receiving service at Don Tum Hospital. The research samples were 210 diabetic patients and risk group people receiving service at Don Tum Hospital., selected by using simple random sampling. The tool for collecting data was a questionnaire. The data were analyzed by using percentage, frequency, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The research results were as follows:

¹ โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

1. The self-care behavior of diabetic patients receiving service at Don Tum Hospital. was overall at medium level. When considered individually, it was found that the aspect with the highest average was diet, followed by medication. And the prevention of complications and the exercise, respectively

2. Personal factors related to marital status, duration of diabetes mellitus were related to self-care behavior of diabetic patients receiving services at Don Tum Hospital. The study was statistically significant at 0.05 level, gender, age, education level, occupation and average monthly income. There was no relationship with the self-care behavior of the diabetic patients.

3. There was positive relationship with statistical significance at 0.05 level between a perception of predisposing factor, an access of health service unit of enabling factor, and a receiving social support of reinforcing factor and self-care behavior of diabetic patients.

Keywords: self-care behaviors, Diabetes, Diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานานจะทำให้วัยวะต่าง ๆ เสื่อม เกิดโรคและอาการแทรกซ้อนขึ้นจากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกกว่า 425 ล้านคนในปี 2560 และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มากถึง 629 ล้านคนในปี 2588 สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า คนไทยช่วงอายุ 20-79 ปี เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.3 หรือหมายความว่าใน 100 คน จะพบคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 8 คน และจำนวนมากกว่าครึ่งไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน สถิติการพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้ยังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ต้องมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องถึงภัยร้ายของโรค เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนลุกลามใหญ่โตจนต้องสูญเสียอวัยวะที่สำคัญของร่างกายทางสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ และองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้กำหนดให้วันที่ 14 พฤศจิกายนของทุกปีเป็นวันเบาหวานโลก เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคนี้. (โรคเบาหวาน, <https://www.pobpad.com>.)

ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมามีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน

และอายุที่มากขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคนหรือเปรียบเทียบกับ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี โดยจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 40 ที่ไม่รู้ตัวตัวเองป่วย ขณะที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน สิ่งที่น่ากังวล คือ ความชุกของเบาหวานที่เกิดขึ้นจากปัญหาโรคอ้วนและพฤติกรรมการใช้ชีวิตในเด็กวัยรุ่นและวัยทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา นอกจากนี้พบว่า เบาหวานที่เกิดในวัยรุ่น วัยหนุ่มสาว และผู้ใหญ่วัยต้นนั้น มีข้อมูลชี้ชัดว่าโรคมีความรุนแรงกว่าเบาหวานที่เกิดในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ รวมถึงตอบสนองต่อการรักษาได้น้อยกว่า นำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ อย่างรวดเร็วและรุนแรงกว่า สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรในวัยทำงาน (วรรณิ นิธิยานันท์, 2562) โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-Communicable diseases: NCDs ที่คุกคามประชากรทั่วโลก อันมีสาเหตุจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่

เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลกและประเทศไทย โดยทั้งโลกมีผู้เสียชีวิตปีละมากกว่า 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สามารถคำนวณมูลค่าความสูญเสียถึง 47 ล้านล้านดอลลาร์ ภายในปี 2573 หากไม่มีการดำเนินการแก้ไข ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 400,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียร้อยละ 2.2 ของ GDP ต่อปี(ไพโรจน์ เสา น่วม,2562)

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยที่น่านี้น่าเป็นห่วงคือคนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคนพบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคเบาหวาน จำนวนผู้ป่วย 3,024,077 คน ได้รับการตรวจ 1,964,571 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 889,591 คน คิดเป็นร้อยละ 29.42(โอภาส การย์กวินพงศ์ ,2563) สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 5 ปี 2550-2563 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 284,734 คน ได้รับการตรวจ 182,797 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 89,779 คน คิดเป็นร้อยละ 31.53 และสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนครปฐม พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย 45,087 คน ได้รับการตรวจ 27,773 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 11,409คน คิดเป็นร้อยละ 25.30และสถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอดอนตูม พบว่า มีร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวนผู้ป่วย 4,546 คน ได้รับการตรวจ 3,096 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 1,351 คน คิดเป็นร้อยละ 29.72 มีแนวโน้มชะลอตัวแต่มีอัตราป่วยสูงกว่าระดับประเทศและระดับภาค(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2563 : 2)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม และนำผล ที่ได้จากการวิจัย มาเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนและดำเนินการต่างๆ ในการพัฒนางาน ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2.ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด $HbA1c > 7 \text{ mg\%}$ ที่มีภูมิลำเนา และที่มาใช้บริการเครือข่ายโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสามง่าม ตำบลห้วยพระ ตำบลลำเหย ตำบลดอนพุทรา ตำบลห้วยด้วนและตำบลลำลูกบัว จำนวน 454 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างจากตารางเครซีแอนดอร์แกน(Krejcie & Morgan)ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด $HbA1c > 7 \text{ mg\%}$ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน (วิลลกล รัฐฉัต

รณนท.2554: 88) โดยแบ่งผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลดอนตูม ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามรายตำบลและภูมิสำเนา จำนวน 210 คน ดังนั้นผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จำนวน 210 ฉบับจากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลดอนตูม ประกอบไปด้วย 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสามง่าม ตำบลห้วยพระ ตำบลลำเหย ตำบลดอนพุทรา ตำบลห้วยด้วนและตำบลลำลูกบัว โดยคิดคำนวณตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างและสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ โดยใช้คำถามเลือกตอบ (Checklist)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำ ได้แก่

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ การตอบแบบสอบถามคะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ (บุญธรรมกิจปริดา บริสุทธิ, 2549)

มีความรู้ระดับต่ำหมายถึงได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา

มีความรู้ระดับปานกลางหมายถึงได้คะแนนร้อยละ 60-79.9

มีความรู้ระดับสูงหมายถึงได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำนวน 8 ข้อ

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานจำนวน 5 ข้อ

4. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำนวน 9 ข้อ

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพจำนวน 8 ข้อ

ลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert อ้างถึงใน พวงรัตน์ทวีรัตน์, 2543 : 107) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามในตอนที่ 3 และตอนที่ 4 จะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert อ้างถึงใน พวงรัตน์ทวีรัตน์, 2543 : 107) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	พฤติกรรม
3.67 - 5.00	ระดับมาก
2.34 - 3.66	ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	ระดับน้อย

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายด้านการรับประทานยาและด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert อ้างถึงใน พวงรัตน์ทวีรัตน์, 2543 : 107) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 3 ระดับ ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	พฤติกรรม
3.67 - 5.00	ระดับมาก
2.34 - 3.66	ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	ระดับน้อย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Congruence) แล้วคัดเลือกข้อสอบถามที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไป การหาความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามวัดความรู้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Kuder Richardson (KR 20) แบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าเท่ากับ 0.998 นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขึ้น

สุดท้ายและที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ
ได้ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตามหนังสือรับรองเลขที่
9/2564 ลงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดย
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลทั่วไปโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูลของกลุ่ม
ตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนตูม
จังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยใช้ค่าสถิติไคส
แควร์ (χ^2 - test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 152 คน คิด
เป็นร้อยละ 72.4 มีอายุ 51 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็น
ร้อยละ 77.1 รองลงมาอายุ 41-50 ปี จำนวน 55 คน คิด
เป็นร้อยละ 22.4 และ 31-40 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อย
ละ 0.5 สถานภาพสมรสจำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ
65.35 41-50 ปี รองลงมาโสด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อย
ละ 22.4 การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 105 คนคิด
เป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 52
คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 มีอาชีพหลักค้าขาย จำนวน 60 คน
คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมามีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน
55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีรายได้ 3,000-5,999 บาทต่อ
เดือนจำนวน 136 คนคิดเป็นร้อยละ 41.34 รองลงมา
6,000-8,999 บาทต่อเดือน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ
29.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3-5 ปีจำนวน 161
คนคิดเป็นร้อยละ 48.94 รองลงมาต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 96
คน คิดเป็น ร้อยละ 45.7

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอน
ตูม จังหวัดนครปฐม

2.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้
บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่อง
โรคเบาหวานจำนวน 127 คนคิดเป็นร้อยละ 60.5 อยู่ใน
ระดับสูงรองลงมาคือจำนวน 43 คนคิดเป็นร้อยละ 20.5 อยู่
ในระดับต่ำ และจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 19.0 อยู่ในระดับ
ปานกลาง

2.2 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานรองลงมาคือ การรับรู้
ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการ
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
และ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล
สุขภาพ

2.3 ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
ดอนตูม จังหวัดนครปฐมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เลือก
มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนตูมเป็นอันดับแรกและได้รับ
บริการจากโรงพยาบาลดอนตูมด้วยความรวดเร็วรองลงมา
คือเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลดอน
ตูมและความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในร
งพยาบาลดอนตูมสามารถเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล
ดอนตูมด้วยตนเอง และการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาล
ดอนตูมมีความสะดวกและสามารถติดต่อสื่อสาร พูดคุยกับ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดอนตูมได้เป็นอย่างดีเป็นอันดับ
สุดท้าย

2.4 ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
ดอนตูมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นราย
ด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการได้รับแรงสนับสนุน
ทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวรองลงมาคือได้รับแรง
สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและเพื่อน
บ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเป็นอันดับ
สุดท้าย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มา
ใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูมผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยาและด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และด้านการออกกำลังกาย เป็นอันดับสุดท้าย

3.1 ด้านการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ รองลงมาคือ การงดรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน มะม่วงสุก และการงดดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ โอวัลตินที่ใส่น้ำตาลหรือน้ำตาลส่วนการรับประทานอาหารเช้าในวันตรงเวลา และการงดรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน มะม่วงสุก เป็นอันดับสุดท้าย

3.2 ด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาวะโรค เช่น ออกกำลังกายด้วยการเดินวิ่งเหยาะๆ รองลงมา คือ การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 20-30 นาที เป็นอันดับสุดท้าย

3.3 ด้านการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เคยได้รับคำแนะนำเรื่องยาโรคเบาหวาน รองลงมาคือ

เคยปรับขนาดยาเบาหวานโดยลดหรือเพิ่มยาหรือหยุดยาด้วยตัวเอง และรับประทานยาเบาหวานตรงตามจำนวนและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งเป็นอันดับสุดท้าย

3.4 ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การตรวจเท้าทุกวันเพื่อดูความผิดปกติ เช่น รอยถลอก รอยข้าวต้ม หรือแผล และการล้างเท้าให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง รองลงมาคือ การออกกำลังกายด้วยการเดินหรือบริหารเท้าและ การพ่นน้ำตาล ลูกอม ติดตัว เมื่อเดินทาง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นอันดับสุดท้าย

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม พบว่าสถานภาพสมรสระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศอายุระดับการศึกษาอาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม				χ^2	ระดับนัยสำคัญ
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม		
สถานภาพสมรส						
โสด	21(10.0)	21(10.0)	5(2.4)	47(22.4)	12.612	.050*
สมรส	56(26.7)	81(38.6)	11(5.2)	148(70.5)		
หย่า/แยกกันอยู่	6(2.95)	0(.0)	0(.0)	6(2.9)		
หม้าย	3(1.4)	4(1.9)	2(1.0)	9(4.3)		
รวม	86(41)	106(50.5)	18(8.6)	210(100)		
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน						
ต่ำกว่า 3 ปี	36(17.1)	53(25.2)	1(.5)	9(42.9)	24.385	.000*
3-5 ปี	33(15.7)	47(22.4)	16(7.6)	96(45.7)		
5 ปีขึ้นไป	17(8.1)	6(2.9)	1(.5)	24(11.4)		
รวม	86(41.0)	106(50.5)	18(8.6)	210(100)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัย

เอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม

ปัจจัยนำเข้า	ระดับพฤติกรรม			χ^2	ระดับนัยสำคัญ
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ปัจจัยนำเข้า	86(41.0)	106(50.5)	18(8.6)	233.647	.000
ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	86(41.0)	106(50.5)	18(8.6)	370.403	.000*
ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	86(41.3)	106(51.0)	16(7.7)	370.403	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

1.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลดอนตูม อยู่ในระดับสูงจำนวน 127 คนคิดเป็นร้อยละ 60.5 โดยรู้ว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือดตีตัน โรคไต โรคตา อัมพาต อัมพฤกษ์ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากหากผู้ป่วยเบาหวานมีอาการดังกล่าวทำให้ทราบถึงสาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์การควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน คือการลดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานคือการลดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งผู้ป่วยเบาหวานรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำคือ ใจสั่นเหงื่อออกมาก หน้ามืดตาลายอ่อนเพลียคล้ายจะเป็นลมผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารประเภทผักใบเขียวได้ไม่จำกัดการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น และผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่นใจสั่นเหงื่อออกมาก หน้ามืดตาลายอ่อนเพลียคล้ายจะเป็นลมควรดื่มน้ำหวานหรืออมท็อฟฟี่จำนวนเท่าๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมากหากผู้ป่วยเบาหวานมีอาการดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกันธิกา ทวีรอด และตรีทิพย์ อนงค์ทอง (2550: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง

ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวโพ ตำบลหัวโพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 73.81 ลักษณะ ทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณะนิต พาที(2561). ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัจจัยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับปานกลาง($p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.364$) และยังสอดคล้องกับ นุชญากร คณาภรณ์ทิพย์(บทคัดย่อ : 2561) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านสาเหตุของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เบาหวานโดยความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ($r = 0.186$, $p = 0.046$)

1.2 ปัจจัยนำเข้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ด้านการรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเป็นอันดับสุดท้ายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลักษณะทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551: บทคัดย่อ) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.3 ปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับน้อยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่การเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลดอนตูมเป็นอันดับแรกและได้รับการบริการจากโรงพยาบาลดอนตูมด้วยความรวดเร็วรองลงมาคือเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลดอนตูมและความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลดอนตูมสามารถเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาลดอนตูมด้วยตนเอง และการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลดอนตูมมีความสะดวกและสามารถติดต่อสื่อสาร พูดคุยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดอนตูมได้เป็นอย่างดีเป็นอันดับสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน.(2561:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศการ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = -0.323, p < 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.300, p < 0.001$) และสอดคล้องกับ ลักษณะ ทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำ

จากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

1.4 ปัจจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวรองลงมาคือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันเป็นอันดับสุดท้ายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลักษณะ ทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551: บทคัดย่อ) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาธิปศรีพรหม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นประจำและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชนาธิปศรีพรหม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับดีเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรองลงมาคือด้านการออกกำลังกายด้านการรับประทานยาและด้านการรับประทานอาหารเป็นอันดับสุดท้าย และงานวิจัยของพิศมัยภูนาเมือง (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดมุกดาหารผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีพฤติกรรมที่ผู้ป่วย และ ลักษณะ ทรัพย์สินสมบูรณ์ (2551: บทคัดย่อ) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ยังสอดคล้องกับ วนิดา สำหุณานาง(2557). ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อาเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65)

3. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับพบว่าสถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับบริการที่ โรงพยาบาลดอนตูม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ เอี่ยมรอด (2552: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตตำบลยกกระบัตร อำเภอสสามเงา จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05และอภิญญา บ้านกลาง และคณะ(2559:บทคัดย่อ). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ใน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลาอำเภอมือเมือง จังหวัดขอนแก่น. ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.026, p value = 0.028) และ ยังสอดคล้องกับ นุชชญากร คณาภรณ์ทิพย์(บทคัดย่อ : 2561) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีมา รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอมือเมือง จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ใน ทิศทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของชนาธิปศรีพรหม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักได้แก่ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและการรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยร่วมได้แก่การได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 นวัตกรรม อ่อนทรัพย์(2556:บทคัดย่อ). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หนองหญ้าปล้องอำเภอสสามร้อยยอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยนำเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับ สุวิทย์ชัย ทองกุล (2557:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยนำด้าน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่สถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ข้อเสนอแนะ

1.จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มา ใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มี ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง จำนวน 127 คน คิด เป็นร้อยละ 60.5 และผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลดอนตูม ยังขาดความความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่อง อาการน้ำตาลในเลือดสูงคือ การกระหายน้ำมาก ปาก คอแห้ง ปัสสาวะบ่อยคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ เพิ่มหรือลด จำนวนยาที่รับประทานได้เองโดยไม่ต้องปรึกษา แพทย์ และผู้ป่วยเบาหวานควรดื่ม กาแฟ ชา และเครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวานหรือน้ำตาล ร้อยละ อาการของโรคเบาหวานที่พบ บ่อยคือ ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก หิวบ่อยกินจุ ผอมลง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ตามลำดับ จึง ควรจัดการฝึกอบรมให้ ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการ ควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติกับผู้ป่วย เบาหวานในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

2.ผู้ป่วยเบาหวานควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ รับประทานอาหารให้เหมาะสม ถูกสัดส่วน ตรงตามเวลา การ

รับประทานยาเบาหวานต้องตรงตามจำนวนที่แพทย์สั่งและรับประทานต่อเนื่อง เพื่อส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือดให้ปกติได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย พร้อมบันทึกกิจกรรมประจำวันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้เป็นสำคัญ ควรเน้นย้ำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงประโยชน์ และโทษของการปฏิบัติพฤติกรรมช่วยขจัดอุปสรรคที่ผู้ป่วยมองเห็น และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในด้านต่างๆโดยใช้วิธีเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

3.ควรศึกษาวิจัยทดลองจัดโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่ถูกต้องโดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง(self-management) ร่วมกับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเบาหวาน

4.ศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. “การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตัวเอง(Diabetes Education for Self-Management)” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmhthai.org/index.php/knowledge>.(26 May. 2020).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานสถานการณ์โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual>.(26 May. 2020).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานประจำปี 2563”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual>.(26 May. 2020).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. “คลังความรู้สุขภาพ”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://healthydee.moph.go.th/view_article.php.(26 May. 2020).
- กันธิกา ทวีรอด และตรีทิพย์ อนงค์ทอง. ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน.โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม,2550.
- กฤษณา คำลอยฟ้า.พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา, วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล Vol. 17 No. 1: มกราคม-มิถุนายน 2554.
- คะนิงนิต พาที. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสาร รพ.นครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 14, 2561.
- จิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตร อ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/research/(8 April. 2020).
- ชนาธิป ศรีพรหม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี,2550.
- ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : วิวัฒนาการพิมพ์,2542.
- เทพ หิมะทองคำ. เบาหวานฉบับเทพ. กรุงเทพฯ : พีเพิลมีเดีย,2554.
- ธนพร รัตนสุวรรณ. “ข้อมูลประชากร”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmhthai.org/> (24 May. 2020).

- นวัตกรรม อ่อนทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าปล้อง อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 2556.
- นาริรัตน์ จิตรมณตรี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าและสภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.
- นุชญากร คณาภรณ์ทิพย์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2561.
- นันทวัน หมั่นทอง และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองหลวง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2551.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์, 2549.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เรียบเรียงวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2540.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญผล, 2540.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2548.
- ประศาสน์ ลักษณะพุก. โรคแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : ยูนิค แพบลิเคชั่น, 2543.
- ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุลและสุภาพ นิตราภรณ์. การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2541.
- พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2543.
- พิจิตรา ทูลมาลา. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
- พิสมัย ภูนาเมือง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2551.
- เพชร รอดอารีย์. “วันเบาหวานโลก 2562 World Diabetes Day Thailand 2019 Together Fight Diabetes”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [\(https://www.hfocus.org\)](https://www.hfocus.org) (23 May. 2020).
- เพ็ญพักตร์ โคจาง. การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
- ไพโรจน์ เสาน่วม. “วันเบาหวานโลก 2562 World Diabetes Day Thailand 2019 Together Fight Diabetes.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [\(https://www.hfocus.org\)](https://www.hfocus.org) (23 May. 2020).
- มนต์ธิดา ไชยแขวง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ , 2548.
- มงคลชัย แก้วเอี่ยม. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองกลางนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2550.
- มะธูระ ใจเย็น. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่เขตลำพาน อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553.
- ราชบัณฑิตสถาน. “ศัพท์บัญญัติราชบัณฑิตสถาน” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.royin.go.th/> (24 Mar. 2020).
- โรคเบาหวาน. “สถานการณ์โรคเบาหวาน” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก [\(https://www.pobpad.com\)](https://www.pobpad.com) (24 Mar. 2020).

- โรงพยาบาลดอนตูม. รายงานประจำปี 2563. นครปฐม : งานยุทธศาสตร์และแผนงาน,2563.(อัดสำเนา)
- โรงพยาบาลดอนตูม. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2563. นครปฐม:
งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2563.(อัดสำเนา)
- โรงพยาบาลเทพารินทร์. “วิธีทำให้เบาหวานลดลง”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.theptarin.com/th-home>.(23 May. 2020).
- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. “สารน่ารู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.siphospital.com/th/news/article/share/diabetes-2>.(26 May 2020)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp-hospital.go.th/th>.(24 May. 2020).
- วนิดา พยัคฆ์พันธ์. “เบาหวาน-การควบคุมอาหาร.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.yourhealthyguide.com>. (24 May 2020).
- วนิดา ส่างภู่านาง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อาเภอวิเชียรบุรี จังหวัด
เพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2557.
- วรรณิ นิธิยานันท์. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2563. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,2563.
- วรรณิ นิธิยานันท์. “วันเบาหวานโลก 2562 World Diabetes Day Thailand 2019 Together Fight Diabetes.”
[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfoc.org>.(24 May 2020).
- วัลลภ รัฐธินันท์. เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2554.
- วัลลา ตันตโยทัย. การป้องกันโรคเบาหวานในบริบทของไทย. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม-เมษายน 2560
หน้า 152-154,2560
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).สุขภาพคนไทย 2563.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2563 สำนักพิมพ์ บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์
พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ,2563.
- สนอง อุณาภูล. คู่มือโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เลียงเชียง,2545.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2543.
- สุทิน ศรีอัญญาพร.การแบ่งชนิด วิธีการวิจัย และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานแบบใหม่. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล,2541.
- สุพรรณ บุษศิริ. การดูแลสุขภาพตนเองและบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กิ่งอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย,2550.
- สุพล พะยอมแย้ม.ปฏิบัติการทางจิตวิทยาในงานชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สหายพัฒนาการพิมพ์.2545.
- สุวิทย์ชัย ทองกุล.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี,2557.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “แผนติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ 2563.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>.(24 May 2020)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). “สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php>. (24 May 2020)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. “ข้อมูลประชากร”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://www. http://nptho.moph.go.th/](http://www.nptho.moph.go.th/). (24
May. 2020).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. “รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนธันวาคม 2563.” นครปฐม: งานระบาดวิทยา สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2563.(อัดสำเนา)
- อภิชาติ วิษณุวรรณ์. (2546). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

อภิญา บ้านกลาง และคณะ.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลชอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น,ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559.

เอกภพ จันทร์สุคนธ์,วิภาดา ศรีเจริญ และกิ่งแก้ว สำรวยรื่น. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน-ธันวาคม 2560 .

โอบาส การย์กวิณพงศ์ (2563). “วันเบาหวานโลก (World Diabetes Day)” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:

[https://ddc.moph.go.th/brc/news.\(23 May. 2020\).](https://ddc.moph.go.th/brc/news.(23 May. 2020).)

Albeti, K. G. and Zimmet, P. Z. Definition, diagnosis and classification of diabetic mellitus and its complication. Part 1 : diagnosis and classification of diabetic mellitus. Provision report of a WHO consultation. Diabetic Med, 15: 539-53,1998.

American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care. Retrieved May 23, 2020 from https://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s5,2019.

American Diabetes Association. Report of The Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetic Mellitus. Diabetes Care. 20 : 1187-97,1997.

Bandura, A. Health promotion by social cognitive means, Health Education & Behavior. 31, 143-164,2004.

Bhunthuwate, N., Khumpiboon, M., & Absuwan, N. The world diabetes day campaign in 2010. Bangkok:Bureau Non-Communicable Diseases. (in Thai),2010.

Becker, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Health Education Monographs. 2 : 324-473,1974.

Cobb, S. Social support as a moderator of life stress, Psychosomatic Med. 38 (5) : 300,1976.

Deneen, J. G. Macias, F. Peña, S. Azen, and Varma, R. Risk Factors for Diabetic Retinopathy in Latinos : Los Angeles Latino Eye Study. InvestOphthal mol. Vis. Sci. 46 : E- Abstract3270,2005.

Gavin, J. R. Diabetic and exercise, American Journal of Nursing. 99 (2) : 178-190,1978.

Green, W., et al. Health Education Planning. New York : A Diagrostic Approach Ayfeild Publishing Company,1991.

Green, L. and Krueter, M. Health Promotion Planning An Education Approach. 3ed Toronto : Mayfield Publishing Company,1999.

House, J. S. Work Stress and Social Support. New Jersey : Prentice Hall,1982.

House, J. Social support and social structure. Sociological Forum, 2(1), 135-146,1987.

Kahn, R. L. Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspective. Colorado : West Press,1997.

Kaplan, B. H, Cassal, J. C. and Gore, S. Social Support and Health, Medical Care, 15 (May) : 47-58,1977.

Orem, D. E. Nursing concepts of practice. 4th ed. Mosby Yearbook : St. Louis,1991.

Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice/Nola J. Pender, with a contribution by Albert R. Pender. 2nd ed. New York : Appleton & Lange,1987.

Sakamoto, S. “E-Learning and Educational Innovation in Higher Education in Japan.” Education Media International. 39 (1) : 9-12,2002.

Tilden, V. P. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. Res Nurs Health. 8, 199-206,1985.

Westerberg, D. P. Diabetic ketoacidosis: Evaluation and treatment. American Family Physician, 87(5), 337-346,2013.

World Health Organization. Diabetes. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>,2013.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต : กรณีศึกษา Nursing care of patients with life-threatening acute myocardial infarction : a case study

(Received: July 12,2021 ; Accepted: August 17,2021)

พรเพ็ญ จันแก้ว¹

Pompen Jankaew

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน และศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกรณีศึกษา 2 ราย วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม 2562 – มีนาคม 2563

ผลการศึกษา : จากการศึกษผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 ราย พบว่า รายที่ 1 ผู้ป่วยชาย อายุ 70 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น รู้สึกหน้ามืดจะเป็นลม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีประวัติเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เกาต์ และไตวายเรื้อรัง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ขณะได้รับยาเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ได้รับการช่วยชีวิต และดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผน ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ ประสานส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เพื่อทำ PCI ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 47 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัว ถึง ER ผู้ป่วยยังมีเจ็บแน่นหน้าอก EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และ Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 4 แผน จากการติดตาม พบว่า ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัด 2 สัปดาห์ให้ผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรณีศึกษา การพยาบาล

Abstract

Objectives of this study are i) to investigate the prognosis, treatment and nursing, and ii) to compare the differences between 2 case study patients with acute myocardial infarction. Each of two case study patients were specifically investigated since June 2015 until July 2016. The results from 2 patients with acute myocardial infarction showed that the first case of 70 years old came in with the symptoms of chest compression and not refer pain for 1 hour before arriving at the hospital. He had a history of COPD with continuing treatment at the hospital. Then, the patient was received an intravenous thrombolytic drug which cause temporary cardiac arrest. After the patient was cured he was get 5 nursing care programs from problem list and successful reperfusion. We unable to PCI him, so we transfer to another hospital. The second case with age 47 years old with no congenital disease came in with the symptoms of pain at left chest, abdominal pain and dizziness around 30 minutes before arriving at community hospital. At there, the patient still have chest pain with ST elevation and ST depression of EKG. The patient was then received thrombolytic drug and admitted at ICU. He received 4 nursing care programs from problem list and successful reperfusion. We observed his response for 2 days at ICU before transfer him to normal ward and send him back home at day 5. After 2 weeks, he was scheduled for cardiac intervention investigation.

Key word: Acute myocardial infarction, Case study, Nursing

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชื่อย่อ AMI เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก และประเทศไทยในปัจจุบัน¹ โดย

พบว่า อัตราอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค AMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคอื่นประมาณ 4-6 เท่า และเสียชีวิตในวันแรกที่เข้านอนโรงพยาบาลในอัตราที่ค่อนข้างสูง จากข้อมูลการขึ้น

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ตำบลแม่กลอง อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000

ทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thai Coronary Syndrome Registry) ในปี 2551 พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มีอุบัติการณ์ร้อยละ 40.9 ของโรค AMI ทั้งหมด ในประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 26.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 3 ต่อแสนประชากร

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electrocardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI และ Unstable angina) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตันหายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วยไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโรงพยาบาล (door to needle time)

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดสมุทรสงคราม ขนาด 311 เตียง กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน และกลุ่มผู้ป่วย STEMI ได้ถูกกำหนดเป็นเข็มมุ่งตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลทุกปี เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วย 478, 642, 824 คนตามลำดับ และปี 2562 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 856 คน แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI 48 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.61 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาขาโรคหัวใจในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ได้กำหนดช่องทางด่วน (Fast track MI) บริบท Case ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่เกินศักยภาพ ร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีนโยบายให้ส่งต่อรักษาด้วยการทำ PCI ได้กรณีที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) แล้วเส้นเลือดหัวใจไม่เปิด ดังนั้น พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและคัดกรอง ผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็วขณะมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว การพยาบาล ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ขณะให้และหลังให้มีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพยาบาลขณะส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษา และการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกรณีศึกษา 2 ราย โดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาล

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้มาใช้บริการ ห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในระยะวิกฤต ประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ คู่ อาชีพ ทำสวน

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บหลัง เหนื่อย ใจสั่น มีเหงื่อออก ตัวเย็น รู้สึกหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเกาต์ และไตวายเรื้อรัง รับการรักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/59 มิลลิเมตรปรอท pain score 8 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) 97%

การตรวจร่างกาย GA : not pale, no jaundice Skin : normal HEENT : normal Lung : clear no wheezy both lung Neurological : E4 V5 M6 Pupil 3 min RTLBE

ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC 4,090, Hct 36.2%, platelet 209,000, troponin-I 2 ng/mL, myoglobin negative DTX 138 mg% EKG : ST elevate in II, III, aVF และมี ST depress in I, aVL

การวินิจฉัย : STEMI (Inferior wall MI)

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยา Isordil 5 1 tab อดได้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tab oral, on 0.9% NaCl 1000 cc v drip 60 cc/hr และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ขณะได้รับยา SK ไปประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ CPR, Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 rate 30 cc/hr ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือดด้วยยา SK เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง และประเมินการเปิดของหลอดเลือดด้วยการทำ PCI ต่อไป

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา อิสลาม จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 สถานภาพคู่ อาชีพ ทำสวน

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ pain score 9 ได้รับการวินิจฉัยว่า STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ที่ ER และ Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพื่อสังเกตอาการผิดปกติหลังได้ยาอย่างใกล้ชิด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ อาการแรกเริ่ม : รู้สึกตัวดี ยังมีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายร้าวไปที่แขนซ้าย ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวขึ้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/50 มิลลิเมตรปรอท Pain score 9 คะแนน ค่า O2 saturation 97%

การตรวจร่างกาย : GA : not pale, no jaundice Skin : normal, HEENT : normal Lung: clear no wheezy both lung Neurological : E4 V5 M6

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Troponin I : positive (4.11ng/ml), CK-MB 68 ng/dL, DTX : 110 mg% CXR : no infiltration EKG : ST elevate at II, III aVF, ST depress at aVR, aVL

การวินิจฉัย : STEMI (Acute inferior wall MI c anterior wall MI)

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tab oral on 0.45 % NaCl 1000 cc v drip KVO และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ความดันโลหิต 70/50 mmHg ปรับ rate IV เป็น 60 cc/hr EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง Pain score 5 คะแนน ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์ให้ได้มาพบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
1. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 10 lit/นาที และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keep มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำดูแลให้ยา Isodil 5 mg โดยให้อมใต้ลิ้น และยาต้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ให้ยา Mo 2 mg v Stat ตามแผนการรักษา ประเมิน และบันทึกการตอบสนองของ	1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลให้ออกซิเจน mask c bag 10 lit/นาที และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน keep มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ดูแลให้ยา Isodil 5 mg โดยให้อมใต้ลิ้น และยาต้านเกร็ดเลือด (Aspirin, Clopidogrel) ตามแผนการรักษา ประเมิน และบันทึกการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ยา และเส้นประวังผลข้างเคียง ที่อาจจะเกิดขึ้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด 0.9% NaCl 1,000 ml v drip 60 ml/ hr. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท และ O2 saturation 98% อาการเจ็บหน้าอกลดลงเล็กน้อย pain score 7 ผู้ป่วยยังมีการกระสับกระส่าย ร้องไห้ในอก บอกหายใจไม่เต็มอิ่ม เหนื่อย โดยขยับตัวไปมาอยู่หลายครั้ง	ตอบสนองของยา และเส้นประวังผลข้างเคียง ที่อาจจะเกิดขึ้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด 0.45% NaCl 1,000 ml v drip 60 cc/hr. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย รวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก และตรวจติดตามอาการที่ต้องรีบรายงานแพทย์ การประเมินผล : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการปรับ IV เป็น 60 cc/hr O2 saturation 100% ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย ยังมีอาการเจ็บหน้าอก pain score 8
2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งทำหัตถการในระบบสืบสาวทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยช้ำตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ที่ให้ยาสังเกตอาการแพ้ยาละลายลิ่มเลือด ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก การประเมินผล : ความดันโลหิต 98/62 มิลลิเมตรปรอท และ O2 saturation 98 % อาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score 6 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา	2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกง่าย ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหมด ตามข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในขนาด 1.5 ล้านยูนิต ในเวลา 60 นาที สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วย และอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ และ Neuro. sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตาม ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบสืบสาว ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยช้ำตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอกสังเกตอาการ อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น อาการทางกระเพาะอาหาร การประเมินผล : ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 56 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รายงานแพทย์ทราบให้ ปรับ rate 0.45 % NaCl 1,000 ml 60 cc/hr วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/76 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สังเกตระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี O2 saturation = 99% ทูละอาการเจ็บหน้าอก EKG ยังมี ST Elevation, ST Depression เตรียมผู้ป่วย เพื่อ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ส่งตรวจอาการ แผนการรักษา และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับให้กับหัวหน้าเวรห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษา ผู้ป่วย/ญาติรับทราบข้อมูลประโยชน์ที่ได้จากการให้ยา ความเสี่ยงที่	3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการ และตรวจสัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ในขณะ และ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมการให้ยา SK เฝ้าระวังและสังเกตอาการแสดงของ Reperfusion arrhythmias จากผลของยาจนกระทั่งยาหมดได้แก่ Hypotension, VT/VF, Bradycardia, Heart Block สังเกตอาการภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะ/อุจจาระมีสีแดง มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เสมหะมีเลือดปน ถ้าพบบรรยายงานแพทย์ติดตามผล Lab เช่น Hct, PT, PTT, INR>2 รีบรายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 - 2 ชั่วโมง ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขณะผู้ป่วยได้รับยา เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ การประเมินผล : ผู้ป่วย และญาติเข้าใจแผนการรักษา และเซ็นชื่อให้ความยินยอมในการใช้ยา SK แต่ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา SK ไปได้ 10 นาที เกิดภาวะแทรกซ้อน EKG มี arrhythmias ชนิด Bradycardia และ Heart Block และเกิด cardiac arrest ตามมา	หลังการให้ยาลดลิ่มเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดในสมอง) on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติหลังได้รับยา SK สังเกตอาการภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะ/อุจจาระมีสีแดง มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เสมหะมีเลือดปน ถ้าพบบรรยายงานแพทย์ การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับยา SK หมดที่ห้องฉุกเฉิน ก่อน Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 saturation 100%
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค STEMI ผู้ป่วยมี cardiac arrest กิจกรรมการพยาบาล : หยุดการให้ยาลดลิ่มเลือด ประเมินอาการระดับความรู้สึกตัว ทำ CPR ใส่ท่อช่วยหายใจ Defibrillator 200 J x2 ครั้ง ให้ยา Adrenaline 1:1000 v ทุก 3-5 นาที จำนวน 4 amps. Atropine 1 amp. v x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 v rate ≤ 30 cc/hr ตรวจสัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง ปรับยา Dopamine ที่ช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติหลังให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกที่ใช้ยา เตรียมรถ Emergency และ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ เฝ้าระวังผู้ป่วยเกิด cardiac arrest ซ้ำ การประเมินผล : CPR 15 นาที ผู้ป่วยตื่นรู้ตัว อุณหภูมิ 36.5 °C ความดันโลหิต 110/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง (ต่อเครื่องช่วยหายใจ) และ O2 saturation 100 % ยังไม่พบอาการเจ็บหน้าอก pain score 7 ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยา SK ได้สำเร็จ ได้ประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลสมุทรสาคร ไม่สามารถรับ Case ได้ จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช เพื่อทำ PCI	4. วิดกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ พุดคุยด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร ให้กำลังใจ จริใจ เพื่อความเป็นกันเอง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ อาการของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้เยี่ยม และประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ท่าทางสงบ ในขณะที่ให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกิจกรรมการพยาบาล และการ ประเมินผลของการพยาบาล การประเมินผล : ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้าลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ที่ต้องมีการ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อเฝ้าระวังติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ on monitor EKG และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา SK ที่อาจเกิดภาวะ เลือดออกในสมองได้
5. วิดกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของตนเอง กิจกรรมการพยาบาล : สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ ด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร จริใจ เพื่อความเป็นกันเอง สอบถาม และอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการ	

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
รักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อธิบายเหตุผลการให้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่พบ ความสำคัญที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ให้กำลังใจ และการได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติรับทราบ อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ได้เยี่ยมและประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่าง นุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ทาทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลของการพยาบาล การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสับสนลดความกังวลลงบ้าง เข้าใจพยาธิสภาพ ภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น ดีใจที่ผู้ป่วยรอดชีวิต ตื่นมารู้เรื่องดี ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งจะไปรักษาต่อโรงพยาบาลวิชัยเวชเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์หัวใจ ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง เลิกสูบบุหรี่มา 5 ปี ไม่ดื่มสุรา ชอบอาหารมัน เค็ม ไม่ได้ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวไม่เคยนอนโรงพยาบาล เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อย จะซื้อยามากินเอง ดื่มสุราเป็นประจำ วันละ 1-2 ขวด สูบบุหรี่ใจากเกินวันละ 10 มวน นานมากกว่า 20 ปี กินกาแฟวันละ 3 แก้ว และชอบอาหารรสหวาน	ผู้ป่วยรายที่ 1 และ ผู้ป่วย รายที่ 2 มีประวัติสูบบุหรี่ ราย ที่ 1 มีโรคร่วมหลายโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง รายที่ 2 ดื่มสุรา กินกาแฟ และสูบบุหรี่จัด ซึ่งทั้ง 2 รายมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ STEMI
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	1ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บหลัง เหนื่อย ใจสั่น มีเหงื่อออก ตัวเย็น รู้สึกหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม Pain score 8 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate in II, III, aVF และมี ST depress in I, aVL เจาะ Troponin I ให้ผล troponin-I 2 ng/mL, myoglobin negative แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Inferior wall MI	30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย ปวดท้องน้อยเวียนศีรษะ คลื่นไส้ เหงื่อออกตัวขึ้น pain score 9 ตื่น รว จ ค ลี น ไฟ ฟ้า หั ว ใจ พบ ST elevate at II, III aVF และมี ST depress at aVR, aVL เจาะ Troponin I : positive (4.11 ng/mL), CK-MB 68 ng/dL, แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น Acute inferior wall MI	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (Inferior wall MI) และผู้ป่วยมี reciprocal change ที่ I, AVL แสดงว่าหลอดเลือดเส้นขวา (RCA) อุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านขวา ด้านล่าง และด้านหลัง รายที่ 2 เป็น Acute inferior wall หลอดเลือดด้านขวา (RCA) และหลอดเลือดเส้นซ้าย (LCX) อุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้าง ขาดเลือดไปเลี้ยง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	การวิเคราะห์
3. การรักษา	ให้การรักษ Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น, ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75) 4 tab oral, 0.9% NaCl 1000 ml v drip 60 ml/hr, On O₂ cannula 3 lit/min ให้ SK 1.5 MU drip 100 ml/hr ขณะได้รับยาไปได้ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ทำ CPR, on ETT Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine 2:1 rate 30 cc/ ไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Refer รพ. วิชัยเวช	ถึง ER สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า รู้ตัวดี pain score 9 ให้ O₂ mask c bag 10 lit/min ให้การรักษา ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75) 4 tab oral, 0.45% NaCl 1000 ml v drip KVO BP 70/50 mmHg ปรับ rate IV เป็น 60 cc/hr. ให้ SK 1.5 MU drip 100 ml/hr วัด BP 110/70 mmHg ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการ ดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet anticoagulant และ ยาละลายลิ่มเลือด ทั้ง 2 รายเกิดปัญหา Cardiogenic shock ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค STEMI ผู้ป่วยมี cardiac arrest ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ประสบผลสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด จำเป็นต้องส่งต่อไปทำ PCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ/มีแพทย์เฉพาะทาง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 แกร็บที่ ER BP 70/50 mmHg หลังเพิ่ม rate IV 60 cc/hr. และได้ยาละลายลิ่มเลือด ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด
4. ปัญหา และการวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผนการดูแล และสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ได้รับการดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 4 แผน การดูแล และสามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ประเมินการดูแลเบื้องต้น ได้รับการพยาบาล และแก้ไขปัญหาคูกคมชีวิตที่มีคุณภาพ
5. การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลวิชัยเวช	ผู้ป่วยได้รับการ Admitted ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำหัตถการ PCI เนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดเส้นเลือดด้วยยา streptokinase ผู้ป่วยรายที่ 2 ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือดด้วยยา streptokinase Admitted ห้ อ งผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พยาบาลได้มีการส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายที่ 1 : เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (Inferior wall MI) หลอดเลือดเส้นขวา (RCA) อุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านขวาด้านล่าง และด้านหลัง ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ถ้าได้รับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นให้ยาต้านเกล็ดเลือด และได้รับการรักษารักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยา ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ บันทึกรายการสัญญาณชีพในใบเฝ้าระวัง และเกิดปัญหาขณะได้รับยา SK ไปได้ 10 นาที ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) แพทย์จึงให้ off streptokinase ช่วยเหลือแพทย์ ทำ CPR, on ETT, Defibrillator 200 Jx2 ครั้ง ให้ยา Adrenaline 1:1000 v จำนวน 4 amp. Atropine 1 v amp. x 2 ครั้ง Drip Dopamine ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด ได้มีการประสานการส่งต่อไป รพ. วิชัยเวช เพื่อประเมิน/ทำหัตถการ PCI จากการติดตามผู้ป่วย พบว่าระหว่างส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังทำ PCI นอนพักที่ รพ. วิชัยเวช 1 คืน ได้รับการวางแผนการจำหน่าย และนัดผู้ป่วยมาดูแลรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในสัปดาห์ต่อไป ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค (NCD) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรครุนแรง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

ผู้ป่วยรายที่ 2 : เป็นผู้ป่วย Acute inferior wall c anterior wall MI หลอดเลือดด้านขวา (RCA) และหลอดเลือดเส้นซ้าย (LCX) อุดตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้าง ขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และคัดกรองที่รวดเร็วได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตต่ำ ได้รับการปรับ rate 0.45%NaCl 1000 cc v 60 cc/hr. รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) เช่นเดียวกัน เฝ้าระวังโดยตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที บันทึกรายการ

เปลี่ยนแปลงที่ห้องฉุกเฉินต่อเนื่องที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยทุเลาเจ็บหน้าอก EKG มี ST elevation ลดลง ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ ได้ปรับแผนในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 4 แผน และส่งต่ออาการ แผนการรักษา Admitted หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จากการติดตาม พบว่า ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 วัน ย้ายออกไป Ward สามัญ จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 5 หลังจาก Admitted และนัด 2 สัปดาห์ให้ได้พบแพทย์เฉพาะทาง Cardiac intervention ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (มีแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร มาช่วยตรวจวินิจฉัยหัตถ์สัปดาห์ช่วงป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่าย แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ หยุดดื่มเหล้า ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว รับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ แพทย์ให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ASA ร่วมกับ clopidogrel เป็นเวลา 1 ปี จากนั้น รับประทานยา ASA ต่อเนื่อง แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรือเหตุฉุกเฉิน ทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ Fast tract MI มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกต ภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ ประสานการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งการพยาบาลด้านจิตใจ ลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปี ปฏิทิน พ.ศ. 2558 (ข้อมูล ณ 3 ก.พ. 59) สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/information-Statistic/non-communicable-disease-data.php> เข้าถึงเมื่อพฤศจิกายน 2559.

เกรียงไกร เสงี่ยม: มาตรฐานการดูแลและการ ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันโรคทรวงอก, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4, 2560

จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์: พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูงบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทวิน, 2554

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงมล วัตราดุล และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร:บริษัทสุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด, 2558.

รายงานเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าประจำปี พ.ศ. 2559 -2563

สุรพันธ์ สิทธิสุข: แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.

Antman, E.M., et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute ST Elevation myocardial infarction. Circulation. 2004; 110: 588-636

ผลการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

A Development of Exercise Program Applying Social support Theory Among The Elderly Person with Hypertension in

Ban Had District, Khon Kaen province

(Received: July 27,2021 ; Accepted: August 24,2021)

จิตรา ชำรงชัยชนะ¹

Jitra Thamrongchaichana¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster Random Sampling จำนวน 316 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 70.67 ปี เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีการเดิน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลา 05.00 – 09.00 น. น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง เหตุผลในการออกกำลังกาย เพื่อรักษาสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง โดยหลังออกกำลังกายจะมีความรู้สึกผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พูดคุยกับผู้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนของสังคมในการออกกำลังกาย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน, ชนิดของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, จำนวนวันที่ใช้ออกกำลังกายต่อสัปดาห์, ระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง, ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย, เหตุผลในการออกกำลังกาย และอาการที่พบหลังออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)

คำสำคัญ รูปแบบการออกกำลังกาย แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This survey research aimed to determine the situation, problem and a wanted of social support of the exercise program of the the elderly person with hypertension in Ban Had district, Khon Kaen province. Questionnaires were administered to 316 alumni from cluster random sampling.

The result shown more than half of samples were female (77.15%), average age 70.67 year old. The samples was graduated in primary school and did not working, which the income less than 5,000 baht. The sample was exercise by walking more than 3 day per week during 05.00 – 09.00 am and duration less than 30 minutes. The cause of exercise were the care of health to a stronger. The feeling after exercise was a relaxing. The samples were got a social support such as a family support to joining a cultural ceremony of a community and a family support to talking about health promotion with an expert in a health care such as public health officer. An age, duration of a stay in community, a type of exercise, a duration of exercise, an amount of day of exercise, a cause of exercise and a symptom after exercise were related a social support at a level of significance (p-value < 0.05)

Keyword The exercise program Social support Elderly Hypertension

¹ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Jitratham2516@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 1950 โดยในปี 2010 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 524 ล้านคน และคาดว่าภายในปี ค.ศ.2050 มีผู้สูงอายุอย่างน้อย 120 ล้านคนในประเทศต้องอยู่ตามลำพัง และพบปัญหาต่างๆ ในผู้สูงอายุ อาทิเช่น อาการสูญเสียการได้ยิน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตลอดเวลา หรือมีอาการของโรค Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), โรคเบาหวาน หรือแม้แต่โรคเครียด และยังมีภาระการเสื่อมถอยจากสภาพโรคหรือสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพบโรคติดต่อไม่เรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานสาธารณสุขของประเทศไทย ผู้สูงอายุจะกลายเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจากประมาณร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นประมาณร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2563 หรือใช้เวลาเพียงประมาณ 20 ปี⁽¹⁾ ปี 2557 สังคมไทยจึงก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยมีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” โรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases: NCDs) จากโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี 2558 พบว่า กลุ่มอาการ/โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก ร้อยละ 53.8 กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 36.5 กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33.5 กลุ่มโรคทางเดินหายใจร้อยละ 8.4 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นการเสื่อมถอย (Degenrative disease) ของโครงสร้างการทำงานของร่างกาย และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ พฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีกรรมพันธุ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งหากถ้าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกาย จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ และยังพบว่าการใช้ความสามารถของตัวผู้สูงอายุร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบรรเทา

อาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายได้ รวมถึงยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วยวิธีการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีร่างกายจิตใจแข็งแรงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 120,377 คน คิดเป็นร้อยละ 41.91 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,908 คน และยังพบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบ้านแฮด พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสถิติปี 2562 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 367 ราย และ ปี 2563 เพิ่มขึ้น 268 ราย โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์ป่วยเป็นอัมพาตเนื่องจากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จำนวน 138 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.57 ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและทวีความรุนแรง เนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรม การไม่ออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของอายุ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังคงเป็นโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ที่สำคัญ หากไม่ได้รับการรักษาให้ทันทั่วทั้งก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย ที่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงและดึงการมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกในครอบครัว ซึ่งกลวิธีให้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้ลดความเสี่ยงที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และยังสามารถช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงได้อีกทางหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,908 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร และเครือข่ายโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร และเครือข่ายโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie และ Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster Random Sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสร้างขึ้นจากทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน บทบาททางสังคม ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตครั้งล่าสุด น้ำหนักส่วนสูง จำนวน 12 ข้อ

พฤติกรรมออกกำลังกาย ประกอบด้วย รูปแบบการออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ อาการแสดงหลังจากการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ

แรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ 2) ด้านความเอาใจใส่และอารมณ์ 3) ด้านเครื่องมือ เวลาแรงงาน เงิน อุปกรณ์ 4) ด้านการให้การประเมินผลการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยลักษณะของคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ เป็นคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ได้รับเป็นประจำ

ได้รับบางครั้ง และไม่ได้รับการสนับสนุนเลย ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ ได้รับเป็นประจำให้ 3 คะแนน ได้รับบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่ได้รับการสนับสนุน ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ของ Best ดังนี้

คะแนน	แปลผล
2.34 – 3.00	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
1.67 – 2.33	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการประเมินของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้นเอง ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุ ประสงค์ (tem-Objective Congruence) ได้คะแนน 0.76 คะแนน

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) หาการหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอยะผิน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้คะแนน 0.83 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ กรณีสถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีสถิติต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สำหรับ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการออกกำลังกาย และแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับแรงสนับสนุนในสังคม โดยใช้การทดสอบแบบไค-สแควร์ (Chi-square Test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น และได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KEC64039/2564 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 70.67 ปี (S.D. = 8.32, Min = 60, Max = 99) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.54 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.22 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 64.56 จึงทำให้มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.59 มีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 63.61 ($\bar{X}$ =3.98, S.D. = 1.51, Min = 1, Max = 10) ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิกในกลุ่มใดๆ ในชุมชน ร้อยละ 96.52 และอาศัยอยู่ในชุมชนนานกว่า 63 ปี ($\bar{X}$ =62.44, S.D. = 12.23, Min = 2, Max = 83) เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 10 ปี (S.D. = 4.16, Min = 1, Max = 40) มีค่า BMI อยู่ระหว่าง

18.0 – 23.0 ร้อยละ 39.87 ($\bar{X}$ =23.43, S.D. = 3.03, Min = 13.49, Max = 33.20)

มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 68.99 โดยมีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 77.53 ($\bar{X}$ =3.70, S.D. = 1.54, Min = 1, Max = 7) และออกกำลังกายในช่วงเวลา 05.00 – 09.00 น. ร้อยละ 32.91 โดยมีระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 48.10 และมีเหตุผลในการออกกำลังกายเพื่อรักษาสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 33.23 โดยพบว่าหลังออกกำลังกายจะมีความรู้สึกอ่อนล้า ร้อยละ 82.91

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ บุคคลในครอบครัว สนับสนุนให้เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พูดคุยกับผู้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}$ =2.96, S.D. = 0.18) รองลงมา คือ ครอบครัวคอยดูแลรับ-ส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์หรือทำกิจกรรมต่างๆ ($\bar{X}$ =2.92, S.D. = 0.29), การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง ($\bar{X}$ =2.91, S.D. = 0.32), ครอบครัวมีการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาต่างๆ และบุคคลในครอบครัวคอยเตือนให้ไปพบแพทย์ หากพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ($\bar{X}$ =2.87, S.D. = 0.34) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

แรงสนับสนุนทางสังคม	การแปลผล		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ครอบครัวมีการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาต่างๆ	2.87	0.34	มาก
2. ครอบครัวมีการช่วยทำงาน เช่น การทำความสะอาด ทำกับข้าว ฯลฯ	2.56	0.57	มาก
3. ครอบครัวคอยดูแลรับ-ส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์หรือทำกิจกรรมต่างๆ	2.92	0.29	มาก
4. ครอบครัวมีการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร	2.04	0.53	ปานกลาง
5. ครอบครัวมีการให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย	1.85	0.53	ปานกลาง
6. ครอบครัวมีการให้คำแนะนำเพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และบอกแนวทางแก้ไข	2.15	0.42	ปานกลาง
7. ครอบครัวมีการให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติเมื่อพบอาการผิดปกติ	1.56	0.78	ต่ำ
8. บุคคลในครอบครัวได้นำคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาลมาแจ้ง	2.37	0.48	มาก
9. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ สามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้	2.11	0.44	ปานกลาง
10. บุคคลในครอบครัวคอยเตือน เมื่อมีอาการหงุดหงิด หรือเครียดจนเกินไป	2.83	0.37	มาก
11. บุคคลในครอบครัวคอยเตือนให้ไปพบแพทย์ หากพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย	2.87	0.33	มาก
12. กลุ่มตัวอย่างมีคนที่ไว้ใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกอย่าง	2.18	0.39	ปานกลาง
13. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง	2.91	0.32	มาก
14. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน	2.96	0.18	มาก
15. บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พูดคุยกับผู้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.96	0.18	มาก
16. บุคคลในครอบครัวจะกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย	1.43	0.73	ต่ำ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

แรงสนับสนุนทางสังคม	การแปลผล		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
17. เพื่อนจะชักชวนให้ออกกำลังกาย	2.07	0.38	ปานกลาง
18. เมื่อเกิดปัญหาเรื่องการออกกำลังกาย สามารถขอคำปรึกษาจากผู้อื่นได้	2.16	0.42	ปานกลาง
19. ในชุมชนมีสถานที่เพื่อให้ออกกำลังกายกลางแจ้ง	1.26	0.56	ต่ำ
20. ในชุมชนมีสถานที่เพื่อใช้ออกกำลังกายในร่ม	1.27	0.59	ต่ำ
21. สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนมีความสะอาด	1.85	0.79	ปานกลาง

2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับแรงสนับสนุนในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน, ชนิดของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, จำนวนวันที่ใช้ออกกำลังกายต่อสัปดาห์, ระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง, ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย, เหตุผลในการออกกำลังกาย และอาการที่พบหลังออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนของสังคมในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับแรงสนับสนุนในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ปัจจัย	แรงสนับสนุนทางสังคม	
	χ^2	p-value
อายุ	10.685	0.030*
เพศ	0.934	0.627
ระดับการศึกษา	0.920	0.922
การประกอบอาชีพ	6.746	0.345
รายได้	4.584	0.101
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	6.442	0.376
การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน	1.876	0.391
ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน	14.674	0.023*
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	3.254	0.776
BMI	1.691	0.989
ชนิดของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	215.159	0.000*
จำนวนวันที่ใช้ออกกำลังกายต่อสัปดาห์	18.544	0.000*
ระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง	9.338	0.155
ช่วงเวลาในการออกกำลังกาย	17.062	0.009*
เหตุผลในการออกกำลังกาย	18.515	0.018*
อาการที่พบหลังออกกำลังกาย	32.044	0.000*

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการพัฒนา รูปแบบ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนของสังคมในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วมงาน ประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน, บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ได้พูดคุยกับผู้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ครอบครัวคอยดูแลรับ-ส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์หรือทำกิจกรรมต่างๆ, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง, ครอบครัวมีการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาต่างๆ และบุคคลในครอบครัวคอยเตือนให้ไปพบแพทย์ หากพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมต่างๆ นี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะส่งผลดีต่อตัวผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และยังพบอีกว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นประสบกับปัญหาในการออกกำลังกาย เนื่องจากการเสื่อมถอยจากสภาพโรคหรือสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น แต่หากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล ครอบครัว และสังคมในการออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกายที่หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการเดินหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยการรำไทเก็ก การเล่นโยคะ ในช่วงเวลาเช้ามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ เพราะผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องการที่จะออกกำลังกายเพื่อรักษาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม และทำให้ร่างกายแข็งแรงเกิดจากความต้องการในการดูแลตนเองจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งการออกกำลังกายเบาๆ ในช่วงเช้าของวันยังสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุ

รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นไปอีกด้วย จะเห็นได้ว่ารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ และมีการกระทำอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยการสนับสนุนจากบุคคล และครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างยิ่ง และยังต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ที่จะมีการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ เพื่อสนับสนุนหรือดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ

แรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีภาวะการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายทำให้จำเป็นต้องมีการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2020). *Global Health and Aging*. Switzerland: World Health Organization.
- อริสรา สุขวาทิน. (2555). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. ปีที่ 4(8); 216-233.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561*. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:บริษัท อีส ออกัส จำกัด.
- ศักดิ์ดา ธานีรินทร์. (2542). *โปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านแม่สรวาย จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ตวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข.* (ปศ.). 12(1): 46-56.
- นุชนัตร บุญมั่น, มณีรัตน์ ธีระวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ และสุปรียา ตันสกุล. (2554). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสุขศึกษา*. 34(117): 51-68.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2559). อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68 เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2559
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2563). อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563
- Best, J.W. (1997). *Research in Education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*. 9(1): 63-87.
- ชลลดา บุตรวิธา. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์. หลักสูตรศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.
- จุฬาลักษณ์ พูลูโนะ. (2560). *รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

- มยุรี ถนอมสุข และคณะ. (2558). การสร้างต้นแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอำเภอกำแพงแสน. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพลศึกษาและ
กีฬา คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย. 21(2): 94-109.

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการ
ดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

The effectiveness of applying the motivation theory for prevention of disease . in
combination with social support. on the behavior of surveillance and prevention of
coronavirus disease 2019 in the community of village health volunteers. in Huaiphueng district
Kalasin province

(Received: July 12,2021 ; Accepted: August 20,2021)

ชุมพล แสงงบาล¹
Chumphon Saebngban¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 52 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม มีดัชนีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคที่ 0.76 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 7.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03) สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 6.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17) สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) การรับรู้ความคาดหวังความสามารถตนเองในการป้องกันโรค หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29) สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (4) การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27) สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (5) พฤติกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29) สูงกว่าก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
คำสำคัญ : ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research is to : study the effectiveness of applying the motivation theory for prevention of disease . together with social support on the behavior of surveillance and prevention of coronavirus 2019 in the community of village health volunteers.

Sample size were 52 that using simple random sampling from the population. The research instruments were the VHV training program. and the questionnaire that was a reliability Index to 0.76 Cronbach alpha coefficient. Statistics employed for data analysis were the percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test method.

The Research findings were that (1) A knowledge of coronavirus disease 2019 after the experiment ($\bar{x}$ =7.19,S.D.=1.03) was higher than before test($\bar{x}$ =6.12,S.D.=1.04) A p-value less than 0.05 was statistically significant. (2)

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

severity and risk perception after the experiment ($\bar{x}=4.36, S.D.=0.17$) was higher than before test. ($\bar{x}=3.83, S.D.=0.25$) A p-value less than 0.05 was statistically significant. (3) Perceived ability to prevent disease after the experiment ($\bar{x}=4.37, S.D.=0.29$) was higher than before test. ($\bar{x}=4.04, S.D.=0.33$) A p-value less than 0.05 was statistically significant. (4) Stress relieving practice recommendations to home detainees after the experiment. ($\bar{x}=3.77, S.D.=0.27$) was higher than before test. ($\bar{x}=3.54, S.D.=0.28$) A p-value less than 0.05 was statistically significant. (5) Surveillance and prevention of coronavirus disease 2019 after the experiment ($\bar{x}=4.15, S.D.=0.29$) was higher than before test. ($\bar{x}=3.98, S.D.=0.32$). A p-value less than 0.05 was statistically significant.

Keyword : motivation for prevention of disease theory, Surveillance and prevention of coronavirus disease 2019 in the community, Village health volunteer.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 มีระยะฟักตัว 2-14 วัน เฉลี่ย 5.2 วัน (95% CI=4.1-7.0) การแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนผ่านช่องทางละอองเสมหะเป็นหลัก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ จาม ปวดศีรษะ น้ำมูกไหล เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย ผู้มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบหายใจและหลอดเลือดล้มเหลว ปอดอักเสบและน้ำท่วมปอด ไตวาย การทำลายเชื้อมีหลายวิธี เช่น แอลกอฮอล์เข้มข้น 70 % ประมาณ 30 วินาที ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เข้มข้น 0.5% ประมาณ 1 นาที ความร้อน 56 องศาเซลเซียส ประมาณ 20 นาที โซเดียมไฮโปคลอไรต์เข้มข้น 0.01% ประมาณ 1 นาที โฟวิดินเข้มข้น 0.23-0.47% ประมาณ 15 วินาทีถึง 1 นาที โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากสัตว์ สู่สัตว์ จากสัตว์สู่คน และจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านละอองฝอยที่มีเชื้อผ่านทางอากาศ หรือจาม หรือการสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคือ มีประวัติเดินทางกลับจากประเทศเสี่ยง หรือประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่เสี่ยง หรือมีประวัติใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อทำได้โดยหลีกเลี่ยงการเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสเยื่อบุบริเวณใบหน้า (ตา จมูก ปาก) ด้วยมือที่ไม่ได้ล้าง ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจล 60% ขึ้นไปอย่างน้อย 20 วินาที และการใส่หน้ากากอนามัย แนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนทั่วไปคือ เว้นระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่คนแออัด สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์หรือสบู่ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ปาก ตา จมูก แยกของใช้ส่วนตัวกับคนอื่น เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกร้อนใหม่ๆ หาก

กลับมาจากพื้นที่ระบาดควรกักตัวเองอย่างน้อย 14 วัน และสังเกตอาการหากมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ให้ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลทันที

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2563 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 213 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ เรือ Diamond Princess เรือ Grand Princess และเรือ MS Zaandam จำนวน 31,008,616 ราย มีอาการรุนแรง 61,398 ราย เสียชีวิต 961,734 ราย ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 6,967,420 ราย อินเดีย 5,400,619 ราย บราซิล 4,528,347 ราย ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามี การแพร่ระบาดเกือบทุกจังหวัด มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,506 ราย เสียชีวิต 59 ราย ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 1,968 ราย เพศหญิง 1,538 ราย มีอายุเฉลี่ย 36 ปี (1 เดือน - 97 ปี) มีสัญชาติไทย 3,122 ราย สัญชาติอื่นๆ 375 ราย และไม่ทราบ 9 ราย มีประวัติโรคประจำตัว 212 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 3,294 ราย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญขององค์การอนามัยโลกประกาศเป็น “ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของโลก” ส่วนประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดให้มีคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ กำหนดนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัด และคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ขอความร่วมมือผู้ว่าราชการจังหวัด ในฐานะประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดจัดทำ แผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอ และหมู่บ้านกรณีผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล⁽⁷⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศแต่งตั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วย

ผู้ใหญ่บ้าน เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามกฎหมาย เฉพาะเขตท้องที่ที่ตนมีอำนาจดูแลและรับผิดชอบในการ ปฏิบัติราชการ คณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดมาตรการเร่งด่วนให้มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคในทุก อำเภอ เขต หมู่บ้าน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค โดยที่รูปแบบการมีส่วนร่วมภาคประชาชนด้านสุขภาพของประเทศไทยก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟู กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเฝ้าระวังโควิด19 ในชุมชน โดยร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด 19” ระดับตำบล/ชุมชน ดำเนินงานร่วมกับกำนัน /ผู้ใหญ่บ้าน ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ในการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในชุมชน หากพบก็แนะนำให้ติดตามและเฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัยอย่างเคร่งครัดเป็นระยะเวลา 14 วัน⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังขอความร่วมมือ อสม. ทุกคน สนับสนุนการณรงค์ “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด19”พร้อมกันทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 2 มีนาคม –3 เมษายน 2563 โดยเยี่ยมติดตามให้ความรู้ คัดกรอง และส่งต่อผู้มีอาการสงสัย กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 โดยมีคำแนะนำผู้กักตัวที่บ้านเพื่อลดภาวะความเครียด อาทิ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ การติดตามข่าวสารสถานการณ์อย่างมีสติ การทำกิจกรรมผ่อนคลายโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เติมเต็มความรู้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และชื่นชมตนเองที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยผึ้ง ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับสุขภาวะประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ(พขอ.)ประจำปี2563 -2564 ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีกิจกรรมการถ่ายทอดสื่อสาร อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน ของ อสม. ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตตำบลบ้านสา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก แต่ยังไม่พบรายชื้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้ ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรครมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง โดยเสนอแนะการสร้างความรู้ที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เป็นแบบปกติใหม่ (New normal) ให้ประชาชนฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลการปฏิบัติในระยะยาว กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม. ในประเทศไทยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยเสนอแนะให้มีการศึกษาวิธีดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม. ภายใต้ความปกติใหม่ ควรให้ อสม.มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่โดยติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง และควรได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนวิธีปรับตัวกับความปกติใหม่ทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำผลไปใช้ตัดสินใจเชิงบริหารในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคในเขตพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน และการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน และการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (Pretest-Posttest one group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในเขตพื้นที่อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 512 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.จากทุกหมู่บ้านละ 1 คนที่สุ่มเลือกอย่างง่ายจากประชากร (simple random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายโครงการหมู่บ้านละ 1 คน รวม 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

1.1 กระบวนการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ระยะเวลา 2 วัน ประกอบด้วย การบรรยายสรุปประกอบสไลด์ การชมวิดีโอและประเมินความเสี่ยงต่อการติดโรค การฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลสถานการณ์โรคทางอินเทอร์เน็ตพร้อมวิเคราะห์และอภิปรายสรุปข้อมูลร่วมกัน การสาธิตและฝึกปฏิบัติลดความเสี่ยงต่อการติดโรค การประเมินปัญหาอุปสรรคและศักยภาพของตนเอง การสาธิตและฝึกทักษะการให้คำปรึกษา การอภิปรายและสรุประบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

1.2 แร่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การปฏิบัติงานเป็นทีมอาสาโควิด 19 ร่วมกับผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 หน้า แบ่งเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. และบทบาทหน้าที่อื่น ในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เป็นคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก 10 ข้อ จัดกลุ่มระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ)

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ จัดกลุ่มแบบอิงกลุ่ม 3 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ จัดกลุ่มแบบอิงกลุ่ม 3 ระดับ

ส่วนที่ 5 การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ จัดกลุ่มแบบอิงกลุ่ม 3 ระดับ

ส่วนที่ 6 การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน เป็นคำถามแบบมาตรา

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดย การค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Conbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติอนุมาน (Paired sample t-test) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 28.85) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59.61) อายุเฉลี่ย 52.10 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 96.15) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40.38) ระยะเวลาการเป็น อสม. 10-19 ปี (ร้อยละ 36.53)

เฉลี่ย 15.52 ปี และไม่มีบทบาทหน้าที่อื่นๆ ในชุมชน (ร้อยละ 92.30)

2. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับต่ำ และระดับสูง (ร้อยละ 67.31, 28.85, 3.85 ตามลำดับ) โดยมีความรู้สูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ประเทศที่มีการระบาดครั้งแรกในโลก คนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 (ร้อยละ 88.46, 86.54, 84.62 ตามลำดับ) และมีความรู้ต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ระยะเวลาพักตัวของเชื้อโควิด 19 โรคที่มีเชื้อไวรัสกลุ่มเดียวกับโรคโควิด 19 และอาการสำคัญของโรคโควิด 19 (ร้อยละ 25.00, 28.85, 38.46 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 6.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04

หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง รองลงมาเป็นระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 51.92, 36.54, 11.54 ตามลำดับ) โดยมีความรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศที่มีการระบาดครั้งแรกในโลก คนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 แล้วมักมีอาการรุนแรง และคนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 (ร้อยละ 100, 98.08, 88.46 ตามลำดับ) และมีความรู้ต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ระยะเวลาพักตัวของเชื้อโควิด 19 โรคที่มีเชื้อไวรัสกลุ่มเดียวกับโรคโควิด 19 และ อาการสำคัญของโรคโควิด 19 (ร้อยละ 30.77, 44.23, 46.15 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 7.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับน้อย ไม่มีระดับมาก (ร้อยละ 71.15, 28.85, 0 ตามลำดับ) โดยมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การป่วยโรคโควิด 19 มีอันตรายร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ การอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบปิดที่มีเชื้อโรคเป็นเวลานาน อาจทำให้ติดเชื้อโรคได้ และการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงโดยไม่ใส่หน้ากากอนามัยอาจติดเชื้อโรคได้ตลอดเวลา (ค่าเฉลี่ย 4.35, 4.31, 4.02 ตามลำดับ) และมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกร้อนใหม่ๆ จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงแม้ยังไม่มีอาการป่วยก็อาจมีเชื้อโรคในร่างกายแล้ว และผู้ติดเชื้อไม่มีการสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ (ค่าเฉลี่ย 3.37, 3.42, 3.44 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26

หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 96.15, 3.85 ตามลำดับ) โดยมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การป่วยโรคโควิด 19 มีอันตรายร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ การเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงโดยไม่ใส่หน้ากากอนามัยอาจติดเชื้อ

โรคได้ตลอดเวลา และการเข้าไปในสถานที่แออัดโดยไม่สวมหน้ากากอนามัยมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ (ค่าเฉลี่ย 4.81, 4.65, 4.42 ตามลำดับ) และมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การอยู่ใกล้ชิดคลุกคลีกลุ่มเสี่ยงแม้ไม่ได้ไอหรือจามรดหน้ากัน ก็อาจติดเชื้อโรคได้ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกร้อนใหม่ๆ จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ และการอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบปิดที่มีเชื้อโรคเป็นเวลานานอาจทำให้ติดเชื้อโรคได้ (ค่าเฉลี่ย 4.13, 4.15, 4.21 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17

4. การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 90.38, 9.62, 0 ตามลำดับ) โดยมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล ผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงและรายงานข้อมูลต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้ การปฏิบัติงานเป็นทีมติดตามสังเกตอาการให้คำแนะนำการกักตัวที่บ้านร่วมกับผู้นำชุมชนได้ และการปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ (ค่าเฉลี่ย 4.52, 4.38, 4.13 ตามลำดับ) และมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด 19 ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ในชุมชนได้ การสืบค้นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุขได้ และความมั่นใจในการควบคุมโรคเมื่อพบผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.60, 3.79, 3.85 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33

หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 96.15, 3.85 ตามลำดับ) โดยมีการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงและรายงานข้อมูลต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้ การให้คำแนะนำวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 แก่ประชาชนในชุมชนได้ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้เมื่อใส่หน้ากากอนามัยและล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล (ค่าเฉลี่ย 4.73, 4.69, 4.63 ตามลำดับ) และมีการรับรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความมั่นใจในการควบคุมโรคได้เมื่อพบผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน การตรวจแนะนำผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนเพื่อปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคได้ การเผยแพร่ความรู้ข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด 19 ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ในชุมชนได้ (ค่าเฉลี่ย 3.85, 4.00, 4.04 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 4.37 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29

5. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการแนะนำการปฏิบัติตนระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับมาก ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 59.62, 40.38 ตามลำดับ)

โดยมีการแนะนำการปฏิบัติตนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแนะนำผู้กักตัวให้พูดคุยสื่อสารกับคนใกล้ชิดแบบเว้นระยะห่างทางสังคม การแนะนำผู้กักตัวให้พักผ่อนอย่างเพียงพอและรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และการแนะนำให้ยอมรับปัญหาและกตัญญูทางสังคมเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 (ค่าเฉลี่ย 4.15, 3.92, 3.75 ตามลำดับ) และมีการแนะนำการปฏิบัติตนน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแนะนำให้ฝึกสูดลมหายใจเข้าลึกๆ เพื่อรับพลังจากธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม การแนะนำให้ดูหนังฟังเพลงบ้าง และการแนะนำให้ฝึกสมาธิ (ค่าเฉลี่ย 2.98, 3.06, 3.10 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28

หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการแนะนำการปฏิบัติระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 71.15, 28.85 ตามลำดับ) โดยมีการแนะนำการปฏิบัติตนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแนะนำผู้กักตัวให้พูดคุยสื่อสารกับคนใกล้ชิดแบบเว้นระยะห่างทางสังคม การแนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และการแนะนำให้ทำใจปล่อยวางยอมรับปัญหาและกตัญญูของสังคม (ค่าเฉลี่ย 4.29, 4.04, 3.81 ตามลำดับ) และมีการแนะนำการปฏิบัติตนน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแนะนำให้ดูหนังฟังเพลง การแนะนำให้ฝึกสมาธิ และการแนะนำให้ฝึกสูดลมหายใจเข้าลึกๆ เพื่อรับพลังจากธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม (ค่าเฉลี่ย 3.31, 3.38, 3.71 ตามลำดับ) คะแนนรวมเฉลี่ย 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27

6. การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน ก่อนดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 63.46, 36.54 ตามลำดับ) โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงและรายงานแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรค การติดตามสังเกตอาการผู้กักตัวที่บ้านร่วมกับผู้นำชุมชน และการ

ตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิเมื่อมีกิจกรรมรวมกลุ่มตามประเพณีในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 4.46, 4.42, 4.38 ตามลำดับ) และมีการดำเนินงานน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การส่งต่อผู้มีอาการสงสัยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและเผยแพร่ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ ในชุมชน และการประเมินความพร้อมของสถานประกอบการและพื้นที่สาธารณะต่างๆ เพื่อเปิดให้บริการประชาชน (ค่าเฉลี่ย 2.35, 3.71 และ 3.79 ตามลำดับ) ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32

หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานระดับมาก รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ไม่มีระดับน้อย (ร้อยละ 92.31, 7.69 ตามลำดับ) โดยมีการดำเนินงานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงและรายงานแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรค การติดตามสังเกตอาการผู้กักตัวที่บ้านร่วมกับผู้นำชุมชน และการตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิเมื่อมีกิจกรรมรวมกลุ่มตามประเพณีในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 4.69, 4.62, 4.56 ตามลำดับ) และมีการดำเนินงานน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การส่งต่อผู้มีอาการสงสัยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การประเมินความพร้อมของสถานประกอบการและพื้นที่สาธารณะต่างๆ เพื่อเปิดให้บริการประชาชน การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขและเผยแพร่ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ ในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 2.12, 3.94, 4.13 ตามลำดับ) ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29

6. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน และการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาส ต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความคาดหวังความสามารถตนเองในการป้องกัน โรค การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน และการดำเนินงาน เฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (n =52)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Difference of mean	95% CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D			
1.ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส	6.12	1.04	7.19	1.03	1.08	0.79 -1.37	0.000*
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค	3.83	0.25	4.36	0.17	0.53	0.46- 0.60	0.000*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาส ต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้ความคาดหวังความสามารถตนเองในการป้องกัน โรค การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ ผู้กักตัวที่บ้าน และการดำเนินงาน ฝึกระวังและป้องกันโรคในชุมชน ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (n =52)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		Difference of mean	95% CI	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D			
3. การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	4.04	0.33	4.37	0.29	0.33	0.26– 0.40	0.000*
4.การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัว ที่บ้าน	3.54	0.28	3.77	0.27	0.22	0.18-0.27	0.000*
5.การดำเนินงานฝึกระวังและป้องกันโรคในชุมชน	3.98	0.32	4.15	0.29	0.17	0.10-0.24	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.12 เป็น 7.19) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค หลังดำเนินการมากกว่า ก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.83 เป็น 4.36) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค หลังดำเนินการมากกว่า ก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.04 เป็น 4.37) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การแนะนำการปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน หลังดำเนินการมากกว่า ก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.54 เป็น 3.77) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.05 และผลการดำเนินงานฝึกระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน หลังดำเนินการมากกว่า ก่อนดำเนินการ (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.98 เป็น 4.15) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนดำเนินการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะนับตั้งแต่มีการระบาดของเกิดขึ้นในประเทศไทย กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ได้เผยแพร่องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารผ่านเวปไซต์อย่างต่อเนื่อง บางส่วนอาจสามารถสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตได้ นอกจากนี้ยังได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปปฏิบัติงานฝึกระวังและป้องกันโรคในชุมชนด้วย หลังดำเนินการ พบว่า อสม. ส่วน

ใหญ่มีความรู้ระดับสูง อาจเป็นเพราะการฝึกอบรมโดยการบรรยายสรุปประกอบสื่อสไลด์ที่มีการรวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาอย่างถูกต้องเหมาะสม วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมซักถามและตอบคำถามโดยอธิบายเหตุผลหรือยกตัวอย่างประกอบทำให้เกิดความรู้อย่างเข้าใจที่ลึกซึ้ง จนทำให้ค่าเฉลี่ยความรู้ หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ก่อนดำเนินการพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่า นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเกิดขึ้นในประเทศไทย อสม.ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารหลายช่องทาง อาทิ การสื่อสารความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การรับรู้ทางสื่อมวลชนและสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก อาจเป็นเพราะว่าการได้ชมวิดีโอ การประเมินความเสี่ยงต่อการติดโรคที่เรียบเรียงเนื้อหาโดยมีความสัมพันธ์อย่างเป็นเหตุเป็นผล การเรียนรู้วิธีการและช่องทางสืบค้นข้อมูลสถานการณ์โรค ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นการอภิปรายสรุปร่วมกันทำให้เกิดการรับรู้ถึงผลกระทบเชิงลบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมด้วย ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ก่อนดำเนินการพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก อาจเป็นเพราะนับตั้งแต่มีการระบาดของโรค

เกิดขึ้นในประเทศไทยเมื่อต้นปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือในการรณรงค์ “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” พร้อมกันทั่วประเทศ ในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน 2563 กิจกรรมประกอบด้วย การแจ้งข่าวและให้ความรู้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคแก่ประชาชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามเยี่ยมสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน และการส่งต่อผู้มีอาการสงสัย อสม.จึงมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับจากการถ่ายทอดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและช่องทางต่างๆ เมื่อนำมาผสมผสานกันจึงแสดงออกทางพฤติกรรมหรือความสามารถในการปฏิบัติงาน หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับมาก อาจเป็นเพราะเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค จนสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดโรคได้ ตลอดจนได้รับประสบการณ์จริงจากการรณรงค์ “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด 19” อสม.จึงมีความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองมากขึ้น ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้าน ก่อนดำเนินการพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะ อสม.มีประสบการณ์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่แล้ว ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องมีการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต บริการสุขภาพจิตจะเป็นการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ แต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ผู้สัมผัสโรคจะต้องถูกกักตัวที่บ้านหรือสถานที่อันเป็นเอกเทศ ผู้ถูกกักตัวจึงอาจมีความเครียด อสม.ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้กักตัวที่บ้านจึงควรมีความรู้และทักษะในการแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้กักตัวที่บ้านด้วย ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม.ในการดูแลจิตใจผู้ที่แยกสังเกตอาการที่บ้าน หลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับมาก อาจเป็นเพราะการได้รับการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แล้วนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ทำให้ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ก่อนดำเนินการพบว่า อสม.

ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานระดับมาก อาจเป็นเพราะ อสม.ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น “ทีมอาสาโควิด 19” เพื่อปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน/ชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/คณะกรรมการหมู่บ้าน) ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ กิจกรรมประกอบด้วย การค้นหา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน หากพบกลุ่มบุคคลดังกล่าวให้จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทำการแนะนำ ติดตาม และเฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัยอย่างเคร่งครัด เป็นเวลา 14 วัน หลังดำเนินการพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะการมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มากขึ้นทำให้พฤติกรรมการทำงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลบ้านสา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นก็ทำให้มีพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม.ในประเทศไทย ($R=0.416$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม.ได้ร้อยละ 17.30 ($R^2=0.173$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และทักษะให้คำแนะนำเพื่อผ่อนคลายความเครียด ผู้กักตัวที่บ้านที่มากขึ้น ตลอดจนการได้ปฏิบัติงานเป็นทีมอาสาโควิด 19 ร่วมกับผู้นำชุมชน ก็ทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม.มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญู ทัณญ์ บุญทัน และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม พระเกียรติ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ($Beta=0.313$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค อาทิ การศึกษาของ ศศิมาภรณ์ ไชยแก้ว และคณะ (2559) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งดำเนินการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยเน้นหนักการเฝ้าระวังเชิงรุกและการแนะนำประชาชนเพื่อปฏิบัติตนตามมาตรการที่ทางราชการกำหนดโดยเคร่งครัด

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเร่งสร้างเครือข่ายกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่เพื่อให้การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. นำรูปแบบการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่ออื่นๆในชุมชน ที่มีลักษณะการระบาดคล้ายกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019

4. การศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน และประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค.(2563).บรรยาย: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19) โดยกรมควบคุมโรค. URL

http://https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_km.php สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563

วรรณชน จันทระเบญกุล.(2563). การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีจุฬาสวนครั้งที่ 23 เรื่อง ตระหนักดีกว่าตระหนก เรียนรู้และป้องกันโคโรนาไวรัส 2019. ภาควิชาภูมิศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรมควบคุมโรค.(2563).แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. URL https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563

กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.) URL <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no261-200963.pdf> สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย. (2563, 29 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. (2558, 8 กันยายน) ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132

กรมควบคุมโรค.คณะกรรมการโรคติดต่อ ที่ สธ 0410.7/ว 217 ลว.21 มีนาคม 2563 เรื่อง ขอความร่วมมือจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้านกรณีผู้เดินทางกลับจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563. (2563, 13 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร 0505/ว 113 ลว. 18 มีนาคม 2563 เรื่อง สรุปผลการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด- 19) ครั้งที่ 1/2563 และมาตรการเร่งด่วนในการป้องกัน วิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(โควิด-19) ของกระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0705.03/ว 200 ลว. 30 มีนาคม 2563 เรื่อง การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด -19 ในชุมชน.

กระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0705.03/ว 153 ลว. 6 มีนาคม 2563 เรื่อง ขอความร่วมมือสนับสนุนการรณรงค์ “อสม.เคาะประตูบ้าน ด่านโควิด -19”

กรมสุขภาพจิต. (2563). องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” (พิมพ์เผยแพร่ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : กรม.

ธานี กล่อมใจ,จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิภา ชัยวัฒน์.(2563). ความรู้และพฤติกรรมประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา. วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนียะยา. 21(2) : 29-38

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม และ นวพร ดำแสงสวัสดิ์ (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคต่อ
บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 14(2) : 92-103

ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี Impact Predictors of Chronic Kidney Disease in Diabetes Type 2 Patients, Udonthani Province

(Received: August 9,2021 ; Accepted: August 25,2021)

ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์¹
Kwanchanok Siriwatanakan¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการป่วยและผลตรวจทางคลินิกระหว่างการรักษาในปี 2561 กับ ปี 2563 และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) ในเดือนกรกฎาคม 2564 เกณฑ์การคัดประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการรักษาแบบต่อเนื่อง ปี 2561-2563 ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุดรธานี ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีข้อมูลครบถ้วนตามตัวแปรที่กำหนดไว้ มีจำนวน 11,646 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึกรายงานทางอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 แห่ง โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired-sample T-test วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายกลุ่ม (Multinomial Logistic regression), odds ratios (OR) และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษาพบว่า ผลการรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2561 กับ 2563 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 เรียงลำดับแตกต่างมากไปน้อย ดังนี้ ผลการรักษาดีขึ้น ได้แก่ HDL-cholesterol ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.3, การกรองไต เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 ผลการรักษาไม่ดีขึ้น ได้แก่ รอบเอว เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.4, ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6, BMI เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5, cholesterol total เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.9, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.3, โปรตีนแอลบูมิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.2, LDL เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ตัว จาก 13 ตัว โดยรวมทำนายได้ 2.08 เท่า (OR 2.08, 95%CI: 1.01-1.40, p=<0.001) เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ BMI เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรัง 1.19 เท่า (OR 1.19), HbA1c 1.13 เท่า (OR 1.13), เพศ 0.86 เท่า (OR 0.86), รอบเอว 0.74 เท่า (OR 0.74), Cholesterol total 0.55 เท่า (OR 0.55), โรคร่วม 0.45 เท่า (OR 0.45), ระยะเวลาป่วยเบาหวาน 0.40 เท่า (OR 0.40), อายุ 0.24 เท่า (OR 0.24) และ Serum-creatinine 0.17 เท่า (OR 0.17)

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนายผลกระทบ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

A cross-sectional analytical study this purpose aims to compare patient characteristics and clinical findings between treatments in 2018 and 2020, and factors predicting the effect on chronic kidney disease in T2DM patients, on July 2021, inclusion criteria were T2DM who received continuous treatment between 2018-2020 in hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Udon Thani Province, both males and females aged 35-years old and had complete data according to the specified variables, totaling 11,646 patients. Research instruments using secondary data from electronic report of diabetic patients at 20 hospitals under the Udon Thani Provincial Public Health Office. Analyzed by using statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired-sample T-test, Multinomial Logistic regression, odds ratios (OR) and 95% Confidence Interval.

The results indicated that the treatment outcomes between 2018 and 2020 were significantly different at <0.001, in descending order as follows: The treatment effect was improved, including HDL-cholesterol increase 36.3%, glomerular filtration increase 3.5%. The treatment outcome did not improve: waist circumference increases 2.4%, blood pressure level increase 0.6%, BMI increase 0.5%, cholesterol total increases 36.9%, FBS increase 10.3%, microalbuminuria increase 6.2%, LDL increase of 3.2%. The predictors of chronic kidney disease were 8 out of 13 risk factors at the 0.05 level were

¹พ.ย.บ., ว.ท.ม., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
B.N.S, M.S.C., Udon Thani Public Health Provincial Office

statistically significant. Overall predicted 2.08 times (OR 2.08, 95%CI: 1.01-1.40, $p < 0.001$). In descending order: BMI 1.19 times (OR 1.19), HbA1c 1.13 times (OR 1.13), Waist circumference 0.74 times (OR 0.74), Cholesterol total 0.55 times (OR 0.55), Associated disease 0.45 times (OR 0.45), Duration of type 2 diabetes 0.40 times (OR 0.40), age 0.24 times (OR 0.24), and Serum-creatinine 0.17 times (OR 0.17).

Key words: Impact Predictors, Diabetes Type 2 Patients, Chronic Kidney Disease

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีประมาณการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน จากปี ค.ศ. 2010 มีผู้ป่วยร้อยละ 6.4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี หรือประมาณ 285 ล้านคน คาดการณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 7.7 ในปี ค.ศ. 2030 หรือประมาณ 439 ล้านคน (Shaw, et al, 2010) การรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายที่จะลดอาการเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตโดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากระบบหัวใจและหลอดเลือด ยารักษาเบาหวานที่มีในปัจจุบันส่วนใหญ่มีแนวทางเกี่ยวกับกลไกของการเกิดภาวะดื้ออินซูลินและคุณสมบัติการทำงานของปฏิกิริยาของเซลล์ในตับอ่อน (pancreatic-cells) พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และการรักษาด้วยยาอีกก็จะลดประสิทธิภาพลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากกว่าครึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (glycated hemoglobin (HbA1C) 6.5-7.0%) ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมักได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหลายชนิดรวมกัน ตลอดจนมีความจำเป็นต้องใช้อินซูลินจากภายนอก (Bailey, 2011; Roden, 2009) ปัญหาโรคไตเรื้อรัง คือ ปัญหาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเบาหวานและอาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและรูปแบบการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (WHO, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 ผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวน 19,115, 17,098, 16,331 คน พบผู้ป่วยเบาหวานที่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 10,908, 10,248, 9,894 คน คิดเป็นร้อยละ 57.06, 59.93, 60.58 ของผู้ป่วยเบาหวานตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2563) ตลอดจนที่ผ่านมาเนื่องจากการปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดอุดรธานียังไม่เกิดประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นการป้องกันหรือการชะลอความรุนแรงของโรค

จึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากระยะเวลาของการเป็นโรคได้รับป้องกันหรือการทำให้โรคเกิดขึ้นช้าลง โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและให้การป้องกันในระยะแรกจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเสียหายของเนื้อเยื่อต่างๆ และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้อีกด้วย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่อาจจะมีผลกระทบต่อผลของการรักษาโรคไตเสื่อมระยะต่างๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดอุดรธานี เพื่อที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดโรคไตตามมาได้ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่ผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะการป่วยและผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2561 และปี พ.ศ. 2563
2. เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงต่อผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะการป่วยและผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2561 และปี พ.ศ. 2563
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความมีอิทธิพลต่อผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (A retrospective analytical study) ศึกษาในเดือนกรกฎาคม 2564 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึกรายงานทาง

อิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้
เกณฑ์การคัดประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria)
มีจำนวน 11,646 คน คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการรักษา
แบบต่อเนื่อง ปี 2561-2563 ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 แห่ง
ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีข้อมูลครบถ้วนตาม
ตัวแปรที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion
criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อมูลการรักษาไม่
ครบถ้วน ตามตัวแปรที่กำหนดไว้ จำนวน 5,784 คน 2) ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี นับถึงวันที่มารับ
บริการ จำนวน 45,141 คน 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษา
ไม่ต่อเนื่อง ปี 2561-2563 จำนวน 255 คน

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสารวิชาการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. สิ่งนำเข้าในกระบวนการพัฒนา (intervention) โดย

2.1 การจัดทำคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย
โรคเบาหวานในการชะลอไตเสื่อม จังหวัดอุดรธานี ประกอบกับ
คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC) (สุพิชชา วงค์
จันทร์ และคณะ, 2561) หมายถึง การดำเนินงานตามนโยบาย
ของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ให้มีการจัดตั้งคลินิกไร้พุง
(DPAC) ในการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้
ผู้รับบริการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.
2ส. 1ฟ. ได้แก่ อ.ออกกำลังกาย อ.อาหาร อ.อารมณ์ ส.สุรา ส.
สบู่หรี และ ฟ.ฟัน มีองค์ประกอบในการดำเนินงาน ดังนี้ 1)
การจัดตั้งคลินิก 2) ทีมงานผู้รับผิดชอบในคลินิก 3) การ
ดำเนินงานให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิก 4)
ระบบการประเมิน/ติดตาม

2.2 การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมหรือชะลอการ
ลดลงของ eGFR ประยุกต์จากแนวทางการ implement CKD
clinic ของ สกานต์ บุญนาค (2561) และ 7 มาตรการที่สำคัญใน
การจัดการโรคไตเรื้อรัง ของกรมควบคุมโรค ดังนี้

มาตรการที่ 1 เฝ้าระวัง ติดตามและการคัดกรองโรค
และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้ง เพื่อเชื่อมโยงการ
ให้บริการระดับชุมชนและสถานบริการ

มาตรการที่ 2 การสร้างความตระหนักในระดับ
ประชากรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

มาตรการที่ 3 การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสียงและ
การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มาตรการที่ 4 การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม

มาตรการที่ 5 การพัฒนาคุณภาพการบริการ

มาตรการที่ 6 การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินงานที่
เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความเข้มแข็ง

มาตรการที่ 7 การกำกับ ติดตาม และประเมินผลและมี
ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

การบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ได้แก่
แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ บูรณาการ
เครือข่ายเยี่ยมบ้าน หรือ “ทีมรักษไต” ได้แก่ พยาบาล หรือ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย กิจกรรมเยี่ยมบ้าน
“บันได 4 ขั้น ป้องกันโรคไต”

3. ศึกษาข้อมูลตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึก
รายงานทางอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการที่
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน
20 แห่ง

4. ประมวลผล การวิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบที่ผู้วิจัย
กำหนด สรุปและเขียนรายงานการวิจัยฉบับร่างเสนอ
ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจทานความถูกต้อง

5. แก้ไขตามการแนะนำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
จัดพิมพ์รูปเล่มสมบูรณ์ และเขียนบทความวิจัย เผยแพร่
ผลงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ เก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกจากเวช
ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเจาะจงศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานที่มา
รับบริการที่โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานีประกอบด้วย

การวัดตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการป่วย ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ผลการตรวจทางคลินิก ตามแนวทางเวช
ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ, 2557) จำนวน 8 รายการ ได้แก่

1. ความดันโลหิต ประเมินจากผู้ป่วยเบาหวาน
กำหนดให้ระดับความดันโลหิตไม่ควรมากกว่า 130/80
มิลลิเมตรปรอท

2. ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS: Fasting blood
sugar) ปกติ ค่าช่วง 100 ถึง 125 mg/dl

3. Microalbuminuria ประเมินจากโปรตีนแอลบูมิน
(Micro albuminuria) ตรวจพบในปัสสาวะ ค่าปกติ <30
mg/gCr

4. Serum-creatinine ประเมินจาก Serum-creatinine เพื่อวัดค่าประมาณของอัตราการกรองของไต (GFR) ปกติ (mg/dl) ชาย=0.6-1.2 และหญิง=0.5-1.1

5. HbA1c ประเมินจาก HbA1c ปกติ<ร้อยละ 7

6. Cholesterol total ประเมินจาก ค่าปกติ Cholesterol totals≤200 mg/dl

7. LDL-cholesterol ประเมินจากการควบคุมให้ไขมัน LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl

8. HDL-cholesterol ประเมินจาก ค่าปกติ HDL ชาย 40-50mg/dl หญิง 50-59 mg/dl

แบบวัดตัวแปรตาม คือผลการรักษาประเมินจากอัตราการกรองไต (Chronic Kidney Disease Stages with CKD) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ด้วยค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) แปลผลเป็น 2 ค่า คือ ผลการรักษาดี (eGFR≥60 ml/min), ผลไม่ดี (eGFR<60 ml/min)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อการเกิดไตเรื้อรัง โดยใช้วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายกลุ่ม (Multinomial Logistic regression), OR, 95% Confidence Interval ที่ p-value 0.05

ผลการวิจัย

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างการรักษาในปี พ.ศ. 2561 กับ 2563 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 เรียงลำดับแตกต่างมากไปน้อย ดังนี้ ที่มีผลการรักษาดีขึ้น ได้แก่ HDL-cholesterol ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.3 (p<0.001), ค่าการกรองไต ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 (p<0.001) ที่มีผลการรักษาไม่ดีขึ้น ได้แก่ รอบเอว ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.4 (p<0.001), ระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 (p<0.001), BMI ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 (p<0.001), Cholesterol total ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.9 (p<0.001), ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.3 (p<0.001), โปรตีนแอลบูมิน (Microalbuminuria) ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.2 (p<0.001), LDL ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 (p<0.001)

สำหรับค่าที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือ Serum-creatinine และ HbA1C (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลการตรวจทางคลินิกระหว่างการรักษาในปี 2561 กับ ปี 2563 (n=11,646)

ผลตรวจทางคลินิก	ปี 2561		ปี 2563		ค่าต่าง ร้อยละ	P-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
Cholesterol total	302.81	77.02	191.01	41.82	36.9	<0.001*
HDL-cholesterol	30.12	39.23	41.05	49.52	36.3	<0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	168.71	63.78	151.38	58.18	10.3	<0.001*
Microalbuminuria	18.98	10.17	20.15	12.22	6.2	<0.001*
ค่าการกรองไต (eGFR)	80.97	64.94	78.12	36.33	3.5	<0.001*
LDL-cholesterol	116.77	46.02	113.00	39.85	3.2	<0.001*
ระดับความดันโลหิตตัวบน	135.23	17.78	134.43	15.54	0.6	<0.001*
รอบเอว	84.65	12.33	82.63	11.66	2.4	<0.001*
BMI	25.38	34.99	25.26	34.99	0.5	<0.001*
Serum-creatinine	1.29	11.77	1.37	10.81	6.2	0.610
HbA1C	8.31	10.32	8.43	15.47	1.4	0.493

*. ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.01, **. ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05, Paired Samples T-Test

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเกิดไตเรื้อรัง (ค่าการกรองไต GFR) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ตัว จากทั้งหมด 13 ตัว ได้ 2.08 เท่า (OR 2.08, 95%CI: 1.01-1.40, $p<0.001$) เรียงตามลำดับมากไปน้อย ได้แก่ BMI ปกติ (น้อยกว่า 23 Kg/m²) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 1.19 เท่า (OR 1.19, 95%CI: 1.03-1.43, $p=0.047$) HbA1c ปกติ (<7%) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 1.13 เท่า (OR 1.13, 95%CI: 1.03-1.04, $p=0.023$) รอบเอวปกติ ($\leq 80-90$ เซนติเมตร) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.74 เท่า (OR 0.74, 95%CI: 0.62-0.71, $p=0.003$) Cholesterol total ปกติ (<200 mg/dl) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.55 เท่า (OR 0.55, 95%CI: 0.42-0.52,

$p<0.001$) มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.45 เท่า (OR 0.45, 95%CI: 0.38-0.43, $p<0.001$) ระยะเวลาการป่วยต่ำกว่า 10 ปี เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.40 เท่า (OR 0.40, 95%CI: 0.33-0.48, $p<0.001$) กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.24 เท่า (OR 0.24, 95%CI: 0.20-0.31, $p<0.001$) Serum-creatinine ต่ำกว่าเกณฑ์ (<0.5 mg/dl) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.17 เท่า (OR 0.17, 95%CI: 0.19-0.25, $p<0.001$)

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสามารถทำนาย ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด (FBS) Microalbuminuria, LDL, HDL (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดไตเรื้อรัง (ค่าการกรองไต GFR) ($n=11,646$)

ปัจจัย	ค่าการกรองไต (GFR)			χ^2	p-value
	B	Exp(B)/OR	95%CI		
Contant=	- 9.515	2.08	1.01-1.40	4.426	<0.001*
BMI					
ปกติ (< 23 Kg/m ²)	0.81	1.19	1.03-1.43	3.961	0.047**
เกินเกณฑ์ (≥ 23 Kg/m ²)					
รอบเอว					
ปกติ ($\leq 80-90$ เซนติเมตร)	0.29	0.74	0.62-0.71	8.634	0.003**
เกินเกณฑ์ (>90 เซนติเมตร)					
HbA1C					
ปกติ (HbA1c<7%)	0.12	1.13	1.03-1.04	1.828	0.023**
เกินเกณฑ์ (HbA1c $\geq$ 7%)					
Cholesterol total					
ปกติ < 200 mg/dl	0.58	0.55	0.42-0.52	10.951	<0.001*
เกินเกณฑ์ $\geq$ 200 mg/dl					
โรคร่วม					
มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค	0.78	0.45	0.38-0.43	86.004	<0.001*
มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป					
ระยะเวลาการป่วย					
ต่ำกว่า 10 ปี	0.90	0.40	0.33-0.48	96.474	<0.001*
10 ปีขึ้นไป					
อายุ					
ต่ำกว่า 40 ปี	1.39	0.24	0.20-0.31	214.995	<0.001*
≥ 40 ปี					
Serum-creatinine					
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<0.5 mg/dl)	1.75	0.17	0.19-0.25	228.189	<0.001*
ปกติ (0.5 - 1.2 mg/dl)	2.12	0.12	0.09-0.16		
เกินเกณฑ์ (>1.2 mg/dl)					
ระดับความดันโลหิต					

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดไตเรื้อรัง (ค่าการกรองไต GFR) (n=11,646)

ปัจจัย	ค่าการกรองไต (GFR)			χ^2	p-value
	B	Exp(B)/OR	95%CI		
ปกติ $\leq 130/80$ mmHg	0.50	1.05	0.26-0.88	0.310	0.057
ระดับสูง $>130/80$ mmHg					
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)					
ปกติ (FBS <100 mg/dl)	0.50	0.95	0.32-0.68	0.090	0.076
เกินเกณฑ์ (FBS ≥ 100 mg/dl)					
Microalbuminuria					
ปกติ <30	0.12	0.89	0.14-0.69	0.825	0.404
เกินเกณฑ์ 30->299 ขึ้นไป					
LDL-cholesterol					
ปกติ <100 mg/dl	0.030	0.97	0.09-0.16	1.691	0.623
เกินเกณฑ์ ≥ 100 mg/dl					
HDL-cholesterol					
ปกติ ≥ 40 mg/dl	0.178	0.83	0.05-0.06	0.348	0.136
ต่ำกว่าเกณฑ์ <40 mg/dl					

*. ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.01 , **. ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05 , Multinomial Logistic regression

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะประชากรของผู้ป่วย (T2DM) ระยะเวลาการป่วย 10 ปีขึ้นไป มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค มีโรคแทรกซ้อนทางไต (renal) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคแทรกซ้อนทางสาเหตุ (unspecified) ตามลำดับ ระหว่างการรักษาในปี พ.ศ. 2561 กับ 2563 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 เรียงลำดับแตกต่างมากไปน้อย ดังนี้ ผลการรักษาดีขึ้น ได้แก่ HDL-cholesterol, การกรองไต ผลการรักษาไม่ดีขึ้น ได้แก่ รอบเอว ระดับความดันโลหิต BMI, cholesterol total ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), โปรตีนแอลบูมิน (Microalbuminuria), LDL สอดคล้องกับการศึกษาของ Mostafa, et al (Mostafa, et al, 2018) ที่ศึกษาพบว่า ระยะเวลาป่วยเบาหวาน มากกว่า 10 ปี จะมีค่า serum creatinine, proteinuria, systolic blood pressure >30 mmHg และมีอาการทางจอตตาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ (Murphy, et al, 2017) จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้พบว่า การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c $>9.5\%$ ให้อยู่ในระดับ $<7\%$ จะมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการอื่น

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเกิดไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ตัว จาก 13 ตัว ได้ 2.08 เท่า (OR 2.08, 95%CI: 1.01-1.40, $p<0.001$) เรียงตามลำดับมากไปน้อย ได้แก่ BMI รอบเอว HbA1C, Cholesterol total โรคร่วม ระยะเวลาการป่วย อายุ และ Serum-creatinine (Scr) ทั้งนี้ ระดับ HbA1C เป็นค่าบ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน หากระดับ HbA1C $>7\%$ มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน เนื่องจาก เมื่อระดับ HbA1C สูงขึ้น จะทำให้เกิดการสร้าง glucose transporters เพิ่มขึ้น และนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ทำให้การทำงานของไตลดลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ เมื่อระดับ HA1C ลดลงร้อยละ 1 สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กได้ถึงร้อยละ 35 (Intensive blood-glucose control, 1988; Ohkubo, et al, 1995) และจากการติดตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มหลังสิ้นสุดการศึกษานาน 10 ปี โดยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่าเทียมกัน พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose: FPG) ตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถลดอัตราการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้ถึงร้อยละ 24 (Adler, et al, 2013) นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านอายุและ Serum-creatinine ซึ่งมีผลต่อค่า eGFR ต่ำกว่าปี

2561 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะเห็นว่าผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-5 เกิดจากปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวัดระดับ SCr ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีปริมาณ SCr ที่ลดลงในปี พ.ศ. 2563

ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาการติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาว ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มไม่โครแอลบูมินในปัสสาวะมีอัตราการกรองของไตลดลงจากอัตราการกรองของไตตั้งต้นและระดับครีเอตินินในเลือดแรกเป็นปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต (นาริรัตน์ พุ่มสลด และบัญชา สิริระพนธ์, 2559)

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางไต ทำให้การกรองไตดีขึ้น (ค่า eGFR) มีผลทำให้การรักษาดีขึ้น 2.08 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิชกานต์ วงษ์ประกอบ และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล (นิชกานต์ วงษ์ประกอบ

และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, 2017) ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อไตเสียหายที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าสามารถทำนายภาวะไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ HbA1C โรคร่วม การรับประทานยาที่มีไขมันสูง อายุ LDL-Cholesterol และเพศ และการศึกษาของ เกศริน บุญรอด (เกศริน บุญรอด, 2562) ที่ศึกษาพบว่าระดับ Fasting Blood glucose (FBS), ระดับ HbA1C มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการกรองไต (eGFR)

สรุป ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ค่า eGFR ในการติดตามประเมินระยะการป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงและทำให้บริการสุขภาพสามารถวางแผนการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 สิ่งที่ได้ค้นพบจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การค้นพบโรคไตในระยะเริ่มต้นทำให้การรักษาง่ายขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย อาจช่วยลดความเสี่ยงของโรคไตได้

1.2 การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้วาย โดยให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

1.3 บุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมดัชนีมวลกาย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย จะสามารถลดอัตราการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ จากโรคแทรกซ้อน (ไต ตา หัวใจ หลอดเลือด) และช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลลงได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาโดยเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคล เพื่อศึกษาเฉพาะโรคแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างละเอียดและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ระบบประสาท ระบบหลอดเลือด และหัวใจ เป็นต้น

2.2 ศึกษาโดยตามไปข้างหน้าระยะยาว 10-15 ปี โดยการศึกษาไปข้างหน้าระยะยาว (cohort study) เพื่อการติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว รวมทั้งการบอกธรรมชาติของโรคในโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ เพื่อวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในอนาคต และเปรียบเทียบกับผลการรักษาในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- Shaw JE, Sicree RA & Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87: 4-14.
- Bailey CJ. Renal glucose reabsorption inhibitors to treat diabetes. *Trends Pharmacol Sci* 2011; 32: 63-71.
- Roden M. Optimal insulin treatment in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 361: 1801-1803.
- WHO. Media centre. Fact sheets. Diabetes 2019. [cited 2020 Feb 9]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312_2019.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากเวชระเบียน 43 แห่ง จังหวัดอุดรธานี; 2563.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์; 2557.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report 2019. [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2563]. จาก: <http://www.nephrothai.org>
- Mostafa NM, Ahmed GH, Anwar W. Effect of educational nursing program on quality of life for patients with type II diabetes mellitus at Assiut University Hospital. *Jnep* 2018; 8(11): 61-67.

- Murphy ME, Byrne M, Galvin R, Boland F, Fahey T, Smith SM. **Improving risk factor management for patients with poorly controlled type 2 diabetes: a systematic review of healthcare interventions in primary care and community settings.** *BMJ Open* 2017; 7: 135-61.
- Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33).** UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 1998; 352: 837-53.
- Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyata T, Isami S, Motoyoshi S, et al. **Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year.** *Diabetes Res Clin Pract* 1995; 28: 103-17.
- Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, et al. **Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: The United Kingdom Prospective Diabetes Study.** *Kidney International* 2013; 63: 225-32.
- นาริรัตน์ พุ่มสลด และ บัญชา สติระพจน์. **การติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาว ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.** *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2559;69: 159-66.
- นิชกานต์ วงษ์ประกอบ และ ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. **ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2017; 23(2): 94-106.
- เกศริน บุญรอด. **ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.** *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11,* 2562; 33(3): 367-368.

การดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2564

Environmental Health Management of Subdistrict Administrative Organization for Livable Community in Health Area 7

(Received: July 14, 2021 ; Accepted: August 20, 2021)

สุวิศิษฐ์ ช่างทอง*¹
Suwisith Changthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยการดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ใช้รูปแบบการวิจัยวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยทำการวิเคราะห์เนื้อหา Content Analysis เนื้อหาที่ทำการวิเคราะห์คือเกณฑ์การดำเนินงาน องค์การบริหารส่วนตำบลจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์ 4 องค์ประกอบ 1) องค์ประกอบด้านการประเมินความพร้อม การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆในพื้นที่ 2) องค์ประกอบด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วน ตำบล ในด้านการมีแผนงาน นโยบาย, ข้อกฎหมายขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ใช้ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการ สาธารณสุข พ.ศ.2535 ,การได้รับรองมาตรฐานการทำความดีความชอบระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน 3) องค์ประกอบด้านการ เสริมสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม ,เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่น ชุมชน ,การสนับสนุนพัฒนาศักยภาพ ชุมชน โดยมีการสื่อสารภายในชุมชน 4) ผลลัพธ์การดำเนินงานในด้านการจัดการปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมและการมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบล 43 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์ 39 แห่ง เป็น อบต. ในจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม จำนวน 16, 10, 8 และ 5 แห่ง ตามลำดับ รายชื่อที่ อบต.ทำได้มากที่สุด สามลำดับ แรก คือ มีผู้รับผิดชอบหลักในงานสิ่งแวดล้อม ,อบต.มีแผนงานด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 42 แห่ง ร้อยละ 97.6 และ อบต.มีช่องทาง สื่อสารงานสิ่งแวดล้อม จำนวน 40 แห่ง ร้อยละ 93.0 รายชื่อที่ อบต.ไม่ผ่านมากที่สุดสามลำดับแรกคือ ยังไม่มีการวัดความรอบรู้ในชุมชน จำนวน 36 แห่ง ร้อยละ 83.7, อบต.ไม่ผ่านมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 34 แห่ง ร้อยละ 79.1 และ อบต.ไม่มีการ ทบทวนข้อบัญญัติท้องถิ่น 9 แห่ง ร้อยละ 20.9

คำสำคัญ: องค์การบริหารส่วนตำบล, การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

Abstract

Quantitative Research to study the process managing the environmental for good health and liable community of Subdistrict Administrative Organization (SAO) in the Health area 7 by content analysis the component guidebook of Department of Health Public Health Ministry. There are 4 components were (1) the estimate of Subdistrict Administrative Organization, (2) the environmental development, (3) the strengthening network partners and (4) the result of management in environmental and Law Literacy of people in example area

The result of this research shows that the Subdistrict Administrative Organization evaluated assessment the standard of environmental health management were passed 39 from 43 SAO (90.69%) 16 SAO in Khon kaen province, 10 SAO in Kalasin province, 8 SAO in Roi Et province and 5 SAO in Maha Sarakham province). The SAO pass assessment in sustainable level 20 SAO (90.69%) and pass assessment in the normal level 19 SAO (90.69%), Failing the assessment criteria are 4 SAO, the most criteria that SAO can pass are 42 SAO has responsible person in environmental section and 42 SAO has environmentally planning, the third that SAO has communication channel pass is 40 SAO. In the most criteria that 36 SAO can not pass the assessment is the measurement in health literacy, 34 SAO failing in environmental health assessment and 9 SAO failing in law amending

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

บทนำ

ด้วยสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความเจริญในมิติต่างๆ มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในโครงสร้างอาคาร เส้นทางคมนาคม ทำให้เกิดความสะดวกสบายการดำเนินชีวิต แต่ผลอีกด้านจากการพัฒนานั้น พบว่ามีปัญหาในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาการจัดการมูลฝอยที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามหลักวิชาการ เนื่องจากขยะมีปริมาณมากกว่าประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยของท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีเรื่องมลพิษทางอากาศ เกิดเพิ่มในพื้นที่ชนบท โดยพบว่าเกิดจากการเผาในที่โล่งแจ้งของเกษตรกรจากเดิมที่จะพบปัญหานี้จากแหล่งกำเนิดทางอุตสาหกรรมเท่านั้น และในด้านโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นเช่น โควิด19 บางรายงานการสอบสวนโรคก็พบว่ามีความเสี่ยงจากการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมไม่ดี มีความแออัดของสถานที่ประกอบการทำให้เกิดการติดเชื้อโรคในพื้นที่ตลาดสดที่จัดสุลักษณะของสถานที่ไม่ได้ตามที่กฎหมายกำหนด ปัญหาที่ยกตัวอย่างมานี้ นำมาซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพ การสูญเสียงบประมาณของภาครัฐในการดูแลจัดการแก้ไขปัญหา ค่าใช้จ่ายในการจัดการสุขภาพของผู้ได้รับผลกระทบจนถึงขั้นเจ็บป่วย และอาจก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตอีกหลายประการ หากภาครัฐไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย โดยภาครัฐมีนโยบายการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่มีการบูรณาการ และมีกลไกในการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาสู่ความยั่งยืน มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ภาคเอกชน ตลอดจนเครือข่ายทำงานในพื้นที่เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมและมีความสามารถจัดการปัญหาและพัฒนาท้องถิ่นและชุมชนด้านต่างๆของตนเองได้ในปีเบื้องต้น โดยภาครัฐคอยสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวด้วยการใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ และกำหนดวิธีการดำเนินงาน รวมถึงการประเมินความสำเร็จของหน่วยงานในพื้นที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลที่ถือว่าเป็นจุดขับเคลื่อนงานในภูมิภาคที่ในการสร้างความเข้มแข็งสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีศักยภาพ บางท้องถิ่นอาจพัฒนาไปสู่การพัฒนาแบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมคุณภาพ EHA บางท้องถิ่นมีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ชุมชนร่วมคิด วิเคราะห์ ร่วมวางแผน กำหนดมาตรการแก้ไขปัญหานั้นๆ และร่วมมือดำเนินการ ทำให้ท้องถิ่นและชุมชนสามารถจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพดี เกิดเป็นท้องถิ่นและชุมชนน่าอยู่ Healthy Community ได้โดยมีการดำเนินกิจกรรมนี้ในปี 2561 และ 2562 ต่อมาในปี 2563 กรม

อนามัยได้กำหนดยุทธศาสตร์เสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดการพัฒนาเป็นระดับค่าเป้าหมาย เช่นในปี 2563 มีแนวทางสนับสนุนให้เกิดองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นและชุมชนน่าอยู่ มีเป้าหมาย ร้อยละ 5 ,ปี 2564 ร้อยละ 10 และ ปี 2565 ร้อยละ 15

เขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบไปด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด มีผลการดำเนินงานในด้านการลงข้อมูลชุมชนเข้มแข็งจัดการตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในปี 2562 ที่อาศัยการขับเคลื่อนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้มากถึงร้อยละ 93 และมีศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นหน่วยงานในการรวบรวมรายงานผ่านระบบ Dashboard สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ต่อมาในปี พ.ศ.2563 กรมอนามัยได้ปรับกลยุทธ์การดำเนินงานจากชุมชนเข้มแข็งจัดการตนเอง เป็นการดำเนินงานโครงการ องค์การบริหารส่วนตำบลจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ โดยมุ่งเป้าหมายในการพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นหน่วยงานภาครัฐที่ได้รับการกระจายอำนาจจากราชการส่วนภูมิภาคไปตั้งเป็นราชการส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ.2537 ตามที่มีกฎหมายพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล จึงเป็นจุดขับเคลื่อนโครงการเนื่องจากเป็นหน่วยงานของรัฐที่ได้อำนาจบริหารท้องถิ่นในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้ขอบอำนาจตามข้อบัญญัติท้องถิ่น และเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยประสงค์ให้เกิดรูปแบบการพัฒนาโลก การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนตำบลและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนมีการวัดความรอบรู้ในการจัดการตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พบข้อเท็จจริงว่าหากประชาชนมีความรอบรู้เกิดขึ้นจริงแล้วย่อมจะตระหนักถึงสิทธิของตนเองที่จะได้รับการคุ้มครองสุขภาพให้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี หรือเกิดชุมชนน่าอยู่อย่างแท้จริงและยั่งยืนนั่นเอง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารายละเอียดของผลการดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่ตั้งศึกษาในองค์ประกอบด้วยเกณฑ์ทั้งสี่ข้อในการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม,ด้านการเสริมสร้างภาคีเครือข่าย และด้านผลลัพธ์

การดำเนินงานว่ามืองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการได้ตามเป้าหมายผ่านเกณฑ์ที่แห่ง

2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รายละเอียดในเกณฑ์รายชื่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมดำเนินการในปี พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2564 ในรายชื่อที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ในแต่ละองค์ประกอบทั้งสี่ด้าน

3. นำผลการศึกษาวิเคราะห์ มากำหนดนโยบายในการวางแผนแก้ไขปัญหารายชื่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในไตรมาสที่ สาม และสี่ ปี 2564 และจัดทำเป็นแผนงานโครงการที่จะแก้ไขปัญหาคำดำเนินการขององค์การบริหารส่วนตำบลแยกตามประเด็นที่พบจากการวิเคราะห์เนื้อหา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการวิจัยที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ Qualitative Research ที่มีเป้าหมายเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตสุขภาพที่ 7 ที่แสดงความจำนงสมัครเข้าร่วมประเมินตนเองในการดำเนินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกแห่ง โดยผู้วิจัยทำการศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มตัวอย่างทำการตอบรายชื่อ ตามที่ผู้วิจัยได้ใช้การอธิบายข้อคำถามและข้อคำตอบโดยอาศัยการตีความ (Interpretation) ในประเด็นข้อที่ทางเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการตอบมีข้อเคลือบคลุมในรายละเอียดความหมายของข้อคำถามและข้อคำตอบที่เป็นปลายเปิด โดยมีเกณฑ์ตามองค์ประกอบหลักสี่ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านที่หนึ่งคือด้านการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในด้านภูมิบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ข้อมูลการประเมินด้านสถานการณ์การจัดกาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ด้านที่สองการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านนโยบายและแผน ข้อกฎหมายที่เป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น รวมไปถึงการผ่านคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ด้านที่สามการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรม โดยมีช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ

ด้านที่สี่ ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินการในการจัดการปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม และศึกษาถึงความรอบรู้ของอาสาสมัครหรือประชาชนในพื้นที่

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเนื่องจากต้องการนำผลการวิจัยนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับสังคมมากยิ่งขึ้นในประเด็นการแก้ไขปัญหาของการดำเนินการด้าน

อนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยรายละเอียดในเนื้อหาที่ทำการศึกษได้จาก

1. การเก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) ไม่ว่าจะเป็นแผนงานโครงการ ข้อบัญญัติท้องถิ่น เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล และข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อท้องถิ่นชุมชนนำอยู่ที่ยูวียจะจัดบันทึกคำตอบจากการสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก

2. การสัมภาษณ์ (Indepth Interview) โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล ระหว่างทำการบันทึกคำตอบในแบบประเมินตนเองขององค์การบริหารส่วนตำบล และการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงไม่ใช่ข้อมูลตัวเลขเพียงอย่างเดียว ยังต้องใช้การตีความเพื่ออธิบายผลการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลที่มีการกำหนดคะแนนรายชื่อไว้ เพราะบางแห่งอาจมีเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถตีความบางข้อคำถามได้ หากผู้วิจัยไม่ตีความให้ผู้ตอบเกิดความเข้าใจ อาจส่งผลกระทบต่อข้อเท็จจริงในรายละเอียดที่ได้จากการตอบคำถามของผู้ตอบคำถาม

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ขนาดขององค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มตัวอย่างองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนมากเป็น องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง 39 แห่ง ขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก 2 แห่ง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เข้าร่วมโครงการ

ขนาดของอบต.	จำนวน (n= 43)	ร้อยละ
ขนาดใหญ่	2	4.65
ขนาดกลาง	39	90.7
ขนาดเล็ก	2	4.65

2. ข้อมูลเฉพาะ

2.1 องค์ประกอบที่หนึ่งด้านการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลมีผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยตรง 40 แห่ง โดยเป็นเจ้าหน้าที่ที่เรียนจบด้านสิ่งแวดล้อม 20 คน และจบการศึกษาด้านอื่นๆ 20 คน มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ จำนวน 36 อบต. มี อบต. ที่ไม่เคยได้รับการอบรมเลย จำนวน 7

แห่งและ อบต.มีข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายละเอียดใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความพร้อมของ อบต.

รายชื่อ	มี	ร้อยละ
อบต.มีผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	40	93.02
บุคลากร อบต.ผู้ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	36	83.7
การพัฒนาศักยภาพทำได้ครอบคลุมบุคลากรทุกคน	18	41.8
อบต.มีข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	37	86.04

2.2 องค์ประกอบที่สองด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลมี นโยบาย หรือ ข้อสั่งการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับปัญหาหรือบริบทของท้องถิ่น 37 แห่ง มีข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ออกภายใต้ขอบอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 จำนวน 39 แห่งโดยมีการทบทวนข้อบัญญัติท้องถิ่นทุกๆห้าปี จำนวน 11 แห่ง และอบต.ผ่านการประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมEHA Environmental Health Accreditation จำนวน9 แห่งดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3การพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล

รายชื่อ	มี	ร้อยละ
อบต.มีแผนงานตรงกับพื้นที่	37	86.04
อบต.มีข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ออกตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข	39	90.69
มีการทบทวนข้อบัญญัติท้องถิ่นทุกๆ 5 ปี	11	25.58
อบต.ผ่านคุณภาพระบบบริการ อนามัยสิ่งแวดล้อม	9	20.93

2.3 องค์ประกอบที่สาม ด้านการเสริมสร้างภาคีเครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบลมีแผนงานโครงการ กิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 42 แห่ง การสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 40 แห่ง มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน 40แห่ง มีการสื่อสารด้านเพื่อการรับรู้สถานการณ์และการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน 40 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเสริมสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม

รายชื่อ	มี	ร้อยละ
อบต.มีแผนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	42	97.67

ตารางที่ 4 การเสริมสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม

รายชื่อ	มี	ร้อยละ
อบต.มีการสร้างความร่วมมือดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	40	93.02
อบต.มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน	40	93.02
อบต.มีกระบวนการสื่อสารงานด้านสิ่งแวดล้อม	40	93.02

2.4 องค์ประกอบที่สี่ผลลัพธ์การดำเนินงาน องค์การบริหารส่วนตำบลมีผลผลิตกระบวนการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 39 แห่ง และมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน 38 แห่ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 40 แห่ง แกนนำชุมชน ประชาชนมีการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 7 แห่ง และ อบต.มีผลการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน 30 แห่ง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงานในการดำเนินงาน

รายชื่อ	มี	ร้อยละ
อบต.มีผลผลิตกระบวนการอนามัยสิ่งแวดล้อม	39	90.69
อบต.มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน	38	88.37
ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	40	93.02
มีการประเมินความรอบรู้ของแกนนำและประชาชน	7	16.28
มีผลการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน	30	69.76

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ในด้านขนาดขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็น อบต.ขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก อย่างละ 2 แห่ง เป็น อบต.ขนาดกลาง 39 แห่ง ซึ่งการแบ่งขนาดของ อบต.แบ่งตามเกณฑ์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในด้านการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการศึกษาเอกสาร และสัมภาษณ์ผู้ตอบแบบสอบถาม หรือผู้ให้ข้อมูลจะแยกอภิปรายเป็นรายองค์ประกอบดังนี้

1.ด้านการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าอบต.มีบุคลากรรับผิดชอบหลักมากก็จริง แต่เป็น

บุคลากรที่จบด้านสาธารณสุขหรือสิ่งแวดล้อมโดยตรง เพียง 20 แห่ง ดังนั้นการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนหนึ่งจึงต้องไปเน้นหนักเรื่องการพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอบต. เพราะข้อมูลจากตารางที่ 2 จะพบว่า มี อบต.เพียง 18 แห่ง ที่บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพทุกคน และในประเด็นที่ศึกษาจากการสัมภาษณ์ และศึกษาเอกสาร ในด้านการศึกษาดูงาน พบว่าแม้จะมี อบต.หลายแห่งตอบว่าใช้รูปแบบการศึกษาดูงานในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร แต่เมื่อสัมภาษณ์ถึงการนำกลับมาพัฒนางานของต้นสังกัด เช่น ในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูลนั้น พบว่ามีการดำเนินการต่อยอด น้อยมาก แต่ก็ยังเห็นร่องรอยการพัฒนาในบาง อบต. ที่มีการนำมาดำเนินการจนสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูลของจังหวัดได้ เช่น อบต.นาเชือก อำเภอยางตลาด แต่สิ่งที่เห็น อบต.ที่ไปศึกษาดูงานแล้วกลับมาต่อยอดในงานตนเองที่ทำได้ คือ ประเด็นด้านการจัดการมูลฝอย ที่มี อบต.อยู่ 30 แห่ง ยังคงดำเนินการจัดการปัญหาขยะมูลฝอย จนเกิดต้นแบบในชุมชน เห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของอบต. ที่ทางผู้วิจัยเห็นว่าเป็นขั้นตอนแรกๆในการพัฒนาที่ควรได้รับการเตรียมความพร้อมให้ครบถ้วนและครอบคลุม อบต.ทั้ง 43 แห่ง

2.ด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ในแผนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จัดทำได้ตรงบริบทของชุมชนมี อบต.ทำได้ 37 แห่ง อีก 7 แห่งที่ตอบว่าทำแผนได้ไม่ตรงบริบทชุมชนนั้น เป็นคำตอบที่มาจาก การสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยได้คำตอบว่า ใช้แผนคล้ายๆกับ อบต.ใกล้เคียงกัน และในด้านข้อบัญญัติท้องถิ่น พบว่า มี อบต.เพียง 11 แห่งเท่านั้นที่มีการทบทวนข้อบัญญัติท้องถิ่น ทำให้กรณีที่เกิดปัญหาที่ต้องใช้กฎหมายที่มีความพลวัติ มีประสิทธิภาพเข้ามาแก้ไขปัญหา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือใช้ควบคุมสถานประกอบการในพื้นที่ อาจทำได้ไม่ไ้ผล และอาจส่งผลกระทบต่อ การคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่จะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและจากการศึกษาขยายด้านของข้อบัญญัติท้องถิ่น พบว่า อบต. 33 แห่ง มีข้อบัญญัติที่เกาะเกี่ยวคำว่าสิ่งปฏิกูล แต่เมื่อพิจารณาและอ่านตีความอย่างเคร่งครัด ประกอบการสอบถามเรื่องการจัดการสุขลักษณะของรถสุบลสิ่งปฏิกูล 32 แห่ง ตอบว่าไม่สามารถติดตามการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ได้ เพราะไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล สะท้อนถึงว่าปัญหาด้านการตรวจสอบสุขลักษณะตามขอบอำนาจที่ อบต.มี ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง ยังใช้กฎหมายในส่วนที่เป็นคุณ คือในด้านการตรวจ การจัดแจ้ง และในองค์ประกอบด้านนี้ ยังพบว่า มีอบต.ที่สามารถผ่านมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมEHA Environmental Health Accreditation เพียง 9 แห่ง เท่านั้น ถือว่าเป็นอีกข้อที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบล

ควรได้รับการถ่ายทอดการจัดการองค์ความรู้ในการประเมินมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม จากทางภาคีเครือข่าย เพราะรายชื่อปัจจัยในองค์ประกอบข้อนี้ จะส่งผลในด้านการเชื่อมโยงงานแก่กันและกัน ตั้งแต่ แผนงานไปจนถึงเครื่องมือที่ใช้ทำงานคือ กฎหมายที่เป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น และการตอบสนององค์กรด้วยมาตรฐาน EHA

3.องค์ประกอบด้านการเสริมสร้างภาคีเครือข่าย พบว่ามีถึง 42 อบต.จากกลุ่มตัวอย่าง 43 อบต. ที่มีแผนงานกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อีกหนึ่งแห่งที่ยืนยันตอบว่าไม่มีแผนด้านสิ่งแวดล้อม เพราะกิจกรรมไปอยู่ในร่มของกองช่างที่เขียนแผนได้ไม่ชัดเจน จึงขอไม่ตอบว่ามีแผน ในเรื่องแผนโดยพบว่า แม้ทาง อบต.จะระบุว่าเป็นแผนงานด้านการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลเกือบทุกแห่ง แต่เมื่อวิเคราะห์แล้วเห็นว่าเป็นการเขียนเพื่อการอนุญาตและการจัดเก็บค่าธรรมเนียม มากกว่าการตรวจด้านสุขลักษณะอย่างเข้มงวดดังนั้นในแนวทางการจัดทำแผนสามปีของ อบต. อาจต้องกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนให้สามารถวัดผลได้โดยเฉพาะภารกิจบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ในด้านการพัฒนาศักยภาพแกนนำ อาสาสมัคร พบว่ามีการดำเนินการถึง 40 อบต.ตรงนี้เองเป็นส่วนที่ถือว่าอบต.ได้ใช้ประโยชน์จากการพัฒนาศักยภาพตรงนี้ในการมีแกนนำและอาสาสมัคร ที่ช่วยดำเนินการรณรงค์ป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ได้ชัดเจนมาก เพราะมีการสื่อสารถ่ายทอดการเรียนรู้ให้แกนนำเหล่านี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของโสมศิริ เดชรัตน์ (2557) ที่ได้ศึกษาผลของการสร้างกระบวนการเรียนรู้ต่อการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 49 แห่ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึงกันยายน 2556 พบว่า บุคลากรเมื่อได้เกิดการให้ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแล้วจะส่งผลให้การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ภายหลังกระบวนการสร้างการเรียนรู้ เช่นในเรื่องการควบคุมแมลงและแหล่งนำโรคการผลิตน้ำประปา

4.องค์ประกอบด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน องค์การบริหารส่วนตำบลมีผลผลิตกระบวนการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 39 แห่ง ที่สามารถขอเอกสารราชการเรื่อง สรุปผลการดำเนินโครงการในรายเรื่อง แลพบว่า มี อบต.ได้มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน จำนวน 38 แห่ง พร้อมเขียนแสดงปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และเสนอแนวทางแก้ไขให้ผู้บริหารได้ทราบตามสายงานบังคับบัญชาขณะที่พบว่า มีประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับทาง อบต.ถึง 40 แห่ง ตรงนี้สื่อให้เห็นว่าบริบทของสังคมไทยยังมีผลต่อการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ เพราะความรู้สึกรักและหวงถิ่นร่วมกันของชุมชนที่จะเป็นสิ่งที่ต้องสืบสานต่อยอดในการจัดทำโครงการที่จะต้องใช้ความร่วมมือของชุมชนมาร่วมขับเคลื่อน

แต่ยังพบเห็นประเด็นที่การวิจัยครั้งนี้พบว่า แกนนำชุมชน ประชาชนมีการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 7 แห่ง ยังไม่มีการประเมินความรอบรู้ถึง 36 แห่ง ซึ่งพบว่ามีการศึกษาของ Kathleen M.Gray (2018) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านวิชาการสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชน : กรณีศึกษาการทบทวนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม EHL Environmental Health Literacy นั้นเป็นกรอบแนวคิดค่อนข้างใหม่ สำหรับการสร้างแนวคิดให้ผู้คนเข้าใจ ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและการวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงควรมีกรอบและขอบเขตที่ชัดเจน การศึกษานี้มีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในด้านการประเมินการรับรู้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ ซึ่งอาจต้องมีการสร้างเครื่องมือการประเมินที่กว้างขึ้นในการวัดผลลัพธ์ทั้งทั้งชุมชน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของชุมชนหรือการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกัน เป็นเป้าหมายระยะยาวที่มีความสำคัญ และจะส่งผลไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนให้ครบทุกมิติงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.ผู้วิจัยทำการรวบรวมและวิเคราะห์เนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบ นำมาวิเคราะห์ส่วนที่ผ่านเกณฑ์ และส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยวิเคราะห์และตีความแล้วเห็นว่าหากมีแผนการดำเนินการแล้ว จะเป็นจุดคานงัดในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลได้รับการ

ดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างชุมชน ท้องถิ่นให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีการดำเนินการอบรมกฎหมายสาธารณสุขขึ้นพื้นฐานแก่หน่วยงานรัฐในระดับพื้นที่

2.ควรเร่งรัดการดำเนินการสร้างแกนนำชุมชน ในการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม Environmental Health Literacy ให้เกิดการต่อยอดการสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขยายไปในชุมชน โดยมีกระบวนการติดตามวัดผล ที่จะกำหนดระยะเวลา 2 เดือน ในการประเมินการมีความรอบรู้ของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขภายหลังได้เข้าร่วมรับการต่อยอดแล้ว

3.กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาพรวมประเทศ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีมาตรฐาน โดยคำนึงถึงวิถีใหม่ New Normal ไปกับการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในการยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 43 แห่ง ที่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการและให้ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมิน สอบถาม บันทึกข้อมูลในระหว่างการประเมิน ขอขอบพระคุณกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขทั้งจังหวัดที่ได้ช่วยประสานงาน นัดหมายพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานวิจัยสามารถดำเนินการต่อไปได้ แม้จะมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มืออบต.จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อท้องถิ่นชุมชนน่าอยู่ ปี 2563.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2563

วัชรินทร์ อินทพรหม. (2561). การวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพมหานคร:เมคมิเดีย คอร์เปอเรชั่น Kathleen M.Gray(2018). ความรู้ด้านวิชาการสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชน:กรณีศึกษาการทบทวนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โสเมศิริ เดชรัตน์.(2557). ผลของการสร้างกระบวนการต่อการพัฒนาการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล

Hsieh,H.F.amd Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Quanlitative Content Analysis Qualitative Health Research. 15, 1277 -1288

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis Nursing care of patient with diabetic ketoacidosis

(Received: July 5, 2021 ; Accepted: August 2, 2021)

เสาวณีย์ พรประภา¹
Saowanee Pomprapa¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 มีนาคม 2564 ด้วยอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ขณะดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก ดูแลให้ออกซิเจน ใส่ระวางภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นประเภท 2 จัดเตรียมความพร้อมของเวชระเบียน ประสานกับแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวันที่ ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus type II with Diabetic ketoacidosis ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะหลังตรวจ ประเมินอาการภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ หลังได้รับยาอินซูลิน ไม่พบอาการผิดปกติ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นติดต่อประสานงานเพื่อรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล และนำส่งไปห้องผู้ป่วยหนักอย่างปลอดภัย ติดตามเยี่ยม 2 วัน สามารถหย่าเครื่องหายใจได้ ระดับน้ำตาลเข้าสู่ระดับปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลรักษาพยาบาล จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 22 มีนาคม 2564 รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลนาน 7 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

Abstract

Objective: To study nursing care process in patient diabetic ketoacidosis

Result : A case study of a Thai male patient aged 40 years, he was admitted to hospital on March 15, 2021 with symptoms of tiredness and shortness of breath before admission for 4 hours. The patient have a congenital disease of diabetes. During nursing care in the accident and emergency room, nursing care of patients is divided into 3 phases. Phase 1: Pre-examination nursing, the patient had symptoms of very tiredness and dyspnea. Therefore, the patient was received the oxygen and tissue hypoxia monitoring. The patient was classified in to patients with type 2 diabetes and the medical record was prepared. Nurse coordinated with doctor for immediate diagnosis of patient. Phase 2: Nursing during diagnosis, the doctor diagnosed diabetes Mellitus type II with Diabetic ketoacidosis. The patient had tissue hypoxia because he had high levels of blood acids called ketones in the body. The patient was received intubation, intravenous therapy according to the treatment plan, fixing in high blood sugar. Phase 3: Nursing care after diagnosis, the patient symptom was evaluated after intubation and receiving insulin administration and abnormal symptom was not found. The patient and relative were received the treatment information. After that, the patient was sent to intensive care unit and then the patient was followed up for a 2 day. Off endotracheal tube. Blood sugar normal and complications were not found during nursing care. Patient was discharged on 22 March 2021, total of admission in hospital for 7 days.

Keywords: Nursing care, diabetic ketoacidosis

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 3-5 ของประชากรพบได้ทุกเพศทุกวัย และพบมากในคนอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เพศหญิงมากกว่าเพศชาย สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดว่าจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนภายในปี 2573 และเพิ่มเป็น 700 ล้านคนภายในปี 2588 ผู้ใหญ่จำนวน 374 ล้านคน ติดอันดับสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรก (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2563) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย สํารวจโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 840,849 คน, 876,970 คน และ 941,226 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศระหว่างปี พ.ศ.2552 และ 2557 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย ในประชากรอายุ 15-79 ปี ปีพ.ศ.2558 และ 2561 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชายจากนั้นเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ความชุกจะลดลง เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2561 ขณะที่ความครอบคลุมการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีความครอบคลุมการคัดกรองเท่ากับร้อยละ 86.32 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) 1 ครั้งต่อปีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 32.21 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 63.44 ใน ปีพ.ศ. 2561 โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

จากโรคเบาหวานที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะระบบของร่างกาย ทำให้สุขภาพผู้ป่วยอาจเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ จึงส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และหากไม่ได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรวดเร็วจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เช่น ภาวะคีโตนคั่งในเลือด ภาวะหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อรุนแรง เป็นต้นพยาบาลมีบทบาทที่จะต้องช่วยเหลือและร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน บุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการ

ดำเนินของโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะฉุกเฉินวิกฤตจนถึงจำหน่ายและวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นชายไทย อายุ 40 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง ฐานะปานกลาง ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 มีนาคม 2564 ด้วยอาการ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เป็นมา 2 ปี รักษาด้วยยารับประทาน Metformin 2 tab oral bid pc, Glipizide (5) 2 tab oral bid ac, Gemfibrozil 1 tab oral hs รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดไม่มารับยาตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 ปฏิเสธการเสพยาเสพติด ยาสมุนไพร สูบบุหรี่วันละ 6-7 มวนต่อวัน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ต่อมแอลกอฮอล์ 3-4 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 3-4 ขวด ในการมารับการรักษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

การประเมินสภาพร่างกาย

ลักษณะทั่วไป ชายไทยวัยทำงาน รูปร่างท้วม ผิวคล้ำเล็กน้อย รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หายใจเหนื่อยอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที หายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/72 มิลลิเมตรปรอท ศีรษะ: รูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูน ผิดปกติ ผมหงอก ไม่มีผมร่วง ผิดปกติ ไม่มีบาดแผลหรือฝีในใบหน้า:รูปร่างปกติ ไม่บวม คิ้วดำ ตา หู คอ จมูก: เปลือกตาไม่ซีด pupil 2 mm มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง คอและไหปลาร้า: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ ทรวงอกและปอด: รูปทรงปกติ หายใจเหนื่อยหอบ มีเสียง rhonchi right lower lung หัวใจ: เต้นเร็ว ไม่มี murmur อัตราการเต้น 138 ครั้ง/นาที ท้อง: ไม่มีกดเจ็บ ไม่มี guarding, bowel sound ปกติ ไม่มี ascitis ไม่มีตับม้ามโต ปาลายแขนและขา:ไม่บวม ไม่มีกดบวม ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: ปกติ ไม่มี stiff neck, muscle power = 5 คะแนน ผิวหนัง: ริมฝีปากแห้ง ผิวแห้ง ไม่มีตุ่มหรือผื่น ไม่มีบาดแผล

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Diabetic ketoacidosis with R/O Sepsis

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Diabetes Mellitus type II with Diabetic ketoacidosis

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจ**พิเศษ**

1. CBC วันที่ 15 มีนาคม 2564 พบ Hb= 12.3 g/dL (ค่าปกติ 13.8-17.2), Hct = 41.8% (ค่าปกติ 40-50), Platelet count=380,000 cell/mm³ (ค่าปกติ 150,000-400,000), WBC =246,200 cell/mm³ (ค่าปกติ = 4,500-10,000 cell/mm³), Neutrophil=87.5% (ค่าปกติ 40-74), Lymphocyte=5.1% (ค่าปกติ 19-48), Eosinophil=0.1% (ค่าปกติ 0-7), Basophil=0.2% (ค่าปกติ 0-1), Monocyte=7.1 (ค่าปกติ 3-9) จากค่า WBC และ Neutrophil ที่สูงขึ้นแสดงว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย

2. Biochemistry วันที่ 15 มีนาคม 2564 BUN=8.3 mg% (ค่าปกติ 7-18), Cr =1.0 mg% (ค่าปกติ 0.72-1.18), Potassium=2.81 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1), Chloride=82 mmol/L (ค่าปกติ 98-106), Sodium=119 mmol/L (ค่าปกติ 136-146), CO₂=5mmol/L (ค่าปกติ 21-31), Sugar=688 mg/dl (ค่าปกติ 70-105), HbA1C =7.9% (ค่าปกติ 4.5-6.2), Serum ketone=6.2 mmol/L (ค่าปกติ <0.6) ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ในภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายจากภาวะกรดคีโตนคั่ง

3. UA วันที่ 15 มีนาคม 2564 Albumin 2+ และ Sugar 3+ Sugar, Ketone= 1+, Blood=2+, RBC=0-1 WBC=0-1, Bacteria = few แสดงว่ามีโปรตีนรั่วออกมา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยซึม อ่อนเพลีย ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน 2. หายใจเร็ว หอบลึก อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที 3. ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/72 มิลลิเมตรปรอท 4. O₂ saturation 97 % 5. Sugar=688 mg/dl, Serum ketone=6.2 mmol/L	1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยนอนหงายศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา ซันเข้าและงอสะโพก มือและเท้าปล่อยตามสบาย ท่านี้จะทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัวทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพื่อให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น และการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถูกลดดีขึ้น 2. สังเกตอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการกระสับกระส่าย เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน 3. ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM 4. ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 42 ครั้ง/นาที O₂ saturation 92% เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ - สำรวจดูในช่องปาก จมูกและคอ ล้างเศษอาหาร ฟันปลอมออกให้หมด - ดูดเสมหะในปาก จมูก ออกด้วยความนุ่มนวล - ช่วยหายใจด้วย Self inflating lung bag (Ambu bag) ต่อกับออกซิเจน 10 LPM เพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดออกซิเจนนาน และระหว่างรอแพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอ - เตรียมตัวผู้ป่วย อุปกรณ์ และการช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอ

ในปัสสาวะจากไตสูญเสียหน้าที่ และมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะจากไตไม่สามารถดูดซึมกลับได้หมด

4. LFT วันที่ 15 มีนาคม 2564 Total protein=8.6 g/dL (ค่าปกติ 6.0-8.3), Albumin=3.9 g/dL (ค่าปกติ 3.5-5.0), Globulin=4.7 g/dL (ค่าปกติ 2.5-3.3), Total bilirubin=1.21 g/dL (ค่าปกติ <1.0), Direct bilirubin=0.63 g/dL (ค่าปกติ <0.2), Alk.phosphatase=169 U/L (ค่าปกติ 30-120), SGOT=152 U/L (ค่าปกติ <40) SGPT=87 U/L (ค่าปกติ 14-63) แสดงว่าการทำหน้าที่ของตับลดลง

5. Lipid profile วันที่ 15 มีนาคม 2564 Cholesterol=379 mg/dL (ค่าปกติ <200), Triglyceride=2,358 mg/dL (ค่าปกติ <150), HDL cholesterol=28 mg/dL (ค่าปกติ 35-60), LDL direct=86 mg/dL (ค่าปกติ <100) ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง

แผนการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เพื่อรักษาภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกายแก้ไขให้ภาวะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติเข้าสู่ปกติ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip in 1 hr. then 0.9% NSS iv drip 250 ml/hr เจาะ CBG ทุก 1 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, BS, BUN, Cr, Electrolyte) ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อรักษาภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ใส่ท่อช่วยหายใจ No.8 depth 22 cms Valium 10 mg iv ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ป้องกันภาวะติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg iv drip ทุก 8 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	- อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจในความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ (E.T. tube) และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด 5. เมื่อแพทย์ใส่ E.T Tube No. 8 ที่ระดับ 22 เรียบร้อยแล้วประเมินว่าท่อหลอดลมคออยู่ในตำแหน่งที่พอดีโดยใช้ stethoscope ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ข้างเท่ากัน 6. ส่งเอกซเรย์ปอดหลังใส่ E.T Tube การประเมินผล หลังใส่ท่อช่วยหายใจรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 99%
2. เสี่ยงต่อภาวะช็อค หมดสติเนื่องจากสูญเสียน้ำและเกลือแร่จากภาวะเลือดเป็นกรดและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ประวัติเป็นโรคเบาหวาน 2 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 2. อ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง หายใจเหนื่อยหอบ On ET-Tube 3. Sugar=688 mg/dl, Serum ketone=6.2 mmol/L, ผลตรวจปัสสาวะ Ketone 3+ 4. ผลการตรวจ Electrolyte Na 119 mmol/L, K 2.81 mmol/L, Cl 82 mmol/L, CO₂ 5 mmol/L 5. ชีพจร 140 ครั้ง/นาที การหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/72 มิลลิเมตรปรอท	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อคจากการขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9 % NSS 1000 ml iv load in 1 hr. then 250 ml/hr โดยใช้เครื่องให้สารน้ำควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำเพื่อให้ได้ปริมาณสารน้ำที่ต้องการ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา Insulin RI 10 unit iv, RI 10 unit (sc) เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากนั้นให้ RI (1:1) iv drip 6 µd/min 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับโซเดียมไบคาร์บอเนตชดเชยทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ NaHCO₃ 50 ml iv push then NaHCO₃ 100 ml iv drip in 1 hr. เพื่อแก้ไขภาวะสมดุลของกรด-ด่าง 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับโปแทสเซียมชดเชยตามแผนการรักษา Elixer KCL 30 ml oral ทุก 3 ชั่วโมง 3 เวลา ผ่านทางสาย NG feed เพื่อป้องกันการขาดโปแทสเซียม 6. ติดตามเจาะ DTX ปลายนิ้วทุก 1 ชั่วโมง และให้ RI ตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 7. On Monitor NIBP ติดตามลักษณะการเต้นของหัวใจและสัญญาณชีพทุกเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติ จากการมีโซเดียม และโปแทสเซียมต่ำ 8. ใส่สายสวนปัสสาวะบันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะช็อค 9. ติดตามผลการตรวจเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาล คีโตน อิเล็กโทรไลต์ และการตรวจปัสสาวะ ได้แก่ คีโตน กลูโคส เพื่อนำมาประเมินภาวะการคั่งของกรดคีโตนและวางแผนการให้การพยาบาลต่อไป การประเมินผล รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีอาการของภาวะช็อคจากการขาดน้ำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4 ชั่วโมงหลังให้การรักษ Blood Ketone Negative, Na 138 mmol/L, K 4.44 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO₂ 21.2 mmol/L ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 99% ปัสสาวะออก 30-40 ml/hr
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและญาติให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยรับประทานยาได้น้อยลง 2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล	1. ประเมินภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการผู้ป่วย ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว 2. ตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษาทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 3. ให้อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. จัดเตรียมยา 50% Glucose 50 ml ให้พร้อมใช้เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพื่อแก้ไขภาวะ DKA 4. หลังแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูง DTX ลดลงจาก 668 mg/dl เป็น 96 mg/dl	5. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที การประเมินผล ไม่มีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่มีอาการซึม หมดสติ มือ-เท้าเย็น ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือด 121-248 mg/dl
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง (Severe sepsis) ข้อมูลสนับสนุน 1. ประเมิน qSOFA 1 คะแนน SOS score 6 คะแนน 2. หายใจเร็ว หอบลึก 3. อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที หายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/72 มิลลิเมตรปรอท MAP = 82 มิลลิเมตรปรอท 4. WBC =246,200 cell/mm³, Neutrophil=87.5% 5. film chest พบ RLL infiltrate	1. ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจาก qSOFA, SOS score 2. ดูแลส่งเลือดเพาะเชื้อ (H/C) ภายใน 1 ชั่วโมง 3. บริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง โดยให้ Ceftriaxone 2 gm iv OD Clindamycin 600 mg iv drip ทุก 8 ชั่วโมง 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ คือ 0.9 % NSS 1000 ml iv load in 1 hr. then 250 ml/hr 5. ติดตามประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 6. ติดตามและเฝ้าระวังเพื่อให้ค่า MAP $\geq$ 65 mmHg 7. ประเมินแหล่งติดเชื้อในร่างกาย การประเมินผล รู้สึกตัวดี มีประวัติโรคเบาหวาน ไม่พบแหล่งติดเชื้อในร่างกาย ไม่เกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง หลังให้การรักษายาบาล 4 วัน ไม่มีไข้ WBC =8,200 cell/mm³, Neutrophil=65%
5. ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าวิตกกังวล มารดาร้องไห้หลังผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. ครอบครัวผู้ป่วยสอบถามอาการผู้ป่วยบ่อยๆ	1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ 2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามญาติ 4. ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของบิดา มารดา ตลอดจนญาติคนอื่นๆ ที่มีให้กับผู้ป่วย 5. แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงคุณค่าของตนเองในด้านสติ ปัญญาและความคิดในการทำกิจกรรม 6. ลดความวิตกกังวลต่างๆ ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจสาเหตุการเกิดโรคและแนวทางในการรักษาพยาบาล

การติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมจำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ระดับน้ำตาลในเลือด 176-194 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ On O₂ T-piece 10 LPM O₂ saturation 99% 2 วันหลังดูแลรักษาพยาบาล ถอดท่อหายใจได้ รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้ตามปกติ ประสานงานสหวิชาชีพในการดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคเบาหวาน โภชการ และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน 2 ปี มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร ขาดยาบางครั้ง ขาดความรู้และขาดความตระหนัก ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการซึม อ่อนเพลีย เริ่มมีอาการหายใจหอบลึกระดับความรู้สึกตัวเริ่มเปลี่ยนแปลง มีภาวะความเป็นกรดในร่างกาย และมีของเสียคั่งในร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก มีภาวะผิดปกติของสมดุลกรดต่าง มีคิตอนคั่งในร่างกาย

ทีมแพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว และทันทั่วทั้งที่ วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ Diabetic ketoacidosis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรงในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และอินซูลิน เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกรดต่างในร่างกายไม่

สมดุล การมีคีโตนคั่งในร่างกายจนกระทั่งผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด และสมดุลกรดต่างเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือ ในภาวะฉุกเฉิน วิกฤติเช่นนี้ไม่ทัน ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

- นิภา ทองทับ. (2558). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์; 30(3): 191-202.
- ประทุม สร้อยวงศ์ (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ. กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาลการนำไปใช้ในคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์; 2554.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560) Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. ประทุมธานี : บริษัท ร่มเย็น มีเดีย.
- สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ. รายงาน IDF Diabetes Atlas. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https://www. diabetesatlas.org ?utm_source=media&utm_medium=email&utm_campaign=world_diabetes_day_2019_press_release](https://www.diabetesatlas.org?utm_source=media&utm_medium=email&utm_campaign=world_diabetes_day_2019_press_release).
- American Diabetes Association. (2017) Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care ; 40 (Suppl 1): S11-S24.

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564**
**Factors affecting of Integrity and transparency performanc of community hospitals. Under the
Phetchabun Provincial Public Health Office Of stakeholders receiving outpatient service, year 2021**

(Received: July 12,2021 ; Accepted: August 23,2021)

นาวี นุชชม¹
Navee Nuchchom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564 และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564 โดยใช้แบบสอบถามการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรม และความโปร่งใส วิเคราะห์ด้วยสถิติการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) t-test และ F-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63 มีกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 48.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 32.5 เหตุผลที่มาโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยมาพบแพทย์ร้อยละ 27.0 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใส ในระดับดีมาก ทั้ง 4 ด้าน(Mean) = 3.25 – 3.50 SD=.528 - .732) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทของการมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทของการรับบริการต่างกัน จะมี ทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

This research aimed to study the factors, as well as compare the differences of each factor, that will affect the integrity and transparency of community hospitals, under the Phetchabun Provincial Public Health Office, on stakeholders in receiving outpatient services in 2021. The research conducted by collecting data through a questionnaire on an integrity and transparency of the operations done by community hospitals in Phetchabun Province. The data was analyzed by an automatic computer software. A general data were analyzed by frequency distribution and percentage. The data of opinions on moral operations and transparency was analyzed with statistics on the centralizing tendency measurement, e.g., average (Mean) and standard deviation (SD), t-test and F-test

Results of the research revealed that most of the samples were female of 63% of the total, with age between 20-40 years of 45.8%, with a bachelor's degree of 48.8%, having an average monthly income between 5,000 - 10,000 Baht of 32.5%, having reasons for coming to the hospital as a patient wanting to meet a doctor of 27.0%. The group of samples had an attitude and opinions on the operations on integrity and transparency at the level of very good in all 4 aspects, (Mean) = 3.25

¹ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

– 3.50 and SD= .528 - .732). Personal factors, gender, age, education level, average monthly income and type of service were statistically affected, significantly at .05, with attitude and opinions on the integrity and transparency of the operation of community hospitals in Phetchabun Province statistically. The group of samples with different personal characteristics, i.e., gender, age, educational level, average monthly income, as well as receiving different types of services, differently had attitudes and opinions on operations on moral and Transparency of Community Hospitals, under the Phetchabun Provincial Public Health Office. In conclusion, the hypothesis is true.

บทนำ

การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐตามนโยบายของการดำเนินงานของระบบการประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity&Transparency Assessment: ITA) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความโปร่งใส (Transparency) 2) ความพร้อมรับผิด (Accountability) 3) ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption – Free) 4) วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) และ 5) คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) จะใช้เครื่องมือในการประเมินจำนวน 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสำรวจความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน ส่วนที่ 2 แบบสำรวจ (Internal Transparency Assessment: IIT) และส่วนที่ 3 แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment: EBIT) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, 2560)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. (ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม และ สร้างเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) แนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐนั้น ได้กำหนดองค์ประกอบในการประเมินที่คำนึงถึงหลักธรรมาภิบาล จรรยาบรรณสากล และวัฒนธรรมของประเทศไทยเป็นหลัก โดยการสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วม ในการต่อต้านการทุจริตภายในองค์กรของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำสู่องค์กรที่มีคุณธรรมและความโปร่งใส ไม่ยอมรับให้มีการทุจริตคอร์รัปชันทุกรูปแบบ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ได้จัดทำคู่มือระบบการป้องกันการละเว้น การปฏิบัติหน้าที่ในการกิจหลักและภารกิจสนับสนุน⁽¹⁾ เพื่อให้ผู้บริหารในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานในภารกิจหลัก และภารกิจสนับสนุนของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางการปฏิบัติตนตาม หลัก

จรรยาข้าราชการแห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๕๖ ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน จรรยาข้าราชการพลเรือน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นไปด้วยความชอบธรรมตามหลักระบบคุณธรรม (Merit System) สอดคล้องกับการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ถือปฏิบัติตามคู่มือระบบการป้องกันการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ ในการกิจหลักและภารกิจสนับสนุน หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเคร่งครัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีภาระงานรับนโยบายในการปฏิบัติงานในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยมี การดำเนินการตรวจสอบและประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มาตั้งแต่ปี 2559 โดยผลการประเมินพบว่าหน่วยงานในสังกัด มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

ผู้รับบริการในหน่วยบริการในภาครัฐ ถือว่าเป็นผู้มีส่วนสำคัญยิ่งในการให้บริการ ทั้งนี้ ผู้รับบริการถือได้ว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจากการให้บริการ ผู้วิจัยในฐานะของผู้รับผิดชอบงานด้านดำเนินการตรวจสอบและประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) จึงมีความสนใจที่จะศึกษา การดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในบริหารจัดการของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ในทัศนคติของผู้รับบริการ ปี 2564 เพื่อนำมาประกอบผลการประเมินการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านคุณธรรม และความโปร่งใสในการบริหารงานดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรม และความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564

2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยการเก็บข้อมูลครั้งเดียวในช่วงเวลาที่กำหนด (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรม และความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2564 และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของปัจจัยลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทการรับบริการ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2564 โดยใช้แบบสอบถามการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ประชาชนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 10 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 10 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ในระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2564 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane, 1974) ได้กลุ่มตัวอย่าง 399.713 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัย จะดำเนินการเก็บข้อมูลเท่ากับ 400 คน **คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม โดยประยุกต์ใช้ของ แบบสอบถามงานวิจัยของ ทิพวรรณ ข้าโท.

(2562) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ กรณีศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุโขทัย ซึ่งผ่านการทดสอบและหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาเนื้อหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยรายละเอียดของแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และเหตุผลที่มาโรงพยาบาล มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติในด้านการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลชุมชน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า ลักษณะเป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับความคิดเห็น 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 10 – 40 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการดี

เกณฑ์การให้คะแนน (Likert, 1961)

ตัวเลือก	ทางบวก คะแนน	ทางลบ คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลด้านคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชนในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ ลักษณะเป็นประโยคบอกเล่า จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ประกอบด้วย

ด้านความโปร่งใส จำนวน 4 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 4 – 16 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีความโปร่งใสต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการดี

ด้านความพร้อมรับผิด จำนวน 6 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 4 – 24 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีความพร้อมรับผิด ต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการดี

ด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 4 – 12 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงานต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการดี

ด้านคุณธรรมในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน จำนวน 2 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 4 – 8 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีคุณธรรมในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ต่อการมีคุณธรรม และความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการดี

เกณฑ์การให้คะแนน (Likert, 1961)

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

โดยคะแนนที่ได้รับจะนำมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ยตามด้วยระดับความสำคัญ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้ (Best, 1977,p.14)

ระดับคะแนน	ความหมาย
0.01 -1.00	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.01 – 2.00	ไม่เห็นด้วย
2.01 – 3.00	เห็นด้วย
3.01 – 4.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ และเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วย t-test และ F-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63 และเพศชาย จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 20 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 41 -60 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.8 รองลงในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 47.0 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 32.5 รองลงมาได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 21.0 เหตุผลที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมาพบแพทย์ ร้อยละ 27.0 รองลงมาเป็นผู้มาติดต่องานอื่น ๆ ร้อยละ 24.5

2. ข้อมูลทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการการ การดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2564

2.1 ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการการ การดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี2564 ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใส โดยมีคะแนนเฉลี่ย(Mean) = 3.25 – 3.50 SD=.528 – .732 โดยข้อที่มีคะแนนสูงในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. ท่านรู้สึกไม่ดีถ้าโรงพยาบาลมีการรับสินบนแล้วทำให้บริการดีขึ้น (Mean=3.50 SD=.530) รองลงมาได้แก่ ข้อ 9. ท่านรู้สึกดีที่เห็นว่าโรงพยาบาลรายงานความก้าวหน้า (Mean=3.46 SD=.528) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. ท่านรู้สึกขึ้นชอขที่โรงพยาบาลเปิดเผย ไม่ปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูล (Mean=3.25 SD=.572)

2.2 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการการ การดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี2564 ในแต่ละด้าน ที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ด้านด้านความโปร่งใส ด้านความพร้อมรับผิด และด้านคุณธรรมในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความโปร่งใส (Mean) = 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)=.436 ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. รพ.ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของผู้มารับบริการ เพื่อนำ ไปพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงาน (Mean= 3.30 SD=.602) ด้านความพร้อมรับผิด คะแนนเฉลี่ย (Mean) = 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)=.420 ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5. ผู้บริหารของ รพ.มุ่งมั่นปฏิบัติ งานอย่างโปร่งใส ซื่อสัตย์(Mean= 3.40 SD=.543) ด้านคุณธรรมในการปฏิบัติงานในหน่วยงานคะแนนเฉลี่ย (Mean) = 3.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)=.530 ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. รพ.มีการกำหนดขั้นตอนในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เป็นระบบ ทำให้เกิดความสะดวกในการมารับบริการ (Mean= 3.29 SD=.591) ส่วนด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในหน่วยงาน ที่มีข้อคำถามเป็นลบ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยในระดับไม่เห็นด้วย โดยคะแนนเฉลี่ย (Mean) = 1.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)=.372 ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านถูกเรียกสินบนจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.(Mean =1.20 SD=.569)

3. ปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการผู้ป่วยนอก ปี 2564 ได้แก่

เพศ ของกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value = 0.016) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต (p-value=0.044) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อายุ มีผลต่อทัศนคติ (p-value = .029) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต (p-value = .016) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ระดับการศึกษาอายุ มีผลต่อความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value = .013) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีผลต่อความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value = .025) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ประเภทของการมารับบริการ มีผลต่อความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value = .010) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ความแตกต่างของปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการผู้ป่วยนอก ปี 2564

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กับ ทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ทัศนคติ		ความคิดเห็นด้านความโปร่งใส		ความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด		ความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต		ความคิดเห็นด้านคุณธรรมในการทำงาน ^๑	
	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
เพศ	2.182	.140	.114	.736	5.839	.016*	4.090	.044*	2.347	.126
อายุ	3.041	.029*	2.140	.095	.968	.408	3.495	.016*	1.179	.317
ระดับการศึกษา	.888	.447	1.678	.171	2.981	.031*	.516	.671	1.234	.297
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.993	.095	2.816	.025*	1.662	.158	.524	.718	1.277	.278
ประเภทของการมารับบริการ	1.759	.136	3.391	.010*	1.426	.225	.793	.530	.994	.410

*นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่มี ลักษณะข้อมูลพื้นฐานแตกต่างกัน จะมี ความสัมพันธ์ กับทัศนคติ และความคิดเห็นแตกต่างกันดังนี้

ด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value=.016) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต (p-value=.044) ต่างกัน ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ต่างกันจะมี ทัศนคติ (p-value=.029) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต (p-value=.016) ต่างกัน ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value=.031) ต่างกัน ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างที่มี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value=.025) ต่างกัน ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านประเภทของการมารับบริการ กลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทของการมารับบริการ ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value=.010) ต่างกัน ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย “ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน คุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2564 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีทัศนคติ ที่ดีต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใส โดยมี คะแนนเฉลี่ย(Mean) = 3.25 – 3.50 SD=.528 - .732) โดยข้อที่มี คะแนนสูงในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด สอดคล้องกับการ วิจัยของ วีระ ฤกษ์วานิชย์กุล (2551) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความ คิดเห็นต่อการปฏิบัติตาม หลักธรรมาภิบาลของราชการส่วน ภูมิภาค:ศึกษากรณี ที่ทำการปกครองอำเภอเมืองนครพนม จังหวัด นครพนม” พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่ ัธรรมาภิบาลของ ราชการส่วนภูมิภาคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อีกส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจาก นโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมกร ให้บริการด้านหน้าของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ เน้นการให้บริการที่เป็นเลิศด้านพฤติกรรมบริการ ทำให้ ภาพลักษณ์ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดค่อนข้างดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วน ใหญ่ เป็นประเภผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 27.0 ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้ แม้เพียงได้รับการบริการ ที่เป็นพฤติกรรมด้านหน้าที่ดี ก็จะทำให้เกิดความประทับใจจน แผลงไปถึงความรู้สึกดี ดี และตอบคำถามที่เอนเอียงไปทางบวก ดังจะเห็นได้ว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การ ได้รับข้อมูลในการดำเนินงานความก้าวหน้า (Mean=3.46 SD=.528) แต่จะรู้สึกไม่ดีถ้าถ้าโรงพยาบาลมีการรับสินบนแล้วทำ ให้บริการดีขึ้น (Mean=3.50 SD=.530)

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการการ การ ดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี2564 พบว่า ในแต่ละด้าน ที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ด้านด้านความ โปร่งใส ด้านความพร้อมรับผิด และด้านคุณธรรมในการ ปฏิบัติงานในหน่วยงาน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยในระดับเห็น ด้วยอย่างยิ่ง (Mean=3.26 ,3.32,3.27)ตามลำดับ และไม่เห็นด้วย ในส่วนของด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในหน่วยงาน ที่มีข้อ คำถามเป็นลบ (mean = 1.24) แสดงว่า กลุ่มเป้าหมายมีความ คิดเห็นในเชิงบวกมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน โดยเรียงลำดับจากคะแนน เฉลี่ยมากไปหาน้อยได้แก่ความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด รองลงมาได้แก่ด้านคุณธรรมในการปฏิบัติงาน ด้านความโปร่งใส และด้านความปลอดภัยจากการทุจริต ซึ่ง สอดคล้องกับการวิจัย

ของ วีระ ฤกษ์วานิชย์กุล (2551) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็น ต่อการปฏิบัติตาม หลักธรรมาภิบาลของราชการส่วนภูมิภาค: ศึกษากรณี ที่ทำการปกครองอำเภอเมืองนครพนม จังหวัด นครพนม” พบว่า หน่วยงานมีธรรมาภิบาลอยู่ในระดับมากทั้ง 6 ด้าน โดยเรียงลำดับมาไปหาน้อย ได้แก่ หลักความรับผิดชอบ หลักความคุ้มค่า หลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักนิติ ธรรม และ สุดท้ายคือหลักคุณธรรม

ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และ ความ คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ ของ กลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ กับความคิดเห็นด้านความพร้อมรับ ผิด (p-value = 0.016) ความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการ ทุจริต (p-value=0.044) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมี ความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด) ต่างกัน (p-value=.016) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริตต่างกัน (p-value=.044 นั้นอาจเนื่องมาจาก เพศหญิงกับเพศชายมีลักษณะ ความคิดเห็นด้านการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงใน สังคมชนบท มักมีความยึดหยุ่น ในการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ไม่ ต้องการมีความขัดแย้งกับใคร แต่เพศชายมักมีลักษณะที่มี กฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นหลักการ ทำให้มีข้อเรียกร้องในสิทธิที่ ควรได้ค่อนข้างมาก และส่วนใหญ่มักมีบทบาททางสังคมในชนบท สูงกว่าเพศหญิง ซึ่งปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์ในการ ดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กร สอดคล้อง กับ การวิจัยของอนูรัตน์ จักรเจริญพรชัย (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของประชาชนต่อ การบริหารจัดการตามหลักธรร มาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษากรณีองค์การ บริหาร ส่วนตำบลหมอนนาง อำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี” พบว่า คุณลักษณะของประชาชนที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ คิดเห็นของประชาชนต่อการบริหาร จัดการตามหลักธรรมาภิบาล ขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์ กับทัศนคติ(p-value =.029) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการทุจริต (p-value =.016) โดย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ต่างกันจะมี ทัศนคติ (p-value=.029) และความคิดเห็นด้านความปลอดภัยจากการ ทุจริต (p-value=.016) ต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มอายุ ในแต่ละกลุ่ม มักมีความคิดเห็นในแต่ละช่วงอายุที่แตกต่างกันอัน เนื่องมาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ในแต่ละกลุ่มวัย โยใน กลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุในช่วง 20 – 40 ปี (กลุ่มตัวอย่างที่มีมาก ที่สุดคือ กลุ่มอายุ 20-40 ปีคิดเป็นร้อยละ 45.8)ซึ่งเป็นกลุ่มที่มี การทำงานและมีความคิดในเชิงสังคมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อัน

เนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร ทางสื่อออนไลน์ ตามกระแสโลกไร้พรมแดน ทำให้กลุ่มนี้ มีการแสดงออกทางความคิดที่มีระบบและมีหลักการค่อนข้างแรง ประกอบกับกระแสสังคมที่สนับสนุนการดำเนินงานในทุกภาคส่วนให้มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ทำให้กลุ่มอายุ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานด้านคุณธรรม และความโปร่งใสของโรงพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ อนุรัตน์ จักรเจริญพรชัย (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของประชาชนต่อ การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษากรณีองค์การบริหาร ส่วนตำบลหมอนาง อำเภอนนทบุรี จังหวัดชลบุรี” พบว่า คุณลักษณะที่แตกต่างของประชาชน ด้านอายุ เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบลหมอนาง ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ กับความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value = .013) และระดับการศึกษา ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความพร้อมรับผิด (p-value=.031) ต่างกัน นั้น อาจเป็นเพราะว่าระดับการศึกษาจะมีส่วนโน้มนำในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน โดยระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา จะมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานที่มีความโปร่งใส และความพร้อมรับผิด มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.8 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อนุรัตน์ จักรเจริญพรชัย (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของประชาชนต่อ การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษากรณีองค์การบริหาร ส่วนตำบลหมอนาง อำเภอนนทบุรี จังหวัดชลบุรี” พบว่า คุณลักษณะของประชาชนที่แตกต่างประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ กับความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value = .025) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value=.025) ต่างกัน ทั้งนี้ อาจ

เนื่องมาจาก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ผู้ที่มีรายได้น้อย มักต้องใช้เวลาทำงานมาก ส่วนผู้ที่มีรายได้มาก มักจะต้องชวนหาความรู้และทักษะเพิ่มเติมอยู่เสมอ ทำให้มีอุปกรณ์การสื่อสารที่ทันสมัยมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ทำให้มีการศึกษาบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรต่าง ๆ ที่มาใช้บริการ

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประเภทของการมาใช้บริการ มีความสัมพันธ์ กับความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value = .010) โดย กลุ่มตัวอย่างที่มี ประเภทของการมารับบริการ ต่างกันจะมีความคิดเห็นด้านความโปร่งใส (p-value=.010) ต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีประเภทการมารับบริการแต่ละประเภทนั้น มีความคาดหวังที่แตกต่างกัน โดยถ้าประเภทการมารับบริการเป็นผู้ป่วยที่จะมาพบแพทย์ก็จะมีคาดหวังว่าจะได้รับการที่เป็นกันเอง ยาหรืออุปกรณ์ที่ได้ต้องมีความรับผิดชอบ ต้องตรงและสามารถรักษาโรคหรืออาการที่ตรงกับความเจ็บป่วยทำให้ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ต้องโปร่งใส และเป็นธรรม ซึ่งจะแตกต่างกับความคาดหวังของผู้มารับบริการประเภทอื่น ๆ ซึ่งจะสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ร้อยละ 27.0

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลนำไปใช้ประกอบในการวางแผนพัฒนาการเสริมสร้างคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโรงพยาบาล
2. จากการวิจัย พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการผู้ป่วยนอกมีทัศนคติที่ดี ต่อการดำเนินงาน และปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมทั้งประเภทของการมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและความคิดเห็นต่อการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การให้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานจึงควรพิจารณาให้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกกลุ่ม อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในรายละเอียดปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการขับเคลื่อนแผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรม กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2564) สืบค้นจาก <http://blqs.dmsc.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564

- การจัดอันดับการทุจริตของประเทศไทย สืบค้นจาก <https://tradingeconomics.com/Thailand/corruption-rank> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- กัลยา เนติประวัติ. การยอมรับรูปแบบการจัดองค์การทางสังคมแบบใหม่ ตามหลักบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ในองค์การภาครัฐโดยใช้กรณีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://dric.nrct.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- ชนิกานต์ ไสยเกื้อ. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, 2561; 10(1): 132-147.
- ดวงพร หวานแก้ว. ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมอนามัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2559.
- ธวัช ติระวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ จากผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียภายในโรงพยาบาล. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- ทิพาพรรณ ขำไท้. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐกรณีศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 2562; 13(1): 25-33.
- เบญจวรรณ นาคนาโส. เอกสารวิชาการ ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของกรมปศุสัตว์. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมปศุสัตว์; 2561.
- ปริญญ์ วิรัตติยา. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหาร กิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีของข้าราชการสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. สืบค้นจาก <https://dric.nrct.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546).(ออนไลน์) สืบค้นจาก https://www.sac.or.th/main/uploadtents/2017_20170201110249-1.pdf 2. สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- ภิกค์ศักดิ์ กัลยาณมิตร และคณะ. ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. วารสารโลยลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 2560; 7: 67-80.
- มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ขององค์การบริหารส่วนตำบลศรีประจันต์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2561.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายหน่วยงาน เทศบาลเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประจำปีงบประมาณ 2560. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2561.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2561) ยุทธศาสตร์ชาติ(พ.ศ.2561-2580)สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- ราชกิจจานุเบกษา. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. 2546.
- ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติมาตรการของฝ่าย บริหารในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. 2551.
- วรพจน์ ประชิตวัตติ. การมีส่วนร่วมของประชาชนใน องค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. สืบค้นจาก <http://www.western.ac.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- วีระ ฤกษ์วานิชย์กุล. ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตาม หลักธรรมาภิบาลของราชการส่วนภูมิภาค: ศึกษากรณีที่ทำการปกครองอำเภอเมือง นครพนม จังหวัดนครพนม. สืบค้นจาก <https://dric.nrct.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564
- ศรัณย์ จันทร์ดี. หลักนิติธรรมและความสัมพันธ์ แบบอุปถัมภ์กับการพัฒนาประชาธิปไตย: ศึกษาจากทัศนคติของนายอำเภอทั่วประเทศ. สืบค้นจาก <http://dric.nrct.go.th>. สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- สมศักดิ์ เจริญผล. ความคิดเห็นของสมาชิกองค์การ บริหารส่วนตำบล ที่มีต่อศักยภาพในการทำงานขององค์การบริหารส่วนตำบล: ศึกษากรณี อำเภอ พานทอง จังหวัดชลบุรี. สืบค้นจาก <http://etheses.aru.ac.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
21. เสกสรรค์ นิสัยกล้า. การนำนโยบายหลักการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี(ธรรมาภิบาล) ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://www.tnrr.in.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข)2559. - สืบค้นจาก <https://waa.inter.nstda.or.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564
- สำนักงาน กพร. PMQA 4.0 ปี2564 สำนักงาน กพร. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- สำนักประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. คู่มือการประเมิน ITA 2562 การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ Integrity and Transparency Assessment. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สำนักงาน ป.ป.ท.; 2562.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ Integrity and Transparency Assessment : ITA ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สำนักงาน ป.ป.ท.; 2558.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สำนักงาน ป.ป.ท.; 2560.
- สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดลำพูน. รายงานผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ จังหวัดลำพูน ประจำปีงบประมาณ 2560. เชียงใหม่: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
- อนุรัตน์ จักรเจริญพรชัย.ความคิดเห็นของประชาชนต่อ การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษากรณี องค์การบริหาร ส่วนตำบลหมอนนาง อำเภอนนทบุรี จังหวัดชลบุรี. สืบค้นจาก <https://thaijo.org> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564.
- อภิชาติ โชติชัยवालกุล.หลักธรรมาภิบาลกับ การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองสะเดา อำเภอสามสูง จังหวัดสุพรรณบุรี. สืบค้นจาก <http://fulltext.mu.ac.th> สืบค้นเมื่อ มกราคม 2564
- องค์การบริหารส่วนตำบลกุแหระ. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลกุแหระ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นครศรีธรรมราช: องค์การบริหารส่วนตำบลกุแหระ; 2561.

ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุณทริก

EFFECT OF PHARMACEUTICAL CARE ON DRUG RELATED PROBLEMS IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT HEMODIALYSIS DEPARTMENT, BUNTARIK HOSPITAL

(Received: July 2, 2021 ; Accepted: August 9, 2021)

ลิขิต ผลดี¹

Likhit Pholdee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม เก็บข้อมูลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลบุณทริก โดยเภสัชกรค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ระหว่างเดือน มกราคม 2564 ถึง มีนาคม 2564 ติดตามผู้ป่วยหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรมสัปดาห์ที่ 4 ถึง 12 วัดผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยา (PCNE V. 8.02) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก คุณภาพชีวิต (KDQOL-SF version 1.3) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Chi-Square Test และ Paired T-Test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 30 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.50 ± 13.76 ปี จำนวนรายการยาที่รับประทาน 8.50 ± 1.92 ชนิด/วัน พบผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยา 19 ราย (ร้อยละ 63) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาลดลงเหลือ 12 ราย (ร้อยละ 40) ปัญหาผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 36.67 ลดลงเหลือร้อยละ 13.33, $p\text{-value}=0.005$) ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือปัญหาไม่เอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา (จากร้อยละ 56.67 เหลือร้อยละ 36.67 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และ ปัญหาไม่ได้ผลจากการรักษา (จากร้อยละ 6.67 เหลือร้อยละ 3.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ด้านผลการยอมรับของแพทย์และผู้ป่วยตามคำแนะนำของเภสัชกร พบว่าได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 68.42 เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 ของปัญหาทั้งหมด, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 73.68 เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 ของปัญหาทั้งหมด, $p\text{-value}=0.002$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม ($p\text{-value} < 0.05$) หลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม, ปัญหาจากการใช้ยา, กระบวนการจัดการปัญหาการใช้ยา, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

The main objective of this study was to evaluate the effects of pharmaceutical care on drug related problems (DRPs) in hemodialysis patients, comparing before and after pharmacist intervention. This quasi-experimental study was conducted at the hemodialysis center at Buntharik hospital. All hemodialysis patients were included. Data were collected between January to March 2021. Patients received pharmaceutical care including medication counseling, identifying, preventing, and resolving DRPs, and education on dietary and lifestyle modification. Each patient was followed-up every week for 4-12 weeks. Identified DRPs were categorized according to The Pharmaceutical Care Network Europe Foundation classification version 8.02 (PCNE V. 8.02) and compared clinical outcomes and quality of life (KDQOL-SF version 1.3) at before and after the provision of pharmaceutical care. The association between categorical variables was analyzed using the Chi-square test and Paired T-Test.

30 hemodialysis patients were included. The mean age of the study population was 56.50 ± 13.76 years, the patients took 8.50 ± 1.92 medications daily. At the beginning of the study, it was found that 19 patients have DRPs (63%) and at the end of study period, the number of patients with DRPs was reduced to 12 patients have DRPs (40%). the non-compliance problem, when compared with the beginning of the study, there was significant reduction in the

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ประสานงานบทความ: นายลิขิต ผลดี เบอร์ติดต่อ : 0-4595-9937-8, E-mail : likhitpholdee@hotmail.com

number of patients with non-compliance problem (36.67 % v.s. 13.33%, p-value=0.005). The most frequently found DRPs was untreated symptoms or indication (17 patients v.s. 11 patients). The second most common DRPs was no effect of drug treatment (2 patients v.s. 1 patients) when compared with the beginning of the study. It was found that intervention accepted and fully implemented were significantly increased when compared to before the pharmaceutical care (68.42 % v.s. 91.67 % of all number of pharmaceutical care services, p-value =0.002). The problem totally solved significantly increased when compared to before the pharmaceutical care (73.68% v.s. 83.33 %, p-value =0.002). Fasting blood sugar and serum phosphate were also significantly decreased when compared to the baseline value (P-value<0.05). The quality of life has been improved significantly in after the pharmaceutical care (p-value <0.001)

Key words: pharmaceutical car, drug related problems, PCNE version 8.02, hemodialysis

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD)) ที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) คือ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. ซึ่งไตของผู้ป่วยเองไม่สามารถทำหน้าที่รองรับการขับของเสียและสภาวะต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ (National Kidney Foundation, 2012; โสมพันธ์ เจือแก้ว และคณะ, 2557) จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ซึ่งมุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายจากโรค รักษาคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย และครอบครัว แพทย์และทีมรักษาควรกระตุ้นให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความเห็นและมุมมองเกี่ยวกับการรักษาระหว่างทีมและผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การ

ตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของทั้งลักษณะเฉพาะบุคคล จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สนองตอบต่อเป้าหมายและคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด การบำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไตล้วนทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่าวิธีไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นขบวนการนำเลือดของผู้ป่วยเข้าสู่เครื่องไตเทียม โดยเลือดที่ออกจากผู้ป่วยจะผ่านตัวกรอง (Hemodialyzer) เพื่อแลกเปลี่ยนน้ำสารต่าง ๆ ที่ละลายอยู่ในเลือดและน้ำยาด้วยกระบวนการออสโมซิสและอัลตราฟิลเตรชัน ใช้เวลา 4-5 ชั่วโมงต่อรอบ ก่อนนำเลือดที่ได้รับการฟอกแล้วกลับเข้าสู่ร่างกายโดยไปรับบริการที่สถานรักษาพยาบาล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกายได้ในระยะเวลาอันสั้น และแก้ไขภาวะความเป็นกรดของเลือดได้อย่างรวดเร็ว แต่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ ภาวะเลือดจาง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความเป็นกรดต่างในเลือด ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ภาวะขาดวิตามินดี ภาวะแทรกซ้อนของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องรับประทานยาหลายชนิดร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้

เกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems หรือ DRPs) เช่น การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการรับประทานยา (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา, 2561) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาผู้ป่วย ทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง โดยทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพอันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และอีกหลายวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วย เภสัชกรสามารถช่วยบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาจากการใช้ยารวมถึงความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจปัญหาและร่วมหาทางแก้ไขปัญหากับคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2560)

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามที่ต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วยการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา (ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ และคณะ, 2559) มีการศึกษาการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าสามารถลดปัญหาจากการใช้ยา ตลอดจนเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามที่สั่งลดลงจากร้อยละ 68 เหลือร้อยละ 16.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อชญา เหมะจันทรม, 2553) ทำให้จำนวนปัญหาเฉลี่ยลดลงจาก 4.59 ± 2.13 ปัญหาต่อราย เหลือ 1.36 ± 1.00 ปัญหาต่อรายในเดือนที่ 1-3 และ 1.45 ± 1.41 ปัญหาต่อรายในเดือนที่ 4-6 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (กานต์ธีรา ชัยเรียบ และคณะ, 2561) ดังนั้นเภสัชกรควรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์และความปลอดภัยจากการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (สุภา

ภรณ์ แก้วชนะ และคณะ, 2563; อภิรติ หย่างไพบุลย์ และคณะ, 2552) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Chuemongkon และคณะ, 2014)

ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลบุณทรภีมีการพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยไตเทียมด้วยการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจสอบประวัติยาเดิม เปรียบเทียบยาอื่นที่มีในโรงพยาบาลว่ามีความเหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ประเมินของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE version 8.02) รวมถึงประเมินคุณภาพชีวิตและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการวิจัยเรื่องผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุณทรภี เพื่อเป็นการทบทวนการดำเนินงาน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยา ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังให้การบริหารเภสัชกรรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2563-127 รับรองวันที่ 14 ธันวาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุณทรภี จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับยาเพื่อการรักษาโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาล

บุณฑริกต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 2) ได้รับยาเพื่อการรักษาโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลบุณฑริกต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ หรือไม่มีญาติ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ 3) ผู้ป่วยขอถอนตัวในระหว่างระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้งที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเดินทางมารับการรักษา ผู้ดูแลขณะฟอกไต ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนรายการยาที่รับประทาน และ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ประกอบด้วย การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้เกณฑ์ KDOQI 2012 (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) (National Kidney Foundation, 2012) และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดโรงพยาบาลบุณฑริก

ส่วนที่ 3 ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ได้ดัดแปลงการจัดกลุ่มปัญหาตามแบบ Helper และ Strand (Strand และคณะ, 1990; ปรีชา มณฑานติกุล, 2547)

ส่วนที่ 4 ประเมินการจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นกระบวนการค้นหาและจัดการปัญหาโดยใช้เกณฑ์ประเมินของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE version 8.02) (Mil และคณะ, 2017) แบ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (Problem, P) สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (Cause of DRPs, C) การแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องยา (Interventions, I) การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหาล (Acceptance of the Intervention, A) และผลลัพธ์ (Outcome of intervention, O)

2. แบบสอบถาม “คุณภาพชีวิตในโรคไต” ฉบับย่อ เวอร์ชัน 1.3 (KDQOL-SF version 1.3)

ประกอบด้วยคำถามสุขภาพทั่วไป 36 รายการ (36-Item Health survey scale) 8 หัวข้อและคำถามเฉพาะต่อโรคไต (Kidney disease-target scale) 12 หัวข้อ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ส่วนที่เฉพาะเจาะจงกับโรคไตอยู่ในช่วง 0.49-0.86 และส่วนคำถามทั่วไปอยู่ในช่วง 0.78-0.97 (วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์ และคณะ, 2553) คำถามทั่วไปมี 9 ด้าน ได้แก่ ส่วนที่ 1 สภาวะทางกาย (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (4 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความเจ็บปวด (2 ข้อ) ส่วนที่ 4 การรับรู้สุขภาพทั่วไป (5 ข้อ) ส่วนที่ 5 ความกระปรี้กระเปร่ามีพลัง (4 ข้อ) ส่วนที่ 6 หน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ) ส่วนที่ 7 ข้อจำกัดบทบาทของปัญหาทางอารมณ์ (3 ข้อ) ส่วนที่ 8 สุขภาพจิตทั่วไป (5 ข้อ) และส่วนที่ 9 รายงานสภาวะร่างกายปัจจุบัน (1ข้อ) ส่วนคำถามที่เฉพาะต่อโรคไตวายเรื้อรัง มี 11 ด้าน ได้แก่ ส่วนที่ 1 อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (12 ข้อ) ส่วนที่ 2 ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย (8 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต (4 ข้อ) ส่วนที่ 4 สถานภาพในการทำงาน (2 ข้อ) ส่วนที่ 5 สมรรถภาพในการรับรู้ (3 ข้อ) ส่วนที่ 6 คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3 ข้อ) ส่วนที่ 7 สมรรถภาพทางเพศ (2 ข้อ) ส่วนที่ 8 การนอนหลับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 9 การได้รับความสนับสนุนจากสังคม (2 ข้อ) ส่วนที่ 10 การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่

(2 ข้อ) และส่วนที่ 11 ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง (1 ข้อ) แปลผลดังนี้ คะแนนร้อยละ 10.8 - 29.9 คุณภาพชีวิตแย่มาก คะแนนร้อยละ 30.0 - 57.5 คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 57.6 - 75.4 คุณภาพชีวิตดี คะแนนร้อยละ 75.5 - 87.8 คุณภาพชีวิตดีมาก คะแนนร้อยละ 87.9 -100.0 คุณภาพชีวิตดีเยี่ยม

ขั้นตอนการวิจัย

1. การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อ ทบทวน กระบวนการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ชี้แจง โครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ตามโครงการวิจัย

2. การบริหารทางเภสัชกรรม

2.1 การค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ได้แก่ การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การค้นหา ปัญหาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการตรวจสอบ ประวัติยาเดิม

2.2 การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ ยา ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านยา การปรับพฤติกรรม ที่มีผลต่อการรักษา

2.3 การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ได้แก่ การแก้ไขด้านผู้สั่งใช้ยา การแก้ไขด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล การแก้ไขด้านยา และการส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน

3. การติดตามและประเมินผล ติดตามผู้ป่วย เดือนที่ 1-3

4. สรุปผลการดำเนินงาน โดยการวัดผลลัพธ์ ก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้แก่ ผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยา (PCNE V. 8.02) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และคุณภาพชีวิต KDQOL-SF version 1.3

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-Square test และ Paired t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ การจัดการปัญหาการใช้ยา ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินการบริบาลทาง เภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาล บุณทริก มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 30 ราย เพศหญิงร้อยละ 56.67 เพศชายร้อยละ 43.33 อายุ เฉลี่ย 56.50 ± 13.76 ปี ส่วนมากจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 93.33 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 โรคเบาหวานร้อยละ 53.33 ระยะเวลาที่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ย 61.53 ± 36.34 เดือน จำนวนรายการยาที่รับประทาน 8.50 ± 1.92 ชนิด/วัน ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 13.33

2. ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การ บริบาลทางเภสัชกรรมทำให้ปัญหาผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ รับประทานยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ เทียบกับก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 36.67 ลดลงเหลือร้อยละ 13.33, $p\text{-value}=0.005$) และทำให้ปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยาลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริบาลทาง เภสัชกรรม (จากร้อยละ 50.00 ลดลงเหลือร้อยละ 23.33, $p\text{-value}=0.003$)

ตารางที่ 1 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-Compliance and Non-adherence)

ข้อมูล (N=30 ราย)	ก่อน		หลัง		p-value
	เหตุการณ์	ร้อยละ	เหตุการณ์	ร้อยละ	
ไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัว	18	60.00	1	3.33	0.406
เลือกที่จะไม่รับประทานยา	11	36.67	4	13.33	0.005*
ลืมรับประทานยา	15	50.00	7	23.33	0.003*
ไม่มีผู้ดูแลหรือคอยส่งมอบยาให้	1	3.33	0	0.00	NA
ไม่ตรงตามนัดหรือไม่มารับยาตามที่กำหนด	1	3.33	0	0.00	NA

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$, NA= Not available, ผู้ป่วย 1 รายมีปัญหามากกว่า 1 ปัญหา

3. ผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยา การจัดการปัญหาการใช้ยาโดยใช้เกณฑ์ประเมินของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE version 8.02) พบก่อนบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาทุกประเภทรวม 19 ราย หลังบริหารทางเภสัชกรรมลดลงเหลือ 12 ราย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Problem, P) ส่วนมากเป็นปัญหามีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา (จากร้อยละ 56.67 เหลือร้อยละ 36.67 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และปัญหาไม่ได้ผลจากการรักษา (จากร้อยละ 6.67 เหลือร้อยละ 3.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด) (ตารางที่ 2)

สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Cause of DRPs, C) ที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่งซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 36.67 เหลือร้อยละ 20.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด, $p\text{-value} = 0.009$) (ตารางที่ 3)

การแก้ไขปัญหามีเกี่ยวกับยา (Interventions, I) ส่วนมากให้คำปรึกษาด้านยา (จากร้อยละ 63.33 เหลือร้อยละ 36.67 ของผู้ป่วยทั้งหมด, $p\text{-value} = 0.017$) รองลงมาคือ พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/

ผู้ดูแล (จากร้อยละ 40.00 เหลือร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด, $p\text{-value} = 0.007$) และ แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ (จากร้อยละ 10.00 เหลือร้อยละ 6.67 ของผู้ป่วยทั้งหมด, $p\text{-value}=0.007$) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (ตารางที่ 4)

การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหา (Acceptance of the Intervention, A) พบว่าได้รับการยอมรับแพทย์และผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากได้รับการยอมรับทั้งหมดร้อยละ 68.42 เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 ของปัญหาทั้งหมด, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ผลลัพธ์ (Outcome of intervention, O) พบว่าปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จากร้อยละ 73.68 เพิ่มขึ้นร้อยละ 83.33 ของปัญหาทั้งหมด, $p\text{-value}=0.002$) และหลังบริหารทางเภสัชกรรมไม่พบปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีผู้ป่วย 2 รายที่ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Problem, P)

ข้อมูล (N=30 ราย)	ก่อน		หลัง		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
P1.1 ไม่ได้ผลจากการรักษา	2	6.67	1	3.33	0.786
P1.3 มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา	17	56.67	11	36.67	0.858

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 3 สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Cause of DRPs, C)

ข้อมูล (N=30 ราย)	ก่อน		หลัง		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
C5.2 ไม่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นกับผู้ป่วย	5	16.67	4	13.33	0.236
C7.1 ผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	11	36.67	6	20.00	0.009*
C7.2 ผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าแพทย์สั่ง	3	10.00	2	6.67	0.156

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 4 การแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา (Interventions, I)

ข้อมูล (N=30 ราย)	ก่อน		หลัง		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
I1 ด้านผู้สั่งใช้ยา					
I1.1 แจ้งปัญหาต่อผู้สั่งใช้ให้ทราบ	3	10.00	2	6.67	0.007*
I1.3 เสนอการแก้ไขต่อผู้สั่งใช้ยา	2	6.67	1	3.33	0.033*
I2 ด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล					
I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยา	19	63.33	11	36.67	0.017*
I2.2 พุดคุยกับสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	12	40.00	3	10.00	0.007*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05, ผู้ป่วย 1 รายมีการแก้ไขปัญหามากกว่า 1 ปัญหา

ตารางที่ 5 การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา (Acceptance of the Intervention, A)

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		p-value
	เหตุการณ์	ร้อยละ	เหตุการณ์	ร้อยละ	
A1.1 ได้รับการยอมรับทั้งหมด	13	68.42	11	91.67	<0.001*
A1.2 ได้รับการยอมรับและดำเนินการบางส่วน	4	21.05	1	8.33	0.472
A1.3 ได้รับการยอมรับแต่ยังไม่ดำเนินการ	2	10.53	0	0.00	NA
การยอมรับต่อการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับยา	19	100.00	12	100.00	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05, NA= Not available

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ (Outcome of intervention ,O)

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
O1 ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข	14	73.68	10	83.33	0.002*
O2 ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	3	15.79	2	16.67	0.605
O3 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข	2	10.53	0	0.00	NA
ผลลัพธ์	19	100.00	12	100.00	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05, NA= Not available

4. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของ KDOQI 2012 โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จาก 146.03 ± 11.56 mg/dL ลดลงเหลือ 110.530 ± 2.34 mg/dL, p-value = 0.008) ระดับ

โพแทสเซียมในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จาก 4.43 ± 0.13 mEq/L เป็น 4.91 ± 0.15 mEq/L, p-value <0.001) และระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จาก 4.32 ± 0.46 mg/dl เป็น 3.04 ± 0.30 mg/dL, p-value=0.001) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกก่อนและหลังให้การบริหารทางเภสัชกรรม

ผลตรวจ	เป้าหมาย	ผล		p-value
		ก่อน	หลัง	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	<140 mmHg	141.20 ± 2.43	138.26 ± 3.25	0.431
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	<90 mmHg	71.33 ± 1.94	71.40 ± 2.15	0.970
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS)	70–130 mg/dL	146.03 ± 11.56	110.530 ± 2.34	0.008*

ฮีมาโตคริต(Hematocrit; Hct)	30-34.5%	26.63±0.91	26.93±0.73	0.645
ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin;Hb)	10-11.5 (max13g/dl)	8.38±0.28	8.41±0.22	0.869
serum ferritin	200-800 ng/mL	322.86±46.32	425.38±100.41	0.167
ระดับโพแทสเซียมในเลือด	3.5-5.5 mEq/L	4.43±0.13	4.91±0.15	<0.001*
ระดับฟอสเฟตในเลือด	2.7-4.9 mg/dL	4.32±0.46	3.04±0.30	0.001*
ระดับแคลเซียม	9.0-10.2 mg/dL	8.96±0.13	8.76±0.17	0.064
ระดับอัลบูมินในเลือด	3.5-5.5 g/dL	3.78±0.05	3.71±0.05	0.090
ระดับไบคาร์บอเนตในเลือด	18-24 mmol/L	19.65±0.52	19.17±0.30	0.351
ค่า serum creatinine, (SCr)	เพิ่มต่ำกว่า 1.5 เท่า	13.28±0.61	12.98±0.59	0.418
ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	ลดต่ำกว่า 4 mL/min/1.73m2/ปี	3.66±0.22	3.30±0.14	0.113

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05, ตามเกณฑ์ KDOQI 2012

5. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การประเมินคุณภาพตามแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SF version 1.3) หลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิต ด้านข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพ

ทางกาย ความกระปรี้กระเปร่ามีพลัง อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สมรรถภาพในการรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) (ตารางที่ 8) หลังบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับดีเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 6.67 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.67) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หมวด	ข้อมูล	คะแนนเฉลี่ย		Mean (diff)	p-value
		ก่อน	หลัง		
	คำถามสุขภาพทั่วไป				
1	สภาวะทางกาย (10)	21.46±0.91	21.33±.93	-0.13	0.292
2	ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (4)	6.46±0.28	7.33±0.19	+0.86	0.003*
3	ความเจ็บปวด (2)	5.30±0.39	5.56±0.37	+0.26	0.174
4	การรับรู้สุขภาพทั่วไป(5)	21.50±0.31	21.56±0.28	+0.06	0.745
5	ความกระปรี้กระเปร่ามีพลัง (4)	11.56±0.63	11.86±0.68	+0.30	0.047*
6	หน้าที่ทางสังคม (2)	6.13±0.17	5.90±0.20	+0.56	0.128
7	ข้อจำกัดบทบาทของปัญหาทางอารมณ์ (3)	4.96±0.22	4.63±0.26	-0.33	0.059
8	สภาพอารมณ์และจิตใจโดยทั่วไป (5)	22.40±0.77	22.36±0.79	-0.03	0.875
9	รายงานสภาวะร่างกายปัจจุบัน (1)	2.50±0.14	2.70±0.15	+0.20	0.056
	คำถามเฉพาะต่อโรคไต				
10	อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย(12)	21.43±0.67	24.93±0.77	+3.50	<0.001*
11	ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย (8)	16.50 ± 0.30	16.86±0.34	+0.36	0.133
12	ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต (4)	12.23±0.58	12.03±0.56	-0.20	0.206
13	สถานภาพในการทำงาน (2)	3.96±0.033	3.93±0.04	-0.03	0.325
14	สมรรถภาพในการรับรู้ (3)	10.46±0.19	10.93±0.19	+0.46	0.032*
15	คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3)	7.46±0.29	7.60±0.31	+0.13	0.103
16	สมรรถภาพทางเพศ (2)	1.00	0.96±0.03	-0.03	0.325
17	การนอนหลับ (4)	17.40±0.38	17.83±0.38	+0.43	0.177
18	การได้รับความสนับสนุนจากสังคม (2)	6.76±0.17	6.90±0.24	+0.13	0.502

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หมวด	ข้อมูล	คะแนนเฉลี่ย		Mean (diff)	p-value
		ก่อน	หลัง		
19	การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่(2)	2.70±0.20	2.76±0.18	+0.06	0.325
20	ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง (1)	6.33±0.19	6.26±0.19	-0.06	0.325
21	สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย(1)	7.70 ± 0.18	7.66±0.19	-0.03	0.823
	คะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด (รวม 388 คะแนน)	212.86±1.56	219.43±1.69	+6.56	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

ตารางที่ 9 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ร้อยละคะแนนคุณภาพชีวิต	ความหมาย	ก่อน		หลัง	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
57.6 - 75.4	ดี	2	6.67	11	36.67
30.0 - 57.5	ปานกลาง	28	93.33	19	63.33

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยา ใน การศึกษานี้พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้ปัญหาผู้ป่วยเลือกที่ จะไม่รับประทานยาและปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยา ลดลง (จากร้อยละ 36.67 ลดลงเหลือร้อยละ 13.33, p-value=0.005) สอดคล้องกับ อัจฉา เหมะจันทร์ ศึกษาศึกษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าหลังการบริหาร ทางเภสัชกรรมทำให้ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียมไม่ใช้ยาตามที่ตั้งลดลง (จากร้อยละ 68 ลดลง เหลือร้อยละ 16.67, p-value <0.001) (อัจฉา เหมะ จันทร์, 2553) และวรรณคล เข้มมิ่งคลและคณะ ศึกษาศึกษาที่โรงพยาบาลพรัตนราชธานี พบว่าหลังให้ คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมี ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (ก่อน: ร้อยละ 75.64±15.19; หลัง: ร้อยละ 87.99±9.36; p<0.001) (Chuemongkon และ คณะ, 2014)

การศึกษานี้ใช้กระบวนการค้นหาและจัดการ ปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์ประเมินของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือปัญหามีอาการหรือ ขอบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา (P1.3) (ก่อนร้อยละ 56.67 หลังร้อยละ 36.67 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และ ปัญหาไม่ ได้ผลจากการรักษา (P1.1) (ก่อนร้อยละ 6.67 หลังร้อยละ

3.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด) แตกต่างจากการศึกษา ของ Savitha R และคณะศึกษาปัญหาการใช้ยาใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือปัญหาเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา(P2.1) ร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม(P1.2) ร้อยละ 28 (Savitha และคณะ, 2020) และ Roy DA และคณะศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ พบมากที่สุดคือปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ เกี่ยวข้องกับยา(P2.1) ร้อยละ 79.94 รองลงมาคือ มีอาการ หรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา (P1.3) ร้อยละ 11.61 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม (P1.2) ร้อยละ 5.39 (P1.2) (Roy และคณะ, 2020) นอกจากนี้ Subeesh VK และคณะยังพบปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาร้อยละ 59.94 ความถี่การให้ยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 11.57 มี ข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับยา ร้อยละ 11.28 ให้ยาขนาดมากไป ร้อยละ 4.15 และไม่ปรับยาตามการทำงานของไต ร้อย ละ 2.97 (Subeesh และคณะ, 2020)

การศึกษานี้พบยอมรับของแพทย์และผู้ป่วยตาม คำแนะนำของเภสัชกรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (จาก ร้อยละ 68.42 เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 ของปัญหา ทั้งหมด, p-value <0.001) ส่วนการศึกษาของ อัจฉา เหมะจันทร์ พบการยอมรับของแพทย์ตามคำแนะนำ ของเภสัชกรคิดเป็นร้อยละ 90 ของคำแนะนำที่ให้ และ ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรร้อยละ 84

(อัชญา เหมะจันทร์, 2553) รวมถึง อภิรติ หย่างไพบูลย์และคณะ พบว่าแพทย์ตอบรับการบริบาลทางเภสัชกรรมร้อยละ 77.5 จะเห็นว่าแต่ละการวิจัยได้รับการยอมรับจากแพทย์แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมรักษาผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละสถานที่ และประสบการณ์ของเภสัชกรที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (อภิรติ หย่างไพบูลย์และคณะ, 2552)

2. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก การศึกษานี้พบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมักมีฟอสเฟตสูง หากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้ระดับ Parathyroid hormone สูงขึ้น ระดับวิตามินดีลดลง ผู้ป่วยจะกล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกพรุนเร็วขึ้นควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสเฟตสูง เช่น นมและผลิตภัณฑ์จากนมทุกรูปแบบ ไข่แดง ถั่วแห้งและอาหารที่ทำจากถั่ว พวกเมล็ดแห้ง เช่น เมล็ดแตงโม เมล็ดฟักทอง เมล็ดดอกทานตะวัน ลูกนัท งาอาหารที่ทำจากยีสต์ และควรระมัดระวังการใช้ยาชนิดยาสวนทวารหนัก เพราะมีสารประกอบฟอสเฟต โดยทั่วไปแพทย์มักสั่งยา “จับ” ฟอสเฟต ให้ผู้ป่วยรับประทานพร้อมอาหาร (โสมพันธ์ เจือแก้ว และคณะ, 2557) แต่การศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง นั้นไม่พบความแตกต่างระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ($P=0.453$) อัตราการกรองของไต ($P=0.092$) ก่อนและหลังดำเนินงาน (สุภาภรณ์ แก้วชนะ และคณะ, 2563)

3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การศึกษานี้พบหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) แตกต่างจากการศึกษาของ กานต์ธีรา ชัยเรียบ และคณะ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระยะเวลา 3 เดือน คะแนน

คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากสภาวะโรคของผู้ป่วยที่ได้ดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้ายแล้ว ทำให้คะแนนที่ประเมินได้ไม่เพิ่มขึ้นมาก (กานต์ธีรา ชัยเรียบ และคณะ, 2561) และ มนสิดา อารีกุล พบว่าหลังการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน (มนสิดา อารีกุล, 2542)

4. สรุปผล ผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่าหากมีเภสัชกรมาให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถลดปัญหาการใช้ยา เพิ่มความร่วมมือในการรับประทายาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายไม่สามารถแก้ไขปัญหจากการใช้ยาให้หมดลงได้ จะเห็นได้จากหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมยังพบปัญหาลิ้มรับประทายา เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแต่ละรายได้รับยาหลายรายการ อาจมีความเข้าใจในยาที่ได้รับแตกต่างกัน นอกจากนี้ในแต่ละเดือนแพทย์อาจปรับเปลี่ยนขนาดยาตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ ส่วนปัญหาเลือกที่จะไม่รับประทายา ยังพบผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อและความคิดของตนจึงไม่ยอมปฏิบัติตามที่เภสัชกรแนะนำ เช่น ไม่ได้เคี้ยวยาเนื่องจากฟันไม่ดี ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่างจริงจังหรือปฏิบัติยาก เช่น การรับประทายาธาตุเหล็กก่อนอาหาร 2 ชั่วโมง การลิ้มรับประทายา แม้จะเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรง แต่เป็นสิ่งที่ต้องย้ำเตือนผู้ป่วยเป็นประจำ และในบางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติตามซึ่งขึ้นกับปัจจัยแวดล้อมตัวผู้ป่วยในช่วงนั้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษารังต่อไปควรเพิ่มการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้าน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ จะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยในขณะที่ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ให้การดูแลช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรนำรูปแบบการบริหารเภสัชกรรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษ เช่น ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณทีมสหสาขา

วิชาชีพที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลบุญทริก ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่อนุญาตให้เขาถึงข้อมูลการวิจัย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กานต์ธีรา ชัยเรียบ, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ และ วรรัตน์ อนุสรณ์เสียม. (2561). การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(2), 324-336.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2560). บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคไตที่บ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ. Retrieved from https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=907
- คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ชาญกิจ พุฒิเลพงศ์ และ อาณัติ สกฤตทรัพย์ศิริ. (2559). การบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา(ออนไลน์). Retrieved from <https://chulaprep.com/tmpUploads/2.%20การบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา.pdf>
- ปรีชา มนทกานติกุล. (2547). การให้การบริหารทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบ. ใน เฉลิมศรี ภูมิมางกูร and กฤตติกา ตัญญาแสนสุข (บรรณาธิการ), โอสถกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.
- มนิสิตา อารีกุล. (2542). การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถีวิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วงศ์ทิพารัตน์ มั่นยานนท์, อรอนงค์ วลีจรรเลิศ และ ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช. (2553). การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SF™) ฉบับภาษาไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2(1), 15-23.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดระดับประคับประคอง. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สุภาภรณ์ แก้วชนะ และ วรรัตน์ อนุสรณ์ เสียม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลนางรอง. วารสารเภสัชกรรมไทย, 12(1), 195-206.
- โสมพันธ์ เจือแก้ว และ ศิราณี เครือสวัสดิ์. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรติ ห่วงไพบูลย์, มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย และ สมฤทัย วัชรวิวัฒน์. (2552). การตอบรับของแพทย์ พยาบาล และ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรม. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 4(2), 217-226.
- อัษฎา เหมะจันทร์. (2553). ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมที่มีต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าวิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- Chuemongkon, W., Sukyoo, P. and Kruetiwa, N. (2014). The effects of medication counseling on drug compliance in peritoneal dialysis patients at peritoneal dialysis clinic in Nopparat Rajathane Hospital, Bangkok. UPS, 10(3), 339-353.

- Mil, J., Horvat, N. and Westerlund, T. (2017). Classification for Drug Related Problems V8. 02. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation [serie na Internet].
- National Kidney Foundation. (2012). KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update. American Journal of Kidney Diseases, 60(5), 850-886.
- Roy, D. A., Shanfar, I., Shenoy, P., Chand, S. and KC, B. R. (2020). Drug-related problems among chronic kidney disease patients: a clinical pharmacist led study. International Journal of Pharmaceutical Research, 12(4).
- Savitha, R., Ramesh, M., Shetty, M. S. and Kiran, K. (2020). Drug-Related Problems and Pharmacist Interventions in Inpatients with Chronic Kidney Disease. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences, 11(1), 960-966.
- Strand, L. M., Morley, P. C., Cipolle, R. J., Ramsey, R. and Lamsam, G. D. (1990). Drug-related problems: their structure and function. Dcnp, 24(11), 1093-1097.
- Subeesh, V. K., Abraham, R., Sai, M. V. S. and Koonisetty, K. S. (2020). Evaluation of prescribing practices and drug-related problems in chronic kidney disease patients: A cross-sectional study. Perspectives in Clinical Research, 11(2), 70.

ผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin Results of Pharmaceutical care on patients taking warfarin

(Received: July 12,2021 ; Accepted: August 23,2021)

สุวรส ลีลาศ¹

Suwaros Leelat

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการบริหารเภสัชกรรมต่อระดับ INR, ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา DRPs ที่คลินิก วาร์ฟาริน รพ.สิรินธร วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย 47 ราย ที่ยังคงได้รับการบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งหลังจากได้รับการบริหารเภสัชกรรมจากคลินิกวาร์ฟาริน ผลลัพธ์: ค่า INR ที่อยู่ในระดับเป้าหมายหลังการให้คำปรึกษา (53.2%) สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษา (21.3%) อย่างมีนัยสำคัญ, $P < 0.03$, คะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากการให้คำปรึกษาจาก 5.11 ± 1.71 เป็น 5.62 ± 1.52 , $P < 0.024$ พบปัญหาเกี่ยวกับยา: DRP 33 ราย ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงทางยา สมุนไพร อาหาร (48.5%) และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา (33.07%) พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา Warfarin 13 ราย โดยมีภาวะเลือดออกเกิดขึ้น 13 ครั้ง (100%) และไม่พบภาวะลิ่มเลือดอุดตัน อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือรอยฟกช้ำ (84.6%) และเลือดออกตามไรฟัน (15.4%) ไม่พบภาวะเลือดออกที่รุนแรง บทสรุป การบริหารเภสัชกรรมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายหลังการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การบริหารเภสัชกรรม, คลินิกวาร์ฟาริน

Abstract

Objective: To study the effects of pharmaceutical care on INR levels, knowledge regarding drug use, and drug related problems; DRPs at the warfarin clinic Sirindhorn Hospital. **Methods:** This study was a quasi-experimental research collecting that data prospectively from 47 patients continuing to receive services at least 4 times after receiving pharmaceutical care from the warfarin clinic **Results:** Frequencies of INR within therapeutic range post-counseling (53.2%) were significantly higher than pre-counseling (21.3%), $P = 0.03$. Knowledge score on warfarin was increased significantly after counseling from 5.11 ± 1.71 to 5.62 ± 1.52 , $P < 0.024$. Among the 33 cases of warfarin found Drug related problem: DRP, the most common problems were new-change in medicine, herb, diet (48.5 %) and non-compliance (33.07 %). Among the 13 cases of warfarin found of adverse drug reactions associated with Warfarin, bleeding occurred 13 times (100%) and no thromboembolic events was found. The most common symptoms were bruising (84.6%) and scurvy (15.4%), no major bleeding events was found. **Conclusion** Pharmaceutical care improved knowledge on drug use and INR within the target range after counseling were significantly.

Keywords: Pharmaceutical care, Warfarin clinic

บทนำ

Warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย กลไกการออกฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือดเกิดจากยาช่วยในการยับยั้งกระบวนการสร้าง Vitamin K-dependent coagulation factors ในขั้นตอนของการเกิด Cyclic interconversion ของ Vitamin K และ Vitamin K epoxide ทำให้ร่างกายขาด Coagulation factors II, VII, IX และ X ทำให้เลือดแข็งตัวช้า จึงเรียกเป็นยาในกลุ่ม Vitamin K antagonist (VKA) ยามีหลายข้อบ่งใช้ ได้แก่ 1) Deep vein thrombosis (DVT) หรือ

Pulmonary embolism (PE) 2) Mechanical prosthetic heart Valves 3) การให้ยาในข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น Valvular atrial fibrillation (AF), Embolic stroke หรือ Recurrent cerebral infarction, Dilated cardiomyopathy with intracardiac thrombus เป็นต้น เนื่องจากยา Warfarin มีเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ที่มีความซับซ้อน มีค่าดัชนีการรักษาคแคบ (Narrow therapeutic index) ขนาดยาที่เหมาะสมแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และขนาดยาที่เหมาะสมยังเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับยา Warfarin ในกระแสเลือด เช่นเชื้อชาติ,

¹ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร ต.นิคมลำโดมน้อย อ.สิรินธร จ.อุบลราชธานี 34350 ผู้ติดต่อ: suwaros_lee@hotmail.com, 083-4692718

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย, โรคที่เป็นร่วม, อาหารที่มี Vitamin K สูง, อันตรกิริยาระหว่างยา เป็นต้น การติดตามผลของยา Warfarin เพื่อให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสม ใช้วิธีตรวจเลือดเพื่อหาค่า INR (International Normalized Ratio) โดยค่า INR ที่เหมาะสมแตกต่างกันไปตามข้อบ่งชี้ โดยส่วนมากอยู่ที่ช่วง 2.0-3.0 (Moderate intensity) แต่อย่างไรก็ตามถ้าพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกขณะที่ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย อาจพิจารณาลดค่าเป้าหมาย เช่นค่า INR เป้าหมาย 2.0-2.5 ในผู้ป่วย Mechanical prosthetic heart valves หรือ 1.5-2.0 ในผู้ป่วย Atrial fibrillation³

อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่แปรตามค่า INR ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะเลือดออก (Bleeding) และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) นอกนี่ยังพบอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น ผิวหนังตาย (Skin necrosis) แขนขามีเนื้อตายเป็นสีดำ (Limb gangrene) พบได้เล็กน้อยร้อยละ 0.01- 0.1 สำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากยา Warfarin ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตคือภาวะเลือดออกในสมองพบได้ร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตจากยา Warfarin⁵ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ Monica b et al. 2012 ศึกษาภาวะเลือดออก และการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin จำนวน 162 ราย พบว่าค่า INR ที่สูงกว่า 9 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออก ได้แก่ อายุ การทำงานของไต และการดื่มแอลกอฮอล์⁶

จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลสิรินธรในปีงบประมาณ 2563 (ค.ศ.2562-ส.ศ.2563) มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin 53 ราย มีผู้ป่วยมารับยา Warfarin 349 ครั้ง ได้รับการเจาะเลือดหาค่า INR ทั้งหมด 486 ครั้ง จำนวน INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2.00-3.00) 114 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.46 ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีค่า INR ที่สูงกว่า 9 จำนวน 34 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.95 มี Drug related problem: DRP จากการใช้ยา warfarin จำนวน 19 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยหยุดยาเอง, ผู้ป่วยกินยาผิดขนาด, ผู้ป่วยขาดยา เป็นต้น จาก DRP ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อปรับขนาดยา หรือให้การรักษาเพิ่มเติมเนื่องจากมีค่า INR มากกว่าค่าเป้าหมาย และพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาเกิดภาวะเลือดออกรุนแรง 1 ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ quasi-experimental research โดยเปรียบเทียบร้อยละของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมาย, ความรู้ในการใช้ยาก่อนหลังการบริหารเภสัชกรรม และศึกษาปัญหาจากการได้รับยา warfarin (drug related problems; DRPs) หลังผู้ป่วย

ได้รับคำปรึกษาโดยเภสัชกรครบ 3 ครั้ง และทำการประเมินในครั้งที่ 4

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิก warfarin แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563-เมษายน 2564 จังหวัดอุบลราชธานี มีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1) เข้ารับการบริการคลินิก warfarin และได้รับการบริหารเภสัชกรรมครบ 3 ครั้ง 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 3) ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมที่มีผลกระทบต่ออาการของยา warfarin ได้แก่ โรคไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism), โรคขาดฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism), โรคไต, โรคกระดูก และภาวะพร่องวิตามินเค (Vitamin K deficiency)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษาดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ เช่นผู้ป่วยจิตเวช 2) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา 3) ผู้ป่วยขอถอนตัวในระหว่างระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้
2 แบบประเมินความรู้ผู้ป่วย ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นคำถาม 10 ข้อ ปรับปรุงมาจากแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (2553) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และ ตอบผิด หรือตอบไม่ได้ เท่า 0 คะแนน การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อพิจารณาหาความสอดคล้องของแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยว่าตรงตามคุณลักษณะ หรือองค์ประกอบที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งสามารถทำได้โดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Item-objective congruence index) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาจากค่า IOC ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของคุณลักษณะหรือองค์ประกอบที่ต้องการวัด

3 สมุดประจำตัวผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้จัดให้มีการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (pre-counseling) โดยเภสัชกรประจำคลินิกเก็บข้อมูลตามแบบติดตามการข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin โดยมีข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ดังนี้

1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ประวัติการสูบบุหรี่, และประวัติการดื่มสุรา

2 โรค และภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ได้แก่ โรคร่วมในระหว่างการรักษา, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

3 ข้อมูลการรักษาด้วยยา warfarin ได้แก่ ข้อบ่งใช้ที่ได้รับยา warfarin, ผลการตรวจค่า INR, ขนาดยาที่ใช้, วิธีบริหารยา, ความร่วมมือในการรับประทานยา, อันตรกิริยาระหว่างยา, สมุนไพร, อาหาร หรืออาหารเสริม, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา warfarin โดยใช้ Naranjo's algorithm และผลการประเมินความรู้ของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน แสดงผลในรูปความถี่ และร้อยละ การเปรียบเทียบผลของค่า INR, อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา warfarin โดยใช้ Pearson chi-square test โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมใช้ Paired t-test

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า INR ของผู้ป่วยก่อน และหลังการบริหารเภสัชกรรม (n = 47)

ค่า INR	ก่อนการบริหารเภสัชกรรม	หลังการบริหารเภสัชกรรม	Df	P – Value
ต่ำกว่าเป้าหมาย (< 2.0)	19 (40.4)	16 (34.0)	2	0.03*
อยู่ในเป้าหมาย (2.0-3.0)	10 (21.3)	25 (53.2)		
สูงกว่าเป้าหมาย (>3.0)	18 (38.3)	6 (12.8)		

*Pearson chi-square test

3. ผลการบริหารเภสัชกรรมต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin การประเมินความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ด้วยแบบประเมินจำนวน 10 ข้อ เปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังการบริหารเภสัชกรรมเมื่อครบ 3 ครั้ง พบว่าก่อนการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 5.11 ± 1.71 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) หัวข้อที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดคือ “ข้อบ่งใช้ และความจำเป็นที่ต้องได้รับยา” คิดเป็นร้อยละ 80.9 หัวข้อที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ “เป้าหมายการติดตามผลการรักษาด้วยค่าไอ-เอ็น-อาร์ (INR) และความสำคัญของมาพบแพทย์ตามนัด” คิดเป็นร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin 47 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.1) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 83) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Atrial fibrillation (AF) Deep vein thrombosis และ Myocardial infarction (MI) (ร้อยละ 66.0, 12.8 และ 12.8 ตามลำดับ) จำแนกตามค่า INR พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียา INR ไม่อยู่ช่วงเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 78.7

2. ผลการบริหารเภสัชกรรมต่อค่า INR ผลของการบริหารเภสัชกรรมโดยเปรียบเทียบค่า INR ก่อน และหลังให้คำแนะนำเมื่อครบ 3 โดยเภสัชกร ครั้ง พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมายการรักษา (INR < 2.00) : ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในเป้าหมายการรักษา (INR = 2.00 – 3.00) : ผู้ป่วยที่มีค่า INR สูงกว่าเป้าหมายการรักษา (INR > 3.00) มีการเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 40.4 : 21.3 : 38.3 ก่อนการบริหารเภสัชกรรม เป็นร้อยละ 34 : 53.2 : 12.8 หลังการบริหารเภสัชกรรม (P = 0.03) ซึ่งการบริหารเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วย มีค่า INR อยู่ในระดับเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

ละ 27.7 หลังจากผู้ป่วยเข้าการบริหารเภสัชกรรมครบ 3 ครั้ง พบว่าคะแนนความรู้รวมเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.024) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 5.62 ± 1.52 คะแนน หัวข้อที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดคือ “พฤติกรรมกาสูบ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียงจากยา” คิดเป็นร้อยละ 95.7 หัวข้อที่ผู้ป่วยตอบถูกน้อยที่สุดคือ “เป้าหมายการติดตามผลการรักษาด้วยค่าไอ-เอ็น-อาร์ (INR) และความสำคัญของมาพบแพทย์ตามนัด” คิดเป็นร้อยละ 36.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin ก่อนและหลังการบริหารเภสัชกรรม

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูก	
	ก่อน	หลัง
1.ทราบชื่อ และสีของเม็ดยาที่ใช้อยู่	37 (78.7)	40 (85.1)
2.ทราบข้อบ่งใช้ และความจำเป็นที่ต้องได้รับยานี้	38 (80.9)	39 (83.0)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูก	
	ก่อน	หลัง
3.ทราบวิธีการกินยาที่ถูกต้อง และข้อควรปฏิบัติเมื่อลืมกินยา	22 (46.8)	24 (51.1)
4.ทราบวิธีการปฏิบัติตัวหากเกิดบาดแผล หรือ อุบัติเหตุ	24 (51.1)	28 (59.6)
5.ทราบว่าหากต้องการซื้อยา ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม ต้องปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร ก่อนทุกครั้ง	17 (36.2)	18 (38.3)
6.ทราบความสำคัญของสมุนไพรประจำตัว และบัตรประจำตัวผู้ป่วย	20 (42.6)	24 (51.1)
7.ทราบว่าหากไปพบแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรด้วยปัญหาโรคอื่นต้องแจ้งว่าได้รับยา warfarin ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ	14 (29.8)	19 (40.4)
8.ทราบเป้าหมายการติดตามผลการรักษาด้วยค่าไอเอ็นอาร์ (INR) และความสำคัญของมาพบแพทย์ตามนัด	13 (27.7)	17 (36.2)
9.ทราบผลข้างเคียง วิธีเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา	18 (38.3)	19 (40.4)
10.ทราบว่าพฤติกรรมกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียงจากยา	37 (78.7)	45 (95.7)
Mean±SD	5.11 ± 1.71	5.62 ± 1.52
p-value*	0.024	

*Paired t-test

3. ปัญหาจากการใช้ยา warfarin (Drug related problem: DRP) การบริหารเภสัชกรรมพบปัญหาจากการใช้ยา warfarin (Drug related problem: DRP) จำนวน 33 ครั้ง ปัญหาที่พบมากที่สุด คือเรื่อง New-change in medicine, herb, diet 16 ครั้ง (ร้อยละ 48.5) และ non compliance 11 ครั้ง (ร้อยละ 33.07) ตามลำดับ ตารางที่ 3 นอกจากนี้มีอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากยา Warfarin 13 ครั้ง ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ในการศึกษานี้กำหนดเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาวะเลือดออก พบ 13 ครั้ง (ร้อยละ 100) และภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน 0 ครั้ง โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ จำเผลอบริเวณผิวหนัง 11 ครั้ง (ร้อยละ 84.6) และพบเลือดออกตามไรฟัน 2 ครั้ง (ร้อยละ 15.4) ทั้งนี้ไม่พบอาการแทรกซ้อนที่เป็นภาวะเลือดออกรุนแรงใดๆ

ตารางที่ 3 ปัญหาจากการใช้ยา warfarin (Drug related problem: DRP)

ปัญหาจากการใช้ยา: DRP	จำนวน (ร้อยละ)
Non compliance	11 (33.3)
New-change in medicine, herb, diet	16 (48.5)
Lifestyle change smoke, alcohol	3 (9.1)
New/Recent illness	1 (3.0)
Drug-drug/Drug-herb interaction	2 (6.1)
รวม	33 (100)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้จัดให้มีการให้คำปรึกษาก่อนพบแพทย์ (pre-counseling) ผลการบริหารเภสัชกรรมช่วยเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin และจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในเป้าหมายของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งตรงกับผลการศึกษาที่แสดงว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา warfarin มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมค่า INR ให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิก warfarin นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบข้อบ่งใช้ของยา และชื่อยา ลักษณะของเม็ดยา แต่ไม่ค่อยทราบเรื่องการติดตามผลการรักษาด้วยค่าไอเอ็นอาร์ (INR) และความสำคัญของมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งมักทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 83) บางส่วนอ่านหนังสือไม่ได้, ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องรับประทานยาเอง จึงเป็นกลุ่มที่เภสัชกรควรให้ความรู้ และทบทวนความเข้าใจขึ้น และใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ปฏิทินรับประทานยา และรูปภาพ เพื่อช่วยเสริมความเข้าใจในการใช้ยาให้ถูกต้อง

ส่วนข้อมูลภาวะอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การศึกษานี้กำหนดเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาวะเลือดออก และภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน การสังเกตอาการแสดงภาวะเลือดออกได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จำเผลอตาม ตัว เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระมีสีดำ มีเลือดออกที่ช่องคลอด หรือประจำเดือนมามากผิดปกติ ปัสสาวะเป็นเลือด และเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การสังเกตอาการแสดงภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้แก่ มีอาการขาหรือปวดมือ

และทำมือ เท้าเย็น พุดลำบาก มีอาการอัมพาต หรือเป็นลมหมดสติ โดยเป้าหมายของบริบาลเภสัชกรรมอีกข้อหนึ่ง คือ ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา warfarin ตามเป้าหมายของการรักษา อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ควรน้อยกว่าร้อยละ 5 ซึ่งคำนวณจากจำนวนครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คูณด้วย 100หารจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจากการศึกษาถือว่าบรรลุเป้าหมายของการรักษา

ปัญหาจากการใช้ยา warfarin (Drug related problem: DRP) ในการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเรื่องของความร่วมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มี vitamin K สูง การซื้อยาใช้เอง การใช้สมุนไพร พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ซึ่งในการศึกษานี้ DRP ที่พบมากที่สุด คือ เรื่อง New-change in medicine, herb, diet 16 ครั้ง (ร้อยละ 48.5) ส่วนใหญ่พบว่ามีการรับประทานอาหารที่มี vitamin K สูง และ non compliance 11 ครั้ง (ร้อยละ 33.07)

ตามลำดับ บางส่วนเกิดจากปัญหาจากการปรับขนาดของยาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา และเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างกันได้ จึงต้องมีระบบจัดการที่ดี การสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีกลุ่มควบคุม การศึกษาแบบวัดผลก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างอาจปรับพฤติกรรมเพราะรู้ว่าถูกติดตาม และประเมินผลทำให้ผลลัพธ์ต่าง ๆ ในการวิจัยดีขึ้น โดยไม่ได้เป็นผลแท้จริงของการแทรกแซง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร โรงพยาบาลสิรินธร ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Harikrishnan P, Palaniswamy C, Aronow WSJ Cardiovasc Pharmacol Ther. 2014 Mar; 19(2):159-69.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : 21-6
- สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ, 2560 “COMMON PITFALL IN WARFARIN MANAGEMENT”
file:///C:/Users/phm/Downloads/pitfall%20of%20warfarin%20therapy.pdf. 3 สิงหาคม, 2563
- Weinberg AC, Lieskovsky G, McGehee WG, Skinner DG. Warfarin necrosis of the skin and subcutaneous tissue of the male genitalia. Journal of Urology. 1983;130:352-354)
- Fang MC, Go AS, Chang Y, Hylek EM, Henault LE, Jensvold NG, et al. Death and disability from warfarin associated intracranial and extracranial haemorrhages. American Journal of Medicine. 2007;120:700-705
- American Journal of Clinical Pathology, Volume 138, Issue 4, October 2012, Pages 546–550, <https://doi.org/10.1309/AJCPJ2GMDS7BXLQ>
- สมชาย วรจิเกษมสกุล, 2554 “การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา”, ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.
<http://www.udru.ac.th/index.php/elearning-king-84-years-book02.html>. 1 พฤศจิกายน, 2558
- วราพร เลียบทวี. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเทียมที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- Perrero, P. P., Willoughby, D. F., Eggert, J. A., & Counts, S. H. (2004). Warfarin therapy in older adults: Managing treatment in the primary care setting. Journal of Gerontological Nursing, 30(7), 45-54.

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Development of Competency Framework for Professional Nurses in The Emergency Department, Sirinthorn Khon Kaen Hospital

(Received: August 13,2021 ; Accepted: August 25,2021)

กิตติศักดิ์ นาสูงชน¹
Kittisak Nasoongchon¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของมาร์เรลลี, ทอนโดรา, และ ฮอจ (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 9 คน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามที่ได้รับการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การสัมภาษณ์พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) การพัฒนากรอบสมรรถนะฉบับร่าง และ 4) การหาความตรงตามเนื้อหาของกรอบสมรรถนะฉบับร่าง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 91 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ โดยแบ่งออกเป็น 11 ด้าน คือ 1. ด้านการคัดกรอง 2. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที 3. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน 4. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ 5. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป 6. ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 7. ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 8. ด้านการบันทึกทางการแพทย์และสถิติรายงาน 9. ด้านการส่งรักษาต่อ 10. ด้านงานเชิงรุก และ 11. ด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิคุณลักษณะและพฤติกรรมบริการ

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ABSTRACT

The purpose of this developmental study was to develop a competency framework for the registered nurses of an emergency unit in the emergency department, Sirinthorn Khon Kaen Hospital by applying the competency framework development model of Marrelli, Tondora, and Hoge (2005). The samples were chosen by purposive sampling and consisted of nine emergency nurses and three experts. The instrument used was an interview guideline validated by three experts. The development process included: 1) reviewing the relevant literature, 2) interviewing emergency nurses, 3) developing a draft of the competency framework, and 4) content validating the draft of the competency framework. The results of the study revealed that the competency framework of registered nurses in the emergency unit consisted of 91 behavioral indicators which could be divided into five dimensions: 1. Screening 2. resuscitation 3. Emergency 4. urgent nursing 5. less –urgent 6. non-urgent 7. emergency nursing8. Recording Nursing and statistical reports 9. Referral 10. Proactive and 11. Legal and ethic

Keyword: Competency Framework for Professional Nurse

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 เกือบทุกประเทศทั่วโลก จากการวิเคราะห์สถานการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินของคนไทยล่าสุดในปี 2563 ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั่วประเทศปีละ 12 ล้านครั้ง และเมื่อพิจารณาจาก อัตราการตายจากอุบัติเหตุต่อประชากรหนึ่งแสนในปี 2560 พบว่า มีอัตราการตายต่อประชากร หนึ่งแสนคนเท่ากับ 58.9 ซึ่ง คิดเป็นผู้เสียชีวิต 36,855 คน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2564) บทบาทของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนไปในด้านบริการมีการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุการณ์ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุ การประสานงาน การให้คำแนะนำและดำเนินการมีพยาบาลเป็นกำลังหลักในการจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายของรัฐบาลมีบทบาทในด้านการบริหารจัดการหน่วยบริการพัฒนาคุณภาพ การให้บริการของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านวิชาการต้องเรียนรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ฝึกอบรมการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและมีบทบาทในการจัดหลักสูตรการศึกษารวมทั้งเริ่มมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากความหลากหลายของผู้ป่วยที่มารับบริการนี้ทำให้พยาบาลที่ทำงานอยู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึง ต้องมีความรู้ความสามารถที่หลากหลายดังกล่าวมาข้างต้น อีกทั้งปัจจุบันในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรทางการศึกษา การบริการธุรกิจและอุตสาหกรรมต่างเห็นความสำคัญและใช้ตัวแบบสมรรถนะหรือโมเดลสมรรถนะ (competency model) เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากรและกำลังคน เพื่อให้มีทักษะความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ท่ามกลางสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง อย่างมากเนื่องจากปัญหาต่างๆเช่นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโรคและประชากรที่มีอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็วและการเกิดลดลง ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพและการดูแลผู้ให้บริการจึงมีการเปลี่ยนแปลง(Fukada, 2018) เช่นเดียวกันกับพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วย โดยเพิ่มทักษะด้านการบริหาร และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น และสมรรถนะยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการสนับสนุนตัวชี้วัดหลัก (KPI) ให้บรรลุเป้าหมาย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549) นอกจากนี้การแข่งขันองค์กรยุคใหม่ล้วนให้ความสำคัญของคนที่มีสมรรถนะ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการทำงานที่ดีที่สุดต่อผู้ใช้บริการขององค์กรนั้น องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความสำคัญต่อสังคมในมิติของการดูแลสุขภาพ พยาบาลที่อยู่ในองค์กรจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในระดับที่ได้มาตรฐาน หรือเพียงพอที่จะสามารถให้การดูแลแก่ผู้รับบริการ (รชตวรรณ ศรีตระกูล, 2549) ในปี 2550 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) มีนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือนที่มุ่งเน้นพัฒนาข้าราชการโดยยึดหลักสมรรถนะและพัฒนาขีดความสามารถเพื่อให้ข้าราชการพลเรือนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลง พัฒนางานในหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นบุคลากรในสังกัดหน่วยงานภาครัฐจึงต้องคำนึงถึงการกำหนดสมรรถนะการประเมินสมรรถนะ และสร้างแบบประเมินสมรรถนะของบุคลากรในองค์กรเพื่อที่จะทำให้การทำงานบรรลุเป้าหมายขององค์กร เช่นเดียวกับการประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้บริหารทราบถึงระดับสมรรถนะของพยาบาลนำข้อมูลไปพัฒนาสมรรถนะ และการประเมินเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลมีความตื่นตัวรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพรวมถึงพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม เนื่องจากลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการด่านหน้า ให้บริการแก่ผู้มารับบริการด้านสุขภาพและงานบริการผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตโดยเฉพาะในภาวะคุกคามชีวิต (life-threatening condition) ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องการการประเมินที่แม่นยำและชัดเจน เพื่อให้การบำบัดรักษาที่รวดเร็ว เพราะชั่วโมงทองของชีวิต (golden hour) มีระยะเวลาไม่นาน หากสมองขาดออกซิเจนนานเกิน 4 นาที อาจทำให้เสียชีวิตและเกิดความพิการได้ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการช่วยเหลือที่ล่าช้าทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (vital organ) ไม่เพียงพอ (Budassi, Marvin, & Leduc, 1993) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สมรรถนะที่จำเป็นด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มี การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันหลายงาน (ณรงค์ คำอ่อน, 2548; พรธิดา แสงทอง, 2550; ภัทรมน ทับสูง

เนิน, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีผู้พัฒนารอบสมรรถนะในพยาบาลวิชาชีพแต่กรอบสมรรถนะเหล่านั้นไม่สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลสิรินธรได้ เนื่องจากบริบท ลักษณะงาน การให้บริการและเป้าหมายในการให้บริการมีความแตกต่างกัน โรงพยาบาลสิรินธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวิสัยทัศน์ว่า “โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีคุณภาพ ด้วยวิถีดึงดูดการเรียนรู้ เพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน” มีการพัฒนาระบบบริหารแบบบูรณาการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ที่ครอบคลุมระบบงานบูรณาการขอบเขตโรงพยาบาลเป็นการให้บริการสุขภาพที่กว้างและหลากหลาย ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก มีการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ดูแลเบื้องต้นตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ในบางกิจกรรม เช่น การให้บริการเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน การพยาบาลขั้นปฐมภูมิ และขั้นทุติยภูมิ การรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม และสามารถให้บริการพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีทั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งในผู้รับบริการบุคลากรและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในด้านทรัพยากรและด้านวิชาการแก่ผู้ใช้บริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีสุขภาวะที่ดีในอนาคต งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธรให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินจากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562 มีผู้มาใช้บริการจำนวน 38,253, 41,715 และ 40,546 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที (resuscitation) จำนวน 234, 419 และ 361 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้ การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (emergency) จำนวน 6,494, 6,586 และ 7,477 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ (urgent) จำนวน 10,871, 6,243 และ 5,276 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะ เจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป (less - urgent) จำนวน 3,290, 6,438 และ 7,011 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (non -urgent) จำนวน 17,364, 22,029 และ 20,420 รายตามลำดับ (งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 2562) จากข้อมูลสถิติจะเห็นว่าจำนวนผู้มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินและจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินและฉุกเฉินมาก มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้มีรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการที่พยาบาลจบ

ใหม่ในเรื่องการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และจากที่เกิดเหตุล่าช้า และยังไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไข สถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้ง อีกทั้งมีการตัดสินใจที่ไม่แม่นยำในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ภายใต้พหุวิธีวิทยาของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโรงพยาบาลสิรินธรจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการให้บริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และ ในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง ปลอดภัย มีมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข การสร้างแบบประเมินสมรรถนะที่มีคุณภาพจะทำให้สามารถสะท้อนถึงความสามารถของบุคคลได้ตรงตามสภาพจริง จากการวิเคราะห์แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอื่นๆในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่าสมรรถนะไม่เหมาะสมหรือครอบคลุมสมรรถนะของโรงพยาบาล สิริน จังหวัดขอนแก่น อีกทั้งสมรรถนะที่กำหนดขึ้นไม่ได้ชี้เฉพาะถึงสมรรถนะหรือความสามารถของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างแท้จริง พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงสมรรถนะหลักยังไม่ครอบคลุมในประเด็นเหล่านั้น วิธีการให้คะแนนไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ประเมินไม่สามารถตัดสินระดับสมรรถนะได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งในปัจจุบัน โรงพยาบาลสิรินธรยังไม่ได้มีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในโรงพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารอบสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (development study) เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ใช้ในการสัมภาษณ์หากรอบสมรรถนะพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่า มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 9 คน และ 2. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบกรอบสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยอาจารย์คณะพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน และแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 9 คน แพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ ในการนิเทศงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 2 ปี หัวหน้าห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป 2 ท่าน สำหรับเกณฑ์ในการ คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ไม่รู้บุคคล เวลาสถานที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์พยาบาลที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายบุคคล โดยใช้แนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ครอบคลุมลักษณะงานและการให้บริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 11 ข้อ 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจำนวน 6 ข้อ เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับเพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด 4) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้กรอบ

สมรรถนะในพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ มาตราส่วน 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึงมากที่สุดหรือดีมาก 4 หมายถึงมาก หรือดี 3 หมายถึง ปานกลางหรือพอใช้ 2 หมายถึง น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1 หมายถึง น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข 5) แบบประเมินความเหมาะสม/ความง่ายต่อการนำไปใช้ของกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ มาตรา ส่วน 5 ระดับ คือ ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุดหรือดีมาก 4 หมายถึง มากหรือดี 3 หมายถึง ปานกลางหรือพอใช้ 2 หมายถึง น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1 หมายถึงน้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข และแบบประเมินกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ฉบับร่าง) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินและหาค่าความตรงของเนื้อหาเป็นรายข้อ (item-level: I-CVI) โดย กำหนดระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 4 หมายถึง จำเป็นมาก 3 หมายถึง จำเป็น ปานกลาง 2 หมายถึง จำเป็นน้อย และ 1 หมายถึงไม่จำเป็น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงของเนื้อหาของแนวคำถามที่ใช้สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล สิรินธร จังหวัดขอนแก่น และ กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนั้น ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน 2 แห่ง แห่งละ 1 ท่าน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน และ แพทย์จำนวน 1 ท่านตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่ง ครอบคลุมทั้งด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ (sequence the questions) ภายหลังจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คนพิจารณาคุณภาพของแนวคำถามแล้ว ผู้ศึกษาจึงนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน มาปรับปรุง แก้ไขแนวคำถามก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นเลขที่ KEC 64016/2564

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่และร้อยละ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาจัดหมวดหมู่เป็นสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในแต่ละด้าน และลงรายการย่อยของแต่ละสมรรถนะแต่ละด้าน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ผู้ศึกษาทำการถอดเทปรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ มีการสรุปเนื้อหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยืนยันความถูกต้องของข้อมูลแล้ว หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่รายการสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่ได้จากการประเมินกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ฉบับร่าง) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ศึกษาพิจารณาตัดรายการสมรรถนะข้อที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 1.00 ออกผู้วิจัยประเมินผลการใช้กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมาบูรณาการ จัดกลุ่มสมรรถนะที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นข้อเดียวกัน และหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ให้การสัมภาษณ์สมรรถนะที่มีความหมายใกล้เคียงกันกับสมรรถนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.9) อายุเฉลี่ย 36.67 ปี จบปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุเฉลี่ย 3.66 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) เคยอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลทั้งหมด (ร้อยละ 100)

2. กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า สมรรถนะด้านการคัดกรอง จากพฤติกรรมจากทั้งหมด 4 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ สมรรถนะด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที (resuscitation) จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ

จากทั้งหมด 20 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 18 ข้อ ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (emergency) จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 15 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 8 ข้อ ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ (urgent) จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 9 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 9 ข้อ ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป (less - urgent) จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 5 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent: N) จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 5 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 13 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 11 ข้อ ด้านการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและ สถิติรายงาน จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 3 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 3 ข้อ ด้านการส่งรักษาต่อ จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 4 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ ด้านงานเชิงรุก จากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 7 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 7 ข้อ และด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิ คุณลักษณะและพฤติกรรมบริการจากพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจากทั้งหมด 20 ข้อ หลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เกณฑ์การยอมรับความเชื่อมั่นที่ I-CVI เท่ากับ 1 จำนวน 19 ข้อ สำหรับการประเมินผลการใช้กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมาบูรณาการจัดกลุ่มสมรรถนะที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นข้อเดียวกันที่พยาบาลวิชาชีพตอบคำถามได้ครบทั้ง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ สมรรถนะด้านการคัดกรอง ในหัวข้อ สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection)

สมรรถนะด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที (resuscitation) ในหัวข้อ สามารถประเมินผู้ป่วยขั้นต้น (primary Survey) ได้ สามารถค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ และรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (emergency) ในหัวข้อ สามารถบริหารการให้ยา สารน้ำ และเลือดแก่ผู้ป่วยได้ ถูกต้องเหมาะสม และสามารถประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ เป็นต้น ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ (urgent) ในหัวข้อ สามารถทำหัตถการฉุกเฉินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ เย็บแผล ทำแผล ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสม และสามารถประเมินจากระดับความรุนแรงของบาดแผลไหม้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม ด้านผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป (less -urgent) ในหัวข้อ สามารถสื่อสาร ให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยหรือญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ถูกต้อง ชัดเจน กระชับ ได้ใจความ ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent: N) ในหัวข้อ สามารถติดตามวินิจัยสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิ คุณลักษณะและพฤติกรรมบริการมีจิตสำนึกในการบริการในหัวข้อ มีการตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการ ในทันที และสามารถควบคุมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สวยงาม สะอาด ปลอดภัย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

3 ผลการใช้กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมาบูรณาการ

การ

ตารางที่ 1 ระดับของคะแนนสมรรถนะหลักทุกด้านของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร (n=9)

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.ด้านการคัดกรอง	3.97	0.16	สูง
2. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือทันที	3.97	0.17	สูง
3. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน	3.97	0.16	สูง

สมรรถนะหลัก	$\bar{x}$	SD	ระดับ
4.ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ	3.94	0.24	สูง
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป	3.97	0.16	สูง
6. ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	3.97	0.16	สูง
7. ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	3.88	0.38	สูง
8. ด้านการบันทึก ทางกายภาพและสถิติรายงาน	3.81	0.47	สูง
9. ด้านการส่งรักษาต่อ	3.89	0.31	สูง
10. ด้านงานเชิงรุก	3.87	0.33	สูง
11. ด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิ คุณลักษณะและ พฤติกรรมบริการ	3.91	0.33	สูง
รวม	3.92	0.05	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังจากนำกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 91 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ โดยแบ่งออกเป็น 11 ด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติสมรรถนะในระดับสูงทุกด้าน

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้กรอบสมรรถนะในพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (n=9)

รายละเอียด	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.1 มีความครบถ้วน	3.78	0.41	สูง
1.2 มีความสอดคล้องกับลักษณะของ	3.78	0.41	สูง
1.3 มีความเหมาะสม	3.67	0.47	สูง
1.4 สามารถนำมาใช้ได้จริง	3.56	0.49	สูง
1.5 มีความเฉพาะเจาะจงของลักษณะ	3.78	0.41	สูง
2.1 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ	3.78	0.41	สูง
3.2 ระยะเวลาการรอคอย	3.67	0.47	สูง
รวม	3.72	0.43	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจในการใช้กรอบสมรรถนะในพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 91 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ โดยแบ่งออกเป็น 11 ด้าน คือ 1. ด้านการคัดกรอง 2. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่

จะทำให้เสียชีวิตต้องช่วยเหลือทันที 3. ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน 4. ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ 5. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป 6. ด้านการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 7. ด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 8. ด้านการบันทึกทางการแพทย์และสถิติรายงาน 9. ด้านการส่งรักษาต่อ 10. ด้านงานเชิงรุก และ 11. ด้านกฎหมาย การพิทักษ์สิทธิ คุณลักษณะและพฤติกรรมบริการ โดยสามารถอภิปราย ได้ดังนี้ สมรรถนะด้านการคัดกรองโรคผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการคัดกรองโรคเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธรเป็นหน่วยด่านหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการแบบเร่งด่วนเพื่อช่วยให้ผู้ที่มารับบริการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีตาม ลักษณะและความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยซึ่งพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีการคัดกรองโรคเพื่อแยกผู้ป่วยแต่ละรายว่าผู้ป่วยรายใดที่ควรได้รับการรักษาเร่งด่วน และผู้ป่วยรายใดที่สามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัยโดยหน่วยและฉุกเฉินมีการจำแนกผู้ป่วยตามมาตรฐานของหน่วยงานแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือตามลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ทันทีตามความเหมาะสม และสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในช่องทางด่วนตามความเร่งด่วนของอาการได้ ภายในเวลาที่กำหนดรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังที่กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรก จึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะ สามารถ จำแนกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและแม่นยำ สอดคล้องกับสภาการพยาบาล 2552 ที่ระบุว่า การประเมินอาการและอาการแสดงที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอยและระยะเวลาการอยู่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วและลดอัตราการเสียชีวิตได้ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หน่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธรให้บริการทางผู้ป่วยฉุกเฉินมากฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน แม้ในการ

ให้บริการพยาบาลวิชาชีพโดยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินมากและฉุกเฉินก่อนเนื่องจากมีความต้องการดูแลที่เร่งด่วนกว่า ดังที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2556 กล่าวว่าผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งมีการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บป่วยรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินการพยาบาลฉุกเฉินอย่างรีบด่วนมิฉะนั้นจะทำให้บาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งจะส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา ในขณะที่เดียวกันพยาบาลวิชาชีพหน่วยและฉุกเฉินจะต้องให้บริการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ผลการศึกษายังพบพฤติกรรมบ่งชี้เกี่ยวกับการติดตามอาการของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินคือผู้ป่วยที่สามารถตรวจได้นาน อาจต้องรอรับการรักษหากมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาที่ เร่งด่วนกว่าการติดตามอาการและอาการแสดงเป็นระยะๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ดังที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) กล่าวว่า การติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินรอตรวจพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีการติดตามอาการของผู้ป่วย โดยการประเมินสัญญาณชีพและสอบถามอาการ หากมีอาการผิดปกติจะดำเนินการรายงานแพทย์ทันทีเพื่อลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ผลการศึกษพบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยฉุกเฉินคือผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลฉุกเฉินอย่างรีบด่วน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) ซึ่งหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร ถือเป็นหน่วยที่ต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยต้องได้รับการดูแลที่เร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพหน่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธรรยังต้องมีพฤติกรรมบ่งชี้ ในการเตรียมยาอุปกรณ์สำหรับแพทย์ใน

การทำหัตถการได้ถูกต้อง และทำหัตถการฉุกเฉินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารและสายสวนปัสสาวะได้ ทั้งนี้เนื่องจากใน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด ซึ่งแพทย์จะมีแผนการรักษาใส่สายสวนล้าง กระเพาะอาหาร พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถทำใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุ มีผลึกซาก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องเตรียมยาตามคำสั่งแพทย์ และเตรียมอุปกรณ์ในการเย็บแผล สำหรับแพทย์ได้ถูกต้อง สอดคล้องกับที่สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) กล่าวว่าโรงพยาบาล วิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินต้องสามารถเตรียมยาภายใต้คำสั่งแพทย์และเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำหัตถการต่างๆ เช่น ผ่าเย็บแผลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินมากเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร โดยแบ่งได้ 3 กลุ่มคือ การค้นพบภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ และการจัดเตรียมและใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การที่พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีพฤติกรรมบ่งชี้ในกลุ่มการค้นพบภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เช่น ประเมินภาวะวิกฤติฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องทันเวลาและการประเมินกลไกการบาดเจ็บอวัยวะที่ได้รับ ความกระทบกระเทือนและภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บได้ ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร ให้บริการแก่ผู้ป่วยวิกฤตหลายประเภท เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกจากการมีลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอย่างรุนแรงเสียเลือดมากมีกระดูกแตกหักหลายตำแหน่ง มีภาวะช็อก ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องท้อง มีอาการชกหมดสติไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้มารับบริการประเภทนี้มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจต้องได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหา การเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้ทันที ดังที่จุฑาพงษ์ พันธวิไล (2555) กล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องสามารถประเมินวินิจัยสาเหตุและภาวะวิกฤต ฉุกเฉินจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการรักษา ส่วนการหมดสตินั้นหากไม่ได้รับการประเมินอย่างทันทั่วทั้งที่อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้การลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินวินิจัยสาเหตุที่สะท้อนถึงภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อช่วยแยกโรคเนื่องจากการหมดสตินั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุของแต่ละโรค นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งโรคภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรไทยและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นรองจากโรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุและโรคหัวใจโคโรนารี เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากการป้องกันและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะควบคุมโรคนี้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยวิกฤตนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว (สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน แห่งชาติ, 2556) ผลการศึกษายังพบพฤติกรรมบ่งชี้ในกลุ่มการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเช่นปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) และขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) และยาที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็วและสามารถเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงภาวะแทรกซ้อนของยาได้ เป็นพฤติกรรมบ่งชี้ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในนาที ฉุกเฉินหรือนาทีที่มีความหมายต่อความเป็นความตายของมนุษย์ พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้นำในทีมจำเป็นต้องมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพได้เป็นอย่างดีเนื่องจากผู้บาดเจ็บในระยะภาวะวิกฤตของชีวิตส่วนใหญ่มีปัญหาของการไหลเวียนโลหิตและการหายใจการ ประเมินสภาวะผู้ป่วยเพื่อค้นหาภาวะคุกคามของชีวิต รวมถึงการให้ความช่วยเหลือใช้เวลาไม่ควรเกิน 4 นาทีเนื่องจากสมองขาดออกซิเจนได้ไม่เกิน 4 นาที นอกจากนี้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ยาที่ใช้เป็นยาที่มีความ

เสี่ยงสูง เป็นยาที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยที่รุนแรง หากมีความผิดพลาดในการบริหารยา พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบการเก็บรักษายาในกลุ่มเสี่ยงในหน่วยงานต้องสามารถบริหารยาและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนของยา ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อป้องกัน อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในการบริหารยานั้น โดยพยาบาลวิชาชีพจะต้องรับคำสั่งและตรวจสอบคำสั่งให้ชัดเจน ใช้หลักการตรวจสอบซ้ำ (double check) ตามหลัก 7R ก่อนบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง พดัตถกรรมบ่งชี้ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร อีกกลุ่มหนึ่งคือการจัดเตรียมและใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เช่นจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินให้เพียงพอและพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างคล่องแคล่ว เนื่องจากหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีภาวะเจ็บป่วย ฉุกเฉินและวิกฤตทั้งระบบร่างกายและจิตใจที่ต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram 12 lead) เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นหัวใจ (defibrillator and cardiac pacing) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องสามารถใช้งานเครื่องเหล่านี้ซึ่งสำคัญการพยาบาล การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2551) ระบุว่า พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องจัดเตรียม เครื่องมือยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉิน และการจัดเตรียมรถพยาบาลให้มีความพร้อมใช้งานตามมาตรฐานกำหนด ของหน่วยงานสำหรับให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ และเครื่องมือ ให้พร้อมใช้งาน นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร โดยแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือการปฏิบัติตามนโยบายการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและการควบคุมความปลอดภัยขณะเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน การปฏิบัติตามแผนและนโยบายเกี่ยวกับ การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ปฏิบัติตามแผนและนโยบาย เกี่ยวกับการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลการปฏิบัติ การกิจตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามแนวปฏิบัติสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็น พดัตถกรรมบ่งชี้ที่ พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จำเป็นต้องเนื่องจากโรงพยาบาลสิรินธร มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินไว้เช่น กำหนดให้มีการซ้อม แผนอุบัติภัยหมู่ แผนอัคคีภัยเป็นประจำทุกปี ปีละ 1 ครั้ง และมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น กรณี อุบัติภัยหมู่ ทีมหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าเวรมีหน้าที่สั่งการให้พยาบาลในเวรออกไปประเมินสถานการณ์ ทำการ ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่จุดเกิดเหตุ แบ่งตามอาการบาดเจ็บ ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ 1) สีแดงอาการหนัก ต้องช่วยเหลือทันที 2) สีเหลืองอาการปานกลาง รอได้ในระยะเวลาหนึ่ง 3) สีเขียว อาการเบา เดินได้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ 4) สีดำ เสียชีวิตหรือไม่มีทางรอด กรณีเกิดอัคคีภัย แบ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน ออกเป็น 4 ทีม คือ 1) ทีมดับเพลิงเบื้องต้น 2) ทีมขนย้ายผู้ป่วย 3) ทีมขนย้ายเครื่องมือและเอกสาร และ 4) ทีมดูแลผู้ป่วยนอกอาคาร เป็นต้น การจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ประเมินสถานการณ์ เพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินได้ การขอความช่วยเหลือหน่วยที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้การประเมินสถานการณ์หลังได้รับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติหน้าที่ทันทีรวมถึง จัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ เหมาะสมกับสถานการณ์และตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานอยู่ เสมอเป็น พดัตถกรรมบ่งชี้ที่อีกกลุ่มหนึ่งที่พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีอภิปรายได้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น อุบัติภัยหมู่ พยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุทันทีที่ออกยัง ต้องสื่อสารประสานงานจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น ติดต่อกับเวชระเบียน เพื่อประกาศเสียงตามสายขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และติดต่อกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กรณีที่หน่วยงานในพื้นที่ไม่สามารถรับมือได้หากเหตุเกิดนอกโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้อง พร้อมออกปฏิบัติงานทันทีเมื่อได้รับแจ้งเหตุการณ์สถานการณ์ฉุกเฉิน ดังที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) กล่าวไว้ว่า เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินเครื่องมืออุปกรณ์ ความปลอดภัยต้องมีเพียงพอและพร้อมใช้งาน รวมถึงบุคลากรต้องสามารถใช้เครื่อง ป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม และมีทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผลการใช้รอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยพิจารณาจากคะแนนสมรรถนะหลัก

ทุกด้านของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร พบว่าอยู่ในระดับสูง อาจ เนื่องจากว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนเคย เข้าร่วมอบรมหรือสัมมนา เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับ สมรรถนะในแต่ละด้านที่สอดคล้อง กับกรอบสมรรถนะที่ได้พัฒนาขึ้น ทำให้ส่งผลถึงความพึงพอใจใน ระดับสูงในการใช้กรอบสมรรถนะของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้รับบริการได้รับการปลอดภัยเนื่องจากพยาบาล วิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น นำกรอบสมรรถนะมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สามารถนำกรอบสมรรถนะ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ทักษะต่างๆใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้

3.ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น สามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้นำไปสร้างแบบประเมิน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นได้

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไป ใช้เป็นแนวทางเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติงาน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539). แบบวิเคราะห์งานบริการพยาบาลอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. (2564). แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทาง ถนน พ.ศ.2554- 2563. จากเว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยทาง ถนน http://www.thairsc.com/th/Document/strategic_map_roadsafety.pdf
- จตุพงษ์ พันธวิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเบื้องต้นในระยะ ฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 27(1), 53-64.
- ณรงค์ คำอ่อน (2548). สมรรถนะที่จำเป็นด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น .รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการ พยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรธิดา แสงทอง (2550). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. รายงานการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549). เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- รัชตวรรณ ศรีตระกูล (2549). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ: การพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน . ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดล าดับการจ่ายงานบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด พ.ศ. 2556. https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255810141123522877_js96Mk3f0tfQ2VsJ.pdf
- ภัทรมน ทับสูงเนิน . (2552). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถิตงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี 2562
- Budassi SS, Marvin JA, Leduc JC. (1989). Manual of clinical trauma care. The first hour. 1st Edition. Mosby Co. USA, 3-26.
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. Yonago acta medica, 61(1), 1-7. doi:10.33160/yam.2018.03.001

แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับกลุ่มผู้เสพยา จังหวัดเชียงใหม่

Motivation to Change in Substance Use modification camp on drug users, Chiang Mai Province

(Received: July 20,2021 ; Accepted: August 18,2021)

เกรียงไกร ยอดเรือน¹

Kriangkrai Yottruean¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยา จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยา จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2563 จำนวน 397 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติบรรยาย Independent sample T-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย เท่ากับ 34.38 ปี (SD = 9.87) ช่วงอายุที่มากที่สุดได้แก่ 31 - 40 ปี ร้อยละ 38.79 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 54.41 สมรส ร้อยละ 35.01 แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย ร้อยละ 10.58 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนมาก ได้แก่ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.79 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.52 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.17 เกษตรกรรม ร้อยละ 23.43 โดยร้อยละ 53.15 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 29.97 รองลงมาคือ 6 - 10 ปี และ 11 - 15 ปี ร้อยละ 20.40 และ 11.88 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดในภาพรวมเท่ากับ 3.28 ด้านการยอมรับ (3.06) ด้านความลังเลใจ (3.04) และด้านการลงมือทำ (3.59) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด, ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยา

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to investigate the motivation to Change in Substance Use modification camp on drug users, Chiang Mai Province. The sample was 397 users addicted treatment at Substance Use modification camp on drug users, Chiang Mai Province Between February - September 2020. The research instrument using a questionnaire of demographic data and the Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Data were analyzed by descriptive statistics, independent sample T-test and One-way ANOVA.

The results of the study found that most of the samples were males, the mean age was 34.38 years (SD=9.87), the highest age range was 31 - 40 years, 38.79 percent, marital status, single 54.41 %, married 35.01 %, separated/divorced/widowed, 10.58 %, the highest level of education, most were primary school (38.79 %), lower secondary school (35.52 %). Most had a employed occupation (56.17 %) agriculture (23.43 %), 53.15 % earned an income of 5,001-10,000 baht. term substance abuse is usually less than 6 years (29.97 %), 6-10 years (20.40 %), 11-15 years (11.88 %). Their average score of motivation to quit using drugs was 3.28, Recognition was 3.06, Ambivalence was 3.04 and Taking Steps was 3.59. In addition. Different gender, age range, marital status, period of substance use had different total scores of motivation to quit using drugs significantly ($p < 0.05$)

Key word : Motivation to Change in Substance Use, Modification camp on drug users

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาระดับประเทศ รัฐบาลมีเจตนาแน่วแน่ที่จะลดระดับปัญหาเสพติดและปัญหาที่เกี่ยวข้องให้ได้มากที่สุด เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความสงบสุขของประชาชนและสังคมโดยรวม โดยกำหนดให้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็น “วาระแห่งชาติ” โดยนโยบายด้านยาเสพติด เปลี่ยนทิศทางการเน้นการปราบปรามเป็นการมุ่งเน้นการลดทอนความผิด ตามแนวคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” โดยมีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 108/2557 เรื่องการปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมาย ที่เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู และดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยมีสาระสำคัญในการให้โอกาส ผู้เสพ ยาเสพติดที่มียาเสพติดในครอบครองไม่เกินกำหนดและไม่มีคดีอื่นร่วม เข้าสู่การบำบัดรักษาในรูปแบบสมัครใจ ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในรูปแบบศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ ใช้ระยะเวลา 12 วัน ซึ่งทำให้กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสได้รับการบำบัดสารเสพติดมากขึ้น เพิ่มโอกาสในการเลิกสารเสพติดหรือไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง

จากรายงาน World Drug Report 2019 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่าในปี ค.ศ.2017 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมา คือ ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine – type stimulants : ATS) 29 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 21 ล้านคน และโคเคน 18 ล้านคน จากข้อมูลของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดทั้งหมดจำนวน 257,025 คน โดยเป็นผู้ชาย 233,389 คน (ร้อยละ 90.80) ผู้หญิง 23,620 คน (ร้อยละ 9.19) โดยช่วงอายุที่พบว่าเข้ารับการบำบัดสารเสพติดมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 31.51) และรองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 25 – 29 ปี (ร้อยละ 17.80) ชนิดของยาเสพติดที่พบว่าใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 78.05) กัญชา (ร้อยละ 6.96) ยาไอซ์ (ร้อยละ 6.05) ระบบของการเข้ารับการบำบัดแบ่งออกเป็นระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 46.96 ระบบสมัครใจ ร้อยละ 42.12 และเป็นการบำบัดในรูปแบบศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 15.26 (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ที่มีปัญหายาเสพติดสูงเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ 5 อำเภอ ติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ซึ่งเป็นฐานการผลิตยาเสพติดที่สำคัญ

ของโลก รวมระยะทางทั้งสิ้น 227 กิโลเมตร ซึ่งเป็นช่องทางการลักลอบนำเข้ายาเสพติดระหว่างประเทศ อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีการลักลอบปลูกฝิ่นมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ประกอบกับปัจจัยเอื้อต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม แหล่งอบายมุข ค่านิยมของเยาวชน รวมทั้งกลยุทธ์ของผู้ค้ายาเสพติดในการเพิ่มจำนวนผู้แพร่ขายใหม่ ซึ่งส่งผลให้มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2562) โดยในปีงบประมาณ 2563 มีเป้าหมายในการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด 8,037 คน โดยในจำนวนนี้เป็นการบำบัดในรูปแบบศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ จำนวน 500 คน (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่, 2563)

องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการฟื้นฟูสภาพจากการเสพติดคือ แรงจูงใจ (Miller R., 1995) ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาพบว่าปัจจัย 7 ประการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด โดยหนึ่งในปัจจัยดังกล่าวนี้คือ แรงจูงใจของผู้ป่วยที่ยึดมั่นจริงจังต่อการบำบัดรักษา เช่น ความสามารถของผู้ป่วยในการตระหนักต่อปัญหา และการลงมือกระทำในบางสิ่งเพื่อเปลี่ยนแปลง (Katerina Flora, 2013) นอกจากนี้ แรงจูงใจยังเป็นตัวทำนายการออกจากการรักษาก่อนกำหนด (dropout)

การทราบนั่นแรงจูงใจของผู้ป่วยจะช่วยลดโอกาสการช่วยเหลือที่ไม่สอดคล้องกับขั้นแรงจูงใจหรือความพร้อมของผู้ป่วย การช่วยเหลือที่ไม่ตรงหรือสูงกว่าขั้นแรงจูงใจของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยต่อต้านการรักษาได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ขัดขวางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Zimmerman et al., 2016) ดังนั้น แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่สามารถทำนายผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย การบำบัดรักษายาเสพติดในปัจจุบันจึงเน้นให้ความสำคัญกับการประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด

ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ของผู้เข้ารับการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน และเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาแนวทางการบำบัดสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับ
การบำบัดสารเสพติด ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้
เสพ จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กำหนดประชากรเป้าหมายในการวิจัย คือ ผู้เข้ารับการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับ กลุ่มผู้เสพ จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือน กุมภาพันธ์ - กันยายน 2563 ทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือก โดยไม่มีการ สุ่มตัวอย่าง โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติด ศูนย์ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ จังหวัดเชียงใหม่ เดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2563 ครบ 12 วัน 2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3. สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4. ยินยอมให้ความ ร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกรับจากการวิจัย (exclusion criteria) 1. ผู้ที่มีอาการทางจิต 2. ผู้ที่ไม่สามารถ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 3. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ทั้งสิ้น 397 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ประเภทสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด จำนวนครั้งที่ เข้ารับการบำบัด ลักษณะการพักอาศัย ความสัมพันธ์กับ บุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ปรับปรุงจากแบบสอบถาม SOCRATES (Stages of Chang readiness and Treatment Eagerness Scale) มีคำถาม 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ (Recognition) ด้านความลังเลใจ (Ambivalence) และด้านการ ลงมือทำ (Taking Steps)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ของลิเคิร์ท (Likert scale) วัดเป็น 5 ระดับคือ

1. หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. หมายถึง ไม่เห็นด้วย
3. หมายถึง ไม่แน่ใจ
4. หมายถึง เห็นด้วย
5. หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

และมีการแปล ความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-1.80 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนน 1.81-2.60 ไม่เห็นด้วย

คะแนน 2.61-3.40 ไม่แน่ใจ

คะแนน 3.41-4.20 เห็นด้วย

คะแนน 4.21-5.00 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามฉบับร่างไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยหาค่าความสอดคล้อง IOC > 0.5 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขผลจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ แล้วพบว่า มีค่าความสอดคล้องของค่า IOC มากกว่า 0.5 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ กับผู้เข้ารับการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพ จำนวน 30 คน (รุ่นที่ 1 เดือนมกราคม 2563) และวิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบสอบถามโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ระดับของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด จำนวน 3 ด้านโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด กับข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติ Independent sample T-test และสถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.69 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 34.38 ปี (SD = 9.87) ช่วงอายุที่มากที่สุดได้แก่ 31 - 40 ปี ร้อยละ 38.79 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 54.41 สมรส ร้อยละ 35.01 แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย ร้อยละ 10.58 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนมาก ได้แก่ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.79 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.52 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.17 เกษตรกรรม ร้อยละ 23.43 โดยร้อยละ 53.15 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 29.97 รองลงมาคือ 6 - 10 ปี และ 11 - 15 ปี ร้อยละ 20.40 และ 11.88 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดในภาพรวมเท่ากับ 3.25 หรือระดับไม่แน่ใจ เมื่อแยกตามรายด้าน ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดคือ ด้านการลงมือทำ (Taking Steps) เท่ากับ 3.59 รองลงมาคือ ด้านการยอมรับ (Recognition) เท่ากับ 3.06 และต่ำสุดคือด้านความลังเลใจ (Ambivalence) เท่ากับ 3.04 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด

ระดับแรงจูงใจ	Mean	SD	แปลผล
ด้านการยอมรับ (Recognition)	3.06	0.90	ไม่แน่ใจ
ด้านความลังเลใจ (Ambivalence)	3.04	1.06	ไม่แน่ใจ
ด้านการลงมือทำ (Taking Steps)	3.59	0.94	เห็นด้วย
รวม	3.28	0.90	ไม่แน่ใจ

ในการเลิกใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งสามด้าน สำหรับสถานภาพสมรสที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เฉพาะด้านการยอมรับ (Recognition) และด้านความลังเลใจ (Ambivalence) (ตารางที่ 2, 3, 4, 5)

กลุ่มตัวอย่างที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการใช้สารเสพติด ที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศ

ระดับแรงจูงใจ	เพศชาย		เพศหญิง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการยอมรับ (Recognition)	3.02	0.92	3.49	0.46	2.95	.00*
ด้านความลังเลใจ (Ambivalence)	2.95	1.07	3.99	0.25	5.56	.00*
ด้านการลงมือทำ (Taking Steps)	3.51	0.92	4.58	0.30	6.65	.00*
รวม	3.21	0.91	4.05	0.19	5.35	.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดจำแนกตามกลุ่มอายุ

ระดับแรงจูงใจ	ต่ำกว่า 20 ปี		21-30 ปี		31-40 ปี		41-50 ปี		มากกว่า 50 ปี		F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการยอมรับ (Recognition)	3.69	0.39	3.14	0.86	2.69	0.86	3.25	0.94	3.84	0.30	17.81	.00*
ด้านความลังเลใจ (Ambivalence)	4.00	0.25	3.19	0.99	2.59	1.04	3.14	1.12	3.82	0.27	18.25	.00*
ด้านการลงมือทำ (Taking Steps)	4.21	0.16	3.98	0.55	3.11	1.05	3.53	1.03	4.16	0.22	26.46	.00*
รวม	3.97	0.24	3.51	0.72	2.85	0.94	3.34	0.97	3.97	0.20	22.19	.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดจำแนกตามสถานภาพสมรส

ระดับแรงจูงใจ	โสด		สมรส		แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย		F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการยอมรับ (Recognition)	2.91	0.90	3.29	0.87	3.07	0.86	7.78	.00*
ด้านความลังเลใจ (Ambivalence)	2.90	1.07	3.29	1.02	2.91	1.00	6.39	.00*
ด้านการลงมือทำ (Taking Steps)	3.52	0.91	3.74	0.97	3.52	0.94	2.54	.08
รวม	3.16	0.88	3.48	0.91	3.23	0.87	5.42	.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดจำแนกตามระยะเวลาการใช้สารเสพติด

ระดับแรงจูงใจ	ต่ำกว่า 6 ปี		6-10 ปี		11-15 ปี		16-20 ปี		มากกว่า 20 ปี		F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการยอมรับ (Recognition)	3.75	0.47	2.94	0.82	2.46	0.78	2.28	0.73	3.43	0.71	69.11	.00*
ด้านความลังเลใจ (Ambivalence)	3.92	0.39	2.98	0.92	2.34	0.97	2.14	0.88	3.22	1.01	68.23	.00*
ด้านการลงมือทำ (Taking Steps)	4.33	0.29	3.67	0.75	3.00	0.99	2.69	0.86	3.74	0.70	70.98	.00*
รวม	4.03	0.32	3.26	0.76	2.66	0.83	2.43	0.77	3.52	0.71	82.2	.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด แสดงให้เห็นถึงความต้องการ ความพร้อมของผู้เข้ารับการรักษา ที่จะลงมือปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกใช้สารเสพติด โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีระดับคะแนนเฉลี่ยในการใช้สารเสพติดเท่ากับเท่ากับ 3.25 แต่เมื่อแยกตามรายด้าน พบว่าระดับแรงจูงใจ ด้านการลงมือทำ (Taking Steps) เท่ากับ 3.59 แสดงให้เห็นถึงสัญญาณที่ดีในการเลิกใช้สารเสพติด ตามทฤษฎี Stage of change ของ (Prochaska JO, 1992) ที่เมื่อเข้าสู่ระยะลงมือปฏิบัติจะนำไปสู่ระยะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด และคะแนนรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับ (Recognition) ด้านความลังเลใจ (Ambivalence) และด้านการลงมือทำ (Taking Steps) แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มเพศชายเกาหลีวัยผู้ใหญ่พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากที่สุดมีความสัมพันธ์กับการวางแผนเลิกสูบบุหรี่ภายใน 3 เดือน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างของอายุมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ (Yongmee Kim, 2014) และการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการหยุดสูบบุหรี่ในการศึกษาผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่แบบ cohort ระยะ 5 ปี ที่พบว่า การหยุดสูบบุหรี่สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (Norman Hymowitz, 1997)

กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด และคะแนนรายด้านทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกัน สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการสมรสกับความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นตัวทำนายการใช้โคเคนและเฮโรอีน ที่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนรักเป็นตัวทำนายการใช้โคเคนและเฮโรอีนที่ลดลง (Adrienne J., 2008) นอกจากนี้ ในการวิจัย การศึกษากรณีผู้ที่เลิกยาเสพติดพบว่า มูลเหตุจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้เลิก

ยาเสพติดประการหนึ่งคือ มีความต้องการที่จะกลับไปทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัว (จินตนา เยี่ยมชัยภูมิ, 2548)

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการใช้สารเสพติดแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด และคะแนนรายด้านทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันนั้น มีความสอดคล้องกับ การวิจัยเรื่องแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ที่พบว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลานาน จะมีระดับแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดสูง (กัญณิกา สิทธิพงษ์, 2560) และการวิจัย ผู้ป่วยต้องการการรักษาจริงหรือไม่: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการรักษาระยะเริ่มต้นและระยะต่อมาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับกานในโรงพยาบาลและมีความสนใจในการรักษายาเสพติด โดยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคะแนนแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดสูง คือความรู้สึกเหนื่อยกับการใช้ยาเสพติด (Being tired of using) (Robin A., 2006) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ใช้สารเสพติดตระหนักต่อผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดมานาน

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นเพศชายถึงร้อยละ 91.69 ซึ่งสอดคล้องกับผู้เข้ารับการรักษาสารเสพติดของประเทศ ปี 2562 ที่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.80 และสอดคล้องกับการวิจัยความชุกของการใช้และการติดสารเสพติด คุณภาพชีวิต และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่า เพศชายสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัดทั้งรูปแบบไม่ควบคุมตัว และควบคุมตัว

2. ใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ในผู้เข้ารับการรักษาบำบัดก่อนจำหน่ายจากสถานบำบัดทุกราย เพื่อใช้

ในการเฝ้าระวังและเป็นข้อมูลในช่วงติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟู

3. เนื่องจากผู้ผ่านการบำบัดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยา จังหวัดเชียงใหม่ ยังมีแรงจูงใจใน

การเลิกใช้สารเสพติดไม่สูงนัก จึงควรมีการทบทวนหลักสูตรและกลุ่มเป้าหมาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) ในการเพิ่มระดับแรงจูงใจและส่งผลต่อการหยุดเสพยาเสพติด ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัณณิกา สิทธิพงษ์. (2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. ขอนแก่น: วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา เขียมชัยภูมิ. (2548). การศึกษากรณีผู้ที่เลิกยาเสพติด. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. [อินเทอร์เน็ต เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/>
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่. (2563). รายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 1/2563. เชียงใหม่: (อัดสำเนา)
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2558). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ.2558 – 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2562). ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติด. เชียงใหม่: เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด. (อัดสำเนา)
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2560). มาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด. สมุทรสาคร: บอรัณ ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- อรรถพงษ์ ฉัตรดอน, รัชมน กัลยาศิริ. (2558). ความชุกของการใช้และการติดสารเสพติด คุณภาพชีวิต และแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Katerina Flora, Anastassios Stalikas. (2013). Factor Affecting Substance Abuse Treatment across Different Treatment Phases. International Journal of Psychosocial Rehabilitation: Vol 17(1) 89-104.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, 84–107.
- Norman Hymowitz, K Michael Cummings, Andrew Hyland, William R Lynn, Terry F Pechacek, Tyler D Harwell. (1997). Predictors of Smoking Cessation in a Cohort of Adult Smokers Followed for Five Years. Tobacco Control. 6 (suppl 2): S57-S62.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. Am Psychol. 47(9): 1102-14.
- Yongmee Kim, Won Kyung Cho. (2014). Factors Associated with Successful Smoking Cessation in Korean Adult Males: Findings from a National Survey. Iranian Journal of Public Health: p.1486-1496
- Zimmerman et al. (2000). Facilitating Behavior Change. [Online] [cited 2020 January 9] Available from: <http://www.adultmeducation.com/facilitatingbehaviorchange.html>.

ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The management of patients with diabetes and hypertension amidst the COVID-19 global pandemic at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province.

(Received: July 18,2021 ; Accepted: August 11,2021)

พรพิมล การญาณ¹, อรทัย ไชยมะโย²

Phornpimon karnrayarn¹, Orathai chaimayo²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบการให้บริการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ (2) ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอสันป่าตอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำมาจัดทำข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่า (1) โรงพยาบาลสันป่าตอง มีการปรับรูปแบบการให้บริการเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีและยังได้รับการรักษาด้วยยาเดิม จะจัดให้พบพยาบาลแทนการพบแพทย์ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดีจะจัดให้พบแพทย์เช่นเดิม แต่ระยะเวลาในการพบแพทย์หรือพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะลดลง สำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี และรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังคงได้รับการบริการในรูปแบบเดิม เช่นเดียวกับช่วงที่ยังไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ (2) ความพร้อมของการจัดบริการ ด้านรูปแบบบริการ (Service Delivery) โรงพยาบาลสันป่าตองมีการปรับลดเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย ลดขั้นตอนการให้บริการ และปรับรูปแบบการทำงานของคลินิกโรคเรื้อรัง ให้เป็นแบบ การบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ด้านบุคลากร (Health Workforce) คลินิกโรคเรื้อรัง ยังคงอัตรากำลังเท่าเดิม แต่ปรับบทบาทบุคลากรให้สอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการ ซึ่งโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการยังไม่พบปัญหาด้านความรู้และทักษะในการให้บริการภายใต้การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้ ด้านระบบสารสนเทศ (Information) ยังไม่มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือแอปพลิเคชันมาใช้ในการให้บริการ ด้านผลิตภัณฑ์ยา (Medical Product) พบว่า ระบบการจัดการแบบเดิม ยังสามารถรองรับการให้บริการรูปแบบเดิมได้ แต่ด้านงบประมาณ (Financing) ยังขาดความพร้อมต่อการพัฒนาเทคโนโลยีในการติดตามการรักษาผู้ป่วยในรูปแบบอื่น สำหรับด้านการอภิบาลระบบ (Governance) มีการสื่อสารให้ทุกจุดบริการ ออกแบบการให้บริการ โดยยึดหลัก ลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และลดระยะเวลาการพบปะ (Contact Time) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรคสำคัญของการพัฒนา/การจัดระบบบริการ คือความไม่พร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อจำกัดด้านงบประมาณ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและการสนับสนุนให้เกิดการ ใช้งานแอปพลิเคชัน ที่สามารถนำมาเอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพได้

คำสำคัญ : รูปแบบบริการ , เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Abstract

This study was conducted to find (1) The Integrated care for patients with diabetes and hypertension in Sanpatong Hospital under COVID-19 pandemic. (2) Preparedness and obstacle for diabetic and hypertension patients in Sanpatong Hospital under COVID-19 pandemic. The population in this study was 12 people which consist of the hospital staff and public health officers in sub-district health promoting hospitals, Sanpatong district. This research was done by means of a qualitative method through depth interviews for analyzing and finding data.

The findings show that (1) There were changes in services from Sanpatong hospital. Patients with diabetes and hypertension were classified into 2 groups based on their health conditions. Moderate and poor control patients were treated by physicians, while the others with good control were treated by nurses. Both groups of patients still got healthcare services as usual, but the contact time was decreased. (2) Regarding the preparedness and obstacle, the new service delivery was applied by reducing work processes, decreasing contact time, avoiding group activities between physicians/health workers and patients, while maintaining essential health services for patients with all conditions. There was no change in the health workforce of chronic disease clinic. However, their role was adapted in order to comply with the new service delivery without any obstacle in the aspect of their knowledge or skill. The management for medical products were not changed, due to the fact that these old systems could support the new service delivery. Although Sanpatong hospital applied one stop service system, there is no information technology or applications to contact with patients specifically. Moreover, the hospital lacked of funding to improve all the service processes including online consulting. Therefore, physicians and health workers could not monitor and follow up their patients effectively. All clinics were ordered to design their own service in order to reduce medical admissions and presentations into hospitals for a better handle under COVID-19 pandemic. As mentioned above, the obstacle found in this new service system is limited contact time with physicians, which was a major problem affecting service quality. Also, Sanpatong hospital lacked of financial resources to improve their information technology system, which support A Health System.

Keywords : service delivery, diabetes, hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลก และประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มากกว่า ร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งสถานการณ์ของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2557 ประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานใน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิต สูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 ในปี 2552 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ใน พระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช กุมารี, 2560)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลในระบบ Health Data center (HDC) ย้อนหลังไปตั้งแต่ ปี 2560 จนถึง ปี 2564 พบว่า มีการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอก ด้วยสาเหตุ การป่วย สูงสุด 2 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี สาเหตุหน้า และโรคเบาหวาน ต่อเนื่องมาทุกปี อีกทั้งตั้งแต่ ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน มีอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นใน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบความชุกของ โรคเบาหวาน 6349.01, 6786.58, 7082.46 และ 7058.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนความชุกของโรคความดัน โลหิตสูง พบ 17150.31, 17977.16, 18685.42 และ 18590.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ด้านอุบัติการณ์การ เกิดโรคเบาหวานพบ 719.53, 681.85, 606.3 และ 235.16 ต่อแสนประชากร อุบัติการณ์การเกิดโรคความดัน โลหิตสูงพบ 2007.65, 1944.4, 1696.86 และ 786.86

ต่อแสนประชากร และจากอัตราความชุก ในปี 2564 นี้ พบว่าความชุกโรคเบาหวานมากที่สุด ที่อำเภอดอยหล่อ สันป่าตอง พร้าวก ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดที่อำเภอพร้าวก ดอยหล่อ สันป่าตอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2564)

ในด้านการควบคุมป้องกันการเกิดโรคหรือการควบคุมความรุนแรงของโรค ปัจจุบันพบว่ายังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อันมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งจากผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบบริการ ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันควบคุม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ คือการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ที่สามารถสนับสนุนการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่จากสถานการณ์การระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน เพื่อความปลอดภัยของทั้งประชาชนผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ ลดความแออัดซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาจส่งผลต่อการให้บริการของหน่วยบริการ เนื่องจากเพื่อเว้นระยะห่าง ลดการแออัด รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการส่วนใหญ่ต้องช่วยปฏิบัติงานในการกิจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งการควบคุมป้องกันโรค และปัจจุบันยังมีในเรื่องของการฉีดวัคซีนเพิ่มเติมขึ้นมา (จกกลณี ดุ้ยเจริญ และคณะ, 2563)

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เกิดขึ้นในปีนี้เป็นปีที่ 2 แล้ว ถ้าหากหน่วยบริการยังไม่มีมีการปรับตัวหรือจัดการเพื่อให้เกิดการบริการในรูปแบบที่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น อำเภอสันป่าตอง ดอยหล่อ และพร้าวก อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา(1) รูปแบบการให้บริการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และ (2) ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการให้บริการ(ระดับ M2) และเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและสนับสนุนการพัฒนาการให้บริการให้แก่หน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเพื่อให้ระบบสามารถรองรับหรือรับมือ กรณีเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นขึ้นอีกในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่การวิจัย

กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย : ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลสันป่าตอง รวมทั้งสิ้น 12 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์หรือสหวิชาชีพของคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงหรือคลินิกโรคเรื้อรัง , ผู้บริหารของโรงพยาบาล, กรรมการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล(CFO) , บุคลากรจากงานเภสัชกรรม/งานข้อมูลสารสนเทศ /งานชันสูตร(Lab)

กลุ่มที่ 2 บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 4 คน

พื้นที่การวิจัย : เป็นการศึกษาในพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่และ หน่วยบริการเครือข่าย

แหล่งข้อมูลวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแหล่งข้อมูล 2 ประเภท เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานประกอบด้วย

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบุคลากรของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่และหน่วยบริการเครือข่าย

2. ข้อมูลทุติยภูมิ โดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเอกสาร หนังสือ วารสาร สิ่งพิมพ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรายงานผลการดำเนินงานในระบบข้อมูลออนไลน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อใช้เป็นคำถามนำในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบไม่เป็นทางการ ร่วมกับการสังเกต โดยมีประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ 2 ประเด็นคือ

1. รูปแบบการให้บริการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

2. การจัดการ เพื่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล และ การหาความสัมพันธ์ของข้อมูลและความหมาย พร้อมสรุปและอธิบายคำตอบที่ได้ ตามคำถามและวัตถุประสงค์ ของการวิจัย

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการให้บริการ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการไปจากสภาวะปกติที่เคยเป็น ดังนี้

1.1 ในรอบแรกของสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อปี 2563 เพื่อลดความแออัด และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ปรับการให้บริการใหม่ โดยยึดตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี และอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วย (เป็นยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนแล้ว) โดยนำไปไว้ที่ รพสต. แทนการมารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งก่อนนำไปส่งให้ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล จะโทรศัพท์แจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และนัดหมายให้ไปรับยา ณ รพสต. ใกล้บ้านที่ผู้ป่วยสะดวก หากผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ จะให้อสม.เป็นผู้นำไปส่งให้ที่บ้าน

- การเตรียมยาเพื่อนำส่งให้ผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะผู้ป่วยที่ต้องมารับยาที่โรงพยาบาล ยังมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ ต้องได้รับยาฉีดอินซูลิน และกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี แต่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้หรือมีความสะดวกที่จะมารับยาที่โรงพยาบาล (สถานที่ในการรับยา จะเน้นความสะดวกของผู้ป่วย) มีการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยทุก 3 เดือน โดยเจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคเรื้อรัง จะทำหน้าที่พิมพ์ใบสั่งยา เพื่อแจ้งให้ห้องยาทราบ เพื่อจัดยาตามใบสั่งยา และเจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคเรื้อรัง จะบรรจุยา จำแนกราย รพสต. ตรวจเช็คความครบถ้วน พร้อมนำส่งยาด้วยตนเองที่ รพสต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาของโรงพยาบาล

1.2 รอบที่สอง ของสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี 2564

- ยกเลิกแนวทางเดิมที่เคยใช้ เมื่อปีที่ผ่านมานี้ เนื่องจาก เป็นการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยไม่ได้มีการพบปะพูดคุยหรือติดตามอาการผู้ป่วย ทำให้พบปัญหาผู้ป่วยกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง มียาเหลือ

- กำหนดแนวทางให้บริการใหม่ โดยมีการกำหนดรูปแบบการให้บริการตามกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี และผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี และต้องรับยาเดิม จะไม่ต้องพบแพทย์ และไม่ต้องเจาะเลือด แต่จะได้พบกับพยาบาลเพื่อพูดคุยเรื่องการกินยาตามที่ได้รับไป และซักถามอาการเฉพาะที่เกิดขึ้นในวันที่มา

รับบริการ เป็นเวลาเฉลี่ย 5 นาที/ราย แต่หากพบ case ที่ผิดปกติจึงจะ consult แพทย์ตามขั้นตอน ทั้งนี้ แพทย์จะมีการ review OPD card ผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันก่อนการเข้ารับบริการของผู้ป่วย พร้อมกับเขียน Note ไว้ให้ทราบ ว่า ต้องพบแพทย์หรือไม่ หรือต้องตรวจรายการใดก่อนพบแพทย์บ้าง โดยเฉลี่ย จำนวน OPD card ผู้ป่วยเบาหวาน 80 ราย/วัน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 160 ราย/วัน

-ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดี จะได้พบและพูดคุยกับแพทย์ แต่ระยะเวลาการพูดคุยจะลดลงจากเดิมเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 15 นาที เป็น เฉลี่ย 5 นาที/ราย

-โรงพยาบาลได้มีการสร้างความมั่นใจในสถานการณ์โรคระบาด โดยการให้ผู้ป่วยนั่งรถด้านนอกอาคาร และคัดกรองอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฯ ทุกราย ก่อนเข้ามาในอาคารผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลบางคนมีความกังวลเรื่องการติดเชื้อ ทั้งนี้ ปัจจุบัน การคัดกรองอาการลดความเข้มงวดไปแล้วบ้าง ตามสถานการณ์ที่ดีขึ้น

-ผู้ป่วยบางราย ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน หากมารับบริการตรงกับวันที่มีการเปิดบริการฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาล จะส่งไปรับวัคซีนด้วย หากผู้ป่วยไม่ปฏิเสธ

-การให้บริการในแต่ละวัน จะเปิดห้องตรวจ 2 ห้อง มีแพทย์ 2 คน/วัน เป็นแพทย์อายุรกรรมทั้ง 2 คน แต่บางวันจะเป็นแพทย์ทั่วไปกับแพทย์อายุรกรรม ระยะเวลาการให้บริการในสถานการณ์การโรคระบาด จะใช้เวลาลดลง โดยเฉลี่ย 10 นาที/ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะการให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลได้จัดรถออกประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบไว้ก่อนแล้ว

2. ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบที่จะส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านระบบบริการ (Service delivery) มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการใหม่ เพื่อลดความแออัดและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยยังได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จะใช้เวลาลดลง/ระยะเวลาพบแพทย์หรือพยาบาลถูกปรับลดลง หากเป็นกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี จะได้รับการบริการจากพยาบาลแทนแพทย์ ,ยังไม่มีกระบวนการใดมาใช้ในการให้บริการ

-มีการจัดระบบ one stop service ในการเข้ารับบริการ โดยผู้ป่วยที่จะต้องพบแพทย์ จะได้รับซักประวัติพร้อมเจาะเลือดที่คลินิกโรคเรื้อรังและรพพบแพทย์ จากเดิมต้องไปเจาะเลือดที่ห้องชันสูตร เพื่อลดความเสี่ยงจากการระบาดของโรคติดเชื้อฯ และการเจาะเลือดสามารถตรวจได้ทั้ง 2 แบบ คือแบบงดน้ำ/อาหารมาก่อน หรือไม่งดน้ำงดอาหารก็ได้กรณีผู้ป่วยทนการอดอาหารไม่ไหว

-มีแผนเร่งรัดให้มีการตรวจตาและเท้า ในพื้นที่ของอำเภอสันป่าตอง ในช่วง 4 เดือนแรกของปีงบประมาณแล้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการจัดการผู้ป่วยในระหว่างปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการจัดการผู้ป่วยในระหว่างปี

-การเจาะเลือดผู้ป่วยในพื้นที่ ยังคงเป็นภารกิจเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลจะไปรับ specimen มาส่งห้อง Lab ที่โรงพยาบาล พร้อมกับพิมพ์ผลการตรวจส่งกลับไปให้พื้นที่ โดยคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลได้กำหนดแผนการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นรายแห่งไว้เป็นรายปี กรณีผลเลือดผิดปกติ/ค่าวิกฤต จะปรึกษาแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังและแจ้งให้พื้นที่ทราบแนวทางการรักษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี หากผลปกติจะส่งไปให้แพทย์ที่ออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบตามระบบ(แพทย์ออกตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง)

-สำหรับกิจกรรมกลุ่มที่จะต้องจัดให้ผู้ป่วย จากเดิมโรงพยาบาลสันป่าตองจะเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานทั้งอำเภอ แต่เมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อฯ ได้ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการเอง เฉพาะกลุ่มของผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อรักษาระยะห่างระหว่างผู้ป่วย

-การทำ SMBG หรือ SMBP ในผู้ป่วย ยังทำได้ตามปกติ ไม่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อฯ และโรงพยาบาลยังสามารถให้ผู้ป่วยยืมเครื่องวัดความดันโลหิตกลับไปทำที่บ้านได้ด้วย

-จากการปรับกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รับยาเดิม มีระยะเวลาการรับบริการที่เร็วขึ้นเฉลี่ย 10 นาที/คน และห้องยาจะปรับเวลาเริ่มการทำงานให้เร็วขึ้น เพื่อเชื่อมต่อการบริการจากคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเปิดให้บริการตั้งแต่ เวลา 07.30 น.

ทั้งนี้ คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล มีแนวคิดที่จะปรับรูปแบบการให้บริการใหม่ในปีต่อไป เนื่องจากการให้บริการในปัจจุบัน ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ระยะเวลาที่สั้นในการพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่เพียงพอต่อการจัดให้มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรคที่ดีขึ้น เป็น

ลักษณะ Tele-medicine เลือกทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพร้อม ในการติดตามตนเอง เช่น ให้ผู้ป่วยเจาะเลือดตนเอง และส่งผลการตรวจให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี

2.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)

-การจัดทีมเพื่อให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสันป่าตอง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน (แพทย์ทั่วไปและแพทย์อายุรกรรม) พยาบาลที่ให้บริการภาพรวม จำนวน 5 คน ,พยาบาลสำหรับการตรวจเท้า จำนวน 1 คน ,และพนักงานผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 2 คน การจัดอัตรากำลังของทีมเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ใช้อัตรากำลังเท่าเดิม ซึ่งเพียงพอต่อปริมาณงาน ทั้งนี้ ในบางครั้งแพทย์ พยาบาลหรือพนักงาน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย อาจถูกดึงตัวไปช่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องโรคติดเชื้อฯ เช่น การอยู่เวรสำหรับ PUI ,ARI Clinic ,ศูนย์ฉีดวัคซีน แต่ไม่ถึงเป็นปัญหาอุปสรรค แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะไม่ลดลงไปจากสถานะปกติ แต่แพทย์หรือพยาบาล ใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยลดลง

-ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ได้มีภาระงานเพิ่มขึ้นในส่วนของการบริการผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง เพราะกิจกรรมการให้บริการยังคงเดิมคือ เจาะเลือดตรวจที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลจะรับ specimen มาส่งห้อง Lab ที่โรงพยาบาล พร้อมกับพิมพ์ผลการตรวจส่งกลับไปให้พื้นที่ โดยคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลได้กำหนดแผนการเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นรายแห่งไว้เป็นรายปี, อสม.ซึ่งช่วยทำหน้าที่ในการรับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน และการติดตามผู้ป่วยยังให้บริการผู้ป่วยได้ตามปกติ แต่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม.มีภาระงานเพิ่มขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฯ จึงส่งผลกระทบต่อติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง หรือการดูแลผู้ป่วยที่น้อยลง ,ด้านความรู้ทักษะของพยาบาลในคลินิกของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งระยะสั้นหรือระยะยาวแล้ว แต่มีความต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีคนที่เคยผ่าน

การอบรมตามหลักสูตรในสัดส่วนไม่มากและบางคนยังไม่เคยผ่านการอบรม แต่ใช้วิธีการสอนงานและเรียนรู้ร่วมกัน

2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financial) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการที่เปลี่ยนไปไม่ได้เพิ่มขึ้น หรือลดลง เนื่องจากยังมีการเปิดให้บริการและส่งยาให้ผู้ป่วย ตามกำหนดไม่เกิน 3 เดือน ,การใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ยังสามารถดำเนินการได้ตามปกติ เนื่องจากมีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาแล้ว แต่ปรับการใช้จ่ายในเรื่องของการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยจัดสรรไปให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการเอง อีกทั้ง ยังไม่มีแผนการใช้จ่ายหรือลงทุนอื่นเพื่อพัฒนาการให้บริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง เพิ่มเติม เนื่องด้วยสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงทางการเงินเรื้อรัง

จากแนวคิดการพัฒนาระบบบริการในอนาคต อาจยังมีข้อจำกัดของงบประมาณ เช่น เครื่องตรวจวัดน้ำตาลที่มีระบบการเชื่อมต่อกับเทคโนโลยีการสื่อสาร ซึ่งราคาแผ่น strip ราคาสูงกว่าเครื่องแบบปกติ จากราคา 6 บาท/strip เป็น ราคา 7 บาท/strip และต้องเชื่อมต่อกับโทรศัพท์ แบบ Smart phone รวมถึงต้องมีการพัฒนาระบบ Application ที่รองรับการติดตามผู้ป่วย

2.4 ผลกระทบ/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicines & Technologies) พบว่า มีการจัดระบบให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับยาได้สม่ำเสมอเนื่อง ทุก 3 เดือน สำหรับการเข้าถึงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในการตรวจตาและเท้า โรงพยาบาลออกไปเร่งดำเนินการให้ในช่วง 4 เดือนแรกของปีงบประมาณแล้วเป็นส่วนใหญ่ และตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายนเป็นต้นมาได้ถูกชะลอออกไป เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อฯ ทั้งนี้ ในพื้นที่ของอำเภอสันป่าตองได้มีแผนเร่งรัดให้มีการตรวจตาและเท้า ในช่วง 4 เดือนแรกของปีงบประมาณแล้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนการจัดการผู้ป่วยในระหว่างปี

2.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information system) พบว่าในส่วนของการจัดบริการ ยังไม่มีการพัฒนาระบบขึ้นมาเพิ่มเติม ยังคงใช้ระบบเดิม โดยการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP และ JHCIS ตามลำดับ ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลเอง ยังเป็นภาระงานอยู่มาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับยาเดิม ยังใช้การบันทึกข้อมูลใน OPD Card ทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อน นอกจากนี้ ในส่วนของระบบเดิมที่มีอยู่ ยังคงพบความ

คลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่ยังพบว่าสูงกว่าความเป็นจริง แม้จะได้มีการจัดการไปแล้วส่วนหนึ่งในปีที่ผ่านมา

2.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

-มีการสื่อสารนโยบายว่าให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้น้อยลง จากนั้นแต่ละคลินิกบริการ จะออกแบบการให้บริการ เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดบริการเสนอผู้บริหารต่อไป

-นโยบาย/ทิศทางของโรงพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ คือ ลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย แต่ให้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล รวมถึงการลดcontact time ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

-มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปในพื้นที่ทราบ เกี่ยวกับการลดความแออัดในการมารับบริการ

3. ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพ พบว่ามีภาระงานเพิ่มขึ้น ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ ระบาดแรก ที่ต้องนำผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ละแห่งในพื้นที่เอง แต่ในรอบการระบาดของโรคติดเชื้อ ของปี 2564 ได้ยกเลิกกิจกรรมนี้ไปแล้ว

ส่วนปัญหาอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาระบบบริการหรือการจัดบริการสุขภาพที่ยังพบอยู่ คือความไม่พร้อมของระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ ไม่มีเทคโนโลยีหรือการสนับสนุนระบบApplication ที่จะนำมาใช้ในการติดตามสถานะสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ ในการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูลของโรงพยาบาล ที่จะมาช่วยในการติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย

สรุปและการอภิปรายผล

1. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันป่าตองได้มีการปรับรูปแบบการจัดบริการใหม่ เพื่อลดความแออัด และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการติดเชื้อ ตามแนวทางหรือนโยบายขององค์กร ที่ได้มีการสื่อสารให้มีการจัดบริการผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับการลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย แต่ต้องเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล และลดระยะเวลาในการสัมผัส/ให้บริการ

กับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า การปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสันป่าตอง เน้นปรับการทำงานภายในหน่วยงานย่อยของตนเองเป็นหลัก และสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง เพื่อรองรับการทำงาน/กระบวนการในรูปแบบใหม่ และเป็นไปตามนโยบาย/ทิศทางขององค์กร แต่ไม่ได้มีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพอื่นใดมาใช้เพิ่มเติม ไม่มีการลงทุนเพิ่ม ไม่มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ ไม่กระทบกับการบริหารจัดการหรือการทำงานของหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล เป็นแต่เพียงการประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนหรือFlowของการทำงานร่วมกัน แต่หากพิจารณาเรื่องความพร้อมที่ยังต้องควบคู่ไปกับมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม อาจยังต้องมีการปรับประสิทธิภาพ ให้เป็นไปตามแนวทางที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์กรอนามัยโลก ซึ่งมีความมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการบริหารสุขภาพแบบเน้นคุณค่าด้วย (Value-based healthcare) การดำเนินงานที่เกิดขึ้นเป็นอาจกล่าวได้ว่าเป็นการปรับตัว เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยยังคงอยู่ แต่พบว่า บางขั้นตอนยังไม่สามารถรักษาคุณภาพการให้บริการที่ควรจะเป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรชัย อุดชธรรม ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝักไหม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง ไม่สามารถให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากความไม่พร้อมของหนึ่งในองค์ประกอบของระบบสุขภาพ 6 Building Block ด้านกำลังคน และได้อภิปรายไว้ว่าองค์ประกอบหรือปัจจัยด้านบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยน เพื่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และควรมีการบริหารจัดการบุคลากรให้มีการหมุนเวียนการดำเนินงาน หรือ การกระจายบุคลากรเพื่อให้เกิดการบริการคลินิกโรคเรื้อรัง หรือให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลงานอยู่ในเกณฑ์ดีมีการให้คำปรึกษาแนะนำในการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลงานอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง

2. จากการศึกษาข้อมูลของผู้วิจัย ได้รับการสะท้อนจาก หัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสันป่าตองว่า มีแผนจะปรับรูปแบบการให้บริการใหม่ เนื่องจาก การปรับลดเวลาการพบแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี อาจส่งผล ต่อการ ควบคุม ความรุนแรง ของโรค หรือ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย มีแนวคิดอยากพัฒนารูปแบบการ

กำกับติดตามผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยนำเทคโนโลยีหรือ Application เข้ามาช่วย แต่ยังมีความกังวลเรื่องงบประมาณที่ต้องใช้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน) (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ที่ได้กล่าวถึงเรื่อง การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Reorienting the model of care) เป็นการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติในการดูแลใหม่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การรักษาที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง รายบุคคล เป็นกระบวนการจัดบริการตามกลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และประสบการณ์ใหม่ของการบริการที่ดีขึ้น โดยผลลัพธ์ทางคลินิก ภาพรวมมีผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น ผลจากการจัดแบ่งเวลาการบริการใหม่ช่วยลดความแออัดในหน่วยบริการ เมื่อเวลาผ่านไปสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมโรคไม่ดีหรือกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลางจะลดลง ส่งผลให้ลดต้นทุน ค่ายาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ แพทย์จะมีเวลามากขึ้น สามารถจัดสรรคิวสำหรับการให้บริการโรคอื่นๆ ได้

3. จากการศึกษาข้อมูล พบว่า โรงพยาบาลสันป่าตองให้ความสำคัญกับการพบและพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ยังไม่สามารถจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์อย่างเหมาะสม ตามแนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำไว้ ดังนั้น หากได้นำกระบวนการอื่นมาร่วมดำเนินการ น่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเสริมแรงกันมากขึ้น เช่น การใช้การเหลื่อมเวลาในการมารับบริการของผู้ป่วย การให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หรือการสื่อสารผ่านเสียงตามสายของชุมชน ตามผลการศึกษาของ อภิญา เนียมเล็กและคณะ (2563) ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดี อาจยังต้องให้ได้มารับบริการที่สถานพยาบาล และตรวจรักษาโดยแพทย์ทุกราย ตามแผนออกตรวจ นัดทุก 1-2 เดือนตามดุลพินิจของแพทย์ และที่สำคัญคือการเหลื่อมเวลานัด เพื่อลดความแออัด ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อฯ และการนัดโดยใช้แนวคิดระบบเครือข่ายขับเคลื่อนงานเบาหวาน นัดรายหมู่บ้านเกิดการช่วยเหลือ กระตุ้นเตือน ซึ่งกันและกัน ดังนั้น เมื่อเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ จะ

ทำให้บุคลากรมีการตื่นตัวและตอบสนองต่อปัญหา ได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ มีการประชุม ระดมสมอง ออกแบบระบบบริการ โดยใช้จุดแข็งของระบบเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรได้เข้ามาให้การสนับสนุน งบประมาณ เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยตามแนววิถีใหม่ ทั้งนี้ อาจต้องเริ่มทบทวน/พัฒนา ตั้งแต่เรื่องความสำคัญของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้การต่อยอดการใช้ข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน อาจต้องเข้ามาร่วมกันพัฒนาและมองปัญหาไปร่วมกันในภาพของภาคีเครือข่าย เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้และเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง, การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญในการเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะทักษะในการเป็น Health coach ,การจัดการปัญหาโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมถึงการกำหนดให้เป็นปัญหาในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น และที่สำคัญคือการสร้างความรอบรู้ให้เกิดขึ้นกับคนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการช่วยกันดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของตนเอง

3. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการควบคุมโรค จากการลดระยะเวลาในการพูดคุยระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

4. ศึกษาและพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในรูปแบบอื่น ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้บริหารและทีมงานของโรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้บริหารและทีมงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตอง ที่ได้สนับสนุน จนทำให้ผลงานวิจัยสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2564 .คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่
แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง(สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). งานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระ
บรมราชูปถัมภ์ .
- จกกลณี ต้อยเจริญ, ณิกานต์ วงษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, และ ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก. 2563. การรับมือกับไวรัสโคโรนา
COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
4(3): 1-20.
- ฉัตรชัย อุชชธรรม.(2558). การดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. การค้นคว้าแบบอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาการจัดการการบริการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2560). แนวทางเวช
ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพฯ : บริษัทร่มเย็น จำกัด.ปทุมธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.(2564). ฐานข้อมูลในระบบ Health Data center (HDC).
- อภิญา เนียมเล็ก, อักษรตรี พงศ์นุรักษ์, วิลาวัลย์ วัชราคม, ชันญรัตน์ หนูช่วย, วารินทร์ รอดคำ, และจอมขวัญ รัตนพิบูลย์. การ
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19. กลุ่มงานบริการด้าน
ปฐมภูมิและองค์กรร่วม ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง, 2563.

การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา

Nursing care of End Stage Renal Disease: case series

(Received: July 18,2021 ; Accepted: August 17,2021)

ปรานอม โพธิ์ทอง¹

Pranom Phothong

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการปฏิบัติ สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การทำงานของไตลดลงจนเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการติดเชื้อในช่องท้องจนได้รับการเปลี่ยนจาก CAPD ไปเป็น HD จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังช่วงที่คุกคามชีวิตและรุนแรง พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และสมรรถนะสำคัญในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินและแก้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน สร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

Abstract

This study aims to guide nursing patients with End Stage Renal Disease. This is a comparative study of two case studies. Data was collected using Gordon's 11th health scheme of patient assessment to find patient problems, set nursing decisions, plan nursing practice, summarize, and evaluate nursing results.

Results: the present study compared two cases of Chronic Kidney Disease patients with a high-risk factor associated with End Stage Renal Disease until requiring peritoneal dialysis. Furthermore, the patients have complications and Infections of the abdominal cavity until the transition from CAPD to HD. From the two case studies, the results indicated that caring for End Stage Renal Disease patients, Nurses must have the knowledge and competencies essential to observe changes in symptoms, can assess and fix problems to reduce complications and promote health and support patients and their relatives to be ready for proper self-care.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลาไสย

บทนำ

การสร้างเสริมเข้มแข็งของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง มีคุณภาพ คำนึงค่าใช้จ่ายและผู้ใช้บริการมีความสุขจากการทำงาน ระบบบริการปฐมภูมิจึงต้องเป็นบริการที่เรียกว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม โดยภาระหน้าที่หลักคือ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) โดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17 ประเมินการว่าในปี 2564 จะมีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า 59,209 ราย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 15-20 ต่อปี โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) เกิดจากการทำงานของไตลดลงมากที่สุด อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร เกิดพยาธิสภาพที่เนื้อไต เกิดการคั่งคั่งของเสียในร่างกายจำนวนมาก อาจส่งผลทำให้ถึงเสียชีวิตได้ในที่สุด ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาผู้ศึกษาที่ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพ มีการเชื่อมโยงบริการสุขภาพจากหน่วยบริการในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง เน้นการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ผู้ศึกษาจึงขอเสนอผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบรายกรณี 2 รายเปรียบเทียบ โดยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง พบปัญหาที่มีภาวะน้ำเกินต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแต่พบปัญหาการติดเชื้อในช่องท้องทำให้ได้รับการเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตจากการทำ CAPD เป็น HD ซึ่งการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการออกแบบการพยาบาลอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว เพื่อการชะลอการลุกลามของโรค รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไต

เรื้อรังระยะท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้เพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายในชุมชน ซึ่งมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาศัยในพื้นที่การดูแลให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย และเผยแพร่กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี สถานภาพสมรส ใช้สิทธิบัตรประกัน การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 3 วัน

ประวัติการเจ็บป่วย Case DM type II, HT, CKD stage 5 on CAPD มา 2 ปี มักเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยวิงเวียนศีรษะ

อาการสำคัญ เหนื่อยอ่อนเพลีย ตาพร่ามัว และวิงเวียนศีรษะเวลาลุกนั่ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ผู้ป่วยรู้สึกวิงเวียนศีรษะบ่อยๆ ในช่วงเช้าหลังตื่นนอน 2 วัน ก่อนมาผู้ป่วยเดินทางไปที่รพ.สต.เนื่องจากวิงเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ตรวจวัดความดันโลหิตสูง 173/93 มม.ปรอท จึงถูกนำตัวส่งรักษาต่อในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยใช้สารเสพติด หมดประจำเดือนประมาณอายุ 50 ปี Case U/D DM type II, HT, CKD stage 5 on CAPD มา 2 ปี ทำการผ่าตัดดวงสาย ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ล้างไตทางช่องท้อง

ครั้งละ 2,000 มล. วันละ 4 รอบ ไปรับการรักษาตามนัด โรงพยาบาล ทุก 2-3 เดือน ไม่เคยขาดนัด

การตรวจร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความดันโลหิต 173/93 มิลลิเมตรปรอท BMI 26.

ผิวหนังและเล็บ : no pale ผิวหนังเหี่ยวย่น
หยาบกร้านเล็กน้อย ไม่มีรอยจ้ำเลือด ไม่มีผื่นคัน ไม่พบ
บาดแผลตามตัว เล็บซีดเล็กน้อย capillary refill
abnormal 2 วินาทีช้ากว่าปกติ warm to touch, no
lesion, no cyanosis

ใบ หน้า : Normal face, no bony
overgrowth รูปร่างใบหน้ากลมรีรูปไข่ บวมที่หนังตา
เล็กน้อย ไม่มีหนังตาตก ตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอย
บาดแผล เปลือกตาซีดเล็กน้อย

ศีรษะ : Normal shape and size,
normal distribution ไม่พบก้อนเนื้อ ไม่มีรอยแผลเป็น
มีรังแคเล็กน้อย ไม่มีรอยโรคผิวหนัง

ผม : ผมสีดำแกมสีเทาทั่วศีรษะ ผมบาง
และหลุดร่วงเป็นหย่อมๆ ไม่มีรอยโรค ไม่มีไข้เหา มีรังแค
บนหนังศีรษะเล็กน้อย ไม่คัน

ตา : Normal eye movement, no
ptosis, no squint เปลือกตาล่างปกติ เล็กน้อย ไม่มี
อาการบวมของลูกตา ตาไม่โปน รูม่านตามีขนาด 2 มม.
ตอบสนองต่อแสงได้ดีของตาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีต้อเนื้อ

หู : การได้ยินปกติ normal hearing ,
no abnormal looking, ไม่พบก้อนเนื้อที่ใบหูด้านนอก
ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยโรค ช่องหูทั้ง 2 ข้างปกติ ไม่มีรอย
ถลอกหรือการอักเสบ มีขี้หูสีเหลืองจำนวนมาก

จมูก : รูปร่างปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่มีน้ำมูก
no septal deviation ไม่มีร่องรอยทิ่มตำ

ปาก : เยื่อช่องปากสีชมพูแดง มีฟันผุ 3 ซี่
ฟันกรามบน 2 ซี่และกรามล่าง 1 ซี่ ฟันแท้เหลือทั้งหมด
ในช่องปากเหลือ 18 ซี่ มีภาวะเหงือกอักเสบ ปวดฟัน
มากเป็นช่วงๆ มีกลิ่นปาก ลิ้นไก่อยู่แนวกลาง เพดาน
อ่อนเพดานแข็งไม่มีรอยโรค ต่อมทอนซิลไม่มีอาการบวม
และไม่มีรอยขีดข่วน

ทอนซิล ฟาริงค์ คอ : ก้มเงยคอได้ปกติ คลำไม่
พบก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ Tonsil not enlarged,
not injected ไม่พบอาการ pharyngitis

เต้านม : รูปร่างปกติ หย่อนคล้อยตามวัย
หัวนมอยู่ตรงกลางเต้านม คลำไม่พบก้อนที่เต้านมทั้ง 2
ข้าง no mass or abnormal discharge

ปอดและทรวงอก : รูปร่างอกปกติ มีการ
ขยายตัวของปอดดี สม่ำเสมอ ไม่มีการดิ่งรั้ง เคาะปอดมี
เสียงป่อง เสียงหายใจปกติ Symmetrical chest wall,
normal breathing movement, lung expansion

full, Rt. = Lt., normal breath sound no
crepitation, rhonchi, wheezing เมื่อผู้ป่วยออก
เสียงพูดโดยใช้ความรู้สึกสั่นสะเทือนที่ได้ผ่านฝ่ามือไม่มี
เสียงเนื่องจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ไม่มีหลังโกง หรือ
หลังแอ่น ไม่มีกระดูกสันหลังของกระดูกเอวคด

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของ
หัวใจปกติเล็กน้อย 84 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ
ตำแหน่งที่ฟังแล้วเด่นดังที่สุดคือ บริเวณซี่โครงลำดับที่ 5
แนวกึ่งกลางไหปลาร้า เสียงหัวใจปกติ no murmur S1,
S2 ไม่ได้ยินเสียงน้ำที่เยื่อหุ้มหัวใจ หลอดเลือดดำที่คอทั้ง
2 ข้างปกติ ไม่โป่งพอง

ช่องท้อง ตับ ม้าม : ท้องบวมโตเล็กน้อยจากมี
น้ำในช่องท้อง เคาะทึบ ไม่เห็นเส้นเลือดดำใต้ผิวหนัง คา
สายสวนล้างไตทางช่องท้อง Peritoneal Dialysis
Catheter รอบสายไม่มีบวมแดง คลำไม่พบตับและม้าม
โต ไม่มีก้อนในช่องท้อง bowel sounds ปกติ 4-6 ครั้ง/
นาที

อวัยวะสืบพันธุ์ : Normal pubic hair, no
labia swelling, no mass, and no inflammation

ทวารหนัก : ไม่พบติ่งเนื้อโผล่ออกจากทวาร
หนัก เมื่อ PR ไม่มี internal hemorrhoid ช่วงนี้ขับถ่าย
อุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง ลักษณะอุจจาระแข็ง แต่ก็ไม่พบรู
ทวารหนักฉีกขาด มีมีเลือดปนออกมาบ้างอุจจาระ

กระดูกสันหลัง : ปกติ ไม่มีหลังค่อมหรือ
กระดูกสันหลังคด

แขนขา : มีภาวะบวมตามปลายมือ-เท้า 2+

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี good conscious
รู้เวลาและสถานที่ปกติ normal speech, Motor
grade V all extremities, รับรู้ต่อความเจ็บปวดปกติ
รูปร่างและการทรงตัวปกติ ไม่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ

ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง : รูปร่างเท้าปกติ ตรวจ
ประเมินเท้าโดยใช้ monofilament no sensory loss,
no callus, ไม่มีแผลที่เท้า เล็บยาวเล็กน้อย ไม่มีเชื้อราที่
เท้า

ระบบโลหิต : แรกรับไว้ในโรงพยาบาล BP
201/104 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะสะดวกดี ไม่
ต้องออกแรงเบ่งมาก ไม่รู้สึกแสบขัดเวลาปัสสาวะ ไม่มี
ปวดบั้นเอวหรือท้องน้อย ได้เก็บตรวจจำนวนปัสสาวะที่
ออกต่อวัน พบว่าสมดุลกับน้ำที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไป
คือ Intake 1,150 ml และ Output 1,130

การวินิจฉัยโรค : DM type II, CKD stage V on CAPD, Volume over load

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ 30/4/2564
W.B.C.	5,000-10,000 cell/cc.mm.	7.08
R.B.C.	4.0 – 5.5 x 10 ⁶ cell/mm ³	3.34
Hemoglobin	12-16 mg%	9.7
Hematocrite	42-52 %	31
MCV	80-100 fl	91
MCH	26-34 pg	29.2
MCHC	32-36 g/dl	32
RDW	11-16 %	13
Neutrophil	52-70 %	70.2
Lymphocyte	20-40 %	13.5
Eosinophil	1-4 %	11.1
Monocyte	2-8 %	4.5
Platelet count	150,000-400,000cells/mm ³ .	135,000

ผลการตรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเม็ดเลือดแดง 3.34 x 10⁶ cell/mm³ และ Lymphocyte **13.5 %** ซึ่งมีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงได้ง่ายและเร็วกว่าปกติ

การทำงานของไต

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ 30/4/2563
BUN	7-18 mg%	36
Creatinine	1.2 mg%	9.99
eGFR		3.57

ผลการตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การทำงานของไตเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ เป็นปกติ และมีอัตราการกรองของไตที่ต่ำมาก eGFR = 3.57 ส่งผลให้แพทย์ต้องทำการรักษาแบบประคับประคอง โดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทุกวัน ครั้งละ 2,000 มล. จำนวน 4 ครั้งต่อวัน และพยุงการทำงานของไตให้คงที่หรือไม่ทรุดลง

การตรวจเกลือแร่ในร่างกาย

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ		
		30/4/2563	1/5/02563	2/5/02563
Na	135-148 mEq/L	135	135	135.1

K	3.7-5.3	mEq/L	6.87	5.19	4.56
Cl	95-105	mEq/L	103.7	101	101.2
Co2	25-32	mEq/L	26	25.5	24.6

ผลการตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาพบระดับ Potassium ในเลือดสูง 6.87 mEq/L แพทย์ได้ให้ยาขับโพแทสเซียมในเลือดออกจากร่างกายโดยการถ่ายอุจจาระ พบว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลงเรื่อยๆ จนวันที่จำหน่ายผู้ป่วยมีระดับปกติ คือ 4.56 mEq/L

การตรวจพิเศษ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล normal sinus rhythm มีภาวะ T wave สูง แสดงถึง K⁺ สูง

การรักษา Losec 20 mg 1 cap oral od ac, Ferrous Fumarate 1 tab oral tid pc, Folic acid 1 tab oral od pc, Caco3 600 mg 1 tab oral bid with meal, Carvedilol 12.5 mg ½ tab oral bid pc, Losartan 50 mg 1 tab oral bid pc, Lactulose 30 ml oral เวลาท้องผูก

การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี สถานภาพหม้าย ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 บาท ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วย Case DM type II, CKD stage 5 on CAPD มา 1 ปี

อาการสำคัญ มีไข้ต่ำๆ ปวดแน่นท้องและเหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 วันก่อนมาผู้ป่วยรู้สึกมีไข้ ปวดในช่องท้อง แน่นท้องเล็กน้อย หลังทานอาหารจะแน่นท้องมากขึ้น 2 วันก่อนมาผู้ป่วยรู้สึกไข้สูงช่วงเย็น ปวดในช่องท้องมาก ปัสสาวะน้อยลงท้องก็ไหลไม่สะดวกญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่เคยใช้สารเสพติด ประจำเดือนมาทุกเดือน แต่ไม่สม่ำเสมอ case U/D DM type II, CKD stage 5 on CAPD มา 1 ปี ทำการผ่าตัดวางสายที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับล้างไตทางช่องท้อง ครั้งละ 2,000 มล. วันละ 4 รอบ ไปรับการรักษาตามนัด โรงพยาบาลทุก 2 เดือน

การประเมินสภาพทั่วไปแรกพบและการตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี ผสมสีผิวขาว รูปร่างสมส่วน หน้าท้องหนา ขอบตาคล้ำเล็กน้อย ทำทางเหนียวอ่อนเพลีย นอนพักผ่อนอยู่คนเดียวในโรงพยาบาล

การตรวจร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความดันโลหิต 143/84 มิลลิเมตรปรอท สูง 157 เซนติเมตร BMI 21.23

ผิวหนังและเล็บ : no pale ไม่มีรอยจ้ำเลือด ไม่มีผื่นคัน ไม่พบบาดแผลตามตัว เล็บซีดเล็กน้อย capillary refill abnormal 3 วินาทีช้ากว่าปกติ warm to touch, no lesion, no cyanosis

ใบหน้า : Normal face, no bony overgrowth ตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยบาดแผล เปลือกตาซีดเล็กน้อย

ศีรษะ : Normal shape and size, normal distribution ไม่พบก้อนเนื้อ มีรังแคเล็กน้อย

ผม : ผมสีดำ ยาว ไม่มีรอยโรค ไม่มีเชื้อเหา มีรังแคบนหนังศีรษะเล็กน้อย ไม่คัน

ตา : Normal eye movement, no ptosis, no squint เปลือกตาล่างปกติ เล็กน้อย ไม่มีอาการบวมของลูกตา ตาไม่โปน รูม่านตามีขนาด 2 มม.ตอบสนองต่อแสงได้ดีของตาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีต้อเนื้อ

หู : การได้ยินปกติ normal hearing , no abnormal looking, ไม่พบก้อนเนื้อที่ใบหูด้านนอกทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยโรค ช่องหูทั้ง 2 ข้างปกติ ไม่มีรอยถลอกหรือการอักเสบ มีขี้หูสีเหลืองจำนวนมาก

จมูก : รูปร่างปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่มีน้ำมูก no septal deviation ไม่มีร่องรอยทิ่มตำ

ปาก : เยื่อช่องปากสีชมพู ฟันแท้เหลือทั้งหมดในช่องปากเหลือ 28 ซี่ มีภาวะเหงือกอักเสบเล็กน้อย

ทอนซิล ฟาริงค์ คอ : กัมเมยคอได้ปกติ คล้ำไม่พบก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ Tonsil not enlarged, not injected ไม่พบอาการ pharyngitis

เต้านม : รูปร่างปกติ หัวนมอยู่ตรงกลางเต้านม คล้ำไม่พบก้อนที่เต้านมทั้ง 2 ข้าง

ปอดและทรวงอก : รูปร่างอกปกติ มีการขยายตัวของปอดดี สม่ำเสมอ ไม่มีการดิ่งรั้ง เคาะปอดมีเสียงโปร่ง เสียงหายใจปกติ Symmetrical chest wall, normal breathing movement, lung expansion full, Rt. = Lt., normal breath sound no crepitation, rhonchi, wheezing ไม่มีกระดูกสันหลังของกระดูกเอวคด

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ 88 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ตำแหน่งที่ฟังแล้วเต้นดังที่สุดคือ บริเวณซี่โครงลำดับที่ 5 แนวกึ่งกลางไหปลาร้า เสียงหัวใจปกติ no murmur S1, S2 ไม่ได้ยินเสียงน้ำที่เยื่อหุ้มหัวใจ หลอดเลือดดำที่คอทั้ง 2 ข้างปกติ ไม่โป่งพอง

ช่องท้อง ตับ ม้าม : ท้องบวมโตเล็กน้อย กดเจ็บเคาะเจ็บ คาสายสวนล้างไตทางช่องท้อง Peritoneal Dialysis Catheter รอบสายไม่มีบวมแดง น้ำล้างไตไหลออกช้าสีขุ่น คลำไม่พบตับและม้ามโต ไม่มีก้อนในช่องท้อง bowel sounds ปกติ 4-6 ครั้ง/นาที

อวัยวะสืบพันธุ์ : Normal pubic hair, no labia swelling, no mass, and no inflammation, normal critoris, no scar

ทวารหนัก : ไม่พบริดสีดวงทวาร ไม่มี internal hemorrhoid ช่วงนี้ขับถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง ไม่มีเลือดปนออกมากับอุจจาระ

กระดูกสันหลัง : ปกติ ไม่มีหลังค่อมหรือกระดูกสันหลังคด

แขนขา : ไม่มีภาวะบวมตามปลายมือ-เท้า

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี good conscious รู้เวลาและสถานที่ปกติ ไม่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ

ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง : รูปร่างเท้าปกติ ตรวจประเมินเท้าโดยใช้ monofilament no sensory loss, no callus, ไม่มีแผลที่เท้า เล็บยาวเล็กน้อย ไม่มีเชื้อราที่เท้า

ระบบโลหิต : ระดับความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท แรกรับไว้ในโรงพยาบาล BP 201/104 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี bleeding ตามตัว ไม่มีจุดจ้ำเลือด

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะสะดวกดี ไม่ต้องออกแรงเบ่งมาก ไม่รู้สึกแสบขัดเวลาปัสสาวะ ไม่มีปวดบั้นเอวหรือท้องน้อย ได้เก็บตวงจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อวัน

การวินิจฉัยโรค : DM type II, CKD stage V on CAPD, Peritonitis R/O Infected CAPD

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		22/6/2563
W.B.C.	5,000-10,000 cel/cc.mm.	13.58
R.B.C.	$4.0 - 5.5 \times 10^6$ cel/mm ³	3.40
Hemoglobin	12-16 mg%	7.13
Hematocrite	42-52 %	23
MCV	80-100 fl	81
MCH	26-34 pg	32.4
MCHC	32-36 g/dl	32.7
RDW	11-16 %	12.5
Neutrophil	52-70 %	68.9
Lymphocyte	20-40 %	16.4
Eosinophil	1-4 %	8.3
Monocyte	2-8 %	5.2
Platelet count	150,000-400,000cells/mm ³ .	173.000

ผลการตรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ R.B.C. น้อยกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงได้ง่ายและเร็วกว่าปกติ การสร้างเม็ดเลือดได้ลดลง ส่วนค่า Lymphocyte ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเครียดในเรื่องโรคและการเจ็บป่วย

การทำงานของไต

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		22/6/2563
BUN	7-18 mg%	52
Creatinine	1.2 mg%	9.12
eGFR		6.08

การตรวจเกลือแร่ในร่างกาย

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ		
		วันที่ 22/6/2563	วันที่ 23/6/2563	วันที่ 24/6/2563
Na	135-148 mEq/L	137	138	135.1
K	3.7-5.3 mEq/L	5.9	5.6	5.02
Cl	95-105 mEq/L	103.7	101	103.5
Co2	25-32 mEq/L	24.8	25.5	26.6

การตรวจพิเศษ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผล normal sinus rhythm ไม่พบ ภาวะ T wave สูง ตรวจในวันที่ 22 มิถุนายน 2563
Hemoculture น้ำ PDF ไม่พบเชื้อ แต่ผล PDF cell count WBC 1,008 cell/mm³

การรักษา Allectone 25 mg 1 tab oral od pc, Ferrous Fumarate 1 tab oral tid pc, Folic acid 1 tab oral od pc, Lercadipine 1 tab oral od pc, Carvedilol 12.5 mg ½ tab oral bid pc, Losec 20 mg 1 cap oral od ac, Sodamint 300 mg 1 tab oral tid pc และ Mixtard 70/30 mg 8 unit sc ac เข้า

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1) มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 2) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากความดันโลหิตสูง 3) ความทนต่อการกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะซีด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากความยากอาหารลดลง 5) วิดกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียสุขภาพและคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการรักษาด้วย CAPD การพยาบาล 1) มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1) ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้องจากภาวะติดเชื้อในช่องท้อง 2) ผู้ป่วยมีไข้เนื่องจากติดเชื้อในช่องท้อง 3) ความทนต่อการกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย 4) วิดกกังวลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5) ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล การพยาบาล 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากติดเชื้อในช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยเพลีย และวิงเวียนศีรษะ” objective data : - BUN 107 mg/dl, Cr 5.75 mg/dl - ทำทางอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ - pitting edema 1+ both leg <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอาการเหนื่อยเพลีย 2. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 120-139 มิลลิเมตรปรอท DBP = 70-89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร = 70-80 ครั้ง/นาที 3. ผู้ป่วยอาการบวมลดลง 4. ผู้ป่วยนอนราบได้ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ซักถามอาการเหนื่อยเพลียของผู้ป่วยและอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา 3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O₂ Cannula 5 lit/min 4. Monitor O₂ saturation ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 5. แนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่เกิน 2,000 mg/day เนื่องจากผู้ป่วยกระหายน้ำ ทำให้ดื่มน้ำมากขึ้น ส่งผลให้เกิด salt water retention เช่น เครื่องปรุงต่างๆ น้ำปลา ผงชูรส ขนมน้ำแข็ง เป็นต้น 6. จำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 800 ml/day เพื่อลดภาวะน้ำเกิน 7. ดูแลล้างไตทางช่องท้องตามแผนการรักษา 1.5% PDF 2,000 ml x 4 cycle/day พร้อมบันทึก <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเดินไป-มาและทำกิจกรรมได้ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ไม่มีไข้ หายใจปกติ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือ-เท้ายุบบวมลงและนอนราบได้ 2) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากความดันโลหิตสูง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “วิงเวียนศีรษะ” objective data : วัดความดันโลหิต BP 173/93 มม.ปรอท <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง <u>เกณฑ์การประเมิน</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : “ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดท้องมาก” objective data : มี Abdominal distension generalized tender Voluntary guarding rebound positive, most tender RUQ นอนคู้ขมวดตลอดเวลา Pain score 8-9/10 คะแนน <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวด <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. pain score ลดลง ซึ่งสามารถมีความปวดได้ แต่อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ช่วง 1-5 2. นอนหลับได้กลางคืน วันละ 2-3 ชั่วโมง กลางวันนอนได้ 30 นาที - 1 ชั่วโมง <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง โดยใช้แบบประเมิน Pain Score การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. แนะนำให้ล้างไตโดยการเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกติดต่อกัน 3 ถัง เพื่อลดอาการปวดท้อง 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 4. จัดท่านอนศีรษะสูง/ท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย 5. รายงานแพทย์ กรณีอาการปวดไม่ทุเลา 6. สอนการ relaxation technique เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจช้าๆเป็นจังหวะ ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ 7. จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบให้ผู้ป่วยพัก 8. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน/ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน/นอนหลับ 9. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา paracetamol (500mg.) 1 tab oral prn. 10. ประเมินอาการปวดท้องหลังให้การพยาบาล <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยทุเลาจากการเจ็บปวด pain score 8 คะแนน นอนพักในช่วงกลางวันเพิ่ม ครั้ง 2 ชั่วโมง และกลางคืน 5 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยมีไข้เนื่องจากติดเชื้อในช่องท้อง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : “ผู้ป่วยบอกว่า “น้ำยาล้างไตขุ่น” objective data : น้ำ PDF ขุ่น ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง และผลตรวจ PDF cell count WBC 1,008 cell/mm³ <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1) ผู้ป่วยทุเลาจากอาการผิดปกติ ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ 2) สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต SBP = 120-139 มิลลิเมตรปรอท DBP = 70-89 มิลลิเมตรปรอท <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และอันตรายหรือความเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกเฉียบพลัน 2. แนะนำหรือสอนให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ ด้วยการใช้อาาเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง แจ้งชื่อยา สรรพคุณ การออกฤทธิ์ ขนาด วิธีการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสัญญาณอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง หรือปวดศีรษะต่อเนื่อง ตาพร่ามัว อาเจียน เป็นต้น 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินระดับความดันโลหิตของตนเอง ในทุกครั้งวัดความดันโลหิต 5. แนะนำเรื่องอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมปริมาณมาก เช่น อาหารปรุงแต่ง อาหารรสจัดทุกประเภท นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์งดการสูบบุหรี่ 6. หลีกเลี่ยงภาวะเครียด โดยการยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษาของแพทย์ การฝึกมองสิ่งต่างๆในเชิงบวก ฝึกการผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิหรือสวดมนต์ 7. แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่น เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ดูแลให้ได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ Losartan 50 mg 1*1 oral pc, Carvedilol 12.5 mg ½ tab oral bid pc <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต 135/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ 3) ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะซีด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อย เพลีย ไม่รู้สึกอยากทำอะไร” objective data : ทำทาง เหนื่อยอ่อนเพลีย นอนพักคนเดียว ไม่ค่อยมา activity, O₂ saturation 94-95% และ ค่า Hct. = 28.3 % <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล :</u> เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยเพลียลดลง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1) น้ำ PDF มี cell count ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง น้ำยาล้างไตที่ปล่อยออกมา มีสีขาวขุ่น เป็นวัน เป็นต้น พร้อมทั้งซักประวัติที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนของระบบ สายรั้ว ความผิดพลาดในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือ ประวัติท้องผูกหรือถ่ายเหลว การรับประทานอาหาร เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด peritonitis 2. ประเมินลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการปวดท้อง อาการไข้ การหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ การแสดงออกทางสีหน้า เพื่อประเมินถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ 3. เก็บน้ำยาล้างไตส่งตรวจและรายงานผลให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนในการให้ยาปฏิชีวนะ 4. ทำแผล Exit site เพื่อประเมินการติดเชื้อ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 5. ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การทำแผลช่องทางออกของสายและทำการสอนซ้ำ หากเกิดข้อผิดพลาดให้มีการประเมินทุกครั้ง 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตและบันทึกเวลา ปริมาณของน้ำยาทั้งขณะปล่อยเข้าและปล่อยออก ลักษณะของน้ำยาทุกครั้ง เพื่อประเมินความผิดปกติของน้ำยา 7. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยา Fortum 2 gm add in PDF 2,000 ml, Cefazolin 2 gm add in PDF 2,000 ml และเปลี่ยนให้ยา Meropenam 1 gm in 1 hr. then 500 mg iv drip in 3 hrs. OD ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. Retraining เพื่อลดความผิดพลาดในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อแก้ไขความทรงจำที่ผิดเมื่อผู้ป่วยพร้อม 9. เก็บตัวอย่าง Dialysate ส่งตรวจ แล้วติดตามผลเพื่อประเมินความก้าวหน้าการรักษา <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยทุเลาจากการเจ็บปวด pain score 8 คะแนน นอนพักในช่วงกลางวันเพิ่ม ครั้ง 2 ชั่วโมง และกลางคืน 5 ชั่วโมง 3) ความทนต่อกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเหนื่อย” objective data : ทำทางเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนพักคนเดียว ไม่ค่อยมี activity และมีการติดเชื้อในช่องท้อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
BP = 120-139 mm.Hg. DBP = 70-89 mm.Hg. 2. ผู้ป่วยทุเลาจากอาการเหนื่อยเพลียหรือถึงจะมีย่อยบ้างแต่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สอบถามอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินความเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม 3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O₂ Cannula 5 lit/min 4. Monitor O₂ saturation เพื่อ ประเมิน ภาวะพร่องออกซิเจน 5. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม แบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพัก และกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆ และหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย วิงเวียน หน้ามืด 6. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า 7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Hemax 4,000 unit sc ทุกวันอังคารและวันศุกร์ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต 135/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และชีพจร 70 ครั้ง/นาที ยังมีเหนื่อยเพลียบ้างแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia ยากอาหารลดลง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : “เหนื่อยรับประทาอาหารไม่ค่อยได้ objective data : ทำทางเหนื่อยเพลีย รับประทาอาหารได้ 2-3 คำ/มื้ออาหาร <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น มือสั่นที่แสดงถึงภาวะ Hypoglycemia ผู้ป่วยทุเลาจาก 2) ระดับน้ำตาลในเลือด DTX 115-150 mg% <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินอาการ เช่น ใจสั่น มือสั่น อาการสับสน และวัดสัญญาณชีพ 2. เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา	<u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> : ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่บ่นเหนื่อยเพลีย และทำกิจวัตรได้เองเพิ่มมากขึ้น <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. สอบถามอาการเหนื่อยเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินความเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมต่างๆ อาการเจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม 3. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O₂ Cannula 5 lite/min 4. Monitor Oxygen saturation เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 5. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม แบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยพัก และกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆ และหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเพลีย หน้ามืด วิงเวียน 6. แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า เปลี่ยนเสื้อผ้า <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยเพลีย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้บางส่วน 4) วิดกกังวลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากล้างไตทางช่องท้องเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่ค่อยหลับ” objective data : มีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวดตลอดเวลา <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : 1) เพื่อลดความวิตกกังวล 2) เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1) ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตก กังวล 2) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ เพิ่มมากขึ้น 5-8 ชม./วัน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ทักทายผู้ป่วยทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล 2. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ไหว้พระ สวดมนต์ 3. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ/กิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 4. ดูแลให้ได้รับอาหารที่ละน้อยบ่อยครั้ง และดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟัน 5. บันทึกสารน้ำเข้า- ออก ทุก 8 ชั่วโมง 6. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ยกไม้กั้นเตียงป้องกันอุบัติเหตุ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการมือสั่น ใจสั่น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 115-150 mg% 5) วิดกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ และคุณค่าในตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ตนเองเป็นภาระของญาติ รู้สึกเกรงใจเมื่อต้องร้องขอความช่วยเหลือ” และ “การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ไม่ได้ช่วยงานสามีเลย รู้สึกเกรงใจและสงสารสามีมาก” objective data : ผู้ป่วยไม่ค่อยพูด ให้ความร่วมมือขณะให้การพยาบาลลดลง <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> 1. ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการวางแผนการดูแลตนเองได้ 2. ป้องกันการสูญเสียภาพลักษณ์และคุณค่าในตนเอง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองได้ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา กระบวนการล้างไตทางช่องท้อง ผลกระทบจากการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งผลดีและผลเสีย การปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการรักษา พร้อมกับกระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง 2. ค้นหาความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ตัวเองไร้ค่า เช่น การแยกตัว การไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาเหมาะสมหรือไม่ 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการล้างไตทางช่องท้อง ประเมินระดับความวิตกกังวล อธิบายให้ทราบถึงการรักษา และขั้นตอนการปฏิบัติในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และตามที่ผู้ป่วยต้องการ 4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกความไม่สบายใจ ข้อยกข้อง พยาบาลควรรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จัดให้ได้พูดคุยกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ให้เวลาในการปรับตัว	4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ 5. เยี่ยมให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรค และการรักษา ตัดสินใจร่วมกับแพทย์ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา Lorazepam 2 mg 1 tab oral hs. 7. ประเมินความวิตกกังวล หลังให้การพยาบาลพร้อมบันทึกการประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติยังมีสับสนวิตกกังวล แต่ 1 สัปดาห์ต่อมา การตัดสินใจลดลง ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น 2. นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น กลางวันเพิ่มเป็น 2 ชม./วัน และกลางคืน 5-6 ชม./วัน 5) ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> subjective data : ผู้ป่วยและญาติมักสอบถาม “อาหารรับประทานอะไรได้บ้าง” objective data : ผู้ป่วยรับประทานน้ำพริกและผักดอง <u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ เมื่อกลับไปพักอาศัยอยู่ที่บ้าน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกการดูแลตนเองที่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องมารับการรักษาก่อนนัดกิจกรรมการพยาบาล 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. มีความรู้ในการใช้ยาที่บ้าน วิธีการใช้ยาและผลข้างเคียง 3. การเตรียมเงินในการใช้จ่ายเวลาเดินทางมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน การดูแลเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 5. ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการมาฟอกเลือดตามนัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คือทุกวันอังคารกับวันศุกร์ 6. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การจำกัดโซเดียม 2,000 มก./วัน น้ำดื่ม 500-800 มล/วัน 7. แนะนำแหล่งให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยกรณีมีอาการผิดปกติหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น โทร 1669 หรือติดต่อคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลโนนสูง <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกและเลือกชนิดอาหารที่รับประทานได้ถูกต้อง และสามารถบอกเหตุผลในการเลือกรับประทานและปฏิบัติตัว

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงการวางแผนในการดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6. สร้างบรรยากาศของการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย 7. พยายามให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล คั่นหาบทบาท ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษาและความเจ็บป่วย อธิบายให้ญาติและผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย 8. จัดให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่ล้าทางช่องทางชองท้องมาเป็นเวลานานและมีการปรับตัวที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษา และมีกำลังใจปฏิบัติตามแผนการรักษา 9. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษา เพื่อให้มีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ บุคลากรและญาติควรให้กำลังใจและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อไป <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ สามารถล้าทางช่องทางชองท้องด้วยตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น	

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษามาทุกวันพบว่า อาการภาวะน้ำเกินและความดันโลหิตสูงดีขึ้นตามลำดับ ได้ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องกับทีมดูแลต่อเนื่อง อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการล้าทางช่องทางชองท้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน อาการบวมลดลง ไม่เกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ปลอดภัยจากภาวะ uremia ไม่เกิดภาวะ hypoglycemia รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน นอนหลับพักผ่อนได้ดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อไปดูแลล้าทางช่องทางชองท้องต่อเนื่องที่บ้านโดยมีคำสั่งการรักษา

ในการล้าทางช่องทางชองท้อง ดังนี้ 1.5% PDF 2000 ml.x 4 cycle พร้อมทั้งให้ยากลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกรณีศึกษามาทุกวันต่อเนื่องพบว่า มีอาการติดเชื้อในช่องท้องไม่สามารถล้าทางช่องทางชองท้องได้ แพทย์ได้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่รพ.ภาพสินธุ์ และได้ให้พอกไตทางเส้นเลือดแบบฉุกเฉิน รักษาที่รพ.ภาพสินธุ์ 1 สัปดาห์จึงส่งมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกมลาไสย อาการดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้าทางช่องทางชองท้อง ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษา โดยการให้ยาปฏิชีวนะ คือ Tazocin 4.5 gm iv set then 2.25 gm iv q 8 hrs. แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรงในช่องท้อง ไม่สามารถรับการรักษาด้วยการล้าทางช่องทางชองท้อง แพทย์จึงได้พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ และเปลี่ยนวิธีการรักษาด้วย Hemodialysis ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์

พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาต่อที่รพ.กมลไสย ต่อมาอาการดีขึ้น แพทย์ให้ยากลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน และนัดผู้ป่วยให้มารับการฟอกเลือด HD สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคารและวันศุกร์ สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/71 mmHg

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีระบบและมีแบบแผนที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการล้างไตทางช่องท้อง CAPD
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องควรได้รับการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการเข้าถึงปัญหา และมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแนวทางที่ได้วางไว้ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ตั้งใจฟังคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื่อที่เยื่อช่องท้องรุนแรงร่วมภาวะน้ำเกิน เหนื่อยเพลียทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง แพทย์พิจารณาส่งตัวไปรับการรักษาต่อ พยาบาลได้ติดต่อประสานงานบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยได้รับการปรับเปลี่ยนแผนการบำบัดทดแทนไตไปเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนด เข้าถึงการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทุกปัญหา ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และได้รับการจำหน่ายให้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กิตติศักดิ์ ด้านวิบูลย์ และคณะ. (2556). ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(1), 56-70.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 86-90.
- จินตนา ทองเพชร. (2556). ประสิทธิภาพโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(2): 69-78.
- จุฑามาศ เกษศิศิลป์, พาณิ วิรัชกุลและอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 84-102.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤติ. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธภักดี, บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฑาทอง; 2555 หน้า 225-236
- ทัศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมาลัยและพัชรี คมจักรพันธ์. (2013). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. Thai Journal of Nursing Council, 28(1): 85-99.
- ธงชัย ประวิทย์วัฒน์. (2550). ภาระด้านเศรษฐกิจจากโรคเบาหวาน. ใน วรณิ นิธิยานันท์,

- สาธิต วรรณแสง และชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย, 2550 (หน้า 33-37). กรุงเทพฯ: วิวัฒนาการพิมพ์.
- บัญชา สติระพจน์. Chronic kidney disease. ใน: บัญชา สติระพจน์, พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน, อำนาจ ชัยประเสริฐ, จันทภา ศรีสวัสดิ์, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. Clinical practice in medicine. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2560. หน้า 87-97.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, ฉัตรสุดา เอื้อมมานะพงษ์, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2558.
- รัชวรรณ ตู่แก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วนิดา คู่เคียงบุญ. (2551). การจัดการกับภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมลรัตน์ ผลงาม. (2549). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 12(1), 15-23.
- สายใจ คำเนตร. 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน. [ระบบออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://www.tyrkk.go.th/web/uploads/files/11%20%](https://www.tyrkk.go.th/web/uploads/files/11%20%20)
- สุจิตรา ลิ่มอานวยลาภ, ขวนพิศ ทำนอง, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 7.ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2556.
- สุภาวดี เลิศสำราญ. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม. [ระบบออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.elnurse.ssru.ac.th/supawadee_le/pluginfile
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเรต; 2555.
- อินทรา สุขรุ่งเรือง.(2563). การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก : จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(1), 4-16.
- ศศิธร ชิดน่ายี. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมมหาราชชนก.
- Figueiredo, A. E., de Moraes, T. P., Bernardini, J., Eduardo, C., de-Figueiredo, P., Barretti, Pecoits-Filho,R,(2015). Impact of patient training patterns on peritonitis ratea in a large national cohort study. Nephrology Dialysis Transphantayon, 30(1), 137-142.
- Jha, V.,&Modi, G. K. (2018). Getting to know the enemy better: The global burden of Chronic kidney disease. Kidney International, 94(3). 462-464
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Bhuttra, Z.A, Carter A, et al. (2016). Global, Regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 388(10053), 1459-1544.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

The result of an implementation of a nursing practice guideline for early postpartum hemorrhage prevention in the delivery room , Bangpakong Hospital.

(Received: July 18,2021 ; Accepted: August 17,2021)

นางสุมลา พรหมมา¹

Sumala Promma

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง วิธีการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน นำมาตอบในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ เวชระเบียนข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2563 รวม 5 ปี โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 139 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบเก็บข้อมูลการตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (Postpartum Hemorrhage Prevention Nursing Guideline) โรงพยาบาลบางปะกง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบ nonparametric ได้แก่ chai square

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงและทักษะทางการพยาบาล ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า การได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) ด้านทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดไม่เกิน 30 นาที มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี และด้านการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

Abstract

This research is a survey research with retrospective study. The objectives were to study the factors and The effect of nursing practice guidelines for the prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room Bangpakong Hospital. the method of study by collect information from medical records be used to answer the questionnaire created by the researcher. The research sample consisted of medical records of pregnant women who gave birth in Bangpakong Hospital. and were diagnosed with all postpartum hemorrhage from 2016-2020, a total of 5 years, by simple randomization of 139 people. The research instruments were a data collection that Hemorrhage in the Postpartum Hemorrhage Prevention Nursing Guideline, Bangpakong Hospital. The Index of Item Objective Congruence for the whole issue was 0.98. Statistics employed in the research were the percentage content analysis and nonparametric, i.e. chai square.

Research finding indicated that the factors affecting the adoption of nursing practice guidelines to prevent early postpartum hemorrhage in the delivery room Bangpakong Hospital, it consists of risk factor

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางปะกง

assessment skills and nursing skills. The effect of nursing practice guidelines for the prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room Bangpakong Hospital found that the nursing practice guidelines for prevention Postpartum hemorrhage and the severity of postpartum hemorrhage in the third stage of labor (placenta delivery) of the 30 - minute risk factor assessment skill were associated with the severity of postpartum hemorrhage significance at the 0.05 level and at 2 hours postpartum found that the risk factor assessment skills for blood loss from 300 cc and the administration of uterine contraction stimulating drugs were found to be related to The severity of postpartum hemorrhage was statistically significant at the 0.05 level.

Keywords : nursing practice guideline, early postpartum hemorrhage in the delivery room

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่พบได้บ่อยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกร้อยละ 25 จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็น ร้อยละ 35 ในหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (WHO and UNICEF, 2012) การตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (early postpartum hemorrhage) จะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กับ การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) ซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada ได้แนะนำให้ใช้หลัก 4 Ts ; Tone, Trauma, Tissue and Thrombin ในการค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้ 1) การหดตัวของมดลูก การหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุสำคัญที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอด 2) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (trauma) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของ การตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด 3) รกหรือชิ้นส่วนของรก (tissue) ค้างในโพรงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก สาเหตุเกิดจากการที่รกเกาะลึกผิดปกติ (placenta adherence) และ 4) การแข็งตัวของเลือด (thrombin) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 ของ การตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) ส่งผลกระทบต่อผู้คลอด ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดีและปริมาณเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หากมี การสูญเสียเลือดในปริมาณ 500 -1,000 มิลลิลิตร ร่างกายจะมีกลไกการชดเชย การเสียเลือดได้ แต่อาจมีภาวะซีดเล็กน้อย ส่งผลให้เกิดการอ่อนเพลีย การสร้างน้ำนมอาจล่าช้าได้ แต่หาก

หญิงหลังคลอดมีการสูญเสียเลือดในปริมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จะส่งผลให้เกิดภาวะช็อค และทำให้การทำงานของอวัยวะหลักล้มเหลวตามไปด้วย เช่น ไตวายเฉียบพลัน การหายใจและหัวใจล้มเหลว จนถึงแก่ชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดในปริมาณมากส่งผลกระทบต่อเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพศหญิงขาดเลือดไปเลี้ยง ต่อมาจะไม่สามารถผลิตฮอร์โมนที่สำคัญกับร่างกาย ก่อให้เกิดภาวะซีแฮนซินโดรม (Sheehan's syndrome) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ไม่มีน้ำนมหลังคลอด เต้านมเหี่ยว ผลกระทบในระยะยาว ทำให้ไม่มีประจำเดือน ขนที่รักแร้และหัวเหน่าหลุดร่วง ต่อมาัยรอยต์ทำงานน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ การตกเลือดหลังคลอด ยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ รวมทั้งภาวะอ่อนล้าในระยะหลังคลอดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ นอกจากนี้ประเด็นดังกล่าวแล้ว การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ของครอบครัวทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤติ เกิดความวิตกกังวลจากการตกเลือดหลังคลอด และรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจากค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย (Perinatal Services BC, 2019) ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้คลอด มากกว่าการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้นแล้ว

จากการดำเนินงานของห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะก่งที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2559 -2563 มีผู้รับบริการการคลอดทั้งหมดจำนวน 4,719 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 217 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.60 งานห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะก่ง จึงได้สร้าง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดขึ้นในปี พ.ศ. 2558 โดยประยุกต์จากเกณฑ์มาตรฐานแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage key element of bundle) และนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ยังคงพบว่า อัตราการเกิดภาวะ

ตกเลือดหลังคลอดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพบว่ามีการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – 2563 คิดเป็น ร้อยละ 3.93, 5.73, 4.52, 4.88 และ 3.92 ตามลำดับ

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารงานการพยาบาลผู้คลอด เห็นความสำคัญของการให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง จึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลย้อนหลังอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพอันจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 2) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิมนำมาตอบในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (Postpartum Hemorrhage Prevention Nursing Guideline) โรงพยาบาลบางปะกง

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 019/2564) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาสร้างแบบเก็บข้อมูลผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาระยะเวลา 2 เดือน หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราแล้วโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ คลอดที่โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งหมด ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2559 – 2563 รวม 5 ปี นำมาตอบในแบบสอบถาม

- 3) นำข้อมูลมาสรุปผล

- 4) รายงานผลการรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ช่วงเวลาของข้อมูล : ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา แล้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ คลอดที่โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 – 2563 รวม 5 ปี จำนวน 217 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เวชระเบียนข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ คลอดที่โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2559 – 2563 รวม 5 ปี จำนวน 217 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ .05 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % และระดับความเชื่อมั่น 95 % การศึกษาครั้งนี้มี กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 139 คน

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

X² = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X²=3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

แทนค่า

$$n = \frac{(3.841) \times (217 \times 0.5) \times 0.5}{(0.05)^2}$$

$$(217-1) + (3.841) \times 0.5 \times (0.5)$$

$$n = 138.839$$

ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 139 คน และคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากได้ จำนวน 139 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) เวชระเบียนข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดโรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยโดย

แพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งหมด ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2559 – 2563 รวม 5 ปี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) เวชระเบียนที่อยู่ระหว่างขั้นตอนการดำเนินการทางกฎหมาย
- 2) เวชระเบียนที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน
- 3) ประวัติการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ คลอดที่โรงพยาบาลบางปะกง และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงที่ส่งผลต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เช่น ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงต่อหน้าท้อง ช่องคลอด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีภาวะสมองพิการ หรือโรคหัวใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูล การตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (Postpartum Hemorrhage Prevention Nursing Guideline) โรงพยาบาลบางปะกง

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างแบบเก็บการตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

2. สร้างแบบเก็บข้อมูล การตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ดังนี้

แบบเก็บข้อมูล การตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 4 ข้อคำถามให้เลือกตอบ ได้แก่ 1) อายุของมารดา 2) จำนวนครั้ง การตั้งครรภ์ 3) โรคประจำตัว 4) ประวัติการฝากครรภ์และการคลอด

ตอนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการตกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ประกอบด้วย ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยง ทักษะการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรกเริ่ม 2) ระยะคลอด ประกอบด้วย 2.1) ระยะที่ 2 ของการคลอด 2.2) ระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) และ 3) ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบเก็บข้อมูล แบบเก็บข้อมูลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดำเนินการในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของข้อคำถาม เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้

หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 หมายถึงค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในระดับที่เหมาะสม

ผู้วิจัยนำแบบเก็บข้อมูล แบบเก็บข้อมูลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดำเนินการในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ปรับแก้ไขแล้วไปจัดพิมพ์เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบ nonparametric ได้แก่ chi square

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 140 คน โดยอายุมารดา อยู่ระหว่าง 20-35 ปี มากที่สุด จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 72.90 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 และอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ตามลำดับ ด้านลำดับการตั้งครรภ์ พบว่า ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมากที่สุด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.10 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70, ครรภ์ที่ 3 จำนวน

17 คน คิดเป็นร้อยละ 12.10 ด้านโรคประจำตัวมารดา พบว่า มารดาไม่มีโรคประจำตัว มากที่สุด จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.60 และภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension (PIH)) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40 ด้านการฝากครรภ์ พบว่า มีการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากที่สุด จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 รองลงมาคือ หลัง 12 สัปดาห์ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 และไม่ได้ฝากครรภ์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตามลำดับ ด้านวิธีคลอด พบว่า มีการคลอดปกติ (Normal labor) มากที่สุด จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาคือ การคลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศ (Vacuum Extraction) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 22.90 และการคลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่า มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony)

มากที่สุด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 65.70 รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 มีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง (retained placenta) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร่วมกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.40 ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Hemostasis) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10 และติดเชื้อ (sepsis) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด พบว่าปัจจัยด้านอายุมารดา โรคประจำตัว ประวัติการฝากครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ยกเว้นจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด (N=140)

รายการ	ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด					χ^2	p-value
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						39.48	0.00*
- ครรภ์ที่ 1	34 (63.00)	28 (43.10)	10 (58.80)	1 (33.30)	0 (0.00)		
- ครรภ์ที่ 2	10 (18.50)	20 (30.80)	15 (29.40)	1 (33.30)	0 (0.00)		
- ครรภ์ที่ 3	4 (7.40)	10 (15.40)	2 (11.80)	0 (0.00)	1 (100.00)		
- ครรภ์ที่ 4	6 (11.10)	5 (7.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
- ครรภ์ที่ 5	0 (0.00)	1 (1.50)	0 (0.00)	1 (33.30)	0 (0.00)		
- ครรภ์ที่ 6	0 (0.00)	1 (1.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		

*P < 0.05

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

3.1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน

การตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะแรกพบว่าการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะแรกพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

3.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน

การตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอด พบว่า การได้รับ

การดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

3.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน

การตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) พบว่า การได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ยกเว้น ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่เกิน 30 นาที พบว่า มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่เกิน 30 นาที กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด (N=140)

รายการ	ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด					χ^2	p-value
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่เกิน 30 นาที						40.23	0.00*
- เกิน 30 นาที	14 (25.90)	47 (72.30)	16 (94.10)	3 (100.00)	1 (100.00)		
- ไม่เกิน 30 นาที	40 (74.10)	18 (27.70)	1 (5.91)	0 (0.00)	0 (0.00)		

*P < 0.05

3.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า การได้รับการดูแลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรง

ของการตกเลือดหลังคลอด ยกเว้น ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี และด้านการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3 – 5

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการในการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด (N=140)

รายการ	ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด					χ^2	p-value
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี						9.71	0.04*
- ไม่เกิน 300 ซีซี	22 (40.70)	15 (23.10)	1 (5.91)	1 (33.30)	0 (0.00)		
- เกิน 300 ซีซี	32 (59.30)	50 (76.90)	16 (94.10)	2 (66.70)	1 (100.00)		

*P < 0.05

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ด้านการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด (N=140)

รายการ	ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด					χ^2	p-value
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก						51.36	0.00*
- ให้ยาต่ำกว่าเกณฑ์	6 (11.10)	37 (56.90)	17 (100.00)	2 (66.700)	1 (100.00)		
- ให้ยาตามเกณฑ์	48 (88.90)	28 (43.10)	0 (0.00)	1 (33.30)	0 (0.00)		

*P < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงและทักษะทางการพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากสถิติการคลอดพบว่า มีการคลอดปกติ (Normal labor) มากที่สุดจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรมในการให้บริการทางการพยาบาลเพื่อให้กระบวนการคลอดเป็นไปตามมาตรฐาน

มารดาและทารกปลอดภัย โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในการคลอดปกติ (Normal labor) ที่พบได้บ่อยคือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด จากการศึกษาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลบางปะกง พบว่าสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) มากที่สุด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 65.70 รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 มีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง (retained placenta) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร่วมกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the

genital tract) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.40 ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Hemostasis) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10 และติดเชื้อ (sepsis) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560) ที่ทำการศึกษารื่อง การตกเลือดหลังคลอด บทบาทสำคัญของการพยาบาลในการป้องกัน กล่าวว่า การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุ การตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1 (WHO, 2014) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง และสุภาพร จุฑาอารยะกุล (2563) ที่ทำการศึกษารื่อง ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ที่พบว่า สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่มาจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 75 จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยง และทักษะทางการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงาน สูติกรรมเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดระยะการคลอด ดังนั้นจึงต้องมีทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงและทักษะทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ในระยะแรกกับ และระยะที่ 2 ของการคลอดพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด ส่วนในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) พบว่า ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่เกิน 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการคลอดรกเกิน 30 นาที หมายถึงการเกิดภาวะรกค้าง คือ ภายหลังทารกคลอดแล้วรกใช้เวลาในการลอกตัว 5-10 นาที แต่ถ้ารกใช้เวลาในการลอกตัวนานกว่า 30 นาที แสดงว่ามีภาวะรกค้างเกิดขึ้น ทำให้ระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติ ซึ่งการที่รกค้างเป็นสาเหตุ

ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Briley et al., 2014 ที่พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีรกค้าง มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดถึง 21.3 เท่า ส่วนในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี และด้านการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 3 ผู้คลอดจะเสียเลือดประมาณ 150-200 มิลลิลิตร (วรารุณ สุมาวงศ์, 2545, หน้า 309) นับรวมก่อนเลือดจากรกด้วย ดังนั้นปริมาณเลือด 300 มิลลิลิตร ถือว่าเป็นความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ให้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin 10 ยูนิต ทางเส้นเลือดดำ หน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ที่ชำนาญในการทำคลอดปกติทางช่องคลอดให้ใช้วิธีการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction เพราะจะช่วยลดเวลาในระยะที่ 3 ของการคลอด ทำให้เสียเลือดลดลง และคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) จากเหตุผลดังกล่าว จึงสามารถบอกได้ว่า การที่ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่เกิน 30 นาที ในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะคลอดรก) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงส่งผลต่อการการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี และด้านการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาง หงส์ระนัย และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษารื่องผลของระยะเวลาการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดปกติพบว่า การกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีนาน 10 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังรกคลอดได้

สรุป การศึกษารื่อง ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงและทักษะทางการพยาบาล ส่วนผลการใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า การ
นำแนวปฏิบัติไปใช้ช่วยป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอดในระยะแรกรับและ ระยะที่ 2 ของ
การคลอด ส่วนในในระยะที่ 3 ของการคลอด (ระยะ
คลอดรก) ยังพบปัญหาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการคลอดรกไม่
เกิน 30 นาที ส่งผลถึงในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด คือ
การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการสูญเสีย
เลือดตั้งแต่ 300 ซีซี ที่นำไปสู่การตกเลือดหลังคลอด
ตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล
เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน
ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ในแต่ละระยะ ควรมีการ
ดำเนินงานเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการใน
ระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว (Active Management
of the Third Stage of Labor (AMTSL))

1.2 จัดอบรมฝึกทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยง
และทักษะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลัง
คลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

2. จากการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติการพยาบาล
ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด
หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง
ส่งผลต่อระดับการตกเลือดในผู้รับบริการ จากผลการ
วิเคราะห์ พบว่า ควรจัดเวทีในการนำเสนอผลการศึกษา
เพื่อนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับผลการ
ดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับ
การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว (Active
Management of the Third Stage of Labor (AMTSL))

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ด้วยความ
ช่วยเหลือของอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านผู้อำนวยการ ทีม
งานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลบางปะกง และกลุ่ม
ตัวอย่างทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้
กำลังใจ ให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการ
ป้องกัน.วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย., 6 (2), 146 -156.
- กรมการแพทย์.(2561).ประชุมวิชาการการคลอดมาตรฐาน ประจำปี 2561.นนทบุรี : กรมการ
แพทย์.
- สินีนานู หงส์ระนัย, ชมพูนุช โสภการีย์, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์และวิษญาพร ดวงนิตย์.(2562). ผลของระยะเวลาการกดมดลูก
ส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันที ต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดปกติ.วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย.
,12(2), 179-192.
- ACOG Practice Bulletin.(2006).Clinical Management Guidelines for Obstetrician-
Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet
Gynecol 2006;108:1039-47.
- Briley et al., (2014).Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and
progression to severe PPH : a prospective observational study. An international journal of
obstetrics and gynaecology.121(7): 876-888.
- Bonnar J. Massive.(2000).obstetric haemorrhage.Bailliere's best practice & research 2000;14:1-18.
- Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr.(1991). Factors associated with postpartum
hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991;77:69-76.
- Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. .(1991).Prophylactic
use of oxytocin in the third stage of labour.Cochrane Database Syst Rev 2001:CD001808.
- Georgiou C. (2009).Balloon tamponade in the management of postpartum
haemorrhage: a review. BJOG 2009;116:748-57.
- Hertzberg BS, Bowie JD. (1991).Ultrasound of the postpartum uterus. Prediction of retained placental
tissue. J Ultrasound Med 1991;10:451-6.

- Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA.(2008).Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD006431.
- Mousa HA, Alfirevic Z.(2007).Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD003249.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S.(2000). Active versus expectant management in the third stage of labour.Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000007.
- World Health Organization, UNICEF. (2014). Trends in maternal mortality:1990 to 2013 : estimatr by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Health Organization Bank nd the United Nations Population adaivision: Retrieved from http://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/10665/112682/2/9789241507226_ENG.PDF?ua=1.

ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

A study of self-care behavior of hypertensive patients in Somdejpraputthalerdla Hospital, Samutsongkram

(Received: July 7, 2021 ; Accepted: August 9, 2021)

โสพิณ ศรีสมโภชน์¹

รัชณี หลงสาสดี¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามานะ ได้ขนาดตัวอย่าง 368 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการหาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบด้านระดับความรู้โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 และแบบสอบถามระดับพฤติกรรมโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .75 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ t-test และสถิติ One Way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ร้อยละ 80.98 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.75 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านอื่น ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว ระดับการศึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The two main objectives of this descriptive research are i) to understand about the hypertension symptoms and the self-care behavior of hypertensive patients, and ii) to compare the self-care behavior of those patients based on the categories of gender, ages, the illness history in their family, the period of illness, education, and participation with the helpful project by Somdej Praputthalerdla hospital, Samutsongkram. The research sample size was calculated by the Yamane formula and resulted a 368 patients as a sample size. The data was collected from the patients between February to May in 2021 by a questionnaire, which consist of 3 main parts including their personal information, their background on hypertension, and their self-care behavior. This questionnaire was proved by 3 specialists. The knowledge-based reliability of the questionnaire was test by KR-20 formula and resulted .77 of the survey reliability. The behavioral level questionnaire was test by Cronbach's reliability coefficient alpha and resulted .75 of reliability. The data was analyzed its frequency, percentage, mean, standard deviation by using t-test One Way ANOVA.

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

The results: 1) Most of hypertensive patient well-knowing about the hypertension disease (80.98 %) and have their averaged proper self-care behavior (58.75 %) 2) The different gender, ages, and period of illness of hypertensive patients showed their difference in their self-care behavior significantly ($p < .05$), whereas the different illness history in their family, education, and participation with the helpful project by the hospital showed no difference in their self-care behavior.

Keywords: Self-care behavior, Hypertensive patient

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ หากไม่ได้รับการป้องกันและการดูแลรักษาที่ดีจะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2561) จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด มีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558)

สถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) อัตราการป่วยรายใหม่ ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 13.2 ล้านคนนั้นไม่ถึงหนึ่งในสามที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สถิติจังหวัดสมุทรสงคราม พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปี 2561-2563 จำนวน 102,090 คน (ข้อมูลจาก HDC - Report ส.ส.จ.สมุทรสงคราม) และสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2560-2563 มีอัตราป่วย และ admitted ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 3.49 เป็น 3.65, 3.68 และ 4.14 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2561-2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.16 เป็น 13.17 และ 15.08 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า) จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานศึกษาวิจัยของ สมรัตน์ ชำมาก (2559) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ร้อยละ 86.20 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในระดับสูง ร้อยละ 94.82 และจากการศึกษาของปฐมาภรณ์ ลาอุณ, นภาพร มัธยมามกุล และอนันต์ มลารัตน์ (2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกอายุ

รกรรม และรับผิดชอบงานในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำข้อมูลปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงมาวางแผนพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – กรกฎาคม 2564 สถานที่ดำเนินการคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ขณะทำการวิจัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน คำนวณโดยใช้สูตร Yamane (1970)⁸ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของ สมรัตน์ ชำมาก (2559)⁵ ที่ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านระดับความรู้โดยใช้สูตร KR20 ได้ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .75 มาทดลองใช้กับบริบทของงานวิจัยนี้ ซึ่งเครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แหล่งความรู้ที่ได้รับและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับความรู้ ใช้เกณฑ์การประเมินของบลูม (Bloom, B. S., 1986) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 คะแนนระหว่าง
9-11 คะแนน
ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 คะแนนระหว่าง
0-8 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อ มี 4
ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ยของ
คะแนนแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งออกเป็น 3
ระดับด้วยวิธีกำหนดอันตรายภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดลบ
ด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการโดยอิง
ของ เบทส์ (Best,1981) ได้ช่วงคะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย	3.01 - 4.00
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.01 - 3.00
ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.00

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ส่วนมาสร้างเป็น QR
Code Scan for Smart phone สำหรับผู้ป่วยที่มี Smart
phone กรณีไม่ สะดวก / ไม่มีโทรศัพท์ ให้ตอบ
แบบสอบถามผ่านชุดแบบสอบถาม

วิธีการดำเนินงาน

1. เสนอโครงการวิจัยฯ ต่อผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เมื่อได้รับอนุญาต
แล้วดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยการวิจัยในมนุษย์
ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยการวิจัยในมนุษย์
2. ประสานหัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก
อายุรกรรม เพื่อร่วมเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ให้
ข้อมูลขอความยินยอมเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วย/ญาติที่มี
Smart phone Scan QR Code ตอบแบบสอบถาม กรณี
ไม่มีโทรศัพท์ ให้ตอบแบบสอบถามผ่านชุดแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน
ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน
โลหิตสูงโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ด้านเพศ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และ
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ t-
test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยและ
ระดับความรู้ โดยใช้สถิติ One Way ANOVA กรณีคู่ใดมี
ความแตกต่าง ทดสอบรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (ชูศรี วงศ์
รัตน์, 2553)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนองานวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้หมายเลขรับรอง
COA No.50 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 อายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 52.45 มีอายุ 56-75 ปี จบชั้นประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 53.5 ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย อยู่ ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ ทราบว่าป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 มีประวัติคนในครอบครัวป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.6 การได้รับ คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94 ได้รับคำแนะนำแหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร้อยละ 71.2 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 18.5

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 80.98 และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำร้อยละ 16.85 และ 2.17 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องทุกคน ได้แก่ข้อที่ 10 การกินยาต้องกินให้ตรงตามเวลาชนิดยา ขนาดยา ตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ข้อที่ 12, 11 และ 14 คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรงดการสูบบุหรี่, ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาเองได้ไม่จำเป็นต้องให้แพทย์สั่งหยุด และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่น เบียร์ ตอบถูกร้อยละ 97.3, 96.5 และ 94.3 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือข้อที่ 3 การทำงานในกิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างอื่นเพิ่ม ตอบถูกร้อยละ 61.7

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยรวมในระดับปานกลาง ($M=2.35, SD=.296$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การสูบบุหรี่ ($M=3.80, SD=.668$) รองลงมาคือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่น เบียร์ ($M=3.69, SD=.681$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ($M=1.10, SD=.477$) รองลงมาคือการได้ดูฉลากยาตรวจสอบยาก่อนรับประทาน ($M=1.14, SD=.513$) การพักผ่อนนอนหลับประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง ($M=1.38, SD=.694$) และเมื่อท่านเครียดท่านได้จัดการกับความเครียดเช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หางานอดิเรกทำ ทำสมาธิ ปรึกษาคนสนิท ($M=1.69, SD=.747$)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ตาราง 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตาม เพศ ประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 368$)

ปัจจัยพื้นฐาน	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
เพศ : ชาย	130	2.25	.317	-4.543	.000
หญิง	238	2.40	.271		
ประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว				-1.335	.092
มี	201	2.33	.294		
ไม่มี	167	2.37	.297		
การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน				.030	.488
ร่วม	68	2.35	.279		
ไม่ร่วม	300	2.34	.300		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

($M=2.40, SD=.271$) สูงกว่าเพศชาย ($M=2.25, SD=.317$) ส่วนปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยคนในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

ตาราง 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ความแปรปรวนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ป่วย (n=368)

ปัจจัยพื้นฐาน	n	M	SD	F	p-value
อายุ					
อายุ 15-35 ปี	15	1.27	0.03	8.414	.000
อายุ 36-55 ปี	109	0.41	0.04		
อายุ 56-75 ปี	193	0.25	0.03		
อายุ 76 ปีขึ้นไป	51	0.63	0.04		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	197	2.38	.300	2.901	.056
มัธยมศึกษา	99	2.30	.295		
ปริญญาตรีขึ้นไป	72	2.32	.277		
ระยะเวลาที่ป่วย					
1-5 ปี	139	2.30	.304	4.554	.011
6-10 ปี	91	2.32	.296		
10 ปีขึ้นไป	138	2.40	.279		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ และระยะเวลาที่ป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15-35 ปี มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ($M=1.27, SD=0.03$) สูงกว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 76 ปีขึ้นไป ($M=0.63, SD=0.04$) อายุ 36-55 ปี ($M=0.41, SD=0.04$) และอายุ 56-75 ปี ($M=0.25, SD=0.03$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่ามีความประพฤติดีในการดูแลตนเองใน

ระดับที่ยังไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมกุล และอนันต์ มาลาร์ตัน (2554) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ จึงควรมีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรเน้นในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะข้อที่มีคำแนะนำเฉลี่ยของพฤติกรรมต่ำ ได้แก่ เรื่องการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพ และตรวจสอบยาก่อนรับประทาน การพักผ่อนนอนหลับประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง และการจัดการกับความเครียดเช่นดูโทรทัศน์ ฟังเพลงหางานอดิเรกทำ การทำสมาธิ ปรึกษาคนสนิท นอกจากนี้มีรายชื่ออื่นๆ ที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางในเรื่องการออกกำลังกาย การใช้ผงชูรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ อาหารประเภททอดต่างๆ สอดคล้องกับบริบทของคนในจังหวัด

สมุทรสงครามที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ การดำเนินชีวิตประจำวันที่มีอาหารการกินที่อุดมสมบูรณ์ บางรายอยู่ลำพัง บางรายมีลูกหลานดูแลอย่างดี จัดหาอาหารที่ผู้สูงอายุชอบมาให้บริการทาน จึงควรให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง มีการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และผู้ดูแลจะจรรยาบรรณ เพื่อทราบปัญหา และหาแนวทางแก้ไขให้มีปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 80.98 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง และระดับต่ำร้อยละ 16.85 และ 2.17 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดได้แก่ข้อที่ 10 การกินยาต้องกินให้ตรงตามเวลาชนิดยา ขนาดยา ตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ข้อที่ 12, 11 และ 14 คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรงดการสูบบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถหยุดยาเองได้ไม่จำเป็นต้องให้แพทย์สั่งหยุด และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์เหล้าเบียร์ ตอบถูกต้องร้อยละ 97.3, 96.5 และ 94.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมรัตน์ ขำมาก(2559)ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง และข้อคำถามรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อ 10 การกินยาต้องกินให้ตรงตามเวลาชนิดยาขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 99.13 ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 3 การทำงานในกิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกาย

อย่างหนึ่งไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างอื่นเพิ่ม ตอบถูกต้องร้อยละ 61.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 52.45 มีอายุ 56-75 ปี อายุเฉลี่ย 60 ปี ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 94 แหล่งที่ได้รับความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 71.2 ดังนั้น การได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ จากแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจว่าการทำงานในกิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งได้

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำแนกตาม เพศ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย ดังนี้

3.1 เพศ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันโดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าเพศชาย เนื่องจาก เพศชายส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไม่ค่อยเข้ารับบริการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาล มักรอให้หายเอง หรือบางครั้งให้ญาติมารับยาแทนหรือซื้อยารับประทานเองโดยไม่ต้องตรวจ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์(2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร ผลการวิจัย พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันและการศึกษาของประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก และมาลิน แก้วมณี (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M^2 = 7.823$, $p=0.02$)

3.2 ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เน้นเชิงรุกมากขึ้น ในการดำเนินการ จึงเน้นให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดคือสมาชิกในครอบครัว และ อสม. ในเขตรับผิดชอบ มีการกระตุ้นให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันในทุกบริการมากขึ้น ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ภัสราวัลย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ไกลังกา (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษา พบว่า ประวัติความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

3.3 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่า ไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ผู้วิจัยทำการวิจัย เก็บข้อมูลการวิจัยในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 จึงไม่มีการนัดกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีเพียงการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเดิม ที่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 18.5 อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 หมดไป ควรมีการส่งเสริม มีการนัดหมายกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อพบปะสังสรรค์ในการร่วมดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อน

ช่วยเพื่อนเพิ่มขึ้น มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประสานต่อชุมชน ภาครัฐเครือข่ายผู้ป่วย รวมถึงญาติหรือคนในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมีความเข้มแข็ง และยั่งยืนตลอดไป

3.4 อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15-35 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 76 ปีขึ้นไป อายุ 36-55 ปี และอายุ 56-75 ปี ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา ฤทธิรงค์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ต.ทอนหงส์ อ.พรหมคีรี จ. นครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า ช่วงอายุที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และผลงานวิจัยของ ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัธยมามกุล และอนันต์ มาลารัตน์ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15-35 ปี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองได้ดีกว่า

3.5 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมรัตน์ ขำมาท (2559) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผลงานวิจัยของเนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย

และวิวัฒน์ วรวงษ์(2554) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ระดับการศึกษา ระยะการป่วยที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก และมาลิน แก้วมณี (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคลองรี อำเภอสีทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ตลอดจนการได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปริญญาภรณ์ ลาอุณ, นภาพร มัธยมามกุล และอนันต์ มาลาร์ตัน (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของภัสราวลีย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา(2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

3.6 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ภัสราวลีย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา(2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการวิจัย

พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน งานวิจัยของเนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์(2254) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ระยะการป่วยที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน งานวิจัยของพัฒนา ฤทธิ์รงค์(2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ต.ทอนหงส์ อ.พรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ ประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก และมาลิน แก้วมณี (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคลองรี อำเภอสีทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย ของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ตลอดจนการได้รับคำแนะนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่ามีความผิดปกติในการดูแลตนเองในระดับที่ยังไม่ดี แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.98 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.85 และข้อคำถามรายชื่อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อ 10 การกินยาต้องกินให้ตรงตามเวลาขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ตอบถูก 100% ซึ่งขัดแย้งกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต

สูง การได้ดูผลกายตรวจสอยาก่อนรับประทาน การพักผ่อนนอนหลับประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง และเมื่อท่านเครียดท่านได้จัดการกับความเครียดเช่นดูโทรทัศน์ ฟังเพลงหางาน อดิเรกทำทำสมาธิปรึกษาคนสนิท ซึ่งเป็นพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในระดับต่ำ เรียงตามลำดับ ดังนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม โดยการดำเนินการต่างๆ เช่น กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ชีวิตประจำวัน และประสบการณ์ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคน ทั้ง ด้านบวก และด้านลบ มีการฉายวิดีโอทัศน์เรื่องความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เพิ่มเติมมีการยกตัวอย่างพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย เปรียบเทียบให้เห็นทั้งด้านบวก และด้านลบ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วย รวมถึงญาติ หรือ คนในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง และยั่งยืน

2. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในข้อคำถามเรื่องของการทำงานในกิจวัตรประจำวันถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างอื่นเพิ่ม มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตอบข้อคำถามข้อนี้ ตอบว่าข้อนี้ถูกต้องถึง 141 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 ประเด็นนี้ทีมสุขภาพ ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้สาเหตุปัญหาที่แท้จริงมาแก้ไขต่อไป

3. จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องค่อนข้างมาก ทีมสุขภาพจึงควรมีการเร่งดำเนินการพัฒนาหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกในการส่งเสริมการให้ข้อมูลให้คำแนะนำ ใช้กลยุทธ์แบบประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง มีการกำกับติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผลลัพธ์ดีขึ้น

4. พยาบาลควรมีการส่งเสริม และขยายผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด/ลดความดันโลหิต ประสานไปยังเครือข่ายอื่น จัดทำเป็นแนวทาง และขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน (โมเดล) เพื่อสะดวกและง่ายในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง และ มีการประเมินผล โดยการทบทวนเชิงปฏิบัติการซ้ำเปรียบเทียบหลังจากนำแนวทางการปฏิบัติไปใช้

5. ควรมีการทำวิจัยค้นหาข้อมูลที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับมีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อให้ทราบปัญหา และนำมาปรับกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าให้ได้มากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลก. สืบค้นเมื่อ 13 มี.ค. 64 จาก http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2559.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 13 มี.ค. 64 จาก http://www.thaihypertension.org/files/_HT%20guideline%202019.with%20watermark_.pdf
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พ.ศ. 2561-2563. สืบค้นเมื่อ 22 ก.พ. 64 จาก http://203.157.95.66/data_sys/report/_t_ncd/menu.php?prepage=menu.php

- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนางเหล้าอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3): 153-169.
- ปฐมาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมภักดิ์ และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 18(3): 160-169.
- Orem, D. E. (2011). The Self-Care Deficit Nursing Theory. Retrieved May 3, 2013 from <http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html>.
- Yamane, T. (1973). Statistical Introduction Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row.
- Bloom, B. S. (1986). Learning for Mastery. Evaluation comment. Center for the Study of Instruction Program. University of California at Los Angeles.
- Best, J. (1981). Research in Education (4th ed.) London: Pentice-Hall international.
- ชูศรี วงศ์รัตน์, (2553) เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรเกรสซีฟ
- นวรรตน์ จันทานนท์, บุษราคัมสิงห์ชัย และวิวัฒน์ รวรงค์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(6): 749-758.
- ประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก และมาลิน แก้วมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(3): 74-91.
- ภัสราลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(2): 120-136.
- พัฒนา ฤทธิรงค์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ต.ทอนหงส์ อ.พรหมคีรี จ. นครศรีธรรมราช. สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 64 จาก <http://www.promkiri.go.th/detail/doc>.