

การพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยา ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

The Development of Service System by Drug Store Participation to Prevent and Resolve Sexual Transmitted Diseases, Mahasarakham District, Mahasarakham Province

เกษมกตา ไตรรัตน์
Ketmookda Trairat

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยา ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินงานวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษามี 3 กลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มพัฒนาระบบการบริการ จำนวน 14 คน 2) กลุ่มเป้าหมายหลักร้านยา จำนวน 27 ร้าน 3) กลุ่มผู้ได้รับบริการตามระบบบริการที่พัฒนาขึ้น จำนวน 86 คน ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2559 ถึง 30 เม.ย 2560 โดยมีเครื่องมืออบรมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการที่ร้านยา แบบบันทึกอาการเจ็บป่วยและยาที่ใช้ในการรักษา แบบบันทึกผลการติดตามการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยง 0.77 แบบประเมินความพึงพอใจการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยง 0.79 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มสำหรับผู้พัฒนาระบบการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย : การพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้านยาสามารถเป็นหุ้นส่วนการร่วมให้บริการที่ดีและขยายไปถึง 27 ร้าน โดยต้องมี 1) การพัฒนาการดูแลเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาล 2) การพัฒนาการรักษาและติดตามการกลับเป็นซ้ำโดยร้านยา 3) พัฒนาการป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยโรงพยาบาลมหาสารคามต้องสนับสนุน ผังการประสานส่งต่อให้บริการระหว่างร้านยาและคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลมหาสารคาม คู่มือการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับบุคลากรในร้านยา แผนการติดตามผลการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ และให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ส่วนการประเมินผลการบริการ พบว่าการรักษาเป็นไปตามคู่มือการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับบุคลากรในร้านยา และมีการส่งต่อการรักษา จำนวน 70 ราย ร้อยละ 35.71 ร้านยาสามารถรักษาได้เอง จำนวน 86 ราย ร้อยละ 43.88 คือ เชื้อราในช่องคลอด ร้อยละ 37.21 หนองในเทียม ร้อยละ 19.77 โรคหนองใน ร้อยละ 18.60 เริมอวัยวะเพศ ร้อยละ 9.30 พยาธิในช่องคลอด ร้อยละ 8.14 ซึ่งผลการรักษาโดยรวมผู้ป่วย มีอาการหาย/ดีขึ้น และผู้ป่วยที่เป็นเริมอวัยวะเพศ ทืด หูดหงอนไก่ มีอาการหาย/ดีขึ้นทุกราย การเข้ารับบริการที่ร้านยาของผู้ป่วยทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น อัตราการกลับเป็นซ้ำพบ ร้อยละ 5.81 และผลความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปผล : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สามารถให้การบริการดูแลรักษา เพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว รวมถึงลดการกลับเป็นซ้ำของโรค สร้างความพึงพอใจและสามารถติดตามและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องได้

คำสำคัญ : โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,การมีส่วนร่วมของร้านยา

ABSTRACT

Objective : To develop the service system by drug store participation to preven and resolve sexual transmitted diseases, Mahasarakham District, Mahasarakham Province.

Methods : This research is an action research. The enrooled patients were devided into 3 groups; 1) The brainstorming group 14 peoples; 2) The main target 27 drug stores; and 3) The enrolled patients who received the developed service system 86 patients during October 1st 2016 until March 31st 2017. The data collection instruments were the drug store received service recorded form, the symptom-medication treated record forms, follow up and recurrence record form, knowledge test before and after receiving service record form with the precision at 0.77, service satisfaction, prevention, and implementation of sexual transmitted recorded form with the precision at 0.79, and group discussion for system developer recorded form using descriptive analysis in percentage and mean value.

Results : The system development of sexual transmitted disease patient care, treatment, prevention, and solving problem for Maha Sarakham Hospital participating with drug store was great developed and spreaded over 27 drug stores.By Development of care linked. From pharmacy to hospital , The development of the treatment and follow up of recurrence by drug stores,The development of prevention and implementation. Maha Salakham Hospital supported : Chart synchronization for delivery between drug stores And sexually transmitted infection clinics Mahasarakham Hospital, A guide to prevention,treatment and treatment of sexual transmitted disease for drug store personnel, plan the treatment and monitor recurrence and provided free condoms continuous. Moreover, the service evaluation was followed by the manual of sexual transmitted disease patient care in drug store. The referral patients were 70 patients such as 35.71%, and 86 patients were self curing such as 43.88% were vaginal candidiasis, 37.21% were non-Gonococcal urethritis, 19.77 % were Gonorrhea, 18.60% Anogenital herpes, 9.30% were Vaginal trichomoniasis, 8.14 % were. The result for treatment showed that the patients were cured/better, and all patients with Anogenital herpes, Scabies, Condyloma acuminata were completely cured in patients who received the pharmaceutical care service from drug stores provided better and improved knowledge. On the other hand, 5 patients (5.81%) were recurred with the highest satisfaction level.

Conclusion : The results found that the sexual transmitted disease patient care, treatment, prevention, and solving problem which participating with drug store was successfully increased knowledge, improved the treatment, more out standing for most patients, and also decreased the recurrent rate with a high-highest satisfaction level which refer to continuously next follow up and referring patients more efficiently.

Keywords : sexual transmitted disease, drug store participation

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในประเทศไทยพบข้อมูล 10 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ 2548 - 2557 จากรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ที่สำคัญ 5 โรคคือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อนและฝีมะม่วง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ทั้งนี้สาเหตุมาจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการทางเพศมีทั้งทางตรงและแอบแฝง รวมทั้งการปิดคลินิกกามโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทำให้การเข้าถึงบริการดูแลรักษา การป้องกันและแก้ไขปัญหา ลดลง

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์² สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ (หนองใน ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และหนองในเทียม) ภาพรวมของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 24.789 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 54.76 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ปี 2559 พบสถิติผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นหนองในจาก 77 จังหวัด 9,633 ราย อัตราป่วย 14.72 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.19 พบมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (60.14%) ในทุกภาคของประเทศไทย ผู้ป่วยที่เป็นหนองในเทียมจาก 73 จังหวัด มี 2,180 รายอัตราป่วย 3.33 ต่อแสนประชากรอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.45 พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (28.81%) โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือผู้ป่วยที่เป็นซิฟิลิส

พบผู้ป่วย 4,068 รายจาก 75 จังหวัดอัตราป่วย 6.22 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.57 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 15 - 24 ปี (33.85%) ในทุกภาคของประเทศไทยส่วนผู้ป่วยแผลริมอ่อนพบผู้ป่วย 889 รายจาก 74 จังหวัดคิดเป็นอัตราป่วย 1.36 ต่อแสน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.71 พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (37.01%) ในทุกภาคของประเทศไทยและกามโรคของต่อม และท่อน้ำเหลืองนั้นพบผู้ป่วย 175 รายจาก 46 จังหวัดมีอัตราป่วย 0.27 ต่อแสนประชากรอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.24 พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (30.86%) ในทุกภาคของประเทศไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดพบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี เช่นเดียวกับจังหวัดมหาสารคาม ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ คือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ถึงร้อยละ 82.9¹ และจากการศึกษาประสิทธิผลการดูแลรักษา คลินิกที่บ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษา³ พบการดี้อยู่ร้อยละ 6.87 และมีแนวโน้มสูงขึ้น ยาปฏิชีวนะในการควบคุมรักษาการติดเชื้อไม่ได้ผลเท่าที่ควรและบางครั้งไม่สามารถหายที่เหมาะสมได้⁴ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ใช้เวลารักษานาน โดยสาเหตุสำคัญที่เชื่อเกิดการดี้อย่างเนื่องจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือใช้เกินความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่รุนแรงมักจะยังไม่ไปพบแพทย์ แต่นิยมซื้อยามารับประทานเองจากคลินิกต่าง ๆ ก่อนไปพบแพทย์ถึงร้อยละ 46.86 บางรายได้รับยารักษาไม่ตรงโรค การจ่ายยาไม่เหมาะสม ขาดการให้คำแนะนำเฉพาะโรคที่มีความสำคัญมากในขั้นตอนการรักษาขาดการติดตามประเมินผลการรักษา ทำให้ผู้ใช้ยามีการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่เหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาประสิทธิภาพในการรักษาไม่ได้ผลดี

ปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลมหาสารคาม ตระหนักถึงความสำคัญของหุ้นส่วนการดูแลที่เหมาะสมคือร้านยาในอำเภอเมืองมหาสารคาม จึงได้ทำโครงการนำร่องร้านยามีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเบื้องต้นมีร้านยาเข้าร่วมโครงการ 3 ร้าน จากผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยาได้รับการรักษาตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง จนหายขาดและเกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคามที่ชัดเจน

ดังนั้นจากปัญหาและผลการดำเนินงานที่เกิดจากโครงการนำร่อง ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามขึ้นทั้งนี้เพื่อการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาตามคู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีการใช้ยา และปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรค ไม่กลับเป็นซ้ำและมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยา ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2559 - 30 เมษายน 2560

กลุ่มผู้ร่วมในการศึกษามี 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้พัฒนาระบบการบริการ เพื่อพัฒนาระบบประกอบด้วย แพทย์ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมือง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ตัวแทน

คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตัวแทนเภสัชกรร้านยาในพื้นที่อำเภอเมือง นักวิชาการและอาจารย์เภสัชกร จำนวน 14 คน

2. กลุ่มเป้าหมายหลักร้านยา ประกอบด้วย เครือข่ายร้านขายยาในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 27 ร้าน

3. กลุ่มผู้ได้รับการตามระบบบริการที่พัฒนาขึ้น จำนวน 86 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทโดยการศึกษารายละเอียดทั่วไป ของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ร้านยา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ร้านมาวิเคราะห์ร่วมกันในเวทีประชุมและสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเภสัชกรประจำร้านยาเพื่อร่วมกัน สรุปแนวทางการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบการบริการโดยการมีส่วนร่วมของร้านยาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดย 1) พัฒนาการดูแลเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาล ซึ่งได้สนับสนุนผังการประสานส่งต่อให้บริการระหว่างร้านยาและคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม และแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ 2) การพัฒนาการรักษาและติดตามการกลับเป็นซ้ำโดยซึ่งได้จัดทำคู่มือการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับบุคลากรในร้านยา แผนการติดตามผลการรักษา และการกลับเป็นซ้ำและให้การสนับสนุนลงนามอย่างต่อเนื่อง 3) พัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้มีการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยา การปฏิบัติตัวและความรู้เฉพาะโรค การจัดทำแผนพบเฉพาะโรค การจัดมุมให้คำปรึกษาที่ร้านยา ทั้งนี้นอกจากการสนับสนุนดังกล่าวแล้วยังได้ประชุมระดมความคิดเห็นตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล 1) ผลการรักษาภายหลังการรักษาวันที่ 7 วันที่ 14 เดือนที่สาม 2) ประเมินความรู้ก่อนและหลังให้บริการ 3 ส่วน คือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องการใช้ยา การปฏิบัติ

ตัวขณะรักษาและความรู้เฉพาะโรค 3) อัตราการกลับเป็นซ้ำ (หลัง 3 เดือน) และ 4) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการที่ร้านขายยา
2. แบบบันทึกอาการเจ็บป่วยและยาที่ใช้ในการรักษา
3. แบบบันทึกผลการติดตามการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ
4. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค่าความเที่ยง 0.77
5. แบบประเมินความพึงพอใจการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยง 0.79
6. แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับผู้พัฒนาระบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณทำการวิเคราะห์เป็นร้อยละและหาค่าเฉลี่ย เชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหา พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 186 ราย มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 110 ราย ร้อยละ 56.12 แบ่งเป็นมาเองโดยไม่ผ่านร้านยา 40 ราย ร้อยละ 20.41 ร้านยาส่งต่อด้วยแบบฟอร์ม 32 ราย ร้อยละ 16.33 ส่งต่อด้วยปากเปล่าไม่มีแบบฟอร์ม 38 ราย ร้อยละ 19.38 แสดงให้เห็นทราบว่าร้านยาเป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ จำนวน 70 ราย ร้อยละ 35.71 โดยพบโรคหนองในมีการส่งต่อสูงสุด 20 ราย ร้อยละ 56.59 ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ร้านยาโดยตรงมีจำนวน 86 ราย ร้อยละ 43.88 โดยพบผู้ป่วยเป็น เชื้อรา

ในช่องคลอดมากที่สุด ร้อยละ 37.21 รองลงมาตามลำดับคือ หนองในเทียม ร้อยละ 19.77 โรคหนองใน ร้อยละ 18.60 และโรคอื่น ๆ ที่พบ คือ เริมอวัยวะเพศ พยาธิในช่องคลอด โលน หิด และหูดหงอนไก่ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนโรคแผลริมอ่อน กามโรคของต่อม/ท่อหน้าเหลืองหรือฝีมีเมม่วง และฝีมีเมม่วงจากแผลริมอ่อนนั้น ไม่มีการรักษาที่ร้านยา เช่นเดียวกับซิฟิลิสและหูดข้าวสุก เพราะระดับความรุนแรงของโรค ความไม่มั่นใจในการวินิจฉัย /การรักษา และให้โอกาสผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า พบข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับบริการร้านยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.47 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15 - 24 ปี ร้อยละ 41.86 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 52.32 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 45.35 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 73.26 ระยะเวลาที่แสดงอาการหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่ไม่ได้ป้องกันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 7 วัน ร้อยละ 55.81 ส่วนประวัติเสี่ยงนั้นเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน 1 ปี ที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 51.16 มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 48.83 คู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.46 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ขายบริการทางเพศ ร้อยละ 3.48

สถานการณ์จริงจากโครงการนำร่องนำมาประชุมระดมความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนาระบบประกอบด้วย แพทย์ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมือง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ตัวแทนคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตัวแทนเภสัชกรร้านยาในพื้นที่อำเภอเมือง นักวิชาการและอาจารย์เภสัชกร จำนวน 14 คน ได้แนวทางการทำงานร่วมกันคือ 1) การพัฒนาการบริการเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาลในประเด็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้านยาสามารถรักษาได้และโรคที่ควรส่งต่อ แนวทางการส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องจากร้านยาสู่โรงพยาบาลมหาสารคาม 2) การพัฒนาการรักษาและการติดตามการกลับเป็นซ้ำโดยร้านยา ในประเด็นร้านยาควรมีแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมสอดคล้องกับ

การรักษาที่โรงพยาบาล มีแผนการติดตามผลการรักษาและการกลับเป็นซ้ำที่แน่นอนและโรงพยาบาลควรเป็นพี่เลี้ยงตลอดทุกขั้นตอนหรือแม้กระทั่งโรคบางโรคที่ร้านยาส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลก็สามารถส่งกลับไปให้ร้านยารักษาต่อได้นอกจากนี้ยังต้องให้การสนับสนุนอย่างอนามยอย่างต่อเนื่องและควรมีรูปแบบการติดตามผลการรักษาคือการโทรศัพท์ติดตามหรือใช้การนัดหมายให้มาพบ 3) มีการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยเภสัชกรร้านยาควรเพิ่มบทบาทในการให้คำแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคยา การปฏิบัติตัวขณะรักษาและความรู้เฉพาะโรคนั้น ๆ

มีมุมให้คำปรึกษาแนะนำที่ร้านยาและมีสื่อที่สามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เช่นแผ่นพับ ผลการศึกษาในตอนี่ 2 พัฒนาระบบการบริการ โดยการมีส่วนร่วมของร้านยา ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 27 ร้าน โดยพัฒนาการดูแลเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาล พัฒนาการรักษาและการติดตามการกลับเป็นซ้ำและพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหา พบปัญหา แนวทางการแก้ไขและผลลัพธ์ โดยรวม รายละเอียดตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 ปัญหา แนวทางการแก้ไขและผลลัพธ์โดยรวมจากการพัฒนา

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข	ผลลัพธ์
พัฒนาการดูแลเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาล		
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้านยาควรมี การส่งต่อเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นโรคหนองใน หนองในเทียม พบว่า ยังมี การส่งต่อไม่เป็นไปตาม”	-โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้และให้การตรวจ วินิจฉัยและอาจให้การรักษารวมด้วยหรือ ส่งกลับไปร้านยา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยว่า จะเลือกรักษาที่ใด	ร้านยาได้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเช่น หนองไหลจากท่อปัสสาวะได้รับการ ตรวจวินิจฉัยมากขึ้น
คู่มือการบริการดูแลรักษา ป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสำหรับ บุคลากรในร้านยา	-จัดทำ Flow chart อย่างง่าย ๆ กำกับ -จัดทำผังการประสานการส่งต่อให้บริการ ระหว่างร้านยาและคลินิกโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม	
การส่งต่อจากร้านยาสู่โรงพยาบาล มหาสารคามใช้แบบฟอร์มการส่งต่อแต่ พบว่ามีการส่งต่อด้วยวาจาโดยไม่ใช้ แบบฟอร์มการส่งต่อ	-ใช้แบบฟอร์มตอบกลับจากโรงพยาบาล ถึงร้านร้านยาเพื่อให้ร้านยาได้รับทราบ ข้อมูลและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (เฉพาะข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้) -ประชุมทบทวนแนวทางการส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องจากร้านยาสู่ โรงพยาบาลมหาสารคาม	ร้านยาได้รับทราบข้อมูลการรักษา ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้มีการพัฒนาการดูแลรักษาขึ้น ร้านยาให้บริการเองได้มากขึ้น และ ส่งต่อเฉพาะกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ผังการประสานการส่งต่อ สามารถให้ ความสะดวกไม่เสียเวลามากมี สัมพันธภาพที่ดี โรงพยาบาลสามารถ เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนได้ดี

ตาราง 1 ปัญหา แนวทางการแก้ไขและผลลัพธ์โดยรวมจากการพัฒนา (ต่อ)

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข	ผลลัพธ์
พัฒนาการรักษาและการติดตามการกลับเป็นซ้ำด้วยร้านยา		
โรคแผลริมอ่อน กามโรคของต่อม/ ท่อน้ำเหลืองหรือฝีมะม่วงและฝีมะม่วง จากแผลริมอ่อนนั้นไม่มีการรักษาในร้านยาทั้งนี้ เพราะร้านยาไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค	A ₁ -ใช้แบบฟอร์มตอบกลับจากโรงพยาบาล ถึงร้านยาเพื่อให้ร้านยาได้รับทราบข้อมูล การวินิจฉัยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ A ₂ -จัดทำและประชุมทบทวนคู่มือการ บริการดูแล รักษา ป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ บุคลากรในร้านยา A ₃ -จัดทำและสนับสนุนแผนการติดตาม ผลการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ -สนับสนุนถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่อง	B ₁ ร้านยาได้รับทราบข้อมูลการรักษาที่ ส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้เกิด ความมั่นใจใน การรักษามากขึ้น B ₂ ร้านยาสามารถติดตามผลการรักษา ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการติดตาม และ หายขาดตามเวลา B ₃ ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รับการรักษาตามแนวทางที่เป็นไปตาม มาตรฐาน
ขณะผู้ป่วยเข้ามารักษาที่ร้านยาบางครั้ง ไม่ได้พบเภสัชกร	-ประชุมชี้แจงบุคลากรร้านยาที่ไม่ใช่ เภสัชกร	-ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับข้อมูลเรื่องโรคและได้รับการ บริการเมื่อเกิดปัญหา
ร้านยาบางร้านไม่มีเวลาให้คำปรึกษา หรือแนะนำ และไม่มีมุมให้คำปรึกษา	-จัดทำและทบทวนแนวทางการให้คำ แนะนำและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้ บริการร้านยา -จัดทำแผ่นพับเฉพาะโรค -มีช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คำปรึกษา และทาง social network -จัดทำมุมให้คำปรึกษาร้านยา	-มีบางร้านให้ความร่วมมือดีมีมุมให้ คำปรึกษา

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล หลังจาก การนำระบบเข้าไปให้บริการในแต่ละร้านยา เพื่อร่วมในการ แก้ปัญหา พบว่า

1. ผลการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังได้รับ การบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วน ร่วมของ พบว่า ร้านยามีศักยภาพในการรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ให้หายได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษาภายใน 7 วัน มีทั้งหมด 7 โรคโดยสามารถจ่ายยารักษาและผู้ป่วย มีอาการหายหรือดีขึ้นมากที่สุดคือโรคเริมอวัยวะเพศ หิด หูดหงอนไก่ คิดเป็น ร้อยละ 100 รองลงมาคือโรคเชื้อราใน

ช่องคลอดและโรคหนองใน คิดเป็น ร้อยละ 93.75 ส่วนโรค กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองหรือฝีมะม่วงร้านยาไม่ มั่นใจในการวินิจฉัยโรคจึงได้ส่งต่อเข้ารับบริการวินิจฉัยทาง ห้องปฏิบัติ และรักษาต่อไปที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. ผลการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 14 วัน หลังได้รับการบริการดูแลรักษาป้องกันและแก้ไขปัญหาร้านยาสามารถจ่ายยารักษาและผู้ป่วยมีอาการหายหรือดีขึ้น คือโรคหนองในเทียมคิดเป็น ร้อยละ 88.24 ส่วนโรคแผล ริมอ่อน และฝีมะม่วงจากแผลริมอ่อน ร้านยาไม่มั่นใจในการ

วินิจฉัยโรคจึงได้ส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และรักษาต่อไปที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ผลการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการรักษา 7 วันที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังจากได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.71 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รักษาในโรงพยาบาล และร้านยา ส่วนการประเมินหลังการรักษา 7 วัน จำนวน 49 ราย โรคหนองใน มีการส่งต่อมากที่สุด 20 ราย และผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการหายดีขึ้น 67 ราย คิดเป็น ร้อยละ 95.71 ส่วนผลการรักษาผู้ป่วย อาการไม่หายมีโรคเริ่มอวัยวะเพศ 1 ราย เนื่องจากยังพบร่องรอยของโรค และหูดหงอนไก่ 2 ราย เนื่องจากมีการเกิดขึ้นใหม่ในบริเวณรอบๆและบริเวณที่รักษาไปแล้วนอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหนองใน 2 ราย มีความต้องการกลับไปรับยารักษาที่ร้านยาเดิม

4. ผลการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการรักษา 14 วันที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังจากได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการประเมินหลังการรักษา 14 วัน จำนวน 21 ราย พบมีการส่งต่อ 4 โรค โรคหนองในเทียมมีการส่งต่อมากที่สุด 11 ราย รักษาหาย/ดีขึ้น ร้อยละ 90.91 และผลการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด มีอาการหาย/ดีขึ้น 19 ราย คิดเป็น ร้อยละ 90.48 ส่วนผลการรักษาผู้ป่วยมี อาการไม่หาย คือโรคหนองในเทียม 1 รายและโรคซิฟิลิส 1 ราย เนื่องจากกินยาไม่ครบและกลับไปมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ยังไม่ได้รับการรักษา

5. ผลการรักษาจากร้านยา หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้ว 3 เดือน จำนวน 86 ราย มีอาการหายหรือดีขึ้น จำนวน 84 ราย คิดเป็น ร้อยละ 97.67 และอาการไม่หาย จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.33 และผลการรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 70 ราย ผู้ป่วยมีอาการหายหรือดีขึ้น จำนวน 69 ราย คิดเป็น ร้อยละ 98.57 และอาการไม่หาย จำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.43 จาก

ผู้ป่วยที่อาการไม่หายรวมทั้ง 3 ราย พบสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยทางเพศไม่เหมาะสม และมีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นๆที่ไม่ได้รับการรักษาโดยไม่สวมถุงยางอนามัย

หลังจากที่ ร้านยาได้ให้คำแนะนำควบคู่กับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องการใส่ยา/การปฏิบัติตัวขณะรักษา และความรู้เฉพาะโรค เพิ่มมากขึ้นและความรู้ในเรื่องโรคเริ่มอวัยวะเพศ โลงน หิด หูดหงอนไก่ นั้นร้านยาสามารถให้ความรู้ได้ดี หลังบริการผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงสุดสอดคล้องกับผลการรักษาหายหรือดีขึ้นหลัง 3 เดือนทุกราย

6. ผลการศึกษา อัตราการกลับเป็นซ้ำ (หลัง 3 เดือน) พบผู้ป่วยจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.81 ส่วนสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเดิมที่ยังไม่ได้รับการรักษาและไม่ได้ป้องกัน ไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์และมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนใหม่ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7. ผลการศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังเข้ารับบริการการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ร้านยาในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามพบว่า ความพึงพอใจด้านสถานที่ ด้านสื่อ/อุปกรณ์ในการให้บริการ ด้านบุคลากร ด้านคุณภาพการรักษา ด้านระยะเวลา ด้านการติดตามและส่งต่อ ด้านการติดตามผลการรักษามีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยระดับมาก 4.00

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าร้านยาเป็นหุ้นส่วนการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดีมากและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ร้านยามีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเชื้อราในช่องคลอด หนองในเทียม หนองใน สอดคล้องกับผลการวิจัยของครองขวัญ ดวงพาและคณะ⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการที่ร้านยา อันดับ 1,2 และ 3 ตามลำดับคือโรคเชื้อราในช่องคลอด พยาธิในช่องคลอดและหนองในเทียม

ซึ่งโรคหนองในและหนองในเทียมเป็นโรคที่สำคัญ 2 ใน 5 โรคของสำนักกระบาดวิทยาที่ใช้วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 15 - 24 ปี และเป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ซึ่งสภาพบริบทพื้นที่เป็นเมืองการศึกษากลุ่มเป้าหมายดังกล่าวต้องได้รับการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่อยง่ายและรวดเร็ว ร้านยาในเขตอำเภอเมืองเป็นด่านแรก que ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่ายและรวดเร็ว ดังนั้นการพัฒนา ระบบการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมหาสารคามโดยเป็นที่เล็งร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ ภายใต้การสนับสนุนแนวคิดเครื่องมือในการดำเนินงานแก่ร้านยา มุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลเชื่อมโยงจากร้านยาสู่โรงพยาบาล พัฒนาการรักษา และการติดตามการกลับเป็นซ้ำโดยร้านยาและพัฒนาการป้องกันการละแก้ไขปัญหาระบาดติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ร้านยามีศักยภาพสูงและมีบทบาทเชิงกว้างต่อสังคมเพิ่มมากขึ้นเคียงคู่กับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจะเห็นได้จากบทบาทการรักษาส่วนใหญ่มีอาการหายหรือดีขึ้น ร้อยละ 97.67 และมีเพียง ร้อยละ 2.33 ที่ไม่หายทั้งนี้ เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ทั้งนี้ร้านยาได้รักษาและติดตามผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ.2558⁶ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นส่วนหนึ่งของคู่มือการบริการดูแลรักษา ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับบุคลากรในร้านยา ส่วนอัตราการกลับเป็นซ้ำพบผู้ป่วย ร้อยละ 5.81 ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ผลการรักษาไม่หาย ในเรื่องบทบาทการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่อยง่ายของร้านยานั้น พบว่าร้านยาได้ให้คำแนะนำควบคู่กับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มากอย่างชัดเจนโดยเฉพาะความรู้เฉพาะโรคและก่อให้เกิดความพึงพอใจในระดับมาก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา. สรุปรายงาน. กรมควบคุมโรคติดต่อ; 2557. เข้าถึง <http://boe.moph.go.th/>
2. ดารินทร์ อารีโยชคชัย. ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ปีที่ 46 ฉบับที่ 5 : 13 กุมภาพันธ์ 2558 .
3. สุชาติ ทองแป้น. ประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลินิกบ้านร่มเย็น โรงพยาบาลมหาสารคาม 2554; 8(1) : 39-43.
4. มาลี โรจนพิบูลย์สถิต. การจ่ายยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในร้านขายยาในเขตจังหวัดสงขลา. (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต) สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
5. ครองขวัญ ดวงพาวังและคณะ. ผลการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ณร้านยาเภสัชกร ชูศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ขอนแก่น ศรีนครินทรเวชสาร 2555; 27 (1)
6. นิสิต คงกริกเกียรดีและคณะ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์; 2558.

ประสิทธิภาพของการให้ยา ketamine ร่วมกับยา propofol ในการระงับ ความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่

The efficacy of combination of ketamine and propofol for sedation in colonoscopy

จันทร์จิรา ควรรติกุล¹, รำไพ ดวงคำจันทร์², สุมามัลย์ บุตรไทย³
Janjira Kawattikul¹, Rumpi Duangkhamchan², Sumaman Butthai³

บทคัดย่อ

บทนำ : การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดอาการปวด อึดอัดแน่นท้องแก่ผู้ป่วยได้ การให้ยาระงับความรู้สึกจึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้ยา ketamine ร่วมกับ propofol เปรียบเทียบกับการให้ยา propofol อย่างเดียว ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่

วิธีการศึกษา : ศึกษาแบบ prospective randomized double blinded controlled trial ในผู้ป่วย 90 คน ที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน ได้แก่ กลุ่ม ketamine(K) จะได้ยา ketamine 0.5 mg/kg และ propofol 1 mg/kg และ กลุ่ม normal saline(N)จะได้ normal saline และ propofol 1 mg/kg หลังจากนั้นทั้งสองกลุ่มจะได้ propofol infusion อย่างต่อเนื่อง บันทึกความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ปริมาณยา propofol ที่ใช้ อาการปวด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความสะดวกในการใส่กล้อง endoscope ระยะเวลาฟื้นจากยา และความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ส่องกล้องต่อวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกทางวิสัญญีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการศึกษา : พบการเกิดความดันเลือดต่ำและหัวใจเต้นช้าในกลุ่ม K ร้อยละ 13.3 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม N ที่พบร้อยละ 40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ใช้ปริมาณยา propofol ในกลุ่ม K 7.41 ± 2.43 mg/kg/hr น้อยกว่าในกลุ่ม N ที่ใช้ 9.97 ± 3.15 mg/kg/hr อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) recovery time ในกลุ่ม K เท่ากับ 10.91 นาที ซึ่งนานกว่าในกลุ่ม N ที่เท่ากับ 7.22 นาที ($p<0.001$) แต่อย่างไรก็ตาม recovery score หลังจากส่องกล้องเสร็จ 30 นาที เท่ากับ 10 ในทั้งสองกลุ่ม แพทย์ผู้ส่องกล้องในกลุ่ม K มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่ม N อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($p=0.634$) ไม่พบผู้ป่วยมีอาการปวดในกลุ่ม K และมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยในกลุ่ม N ($p=0.080$)

สรุป : การให้ ketamine ร่วมกับ propofol มีประสิทธิภาพดีในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถควบคุมระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ propofol เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังลดปริมาณการใช้ propofol ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วย ปลอดภัย แพทย์ผู้ส่องกล้องและผู้ป่วยพึงพอใจ

คำสำคัญ : Ketamine, Propofol, Colonoscopy, Sedation

¹แพทย์ชำนาญการ, ^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Division of anesthesia, Mahasarakham hospital, Mahasarakham.

ABSTRACT

Background : Colonoscopy is a procedure that cause considerable pain and discomfort to the patients.

Objective : To compare and evaluate the efficacy of combination of propofol and ketamine versus propofol alone for sedation in colonoscopic procedure.

Methods : This was a prospective randomized double blinded controlled trial. 90 patients who underwent colonoscopy in Mahasarakham hospital were randomly assigned to K and N groups. 45 patients in group K received ketamine 0.5 mg/kg and propofol 1 mg/kg and 45 patients in group N received normal saline and propofol 1 mg/kg, the sedation maintained by using propofol intravenous infusion continuously. Blood pressure, heart rate, respiratory rate and oxygen saturation were measured. Total propofol dose, procedural pain, adverse events, ease of endoscopy, recovery time, recovery score and endoscopist and patients satisfaction were also recorded.

Results : The incidence of hypotension and bradycardia were significantly lower in group K compared with group N (13.3% and 40%, respectively) ($p=0.004$). Mean total dose of propofol was significantly higher in group N compared with group K (9.97 ± 3.15 mg/kg/hr and 7.41 ± 2.43 mg/kg/hr, respectively) ($p < 0.001$). Recovery time was significant longer in group K compare with group N (10.91 min and 7.22 min, respectively) ($p<0.001$), but recovery score at 30 min post procedure were similar. Endoscopist satisfaction was more significant in the K group ($p=0.010$). There were no significant differences in the patient satisfaction and procedural pain.

Conclusions : The combination of ketamine and propofol for sedation in colonoscopy had significantly higher efficacy than the propofol alone because of more stable hemodynamic status, less propofol consumption, less adverse effects, endoscopist and patients were satisfied.

Keyword : ketamine, propofol, sedation, colonoscopy

ความสำคัญของปัญหา

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนปลาย เริ่มตั้งแต่ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ย้อนขึ้นไปจนถึงรูเปิดของลำไส้เล็กส่วนปลาย โดยจะทำการวินิจฉัย ฝักระวัง หรือรักษาโรคและความผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงของการทำงานของระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะลำไส้ เนื่องจากหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ก่อให้เกิดความปวด รวมทั้งผู้ป่วยวิตกกังวลไม่สุขสบาย การให้ยาระงับความรู้สึกจึงมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก การระงับความรู้สึกที่ใช้กับผู้ป่วยที่

เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คือ การระงับความรู้สึกด้วยวิธีบริหารยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้ควรเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและระบบการหายใจน้อย มีผลข้างเคียงต่ำ¹ propofol เป็นสารประกอบ alkylphenol (2,6 diisopropyl phenol) ยาออกฤทธิ์เร็วเนื่องจากละลายในไขมันได้ดีโดยใช้เวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 40-50 วินาที และจะหมดฤทธิ์เร็ว มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายมานานในการระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำสำหรับหัตถการส่องกล้องทางเดินอาหาร (endoscopic procedure)² แต่อย่างไรก็ตาม ยาทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง

มีผลให้ความดันเลือดลดลง และกตการหายใจตามขนาดยาที่ใช้

ketamine เป็นยาในกลุ่ม phencyclidine derivatives ออกฤทธิ์ที่ NMDA receptor มีการใช้ทั้งในท้องผ่าตัดเพื่อให้ระงับความรู้สึกและใช้ภายนอกท้องผ่าตัด ในการทำหัตถการสั้น ๆ เป็นยาที่ใช้ได้ง่ายอย่างปลอดภัย ออกฤทธิ์เร็ว สามารถระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้ดีและมีฤทธิ์ระงับปวดได้ ยาออกฤทธิ์เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันเลือด ถ้าใช้ ketamine ร่วมกับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น เช่น benzodiazepine, narcotic หรือ propofol จะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจค่อนข้างคงที่ ลดฤทธิ์กตการหายใจของยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น³ มีการศึกษาการให้ ketamine ร่วมกับยา fentanyl, midazolam, หรือ propofol ในการทำหัตถการต่างๆ เช่น dilation and curettage, joint dislocation reduction or fracture manipulation, minor urogynecological procedures, gynecological laparoscopy, breast biopsy^{4,9} แต่ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ยังมีการทำการศึกษาน้อย^{5,6,7} ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้ยา ketamine ร่วมกับยา propofol ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้ยา ketamine ร่วมกับ propofol และการให้ยา propofol อย่างเดียว ในการระงับความรู้สึก ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ ในผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และเพื่อศึกษาปริมาณยา propofol ที่ใช้ อาการปวด ระยะเวลาฟื้นจากยา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความสะดวกในการใส่กล้อง endoscope เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึก และความพึงพอใจของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ส่องกล้องต่อวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospective randomized double blinded controlled trial ใน

ผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2560 จำนวน 90 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม ketamine (K) จำนวน 45 คนซึ่งจะได้ยา ketamine 0.5 mg/kg และ propofol 1 mg/kg และ กลุ่ม normal saline(N) จำนวน 45 คน จะได้ normal saline และ propofol 1 mg/kg โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูลการให้ยาทางวิสัญญีที่ผู้วิจัยและทีมงานวิสัญญีสร้างขึ้น

ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ASA physical status class 1-3 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและระบบหายใจที่รุนแรง (severe cardiorespiratory instabilities) ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ (severe hypertension) ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยตั้งครรถ์ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยมีประวัติติดยาหรือติดสารเสพติด และผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 45 คน โดยวิธีการเลือกของจดหมายแบบสุ่ม แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับ normal saline (N) และกลุ่มที่ได้รับยา ketamine(K) โดยเตรียม ketamine ในขนาด 10 mg/ml วิสัญญีพยาบาล ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้เปิดซองจดหมายในเช้าวันที่ส่องกล้อง และเตรียมยาตามกลุ่มที่สุ่มได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มการระงับความรู้สึก ซึ่งแพทย์ผู้ส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์ผู้ให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลผู้ประเมินที่ห้องพักฟื้น และผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จะไม่ทราบกลุ่มและชนิดของยา โดยมี primary outcome คือ การเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งนิยามการเปลี่ยนแปลงของความดันและอัตราการเต้นของหัวใจ คือ ความดันเลือดต่ำหรือความดันเลือดสูง ประเมินจากค่าความดันเลือดลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากค่าความดันเริ่มต้นร้อยละ 20 ภาวะหัวใจเต้นเร็วหรือหัวใจเต้นช้า ประเมินจากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจจากค่าเริ่มต้นร้อยละ 20 และ secondary outcome คือ ปริมาณยา propofol ที่ใช้, ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาทั้งในขณะส่องกล้องและหลังจากส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่องกล้องและผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อ

วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และความสะดวกรวดในการใส่กล้อง endoscope ของแพทย์ผู้ส่องกล้องเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับออกซิเจน 6 ลิตรต่อนาทีทาง หน้ากาก มีการเฝ้าระวังความดันเลือด ความเข้มข้นของ ออกซิเจนในเลือด อัตราการเต้นของหัวใจและแสดงคลื่น ไฟฟ้าหัวใจและบันทึกทุก 5 นาทีจนเสร็จการส่องกล้อง วิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้เตรียมยา ketamine หรือ normal saline โดยวิสัญญีแพทย์จะไม่ทราบกลุ่มและ ชนิดของยา ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม K จะได้ยา ketamine 0.5 mg/kg และ propofol 1 mg/kg เป็น bolus dose ส่วนผู้ป่วยใน กลุ่ม N จะได้ Normal saline และ propofol 1 mg/kg bolus dose หลังจากนั้นทั้งสองกลุ่มจะได้ propofol infusion 50 microgram/kg/min และปรับเพิ่มหรือลดลง ที่ละ 25 microgram/kg/min ทุก 2 นาที จนได้ระดับ ความลึกของการระงับความรู้สึกจากการใช้ modified Observer's Assessment of Alertness/Sedation (MOAA/S) score¹¹ เท่ากับ 1 ตลอดจนเสร็จการส่องกล้อง (MOAA/S scale 0-6: 6 คือ กระวนกระวาย, 5 คือ ตอบสนองได้ดีต่อการเรียกชื่อในระดับเสียงปกติ, 4 คือ ตอบสนองอย่างเชื่องช้าต่อการเรียกชื่อในระดับเสียงปกติ, 3 คือ ตอบสนองต่อการเรียกชื่อได้แต่ต้องใช้ระดับเสียงดังกว่าปกติ หรือแบบซ้ำ ๆ , 2 คือ ตอบสนองต่อการกระตุ้นและเขย่า, 1 คือ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นและเขย่า, 0 คือ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นเลย)

ในระหว่างการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะมีการบันทึกค่า สัญญาณชีพทุก 5 นาที หากมีการลดลงของความดันเลือด ต่ำมากกว่าร้อยละ 20 ของความดันเลือดพื้นฐาน ให้การรักษาโดยให้ยา ephedrine 6 mg ทางหลอดเลือดดำ, หากมีอัตราการเต้นของหัวใจเต้นช้ากว่า 50 ครั้งต่อนาทีร่วมกับมีความดันเลือดต่ำ ให้การรักษาด้วย atropine 0.5 mg ทางหลอดเลือดดำ, เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจนานมากกว่า 10 วินาที ให้ช่วยเปิดทางเดินหายใจโดยการทำ jaw thrust maneuver และช่วยหายใจโดยใช้ mask ventilation เมื่อผู้ป่วยมี SpO₂ ต่ำกว่า 90% และผู้ป่วยยังไม่หายใจ

ข้อมูลที่บันทึกระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกทาง หลอดเลือดดำ ได้แก่ ปริมาณยา propofol ที่ใช้ ภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ความดันเลือดต่ำหรือความดันเลือดสูง โดยประเมินจากค่า ความดันเลือดลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากค่าความดันเริ่มต้น ร้อยละ 20, ภาวะหัวใจเต้นเร็วหรือหัวใจเต้นช้า โดยประเมิน จากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจจาก ค่าเริ่มต้นร้อยละ 20, ภาวะแทรกซ้อนทางระบบการหายใจ ได้แก่ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำโดยประเมินจาก ค่า SpO₂ < 90%, การช่วยเปิดทางเดินหายใจโดยวิธี jaw thrust maneuver เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจนานมากกว่า 10 วินาที รวมถึงการต้องช่วยหายใจโดยใช้ mask ventilation เมื่อผู้ป่วยมี SpO₂ ต่ำกว่า 90% และผู้ป่วยยังไม่หายใจ นอกจาก นั้นเป็นอาการอื่นๆ เช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน, อาการวิงเวียนศีรษะ, ผื่นร่ายหรือเห็นภาพหลอน และบันทึกยา และ ปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน

เมื่อเสร็จการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการ ดูแลต่อในห้องพักฟื้นและประเมินทุก 5 นาทีจากวิสัญญี พยาบาลห้องพักฟื้นที่ไม่ทราบกลุ่มและชนิดของยา โดยใช้ modified Aldrete score (0-10) เพื่อสังเกตอาการและ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือดและการเคลื่อนไหว บันทึก recovery time ซึ่งเป็นระยะเวลาหลังจากส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่เสร็จจน Modified Aldrete score \geq 9 และ บันทึก recovery score (โดยใช้ Modified Aldrete score 0-10) หลังจากเสร็จการส่องกล้อง 30 นาที

บันทึกอาการปวดโดยใช้ numerical rating scale (NRS, 0-10) โดย 0 คือ ไม่ปวด, 1-3 คือ ปวดเล็กน้อย, 4-6 คือ ปวดปานกลาง, 7-10 คือ ปวดมาก รวมทั้งระดับความ พึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ พึงพอใจมาก (very satisfied), พึงพอใจ (Satisfied), เฉย ๆ (neutral) และ ไม่พึงพอใจ (Unsatisfied) บันทึกความสะดวกรวดในการใส่กล้อง colonoscopy (ease of endoscopy) จากแพทย์ผู้ส่องกล้องเป็นผู้ประเมิน โดยแบ่งเป็น ใส่กล้องเข้าไปได้ง่ายมาก (effortless), ใส่ กล้องเข้าไปได้ง่าย (Easy), ต้องใช้แรงในการใส่กล้องพอ

ประมาณ (fair) ต้องใช้แรงอย่างมากในการใส่กล้อง (Difficult) และระดับความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่องกล้อง (Endoscopist satisfaction) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ พึงพอใจมาก (very satisfied), พึงพอใจ (Satisfied), เฉย ๆ (Neutral) และ ไม่พึงพอใจ (Unsatisfied) และบันทึกถ้ามีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้อง เช่น perforation

การวิเคราะห์ข้อมูล มีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง (Analytic statistics) unpaired student 't' test และ chi-square test โดยกำหนดค่า p-value <0.05 แสดงนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	Group K (N=45)	Group N (N=45)	p - value
Age(yr) : mean(SD)	56.3 (14.1)	58.5 (11.7)	0.420
Gender : n(%)			0.520
Male	28 (62.2)	17 (37.8)	
Female	25 (55.6)	20 (44.4)	
ASA : n(%)			0.518
I	12 (26.7)	8 (17.8)	
II	26 (57.8)	31 (68.9)	
III	7 (15.5)	6 (13.3)	
Weight(kg) : mean(SD)	57.4 (12.3)	58.7 (9.8)	0.592
Height(cm) : mean(SD)	159.6 (6.5)	158.3 (7.7)	0.396
Duration of Colonoscopy(min) : mean (SD)	23.1 (14.6)	21.6 (11.6)	0.584
Indication : n (%)			0.710
Constipation	7 (15.6)	2 (4.4)	
Diverticulum	1 (2.2)	1 (2.2)	
Bowel habit change	4 (8.8)	3 (6.7)	
Lower GI Bleed	7 (15.6)	10 (22.2)	
R/O Colorectal tumor	18(40.0)	20 (44.4)	
Chronic diarrhea	2(4.4)	3(6.7)	
Others	6(13.4)	6(13.4)	

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยทั้งหมด 90 คน ในการศึกษาอยู่ในกลุ่ม ketamine(K) จำนวน 45 คน และกลุ่ม normal saline(N) 45 คน จากข้อมูลทั่วไปพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอายุ เพศ ASA physical status น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ดังตาราง 1

ตาราง 2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับยาระงับความรู้สึก และที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

	Group K (N=45)	Group N (N=45)	p - value
Sedation-related : n (%)	7 (15.5)	18 (40.0)	0.031*
Cardiovascular	6 (13.3)	18 (40.0)	0.004*
Hypotension	5 (11.1)	15 (33.3)	0.011*
Bradycardia	1 (2.2)	3 (6.7)	0.306
Respiratory	0	0	
Other			
Dizziness	1(2.2)	0	0.315
Procedure-related : n (%)	0	0	

*significant at p-value < 0.05

จากตาราง 2 พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 7 คน (15.5%) ในกลุ่ม ketamine(K) และ 18 คน (40%) ในกลุ่ม normal saline(N) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนเลือดมากที่สุด พบความดันเลือดต่ำ (Hypotension) ในกลุ่ม ketamine(K) ร้อยละ 11.1 ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่ม normal saline(N) ที่เกิดร้อยละ 33.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.011) และพบหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) ในกลุ่ม ketamine(K) ร้อยละ 2.2 น้อยกว่าในกลุ่ม normal saline(N) ซึ่งพบร้อยละ 6.6 แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.306)

มีผู้ป่วยในกลุ่ม ketamine(K) 1 คน (2.2%) ที่มีอาการวิงเวียนศีรษะแต่ไม่พบในกลุ่ม normal saline(N) (p=0.315) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบการหายใจและ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องจากทั้งสองกลุ่ม ปริมาณยา propofol ที่ใช้เป็น mg/kg/hr ในกลุ่ม ketamine(K) น้อยกว่าในกลุ่ม normal saline(N) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ไม่พบผู้ป่วยมีอาการปวดในกลุ่ม ketamine(K) (NRS=0) และมีอาการปวดเพียงเล็กน้อย (NRS เฉลี่ย = 0.07) ในกลุ่ม normal saline(N) (p=0.080) พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยหลังจากส่องกล้องลำไส้ใหญ่เสร็จจน Modified Aldrete score \geq 9 (recovery time) ในกลุ่ม ketamine(K) เท่ากับ 10.91 นาที ซึ่งนานกว่าในกลุ่ม normal saline(N) ที่เท่ากับ 7.22 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และ recovery score หลังจากส่องกล้องเสร็จ 30 นาที เท่ากับ 10 ในทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 Total propofol dose, Procedural pain, Recovery time and Recovery score at 30 min post colonoscopy

	Group K (N=45)	Group N (N=45)	p-value
Total propofol dose(mg/kg/hr) : mean(SD),range	7.41(2.43), 3.45-13.06	9.97(3.15), 5.73-18	<0.001*
Procedural pain(NRS): mean(SD),range	0	0.07(0.25), 0-1	0.080
Recovery time(min) : mean(SD),range	10.91(6.43), 3-25	7.22(3.46), 1-15	<0.001*
Recovery score at 30 min post colonoscopy ¹	10	10	

*significant at p-value < 0.05, ¹ประเมินโดยใช้ modified Aldrete score (0-10)

ตาราง 4 ความสะดวกในการใส่กล้อง endoscope, ความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่องกล้องและความพึงพอใจของผู้ป่วย

	Group K (N=45)	Group N(N=45)	p-value
Ease of endoscopy			0.262
Effortless	29 (64.5)	22 (48.9)	
Easy	15 (33.3)	20 (44.4)	
Fair	1 (2.2)	3 (6.7)	
Difficult	0	0	
Endoscopist satisfaction			0.010*
Very satisfied	38 (84.4)	27 (60.0)	
Satisfied	7 (15.6)	18 (40.0)	
Neutral	0	0	
Unsatisfied	0	0	
Patient satisfaction			0.634
Very satisfied	34 (75.6)	32 (71.1)	
Satisfied	11 (24.4)	13 (28.9)	
Neutral	0	0	
Unsatisfied	0	0	

*significant at p-value < 0.05

จากการประเมินของแพทย์ผู้ส่องกล้องเกี่ยวกับความสะดวกในการใส่กล้อง Endoscope พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถใส่กล้องเข้าไปได้ง่ายมาก (effortness) ในกลุ่ม ketamine(K) เท่ากับ ร้อยละ 64.5 มากกว่า ในกลุ่ม normal saline(N) ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 48.9 แต่อย่างไรก็ตามโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.262$) เกี่ยวกับความพึงพอใจ แพทย์ผู้ส่องกล้องในกลุ่ม ketamine(K) มีความพึงพอใจจำนวนมากว่าในกลุ่ม normal saline(N) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม ($p=0.634$) ดังแสดงในตาราง 4

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงถึงประสิทธิภาพของการให้ ketamine ร่วมกับ propofol ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วย 90 ราย ที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลการศึกษาพบว่า การให้ ketamine และ propofol ร่วมกัน มีประสิทธิภาพในการควบคุมระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการให้ propofol เพียงอย่างเดียว กล่าวคือ เกิดความดันเลือดต่ำร้อยละ 9.1 และหัวใจเต้นช้าร้อยละ 2.2 ในกลุ่มที่ให้ ketamine ร่วมกับ propofol ซึ่งพบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ propofol เพียงอย่างเดียว ที่พบการเกิดความดันเลือดต่ำถึงร้อยละ 33.3 และหัวใจเต้นช้าร้อยละ 6.7 โดยอธิบายได้จาก ยา ketamine จะกระตุ้น sympathetic nervous system ออกฤทธิ์เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันเลือด ถ้าใช้ ketamine ร่วมกับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำชนิดอื่น เช่น benzodiazepine, narcotic หรือ propofol จะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจค่อนข้างคงที่³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bahattin T และคณะที่ศึกษาผลของการให้ ketamine 0.3 mg/kg ร่วมกับยา midazolam 0.02 mg/kg, fentanyl

1 mcg/kg เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ให้ ketamine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งพบว่าระดับความดันเลือด mean systolic blood pressure นาทที่ 4,6,8 และ 10 ในกลุ่มที่ไม่มี ketamine ต่ำกว่าในกลุ่มที่มี ketamine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$) และระดับความดันเลือด mean diastolic blood pressure นาทที่ 4,6 และ 8 ในกลุ่มที่ไม่มี ketamine ต่ำกว่าในกลุ่มที่มี ketamine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Amornyotin S และคณะที่ศึกษาผลของการให้ยาพร้อมกันระหว่าง ketamine 1 mg/kg กับ midazolam 0.02-0.03 mg/kg และ propofol 0.5-1 mg/kg เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ให้ ketamine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษา พบการเกิดความดันเลือดต่ำและหัวใจเต้นช้าร้อยละ 14 ในกลุ่มที่ให้ ketamine ซึ่งพบน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้ให้ ketamine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p = 0.019$) ที่พบการเกิดความดันเลือดต่ำและหัวใจเต้นช้าร้อยละ 34⁶ และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Tosun Z และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็ก 90 คน ที่มาส่องกล้องทางเดินลำไส้ส่วนต้น(Upper gastrointestinal endoscopy) เปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างการให้ยา propofol ร่วมกับ ketamine (กลุ่ม PK) และยา propofol ร่วมกับ fentanyl (กลุ่ม PF) โดยกลุ่ม PK จะได้ propofol 1.2 mg/kg, ketamine 1 mg/kg และกลุ่ม PF จะได้ propofol 1.2 mg/kg, fentanyl 1 mcg/kg หลังจากนั้นทั้งสองกลุ่มจะได้ propofol เพิ่ม 0.5-1 mg/kg ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงบ่งบอกถึงความไม่สุขสบาย ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจหลังจากเริ่มให้ยา ในกลุ่ม PF ต่ำกว่ากลุ่ม PK อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สรุป การให้ยาในทั้ง propofol ร่วมกับ ketamine และ propofol ร่วมกับ fentanyl สามารถระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็กที่มาส่องกล้องลำไส้ส่วนต้น(UGIE) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การให้ propofol ร่วมกับ ketamine จะมีผลทำให้ระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในภาวะคงที่กว่า⁸

ปริมาณยา propofol ที่ใช้ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด เนื่องจาก

ยา propofol ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง มีผลให้ความดันเลือดลดลง ตามปริมาณยาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ปริมาณยา propofol เฉลี่ยที่ใช้ทั้งหมด ในกลุ่ม ketamine เท่ากับ 7.41 mg/kg/hr น้อยกว่าในกลุ่มที่ให้ propofol เพียงอย่างเดียว ซึ่งใช้ 9.97 mg/kg/hr สอดคล้องกับการศึกษาของ Riham และคณะที่ศึกษาการให้ ketamine ร่วมกับ propofol เปรียบเทียบกับการให้ propofol ร่วมกับ fentanyl ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยน้ำหนักเกินและอ้วน(BMI 25-35) ที่มาส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อน(ERCP) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปริมาณยาเป็นมิลลิกรัมของ propofol ที่ใช้ในกลุ่ม ketamine ร่วมกับ propofol (57.71 ± 16.9) น้อยกว่าที่ใช้ในกลุ่ม propofol ร่วมกับ fentanyl(97.08 ± 23.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁰

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถทำหัตถการนี้ได้ในผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมลำไส้ แต่เมื่อทำหัตถการเสร็จแล้วอาจให้กลับบ้านได้เลย ระยะเวลาในการฟื้นตัวจากฤทธิ์ของยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ recovery time ซึ่งเป็นระยะเวลาหลังจากส่องกล้องลำไส้ใหญ่เสร็จจน Modified Aldrete score ≥ 9 ในกลุ่ม ketamine เท่ากับ 10.91(6.43) นาที ซึ่งนานกว่าในกลุ่มที่ให้ propofol เพียงอย่างเดียว ที่ใช้เวลา 7.22 (3.46) นาที โดยสอดคล้องกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{6,10} ซึ่งอธิบายได้จากการที่ ketamine มี distribution half life(10-15 นาที) นานกว่า propofol(2-8 นาที) ทำให้ฟื้นจากฤทธิ์ของยาได้ช้ากว่า แต่อย่างไรก็ตาม recovery score (โดยใช้ Modified Aldrete score 0-10) หลังจากรีบการส่องกล้อง 30 นาที เท่ากับ 10 ในทั้งสองกลุ่ม

การใช้ ketamine ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ยังไม่มีรายงานมาใช้อย่างแพร่หลาย อาจเนื่องมาจาก ไม่มีประสบการณ์ในการใช้ ไม่คุ้นเคยกับขนาดของยาที่ใช้ และกังวลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียง ซึ่งผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของ ketamine คือ ฝันร้าย เห็นภาพหลอนและอาจมีการขยับแขนขา ซึ่งจะทำให้เป็นข้อจำกัดในการทำหัตถการต่างๆได้อย่างสะดวก แต่จากการทบทวนวรรณกรรม⁵ พบว่า การให้ยาเหล่านี้ก่อนหรือให้ร่วมกันกับ

ketamine เช่นยา กลุ่ม benzodiazepine, propofol, dexmedetomidine หรือ droperidol จะสามารถป้องกันผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษานี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ให้ ketamine ร่วมกับ propofol ไม่มีการขยับแขนขาหรือ ทำหัตถการและไม่เกิดฝันร้ายหรือ เห็นภาพหลอน มีเพียงอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย ซึ่งอาการคงอยู่ไม่นาน และไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{5,6} ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจ และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องในทั้งสองกลุ่ม

ความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่องกล้องนอกจากจะขึ้นอยู่กับความนิ่ง ไม่ต่อต้านขณะทำหัตถการของผู้ป่วยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความสะดวกในการใส่กล้อง (Ease of endoscopy) อีกด้วย ในการศึกษาี้ ถึงโดยรวมจะไม่มี ความแตกต่างกันในความสะดวกในการใส่กล้อง แต่มีผู้ป่วยที่สามารถใส่กล้องเข้าไปได้ง่ายมาก (effortness) ในกลุ่มที่ได้ ketamine ร่วมกับ propofol มากกว่าในกลุ่มที่ได้ propofol เพียงอย่างเดียว จึงพบว่าความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่องกล้องในกลุ่มที่ได้ ketamine ร่วมกับ propofol พึงพอใจมากกว่า ในกลุ่มที่ได้ propofol เพียงอย่างเดียว ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม และไม่พบผู้ป่วยมีอาการปวดเลยในกลุ่มที่ได้ ketamine ร่วมกับ propofol และมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยในกลุ่มที่ได้ propofol เพียงอย่างเดียว

สรุป

การให้ ketamine ร่วมกับ propofol มีประสิทธิภาพที่ดีในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถควบคุมระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ได้ดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ propofol เพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นยังลดปริมาณการใช้ propofol และไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์ผู้ส่องกล้องและผู้ป่วยพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Amornyotin S. Anesthesia for colonoscopy. In : Phongprasobchai S. Akaraviputh T. Kachintorn U. editors. Colonoscopy, Bangkok : Krugthepvejasarn : 2011 : 22-37.
2. Bryson EO, Sejjpal D. Anesthesia in remote location : radiology and beyond, international anesthesiology clinics : gastroenterology: endoscopy, colonoscopy, and ERCP. Int Anesthesiol Clin. 2009; 47 : 69-80.
3. Amornyotin S, Srikureja W, Pausawasdi N, Prakanrattana U, Kachintorn U. Intravenous sedation for gastrointestinal endoscopy in very elderly patients of Thailand. Asian Biomed 2011; 5 : 485-91.
4. Mohammad J, Maryam B, Amin D, Rasoul M, Mona A, Hadi M. Ketamine-propofol combination(ketofol) vs propofol for procedural sedation and analgesia: systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med 2016;34:558-69.
5. Bahattin T, Yonca Ozavardar P, Arzu C, Pinar Z. Addition of low dose ketamine to midazolam-fentanyl-propofol based sedation for colonoscopy: a randomized, double blind, control trial. J Clin Anesth 2015; 27 : 301-6
6. Amornyotin S, kongphlay S. Clinical efficacy of combination of propofol and ketamine(ketofol) for deep sedation in colonoscopic procedure. Journal of Gastroenterology and Hepatology Research 2015; 4(7) : 1689-93.

7. Khajavi M, Emami A, Etezadi F, Safari S, Sharifi A, Moharari RS. Concious sedation and analgesia in colonoscopy: ketamine/propofol combination has superior patient satisfaction versus fentanyl/propofol. *Anesth Pain* 2013; 3 : 208-213
8. Tosun Z, Aksu R, Guler G, Esmoğlu A, Akin A, Aslan D, Boyacı A. Propofol-ketamine vs propofol-fentanyl for sedation during pediatric upper gastrointestinal endoscopy. *Pediatr Anesth* 2007;17:983-88.
9. Tang YY, Lin XM, Huang W, Jiang XO. Addition of low-dose ketamine to propofol-fentanyl sedation for gynecologic diagnostic laparoscopy: randomized controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17 : 325-30
10. Riham H, Wael E. Ketamine/propofol versus fentanyl/propofol for sedating obese patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Egyptian Journal of Anaesthesia* 2013;29 : 207-211.
11. Chernik DA, Gillings D, Laine H, Hendler J, Silver JM, Davidson AB, et al. Validity and reliability of the observer's assessment of alertness/sedation scale: study with intravenous midazolam. *J Clin Psychopharmacol*. 1991;10:244-51

การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Evaluating the accounting performance at payment center level through GFMS of Sena hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

จากรุวรรณ พงษ์นิมิตร

Jaruwan Pongnimit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการประเมินผล การปฏิบัติงานด้านบัญชี และสามารถนำผลที่ได้มาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลทางบัญชีให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

วิธีการและขอบเขตการวิเคราะห์ข้อมูล : เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้เทคนิคผั่งรากลไม้ หรือผั่งต้นไม้ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล : พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี มีดังนี้ ด้านนโยบายของผู้บริหาร คือ โรงพยาบาลมีนโยบายจัดโครงสร้างและแต่งตั้งบุคลากรตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ รวมถึงมีการกำหนดนโยบายพัสดุ การเงิน การบัญชี ไว้อย่างชัดเจน และมีนโยบายสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานด้านบุคลากร คือ ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระบบ GFMS ของงานพัสดุ การเงิน การบัญชี และมีความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบงบการเงินที่ประมวลผลจากระบบ GFMS ด้านการใช้งาน Web Online ระบบ GFMS คือ ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ การเงิน การบัญชี มีการตรวจสอบตั้งแต่นำเข้าข้อมูลจนถึงการประมวลผล เพื่อลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล คือ ประสบการณ์ อายุ และระดับการศึกษา ปัจจัยด้านงาน คือ ลักษณะงาน ทักษะในการทำงาน และโครงสร้างของงาน ปัจจัยด้านการจัดการ คือ ความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้า เพื่อนร่วมงาน และความรับผิดชอบงาน

สรุป : จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงาน ด้านบัญชี ได้แก่ นโยบายและการบริหารจัดการ การใช้ GFMS ของบุคลากร และสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ซึ่งปัจจัยดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : ปัจจัย, ผลกระทบ, การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี

ABSTRACT

Objective : This study was to identify the factors affecting the evaluation of accounting performance. The results of this study can be used to solve various problems and used as guidelines to improve accounting data to be more accurate, complete and reliable.

Methods : A descriptive analysis, data was collected from accounting performance evaluation reports of Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya province in fiscal 2015 and 2016, using tree diagram in data analysis.

Results : It was found that that factors affecting the evaluation of accounting performance were as follows: In terms of management policy, the hospital had a policy to structure and appoint personnel in line with the management policy. There were also clear accounting policies on procurement, finance, and accounting. There were also policy to support the procurement, equipment and supplies to be sufficient. In terms of personnel, the operational officers were knowledgeable in GFMS operational systems for procurement and accounting. They also had a deep understanding of the financial statement audit process from GFMS. In terms of using GFMS system via web online, the operational officers in procurement, finance, and accounting conducted validation starting from data import to processing to reduce operational errors. In terms of internal organizational environment, they consisted of personal factors such as experience, age, and education. The job factors were job description, job skills and job structure. Management factors were job security and advancement opportunities, co-workers, and job responsibilities.

Conclusions : Form analyzing the results of the assessment, the factors affecting the evaluation of accounting, included policy and management, skills for using GFMS, and internal organization environment. Such factors are important part in the job satisfaction and affect the operation performance.

Keywords : Factors, Impact, Accounting performance evaluation

บทนำ

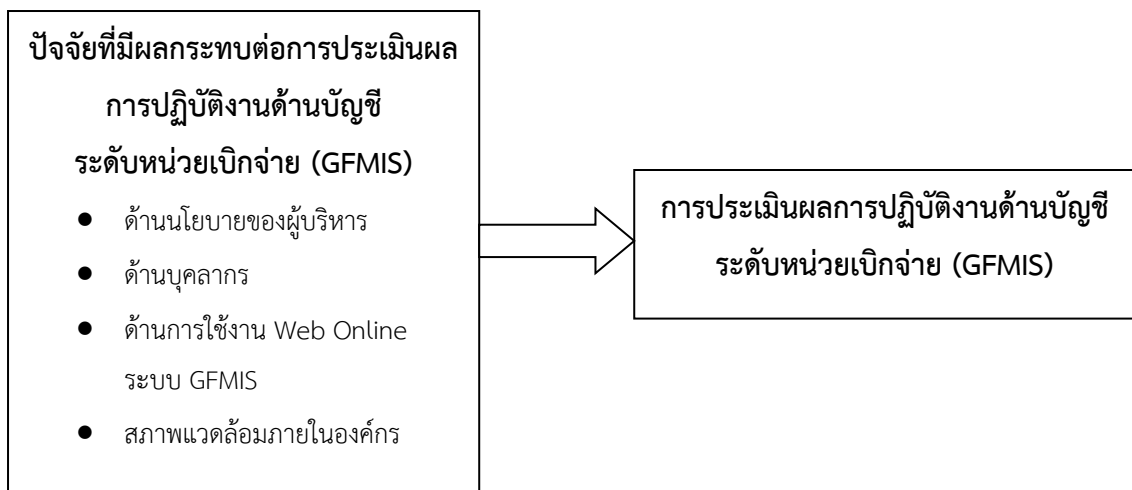
เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการภาครัฐที่เน้นผลงานและผลลัพธ์ โดยเริ่มนำระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างมาใช้ปฏิบัติราชการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 (1 ตุลาคม 2545) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการบันทึกรายการทางบัญชี เกณฑ์เงินสด (Cash Basis) มาเป็นเกณฑ์คงค้าง (Accrual Basis) โดยขยายวัตถุประสงค์ของการจัดทำบัญชี จากการควบคุมและติดตามการใช้งบประมาณ มาเป็นการติดตามสถานะการเงินและการใช้ทรัพยากรในการดำเนินการ (ต้นทุนผลผลิต) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแนวคิดพื้นฐาน ดังต่อไปนี้

- แสดงต้นทุนที่แท้จริงในการดำเนินการ เพื่อบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
 - แสดงฐานะการเงินที่ถูกต้องครบถ้วน โดยงบการเงินสามารถแสดงทรัพยากร ภาระหนี้สิน และส่วนทุนรวมทั้งรายได้และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในรอบระยะเวลาบัญชี
 - มีความเป็นสากล และโปร่งใสของข้อมูลทางบัญชี
 - ได้ข้อมูลทางบัญชีที่มีคุณภาพเพื่อใช้วิเคราะห์วางแผนและประเมินผล เพื่อประกอบ การตัดสินใจของผู้บริหารทั้งในระดับหน่วยงานและระดับรัฐบาล
- หลังจากมีการดำเนินการตามระบบการบริหารการ

เงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ กรมบัญชีกลาง ได้ติดตามตรวจสอบรายงานการเงินของหน่วยงานระดับ กรม ตามเกณฑ์คงค้างจากระบบ GFMS โดยรวมข้อมูลทาง บัญชีจากงบทดลองระดับหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัดของ ส่วนราชการระดับกรมพบว่า รายงานการเงินของส่วน ราชการระดับกรมยังมีข้อผิดพลาดเคลื่อน เป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีการนำระบบมาใช้อย่างเร่งด่วน และได้มีการปรับ เปลี่ยนระบบงานมาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความซับซ้อน ของระบบที่มีความยากในการปฏิบัติงาน มากขึ้นและ บุคลากร ยังไม่สามารถปรับตัวทันกับเทคโนโลยีที่ปรับ เปลี่ยนอย่างรวดเร็ว จึงมีข้อผิดพลาดในการบันทึกบัญชีของ ส่วนราชการเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้รายงานการเงินของ ส่วนราชการระดับกรมที่จัดทำขึ้นจากระบบ GFMS เกิดความผิดพลาดสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 กรมบัญชีกลางได้กำหนด เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของส่วน ราชการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลทางบัญชีของส่วน ราชการมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นตัว ผลักดันให้ส่วนราชการเร่งตรวจสอบแก้ไขข้อมูลทางบัญชี ของตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รายงานการเงินของส่วน ราชการมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น¹

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์



ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลทางบัญชีมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้น หน่วยเบิกจ่ายจึงควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบ ข้อมูลทางบัญชีของตนเอง เพื่อแจ้งงบการเงินของหน่วย เบิกจ่ายและระดับกรมมีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความ น่าเชื่อถือ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ และปฏิบัติ งานด้านบัญชีจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์หาปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ หน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ซึ่งผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้ จะช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงานนำข้อมูลมาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตรวจสอบข้อมูลทางบัญชีในระบบ GFMS ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลทางบัญชีให้มี ความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นจากการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ หน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการ

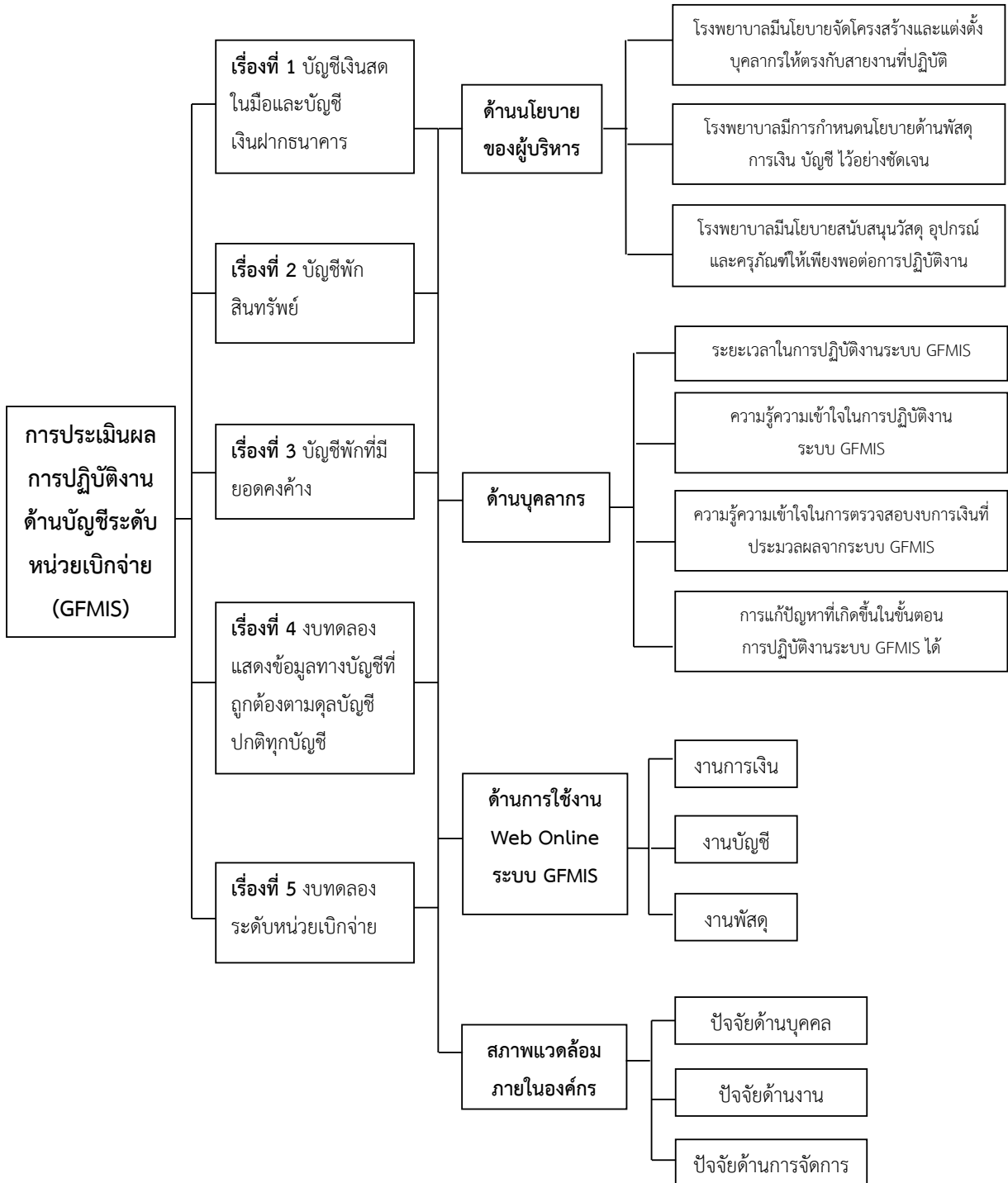
การศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการศึกษาจากแบบ
 เกณฑ์การประเมินการปฏิบัติงานด้านบัญชีของส่วนราชการ

ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยใช้เทคนิคผังรากไม้หรือ
 ผังต้นไม้ (Tree Diagram) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

**แบบเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีการเงินของส่วนราชการ
 ระดับหน่วยเบิกจ่าย (2100200085)
 โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559**

เกณฑ์ การประเมินผลฯ	ปี 58 รอบที่ 1		ปี 58 รอบที่ 2		ปี 59 รอบที่ 1		ปี 59 รอบที่ 2	
	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
เรื่องที่ 1 บัญชีเงินสด ในมือและบัญชี เงินฝากธนาคาร	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
เรื่องที่ 2 บัญชีพักสินทรัพย์	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
เรื่องที่ 3 บัญชีพักที่มี ยอดคงค้าง	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
เรื่องที่ 4 งบทดลองแสดง ข้อมูลทางบัญชี ที่ถูกต้องตามดุล ปกติทุกบัญชี	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
เรื่องที่ 5 งบทดลองระดับ หน่วยเบิกจ่าย	-	-	-	-	1.00	1.00	1.00	1.00
รวมทั้งสิ้น	4.00	2.50	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย



ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่ายของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

ด้านนโยบายของผู้บริหาร

1. มีนโยบายจัดโครงสร้างและแต่งตั้งบุคลากรให้ตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ

2. มีการกำหนดนโยบายพัสดุ การเงิน การบัญชีไว้อย่างชัดเจน

3. มีนโยบายสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ด้านบุคลากร

1. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระบบ GFMS หากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในระบบ GFMS ได้ทำงานบ่อยๆ ถึงแม้จะมิได้รับการอบรมเพิ่มเติมอย่างไรก็ตาม หรือต่อเนืองก็สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้

2. ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระบบ GFMS

2.1 งานการเงิน ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระบบ GFMS ด้านการเบิกเงินงบประมาณ เงินกันไว้เบิกเหลือในปี เงินนอกงบประมาณเงินฝากคลัง และด้านการจ่ายเงิน

2.2 งานบัญชี ความรู้ความเข้าใจในผังบัญชีระบบ GFMS ความรู้ความสามารถ ในการจำแนกเอกสารการเบิกจ่ายตามประเภทผังบัญชีระบบ GFMS ด้านการรับเงิน ด้านการจ่ายเงิน ด้านการปรับปรุง และความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบงบการเงินที่ประมวลผลจากระบบ GFMS

2.3 งานพัสดุ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน GFMS ด้านพัสดุหรือการจัดซื้อจัดจ้าง ระบบบัญชี และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบ GFMS ได้

ด้านการใช้งาน Web Online ระบบ GFMS

การควบคุมการปฏิบัติงานตามกระบวนการงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นงานการเงิน งานบัญชี และงานพัสดุ

ซึ่งเป็นระบบที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพงบการเงินโดยตรง ดังนั้นหากผู้ปฏิบัติงานมีการตรวจสอบตั้งแต่การนำเข้าสู่ข้อมูลจนถึงการประมวลผล ก็จะช่วยลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย ดังนี้

1. งานการเงิน ได้แก่ การนำส่งข้อมูลการปฏิบัติงาน GFMS ด้านระบบเบิกจ่ายเงิน ด้านระบบรับและนำส่งเงิน และการเรียกดูสถานะ การเบิกจ่ายเงินและรายงานผลการประมวลผลข้อมูล เพื่อการตรวจสอบจากการนำข้อมูลเข้าจากระบบรายงาน

2. งานบัญชี ได้แก่ การบันทึกข้อมูลเข้าในระบบปฏิบัติงาน GFMS การใช้งานระบบบัญชีแยกประเภททั่วไป และการเรียกดูรายงานผลการประมวลผลข้อมูลเพื่อการตรวจสอบจากการนำข้อมูลเข้าจากระบบรายงาน

3. งานพัสดุ ได้แก่ การนำส่งข้อมูลในระบบปฏิบัติงาน GFMS ด้านพัสดุ หรือการจัดซื้อจัดจ้าง ด้านระบบสินทรัพย์ถาวร ระบบบัญชี และ การเรียกดูรายงานผลการประมวลผลข้อมูลเพื่อการตรวจสอบจากการนำข้อมูลเข้าจากระบบรายงาน

สภาพแวดล้อมภายในองค์กร

1. ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ดังนี้ ประสิทธิภาพ อายุ และระดับการศึกษา

2. ปัจจัยด้านงาน (factors in the job) ดังนี้ ลักษณะงาน ทักษะในการทำงาน และโครงสร้างของงาน

3. ปัจจัยด้านการจัดการ (factors controllable by management) ดังนี้ ความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้า เพื่อนร่วมงาน และความรับผิดชอบงาน

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถอภิปรายผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้ ด้านนโยบายของผู้บริหาร มีความจำเป็นและก่อให้เกิด

ประโยชน์ต่อองค์กร ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมพูนุช หุ่นาค ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบ การบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบ GFMS ค้นพบว่า การสนับสนุนและการสั่งการของผู้บริหารของหน่วยงานส่วนหนึ่งไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการนำระบบ GFMS มาใช้มากนัก ประกอบกับขาดความรู้ความเข้าใจในระบบ และไม่ได้พิจารณาตรวจสอบรายงานของฝ่ายการเงินและบัญชีอย่างทั่วถึง อีกทั้งการควบคุมตรวจสอบภายในก็ไม่มีอย่างต่อเนื่อง²

ด้านบุคลากร ทักษะในการทำงาน ตลอดจนความรู้ความเข้าใจของบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานภายในองค์กร มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชราภรณ์ ลิ้มปิ อังคนันต์ ได้ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการใช้โปรแกรม GFMS ในการจัดการด้านการเงินการคลังของ ประเทศไทย ผ่านเครือข่าย Internet : กรณีศึกษาของหน่วยงานราชการในจังหวัดแพร่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบ GFMS³

ด้านการใช้งาน Web Online ระบบ GFMS ผู้ปฏิบัติงานควรมีการตรวจสอบตั้งแต่การนำเข้าข้อมูลจนถึงการประมวลผล ก็จะช่วยลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ได้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริกร พรหมพิงกา ได้ศึกษาเรื่อง “การนำเข้าข้อมูล ความรู้ความสามารถของบุคลากร ชีตความสามารถของเทคโนโลยีและการสนับสนุนของผู้บริหาร ส่งผลต่อประสิทธิผลของระบบ GFMS ของผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา” พบว่าการนำเข้าข้อมูล และการสนับสนุนของผู้บริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของระบบ GFMS ดังนั้นการที่จะนำข้อมูลเข้าระบบ GFMS ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนทุกครั้ง โดยผู้บริหารต้องตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ระบบ GFMS อย่างจริงจัง⁴

ด้านสภาพแวดล้อมภายในองค์กร มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิวากาล ด่านแก้ว ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อศักยภาพในการทำงานของนักบัญชี

องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา” พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมภายในด้านลักษณะเฉพาะของนโยบายด้านสภาพแวดล้อม ทางกายภาพ ด้านบรรยากาศขององค์กรและพฤติกรรมการทำงานของพนักงาน ด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการจัดการส่งผลต่อศักยภาพในการทำงานของนักบัญชีองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมาถึงร้อยละ 69.30⁵

สรุป

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 กรมบัญชีกลางได้กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของส่วนราชการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลทางบัญชีของส่วนราชการมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นตัวผลักดันให้ส่วนราชการเร่งตรวจสอบแก้ไขข้อมูลทางบัญชีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รายงานการเงินของส่วนราชการมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานด้านบัญชีจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยเบิกจ่าย (GFMS) ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านบัญชี และสามารถนำผลที่ได้มาใช้ประกอบการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลทางบัญชีให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ขอบเขตของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลจากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้เทคนิคฝังรากไม้ หรือฝังต้นไม้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อปรากฏการณ์ ด้านนโยบายผู้บริหาร คือ โรงพยาบาล มีนโยบายจัดโครงสร้างและแต่งตั้งบุคลากรตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ รวมถึงมีการกำหนดนโยบายพัสดุ การเงิน การบัญชีไว้อย่างชัดเจน และมีนโยบายสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ด้านบุคลากร คือ ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานระบบ GFMS ของงานพัสดุ การเงิน การบัญชี และ

มีความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบงบการเงินที่ประมวลผลจากระบบ GFMS ด้านการใช้งาน Web Online ระบบ GFMS คือ ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ การเงิน การบัญชี มีการตรวจสอบตั้งแต่นำเข้าข้อมูลจนถึงการประมวลผล เพื่อลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล คือ ประสบการณ์ อายุ และระดับการศึกษา ปัจจัยด้านงาน คือ ลักษณะงาน ทักษะในการทำงาน และโครงสร้างของงาน ปัจจัยด้านการจัดการ คือ ความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้าเพื่อนร่วมงาน และความรับผิดชอบงาน สรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวมีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริม พัฒนาเพิ่มความรู้ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ โดยการอบรมและเพิ่มความรู้ความสามารถให้บุคลากรงานการเงิน งานบัญชี และงานพัสดุอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงทันต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานในระบบ GFMS พร้อมทั้งสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน
2. ควรวางแผนงานและเขียนแผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน และกระบวนการเดินเอกสารที่ใช้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในแต่ละงาน พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ผู้มีหน้าที่กำกับดูแล ควบคุม และตรวจสอบ และให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. ควรมีการตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผนงานที่วางไว้เพื่อให้ทราบว่ามีการปฏิบัติงานของแต่ละงานประสบปัญหาอะไรบ้างและจะต้องเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง ในขั้นตอนใด เพื่อลดข้อผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงวัฒนธรรม. แนวทางการตรวจสอบบัญชีของส่วนราชการในระบบ GFMS. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.m-culture.go.th>
2. ชมภูษุ พูนนาค. การประเมินผลระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS). วารสารวิทยบริการ. ปีที่ 21(2). [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://tcpa.or.th>
3. พัชราภรณ์ ลิ้มปိုင်คนันต์. ปัญหาและแนวทางแก้ไขการใช้โปรแกรม GFMS ในการจัดการด้านการเงินการคลังของประเทศไทยผ่านเครือข่าย Internet : กรณีศึกษาหน่วยงานราชการในจังหวัดแพร่. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://tdc.thailis.or.th>
4. สิริกร พรหมพิงหา. การนำเข้าข้อมูล ความรู้ความสามารถของบุคลากรขีดความสามารถของเทคโนโลยีและการสนับสนุนของผู้บริหาร ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบ GFMSของผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. วารสารวิทยการจัดการสมัยใหม่. 10(1). [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.mgts.lpru.ac.th>
5. ทิวากาล ด่านแก้ว. ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อศักยภาพในการทำงานของนักบัญชี องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tci-thaijo.org>

สถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางในชุมชน อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

Situation of Garbage and Waste Management at Source in Community, Wapipathum District, Mahasarakham Province

ดิษฐพล ใจเชื้อ¹, เรณูวัฒน์ โคตรพัฒน์², ณัฐพร คำศิริรักษ์³,
สัมฤทธิ์ ขวัญโพน⁴, อภรณ์รัตน์ เนาวะดี⁵, ธรรวรา ตันติกุลวัฒน์กิจ⁶
Dittaphol Jaisue¹, Ranuwat Kotarputh², Natapon Kumsiririk³,
Samrit Kwanphon⁴, Arponerat Naowadee⁵, Thanwara Tantikulwattanakit⁶

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางในชุมชน เขตอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1 พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนชนบทในเขตอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย จำนวน 62 คน ประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 30 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 32 คน ใช้แบบสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพในเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ขยะโดยการเสวนากลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ด้านขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือนที่ต้องกำจัด ต่อ 1 วัน พบว่า ขยะส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เศษอาหาร พลาสติก ขวดแก้ว กลังโฟม และกระดาษ นอกจากนั้นพบขยะที่เกิดจากการประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ เศษใบไม้ กิ่งไม้ ขวดและกล่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) ด้านการจัดการขยะที่ต้นทางในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการกำจัดโดยกองขยะบนพื้นแล้วเผา น้อยสุด คือ การคัดแยกขยะก่อนทิ้ง นอกจากนั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่เข้าใจวิธีการในการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างถูกวิธี 3) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการขยะไม่เหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ คัดจมูก วิงเวียนศีรษะจากการสัมผัสฝุ่นควันจากการเผาขยะ ผลกระทบด้านแวดล้อม ได้แก่ เศษขยะปลิวกระจัดกระจาย สุนัขคุ้ยเขี่ยขยะ มีสัตว์แมลงและพาหะนำโรค ขยะอุดตันร่องระบายน้ำ ทั้งขยะตามไร่ นา สวนและพื้นที่สาธารณะ 4) ด้านความต้องการการสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค พบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนรู้วิธีการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างถูกวิธีและต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนด้านทรัพยากรและร่วมกับหมู่บ้านในการกำหนดนโยบายการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างชัดเจน ส่วนปัญหาอุปสรรค พบว่า ขาดการดำเนินการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีและประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างเหมาะสม

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

^{2,3,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

⁵ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย จังหวัดมหาสารคาม

⁶ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย จังหวัดมหาสารคาม

สรุป : ผลการศึกษาครั้งนี้พยาบาลชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการจัดการขยะที่ต้นทางได้ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ขยะ, การจัดการขยะ

ABSTRACT

Objective : To study the situation of garbage and waste management in the community of Wapipathum District, Mahasarakham Province

Methods : This study was an action research phase I. The study area was a rural community in the Wapipathum District, Mahasarakham Province. There were 62 participants in the research including 30 household representatives in each village and 32 stakeholders. The garbage situation was collected by using qualitative questionnaires through group discussion and observation of participation. Data were analyzed by frequency, percentage, and content analysis.

Results : 1) Household waste that must be disposed of per day domain, it was found that most of the garbage was caused by daily living including waste food, plastic, glass bottles, foam box and paper. In addition, trash found from agricultural occupations including leaves, branch, bottle and pesticide box. 2) Waste management in the community domain, it was found that most of the methods used by the garbage disposal on the floor and then burned. Minimal is the separation of waste before disposing. In addition, most do not understand how to properly handle waste at the source. 3) The impact of inappropriate waste management domain, it was found that the majority of respiratory health effects included cough, nasal congestion, and dizzy head of smoke exposure from burning garbage. In addition, the environmental impact included scattered debris and dog litter. There were insects and vectors, garbage clogs drainage garbage dumps on the farm, garden and public area. 4) Support needs and obstacles domain, it was found that mostly had a need to learn how to handle waste at the source properly and require relevant agencies to support resources and together with the village to clearly define the waste management policy at the source. Barriers, it was found that there was a lack of continuous waste management at the source and the right way and most villagers have insufficient understanding of proper waste management at the source.

Conclusion : The results of this study indicate that community nurse or relevant person can use the information for planning to develop a community learning process for waste management at the source. This will result in people in the community health and good quality of life.

Keywords : Garbage, Waste management

ความสำคัญขงปัญหา

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมายาวนานและนับวันยังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น สาเหตุเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยทุกปีตามอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการอุปโภคบริโภคของประชาชน ในขณะที่ปริมาณขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำแม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ทั้งการจัดเก็บเคลื่อนย้าย รวมทั้งการทำลาย จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้างระบบกำจัดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับปริมาณขยะมูลฝอยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹

จากสถิติการรายงานปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่า แนวโน้มอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.04 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2553 เป็น 1.11 กิโลกรัม/คน/วัน ในปี 2557 นอกจากนั้นการกำจัดขยะแบบถูกต้องตามหลักวิชาการมีเพียงร้อยละ 19 และมีการนำมูลฝอยกลับไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ 18 ทำให้มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มสูงขึ้นถึง 19.9 ล้านตันในปี 2556 ของเสียอันตราย ในปี 2557 มีประมาณ 2.69 ล้านตัน โดยขยะอิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี² ในส่วนสถานการณ์จังหวัดมหาสารคามมีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นที่รวบรวมได้ 330 ตันต่อวัน แบ่งเป็นขยะมูลฝอยที่นำไปกำจัดอย่างถูกต้อง 62 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 18.8 และกำจัดแบบไม่ถูกหลักวิชาการ 268 ตันต่อวันคิดเป็นร้อยละ 81.2 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ ส่วนสถานการณ์ปัญหาขยะในพื้นที่ที่ศึกษา ถึงแม้ว่าจะไม่มีกรรวบรวมสถิติเกี่ยวกับปริมาณขยะไว้อย่างชัดเจน แต่ข้อมูลการประชาคมในแต่ละหมู่บ้านโดยการรวบรวมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พบว่า คริวเรือนและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการปัญหาขยะอย่างเป็นระบบและถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้บ้านเรือนและชุมชนขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย และเกิดผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพจากปัญหาขยะตามมา ได้แก่

ปัญหามลพิษจากการเผาขยะของแต่ละครัวเรือน ปัญหาแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์แมลงนำโรค⁴ โดยที่ผ่านมามีปัญหาดังกล่าวเคยได้รับการแก้ไขจากองค์กรในท้องถิ่น แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินการเท่าที่ควร

จากสถานการณ์ปัญหาขยะที่สะสมมาอย่างยาวนาน จึงได้ถูกหยิบยกการแก้ไขปัญหาขยะเป็นวาระเร่งด่วนแห่งชาติ โดยผลักดันให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินการ ได้แก่ การกำจัดขยะมูลฝอยตกค้าง สร้างรูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสม วางระเบียบมาตรการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและสร้างวินัยของคนมุงสู่การจัดการขยะที่ยั่งยืน⁵ ซึ่งการจัดการขยะแบบบูรณาการและดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อาทิ นักวิชาการ สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะสะสมในแหล่งกำจัดขยะ การจัดการขยะในแหล่งท่องเที่ยว การจัดการขยะในเขตชุมชนเมืองหรือเขตเทศบาล พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน การบริหารจัดการขยะและเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มแรงงานเก็บขยะและพนักงานเก็บขยะ⁶⁻¹⁰ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางในพื้นที่ชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทาง โดยมุ่งหวังให้บุคคลและชุมชนเกิดการเรียนรู้จากภายในและภายนอกรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับปัญหาขยะ และการจัดการขยะในชุมชน ตลอดจนนำกระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้ไปสู่การแก้ไขปัญหาขยะอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางในชุมชนซึ่งวิธีการดำเนินการได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสติงเกอร์^{10,11} มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยกระบวนการศึกษาครั้งนี้มุ่งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรู้จักการมอง (look) โดยการรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ทั้งหมดแล้วนำมาอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พื้นที่ในการศึกษาเป็นชุมชนชนบทในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยมีจำนวน 62 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง¹¹ ประกอบด้วยตัวแทนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. จำนวน 2 คน โดยการคัดเลือกตัวแทนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้านมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ คือ 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ศึกษาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดการขยะในครัวเรือนหรือในชุมชน 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเชิงโครงสร้างในการรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามข้อมูลสถานการณ์ขยะ และแบบทดสอบความรู้การจัดการขยะในครัวเรือน 2) แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยการเสวนากลุ่มในประเด็น สถานการณ์ขยะในครัวเรือนและในชุมชน วิธีการจัดการขยะ รวมทั้งข้อมูลแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรชุมชนที่สนับสนุน ปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการช่วยเหลือ นโยบายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม 3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย โดยเริ่มไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนับจำนวนค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹¹ (Content analysis) หลังจากได้ข้อมูลที่ซ้ำ ๆ

กันจนไม่พบข้อมูลประเด็นใหม่ถือว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูลจัดระเบียบข้อมูลโดยจัดเก็บเป็นรหัส และนำข้อมูลมาใช้ในการสรุป ตีความหมายของข้อค้นพบและนำเสนออย่างเป็นระบบ

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนี้ได้ยึดหลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือหรือคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม มีการตรวจสอบและการยืนยันข้อมูลของการศึกษา

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง^{11,12} มีจำนวน 62 คน แบ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 32 คน ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแต่ละหมู่บ้านจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. จำนวน 2 คน และตัวแทนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.70 สถานภาพในครัวเรือนเป็นหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 61.12 อายุโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 20.9 อายุต่ำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 72 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 93.54 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.45 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 90.32 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 6.45 สำหรับด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน/ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 58.06 รองลงมาคือ รายได้เฉลี่ยในช่วง 10,001 บาทขึ้นไป/เดือน/ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 38.70

สถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทาง

1. ด้านขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนที่ต้องกำจัด ต่อ 1 วัน พบว่า ขยะส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เศษอาหาร พลาสติก ขวดแก้ว กอลงโฟม และกระดาษ นอกจากนั้นพบขยะที่เกิดจากการประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ เศษใบไม้ กิ่งไม้ ขวด และกอลง

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นมีจำนวนมาก โดยครัวเรือนส่วนใหญ่มีปริมาณขยะที่ต้องกำจัดทิ้งต่อวัน จำนวน 1 กิโลกรัม (61.29) และจำนวน 2 กิโลกรัม (34.3) ประเภทขยะที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่พบมากที่สุดและต้องกำจัดต่อ 1 วัน คือ เศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ รongลงมาคือ ถุงพลาสติก และขวดแก้ว ส่วนขยะที่เกิดจากการประกอบอาชีพทางการเกษตรที่พบมากที่สุดและต้องกำจัดต่อ 1 วัน คือ เศษใบไม้และกิ่งไม้ ดังตัวอย่างคำพูดของตัวแทนครัวเรือนได้เล่าในการเสวนากลุ่มว่า “ขยะส่วนมากมาจากการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว จากการทำอาหาร ไปตลาดซื้อของก็จะมีถุงพลาสติก กล่องโฟม อีกทั้งยังได้ขวดแก้วขวดน้ำกลับมาด้วย” ตัวแทนจากครัวเรือนหญิงกล่าวเพิ่มเติมว่า “นอกจากนี้ยังมีขยะพวกเศษอาหารการกินต่างๆ นานา ที่เป็นเศษจากการทำกับข้าวหรือเศษอาหารที่กินไม่หมด ซึ่งขยะพวกนี้ในแต่ละวันจะเยอะมาก” สมาชิกในวงเสวนากลุ่มพยักหน้าเห็นด้วยและเล่าต่อว่า “นอกจากขยะพวกนี้แล้วที่เห็นเป็นประจำคือ ขยะจากการทำไร่นา ทำการเกษตรต่างๆ ที่มีทั้งเศษใบไม้ กิ่งไม้ และในช่วงฤดูทำนาที่พบบ่อยจะเห็นพวกกล่องหรือขวดใส่ยาฆ่าหญ้า ฆ่าปูหรือฆ่าแมลงต่าง ๆ ทั้งเคลื่อนตามทุ่งนา” ในส่วนปริมาณขยะที่เกิดขึ้นและต้องกำจัดในแต่ละวัน ตัวแทนครัวเรือนได้เล่าให้ฟังในการเสวนากลุ่มว่า “พูดถึงเรื่องขยะไม่มีใครเคยนับเป็นขั้นหรือครับ แต่ถ้าให้กะประมาณรวมๆ อย่างบ้านผมไม่ต่ำกว่า 1-2 กิโลกรัม/วันครับ” ตัวแทนครัวเรือนกล่าวเพิ่มเติมว่า “ปริมาณขยะนี้ก็ต้องขึ้นอยู่กับจำนวนคนในแต่ละครัวเรือนด้วยเพราะบ้านหลังไหนคนเยอะขยะก็ต้องเยอะตาม อย่างบ้านผมอยู่กัน 5 คน ขยะแต่ละวันน่าจะอยู่ที่ 2 กิโลกรัมเป็นอย่างน้อย”

2. ด้านการจัดการขยะที่ต้นทางในครัวเรือนและชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกำจัดโดยกองขยะบนพื้นแล้วเผา ร้อยละ 70.2 รองลงมาคือ กองบนพื้นน้อยสุด คือ การคัดแยกขยะก่อนทิ้ง และในขณะที่ครัวเรือนที่มีการคัดแยกขยะ ร้อยละ 20.7 ซึ่งแบ่งออกเป็น คัดแยกเป็นประจำ ร้อยละ 6.3 และคัดแยกบางโอกาส ร้อยละ 14.4 นอกจากนี้ยังพบว่าในกรณีที่มีการคัดแยกขยะพบว่า สมาชิกในครัวเรือนทุกคนช่วยกันคัดแยกขยะ โดยส่วนใหญ่จะนำไปขาย

และนำไปทำปุ๋ยหมักหรือน้ำหมักชีวภาพ ดังคำพูดของตัวแทนครัวเรือนที่เล่าถึงการจัดการขยะในครัวเรือนของตนในการเสวนากลุ่มว่า “ที่บ้านผมกำจัดขยะโดยการเผาอย่างเดียวครับ เอาขยะมากองรวมกันแล้วก็เผาช่วงตอนเย็น ๆ เกือบทุกวัน” นอกจากนั้นมีคำพูดของผู้นำหมู่บ้านและตัวแทน อสม. ได้กล่าวถึงการจัดการขยะว่า “ชาวบ้านเราเกือบทุกหลังคาเรือนก็กำจัดขยะโดยการเผาทั้งหมดละครับ จะมีส่วนน้อยที่แยกขยะหรือฝังหรือใช้วิธีอื่น ๆ ” ตัวแทน อสม. กล่าวเสริมว่า “ฉันเดินสำรวจหมู่บ้านบ่อย ๆ เห็นก็จะเกือบทุกบ้านกองขยะบนพื้นแล้วก็เผาทั้งนั้นคะ ไม่ค่อยมีคนมานั่งแยกขยะหรือใช้วิธีอื่นๆ หรือกะ” ตัวแทนครัวเรือนกล่าวเพิ่มเติมต่อว่า “ถ้าจะให้พูดตรง ๆ นอกจากเผาแล้ว ยังมีบางคนที่มีถังแยกเอาขยะไปทิ้งตามไร่นา สวนของคนอื่น หรือบางคนขนขยะใส่รถเข็นไปทิ้งข้างทางในที่สาธารณะก็มี” สมาชิกในกลุ่มเสวนาต่างพยักหน้าเห็นด้วย

3. ด้านผลกระทบจากการจัดการขยะไม่เหมาะสม พบว่า ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบทางด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่พบในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ คัดจมูก วิงเวียนศีรษะจากการสัมผัสฝุ่นควันจากการเผาขยะ นอกจากนั้นพบการได้รับอันตรายและอุบัติเหตุจากการจัดการขยะไม่เหมาะสม ได้แก่ เศษแก้ว เศษเหล็ก ฝากระป๋อง เศษตะปู และไม้เสียบลูกชิ้น ทิ่มตำมือและเท้า ส่วนผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เศษขยะปลิวกระจัดกระจาย สุนัขคุ้ยเขี่ยขยะ มีสัตว์แมลงและพาหะนำโรค มีกลิ่นเหม็นจากการหมักหมมของขยะ ขยะอุดตันร่องระบายน้ำ และการทิ้งขยะตามไร่นา สวนหรือพื้นที่สาธารณะ ดังตัวอย่างคำพูดของตัวแทนครัวเรือนและผู้นำหมู่บ้านในการเสวนากลุ่มว่า “ปัญหาที่เกิดจากขยะที่เห็นได้ชัดเลย คือ มลพิษจากการเผาขยะ หลาย ๆ หมู่บ้านก็คงเป็นเช่นกัน เพราะพี่น้องบ้านเราส่วนใหญ่จะเผาขยะกันทั้งหมด” ตัวแทน อสม. กล่าวเสริมว่า “เห็นชาวบ้านหลายคนบ่นว่า เวลาเผาขยะจะมีอาการวิงเวียน หายใจไม่สะดวก มีบางคนก็ไอ จาม ” ตัวแทนครัวเรือนเล่าเพิ่มเติมว่า “ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะเผาขยะช่วงเช้า ๆ หรือไม่ก็ช่วงค่ำ ๆ ทำให้เกิดฝุ่นควันและมลพิษ หลายคนมีอาการภูมิแพ้ ไอ เป็นหวัดไม่หาย ซึ่งคิดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการเผาขยะ”

นอกจากนั้นผู้นำหมู่บ้านหลายหมู่บ้านได้เล่าในการเสวนากลุ่มอีกว่า “นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังมีผลต่อสิ่งแวดล้อมและสภาพชุมชน เช่น การทิ้งขยะไม่เป็นที่กระจัดกระจายทำให้สภาพชุมชนไม่น่าอยู่น่ามอง” ตัวแทนครัวเรือนกล่าวเพิ่มเติมว่า “ท่อระบายน้ำหน้าบ้านฉันก็มีแต่พวกเศษขยะนี้ละคะที่มาอุดตัน ทำให้น้ำไม่ระบาย” “หนักไปกว่านั้นมีพวกมกง่าย เอาขยะไปทิ้งไร่นาของคนอื่น บางที่เป็นซากสัตว์เน่าเหม็นมีแมลงวันหัวเขียวบินตอมเป็นกลุ่ม บางครั้งก็มีหมาไปคุ้ยเหยี่ยวขยะ ฉันทก็อยากรู้ว่าทำไมไม่มีความรับผิดชอบขนาดนั้น”

4. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 63.98 แต่พบว่าความรู้ความเข้าใจในบางประเด็น ได้แก่ ความรู้ด้านประเภทขยะและด้านวิธีการจัดการขยะที่ต้นทาง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านประเภทขยะ คิดเป็นร้อยละ 67.01 และด้านวิธีการจัดการขยะที่ต้นทาง คิดเป็นร้อยละ 58.24 นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการกำจัดขยะโดยการเผาเป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุด และเข้าใจว่าควันจากการเผาขยะช่วยทำให้ยุ้งหรือแมลงรำคาญต่าง ๆ ลดลง ดังคำพูดของตัวแทนครัวเรือนในการเสวนากลุ่มที่ว่า “เรื่องเกี่ยวกับขยะก็พอรู้พอได้ยินมาบ้าง แต่ถ้าถามไปเยอะกว่านี้อาจไม่รู้ก็ได้” พร้อมหัวเราะเสียงดัง และมีตัวแทนครัวเรือนกล่าวเพิ่มเติมว่า “ส่วนตัวผมเองยังสงสัยเกี่ยวกับการแยกประเภทขยะและวิธีการกำจัดขยะว่าจริงๆ แล้วมีวิธีอะไรบ้าง” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้านกล่าวเสริมว่า “ผมเชื่อว่าหลายคนมีความรู้ครับ แต่ขึ้นอยู่กับว่ารู้มากหรือน้อยเท่านั้นละครับ” ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะที่ถูกต้อง ตัวแทนครัวเรือนได้เล่าให้ฟังว่า “ตอนนี้ชาวบ้านส่วนใหญ่เขาเข้าใจกันว่าการเผาขยะเป็นการกำจัดที่ดีที่สุด” ผู้นำหมู่บ้านกล่าวเสริมว่า “อย่างลูกบ้านผม เขาเข้าใจว่าควันจากการเผาขยะจะช่วยให้ไม่มียุ้งหรือแมลงต่างๆ มารบกวนชาวบ้านจึงชอบเผาขยะตอนค่ำ ๆ เพื่อไล่ยุ้งและแมลง”

5. ด้านความต้องการการสนับสนุน และปัญหาอุปสรรค พบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการขยะที่ต้นทางอย่างถูกวิธีและเหมาะสม นอกจากนี้

นั้นมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณในการดำเนินการจัดการขยะบุคลากรในการกระตุ้นและเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นร่วมมือกับหมู่บ้านในการกำหนดนโยบายการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างชัดเจน ส่วนด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า ที่ผ่านมามีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการขยะแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จและขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากปัจจัยหลายด้าน นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในด้านการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างเหมาะสมจึงต้องการให้มีนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญมาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน ดังคำกล่าวของตัวแทนครัวเรือนและผู้นำหมู่บ้านในการเสวนากลุ่มที่ว่า “ผมอยากทราบว่าวิธีการจัดการขยะที่ถูกวิธีเป็นอย่างไร ที่อื่นเขาทำกันอย่างไร อยากให้ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกัน เพราะผมคิดว่าถ้าทุกคนรู้ก็จะสามารถจัดการขยะที่บ้านของตนเองได้ครับ” ผู้นำชุมชนกล่าวเพิ่มเติมว่า “สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมคือ อยากให้หน่วยงานจากทุกระดับมาดูแลสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งเรื่องงบประมาณ ทั้งเรื่องคน เรื่องวิทยากรที่มากระตุ้นให้ชาวบ้านเกิดการตื่นตัว” ส่วนด้านปัญหาอุปสรรค ตัวแทนผู้นำได้เล่าในการสนทนาว่า “ความจริงที่ผ่านมาเคยมีโครงการจัดการขยะบ่อยครั้ง แต่ก็ล้มสลายไปทุกที เพราะว่าไม่มีความต่อเนื่อง งบประมาณ โครงการก็หมดไปด้วย ทำให้ปัญหาเรื่องขยะยังมีเหมือนเดิม” ตัวแทน อสม. กล่าวเสริมว่า “เรื่องความเข้าใจ และความคิดของชาวบ้านก็ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่เหมือนกัน เพราะถ้าชาวบ้านยังไม่เข้าใจหรือไม่เปลี่ยนความคิดการดำเนินงานก็ล้มเหลวเหมือนเดิม”

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นตัวแทนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน และเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน อสม. อบต. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. คล้ายกับหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะในชุมชน^{12,13,14} โดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเป็นตัวแทนของแต่ละครัวเรือนและเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

นอกจากนั้นผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพในครัวเรือนเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีอายุโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 50 ปี อาจอธิบายได้ว่าในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่จะส่งผู้นำครอบครัวซึ่งเป็นเพศชายมาเป็นตัวแทนครัวเรือนในการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ พลภูเมือง¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการคัดแยกขยะในชุมชน

ด้านสถานการณ์ขยะและการจัดการขยะที่ต้นทางพบว่า ขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนที่ต้องกำจัด ต่อ 1 วันส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เศษอาหาร พลาสติก ขวดแก้ว กล่องโฟม และกระดาษ นอกจากนี้พบขยะที่เกิดจากการประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ เศษใบไม้ กิ่งไม้ ขวดและกล่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับการศึกษาของปวรินทร์ นาจำปา¹⁶ ที่พบว่าขยะส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละครัวเรือน ส่วนปริมาณขยะที่ต้องกำจัดทิ้งต่อ 1 วันในแต่ละครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่มีขยะ จำนวน 1 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 61.29 และจำนวน 2 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 34.3 ประเภทขยะที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่พบมากที่สุดและต้องกำจัดต่อ 1 วัน คือ เศษอาหาร เศษผักผลไม้ รองลงมาคือ ถุงพลาสติก และขวดแก้ว สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ พลภูเมือง¹³ ที่พบว่า แต่ละครัวเรือนมีขยะที่ต้องกำจัด ต่อ 1 วัน จำนวน 1 กิโลกรัม และประเภทขยะที่พบส่วนใหญ่เป็นเศษอาหารจากการใช้ชีวิตประจำวัน

ด้านการจัดการขยะ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกำจัดโดยกองขยะบนพื้นแล้วเผา คิดเป็น ร้อยละ 70.2 ในขณะที่เดียวกันพบว่าการกำจัดขยะโดยการกองบนพื้นแต่ไม่เผา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะนำขยะไปทิ้งกองรวมกันในพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ ที่ไร่นา สวน และทิ้งตามข้างถนน แตกต่างจากการศึกษาของอารีย์ พลภูเมือง¹⁵ ที่พบว่าส่วนใหญ่กำจัดขยะโดยการจัดเก็บขยะเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งข้อค้นพบนี้อาจอธิบายได้ว่าการจัดการขยะในบริบทพื้นที่

ที่ศึกษาไม่มีนโยบายการจัดเก็บขยะจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านต้องจัดการขยะภายในครัวเรือนของตนเอง นอกจากนั้นในบางครัวเรือนซึ่งพบเป็นส่วนน้อยมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง โดยพบว่าสมาชิกในครัวเรือนทุกคนช่วยกันคัดแยกขยะ และส่วนใหญ่จะนำไปขาย หรือนำไปทำปุ๋ยหมักหรือน้ำหมักชีวภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปวรินทร์ นาจำปา¹⁴ ที่พบว่ามีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งเพื่อนำไปรีไซเคิล ขาย และนำไปทำปุ๋ยหมักชีวภาพ

การจัดการขยะที่ไม่เหมาะสมของครัวเรือนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบต่อสุขภาพที่พบส่วนใหญ่พบในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ คัดจมูก วิงเวียนศีรษะจากการสัมผัสฝุ่นควันจากการเผาขยะ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตรา สว่างชัย¹⁷ ที่พบว่าผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ ในขณะที่เดียวกันการศึกษาคั้งนี้นอกจากพบว่าเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระบบทางเดินหายใจแล้ว ยังพบว่าได้รับผลกระทบต่ออันตรายและอุบัติเหตุจากการจัดการขยะไม่เหมาะสม ได้แก่ เศษแก้ว เศษเหล็ก ฝากระป๋อง เศษตะปู และไม้เสียบลูกชิ้นบาด ทิ่มตำมือและเท้า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าในพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่กำจัดขยะโดยการกองไว้บนพื้นแล้วเผาซึ่งทำให้ยังคงมีเศษแก้ว เศษเหล็ก ฝากระป๋อง เศษตะปู และไม้เสียบลูกชิ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้¹⁴ ส่วนผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เศษขยะปลิวกระจัดกระจาย สุนัขคุ้ยเขี่ยขยะ มีสัตว์แมลงและพาหะนำโรค มีกลิ่นเหม็นจากการหมักหมมของขยะ ขยะอุดตันร่องระบายน้ำ และการทิ้งขยะตามไร่นา สวนหรือพื้นที่สาธารณะ สอดคล้องกับการศึกษาของดิษฐพล ใจซื่อ และเกษราวัลธน์ นิลวรางกูร และการศึกษาของอนุตรา สว่างชัยและคณะ^{12,15}

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ส่วนใหญ่ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในระดับดี แต่พบว่าความรู้ความเข้าใจในบางประเด็น ได้แก่ ความรู้ด้านประเภทขยะและด้านวิธีการจัดการขยะที่ต้นทางพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่

มีความรู้เดิมเกี่ยวกับขยะจากการเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ แต่ความรู้ในบางประเด็นที่เป็นความรู้เชิงลึกยังมีไม่เพียงพอ

ด้านความต้องการในการสนับสนุนและการจัดการขยะที่ต้นทางพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการขยะที่ต้นทางอย่างถูกวิธีและเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่มองว่ายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะไม่เพียงพอ นอกจากนั้นมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณในการดำเนินการจัดการขยะ บุคลากรในการกระตุ้นและเป็นผู้นำในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งต้องการให้หน่วยงานในท้องถิ่นร่วมมือกับหมู่บ้านในการกำหนดนโยบายการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของปวรินทร์ นาจำปา¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะ ส่วนด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า ที่ผ่านมามีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดการขยะแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จและขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเนื่องจากปัจจัยหลายด้าน นอกจากนั้นยังพบว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในด้านการจัดการขยะที่ต้นทางอย่างเหมาะสมจึงต้องการให้นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญมาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อื่น ๆ ควรมีการศึกษาถึงสถานการณ์ขยะ และการจัดการขยะในแต่ละพื้นที่ โดยทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นจริงอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงอันจะนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมดำเนินการวิจัยรวมทั้งเจ้าหน้าที่และหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่การศึกษาที่ให้ข้อมูล

และความร่วมมือที่ดีในการศึกษาครั้งนี้และขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2555. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมมลพิษกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2556.
2. สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559. ส่วนขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1-16 สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด 76 จังหวัด; 2560.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2559. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย อำเภอกวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม; 2560.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nesdb.go.th/main.php?filename=index>.
5. Suksawan Kamwong and Medta Talaluk. Ability to support and waste management in the tourist District of Phu Fa Nan. RMUTP. Research Journal Special Issue the 5th Rajamangala University of Technology National Conference; 2013.

6. ปภาวิน เติตขุนทด. พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลสำนักตะคร้อ อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2554.
7. ชนิตา เพชรทองคำ และคณะ. การบริหารจัดการขยะและเทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อมกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; มปป.
8. รสนีย์ มณีวงศ์. การดูแลตนเองของแรงงานเก็บขยะตำบลโนนพ่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
9. นพวรรณ ดวงหัสดี. ภาวะสุขภาพและโภชนาการของครอบครัวเก็บขยะในชุมชนแออัดเมืองขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพพยาบาล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนาวิทยา; 2558.
11. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
12. ดิษฐพล ใจซื่อ, เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. การดูแลตนเองของแรงงานเก็บขยะ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2560;35(1):37-45.
13. อารีย์ พลภูเมือง. พัฒนาระบบการคัดแยกขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(ฉบับพิเศษ):147-161.
14. ปวรินทร์ นาจำปา. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของตำบลคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี; มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
15. อนุศรา สาวังชัยและคณะ. ยุทธศาสตร์การจัดการขยะเกาะภูเก็ต. วารสารสมาคมนักวิจัย 2556;18(2) : 114-127.

รายงานการสอบสวนโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลเก็ง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม

Investigation Report of Hand Foot and Mouth Disease in a Nursery and Elementary School Gereng Sub-District, Muang District, Mahasarakham Province

บัณฑิต พิทักษ์¹, สุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์², สมบูรณ์ แพนสมบัติ³,
กฤษดา น้อยสุวรรณ⁴, ญาณิกร สีสุรี⁵, ศิริพร พูลมี⁶

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : วันที่ 23 พฤษภาคม 2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง ได้รับแจ้งทาง Facebook กลุ่ม SRRT เมืองมหาสารคามจากงานระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคามว่า มีผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยเรียนอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลเก็ง ทีม SRRT ตำบลเก็งร่วมกับทีม SRRT เมืองมหาสารคาม ดำเนินการสอบสวนโรคระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม - 11 มิถุนายน 2560

วัตถุประสงค์ : เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค หาเชื้อที่เป็นสาเหตุและแหล่งแพร่เชื้อของการระบาด และควบคุมการระบาดของโรค

วิธีการศึกษา : ศึกษาระบาดเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคมือเท้าปากของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคามและอำเภอมืองมหาสารคาม ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยใช้นิยามคือ เด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนประถมศึกษา และชุมชนตำบลเก็ง อำเภอมืองมหาสารคาม ที่มีแผลในช่องปากหรือมีผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และก้น ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม - 11 มิถุนายน 2560 ทำการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บ Throat swab จากผู้ป่วยจำนวน 7 ราย โดยวิธี RT-PCR และตรวจแยกเชื้อไวรัส และสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไปที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนประถมศึกษาและบ้านผู้ป่วย

ผลการสอบสวน : ในปี พ.ศ.2560 สถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากในระดับประเทศ จังหวัดและอำเภอมืองมหาสารคามมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราป่วย เท่ากับ 41.62, 41.83 และ 33.82 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยยืนยัน 7 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 18 ราย อัตราป่วยในศูนย์พัฒนาเด็ก ร้อยละ 15.1 โรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 10 รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 17 พฤษภาคม 2560 รายสุดท้ายวันที่ 1 มิถุนายน 2560 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ราย พบสารพันธุกรรมของไวรัส EV 71 subgroup B5 การมีกิจกรรมและการเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวมาร่วมกัน เป็นปัจจัยที่เกิดการระบาดในครั้งนี้

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

^{2,3,4} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

^{5,6} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็ง อำเภอมืองมหาสารคาม

สรุป : การระบาดของโรคมือเท้าปากจากเชื้อ EV-71 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, โรงเรียนประถมศึกษาและในชุมชน หลังจากทำการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษา รวมทั้งการทำความสะอาดห้องเรียนและอุปกรณ์ของเล่น ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม แต่ในชุมชนยังพบผู้ป่วยเพิ่มจากการที่เด็กไปเรียนในโรงเรียนอื่น ๆ ในเขตเทศบาลเมืองที่ยังมีการระบาดของโรค

คำสำคัญ : โรคมือ เท้า ปาก, Enterovirus 71, การสอบสวนโรค

ABSTRACT

Introduction : On 23rd May 2017, a hand, foot and mouth disease (HFMD) case visited Mahasarakham Hospital. This case was sent from a nursery in Gerng Sub-District. Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) of Gerng Sub-District and Mahasarakham Hospital had investigated during 23 May - 11 June 2017

Objective : This confirm diagnosis and outbreak, virology, source of infection and action for control HFMD.

Methods : Descriptive study was done including situation review for HFMD in Thailand and Mahasarakham Province. In order to identify more HFMD cases in the nursery, a case getting painful sores in the mouth and a rash with blisters on the hands, feet and buttocks during 15th May - 11th June 2017 were applied as case definition. Throat swab specimens from 7 cases were collected for virological confirmed by RT-PCR. Environment survey in nursery care, elementary school and patient's house had been done.

Results : In 2017, incidences of HFMD in Thailand, Mahasarakham province, Muang District are increasing to be 41.62, 41.83, 33.82 case per 100,000 person, respectively. This study found 7 confirmed cases and 18 probable cases. Attack rate of HFMD in the nursery and elementary school are 15.1% and 10% respectively. The first case was found on 17th of May 2017 and the last case was found on 1st of June 2017. Two cases had been confirmed for confirm EV 71 subgroup B5. Risk of outbreak is activity in class room.

Conclusions : This study confirmed outbreak of EV 71 HFMD. No new case had been identified after closing and cleaning the nursery and elementary school. However, there are new cases from the other school detected in community.

Keywords : HFMD, Enterovirus 71,

บทนำ

โรคมือเท้าปาก (Hand foot Mouth Disease) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enteroviruses ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วย หรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ

คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น จะปรากฏอาการดังกล่าว 3-5 วัน แล้วหายได้เอง แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้ สำหรับสายพันธุ์ที่ก่อโรค HFMD ได้แก่ coxsackievirus group A, type 16 (พบบ่อย) และ group A type 4, 5, 9 และ 10 ; group B type 2 และ 5 และ enterovirus 71 สายพันธุ์ที่ก่อโรค Herpangina ได้แก่

coxsackievirus, group A, type 1-10; 16 และ 22 และ enterovirus 71 ส่วนใหญ่โรค HFMD โดยเฉพาะที่เกิดจาก coxsackie A16 มักไม่รุนแรง เด็กจะหายเป็นปกติภายใน 7-10 วัน ส่วนที่เกิดจาก EV71 อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ในการระบาดที่ได้หวั่นพบสูงถึงร้อยละ 30 อาจเป็นแบบ aseptic meningitis ที่ไม่รุนแรง หรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตจะเป็นแบบ encephalitis ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem) อาการหวั่นใจวาย และ/หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema)⁴

ระบาดวิทยาของโรคในประเทศไทย มีลักษณะเกิดกระจัดกระจายหรือระบาดเป็นครั้งคราว มักมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อนตั้งแต่ต้นฤดูฝน (พฤษภาคม - มิถุนายน) มักเป็นกับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ไม่ค่อยพบในวัยรุ่น การระบาดมักเกิดขึ้นบ่อยในกลุ่มเด็ก เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล กลุ่มเสี่ยงต่อโรค โดยเฉพาะกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และพบสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอาการไข้ร่วมกับตุ่มเล็กๆ เกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปาก ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง หายได้เอง ส่วนน้อยอาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ซึ่งอาจทำให้รุนแรงถึงเสียชีวิตได้ โรค Herpangina ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุ 1-7 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ coxsackievirus A1 และ EV71 ผู้ป่วยจะมีไข้ฉับพลันและมีแผลเปื่อยเล็กๆ ในลำคอบริเวณเพดาน ลิ้นไก่ ทอนซิล มีอาการเจ็บคอมากร่วมกับมีน้ำลายมาก ยังไม่เคยมีรายงานการเสียชีวิต และอาจมีอาการกลืนลำบากปวดท้องและอาเจียน โรคจะเป็นอยู่ 3 - 6 วัน และมักจะหายเอง

เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2560โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง ได้รับแจ้งทางFacebook กลุ่ม SRRT เมืองมหาสารคามจากงานระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม ว่ามีผู้ป่วยโรคมือเท้าปากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 ราย ด้วยอาการไข้ มีแผลในปากและผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผู้ป่วยเรียนอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแก้ง ทีม SRRT ตำบลแก้งร่วมกับทีม SRRT เมืองมหาสารคาม ดำเนินการสอบสวนโรคระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม - 11 มิถุนายน 2560

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการเกิดโรคและการระบาดของโรค
2. เพื่อหาสาเหตุของการระบาด แหล่งโรควิธีการถ่ายทอดโรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
3. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรค ด้านบุคคล เวลา และสถานที่
4. เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการวางแผนควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาการระบาดเชิงพรรณนา โดย
 1. ศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคมือเท้าปากของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคามและอำเภอเมืองมหาสารคาม
 2. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในศูนย์พัฒนาเด็ก,โรงเรียนและชุมชน โดยใช้นิยาม ดังต่อไปนี้
 - 1) ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) คือเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนประถมศึกษา และชุมชนที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี เขตตำบลแก้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม ที่มีไข้และมีแผลในช่องปาก หรือมีผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม - 11 มิถุนายน 2560
 - 2) ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) คือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสเอนเทอโร
 2. ศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร โดยเก็บ Throat swab ในเด็กที่มีอาการภายใน 7 วัน ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสเอนเทอโรโดยวิธี RT-PCR และตรวจแยกเชื้อไวรัส ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมองจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 3. ศึกษาสิ่งแวดล้อม สัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็ก กิจกรรมประจำวันของเด็กนักเรียน และสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไปในศูนย์พัฒนาเด็ก ได้แก่ สภาพภายในห้องเรียน ลักษณะของห้องน้ำ ห้องสุขา การจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ ของเล่นของเด็ก ลักษณะของน้ำดื่ม น้ำใช้ ตรวจหาคลอริน

ตกค้างในน้ำใช้ รวมทั้งการสำรวจสภาพแวดล้อมในโรงเรียน
 ประถมศึกษาและบ้านผู้ป่วย

ผลการศึกษา

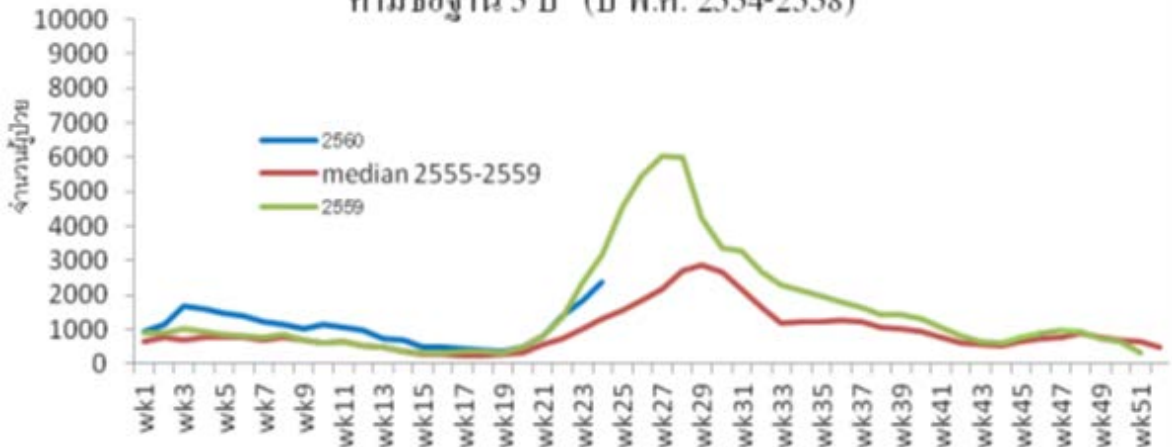
ผลการศึกษาระบาดเชิงพรรณนา

ด้านสถานการณ์โรคมือเท้าปาก

ประเทศไทยสถานการณ์โรคมือเท้าปาก ตั้งแต่
 วันที่ 1 มกราคม - 26 มิถุนายน 2560 มีรายงาน ผู้ป่วย
 27,233 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 41.62 ต่อประชากรแสนคน

เสียชีวิต 2 ราย จากจังหวัดจันทบุรีและ ร้อยเอ็ด ในปีนี้มี
 จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานมาตั้งแต่ต้นปี โดยพบแนว
 โนม์เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่สัปดาห์ที่ 21 จากการคาดการณ์คาดว่า
 จะมีจำนวนผู้ป่วยในเดือนมิถุนายน 8,300 ราย และเดือน
 กรกฎาคมจะมีผู้ป่วย 10,300 ราย กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วย
 สูงสุดคือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี (619.50 ต่อประชากรแสนคน)
 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี (42.47 ต่อประชากรแสน
 คน)⁵

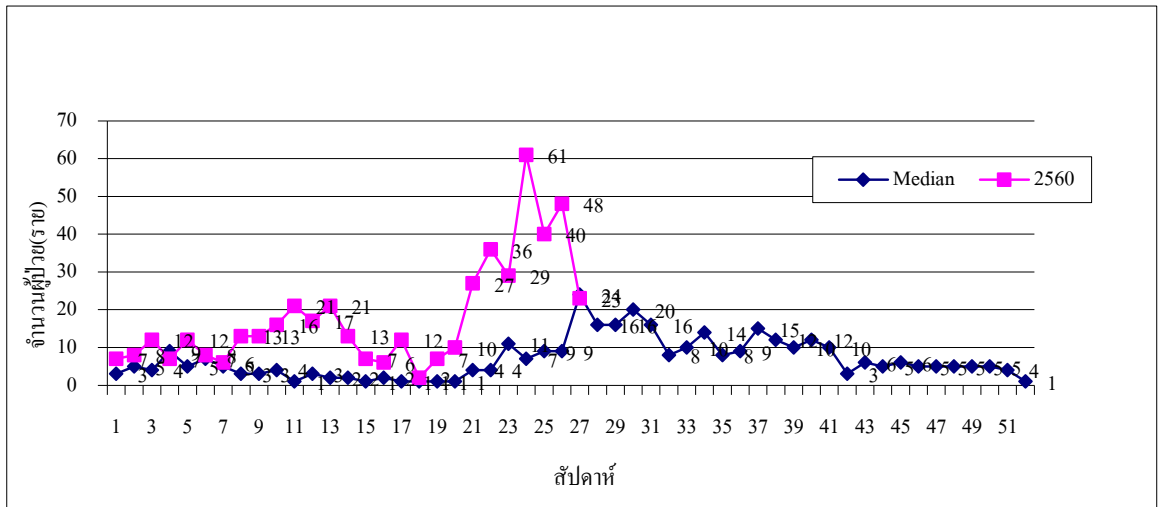
**จำนวนผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี 2558 , 2559 เปรียบเทียบ
 ค่ามัธยฐาน 5 ปี (ปี พ.ศ. 2554-2558)**



ภาพ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค Hand,foot and mouth disease จำแนกรายสัปดาห์ ประเทศไทย
 เปรียบเทียบข้อมูลปี พ.ศ.2559 และ 2560 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

จังหวัดมหาสารคาม นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560
 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2560 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 มหาสารคามได้รับรายงานผู้ป่วยโรค Hand, foot and
 mouth disease จำนวนทั้งสิ้น 403 ราย คิดเป็นอัตราป่วย
 41.83 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต
 อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1.32 : 1 กลุ่มอายุที่

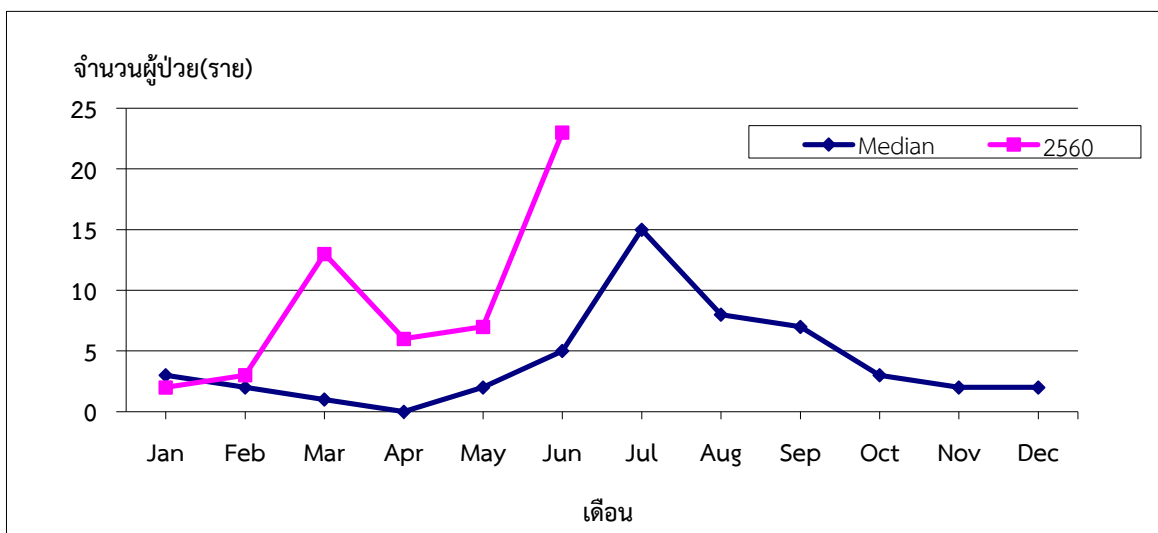
พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี คิดเป็นอัตราป่วย 728.2 ต่อ
 ประชากรแสนคน อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
 สูงสุดคืออำเภอบรบือ อัตราป่วยเท่ากับ 102.37 ต่อ
 ประชากรแสนคน รองลงมาคืออำเภอชื่นชมและอำเภอแกลง
 อัตราป่วยเท่ากับ 95.46 และ 76.54 ตามลำดับ³



ภาพ 2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค Hand, foot and mouth disease จำแนกรายสัปดาห์ จ.มหาสารคาม เปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

อำเภอเมืองมหาสารคามนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2560 โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับรายงานผู้ป่วยโรค Hand, foot and mouth disease จำนวนทั้งสิ้น 54 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 33.82 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตอัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.00 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุ

0 - 4 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 44 รายตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือตำบลเกิ้ง อัตราป่วยเท่ากับ 102.46 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ตำบล โคกก่อ และตำบลแวงน่าง อัตราป่วยเท่ากับ 86.99 และ 84.05 รายตามลำดับ²

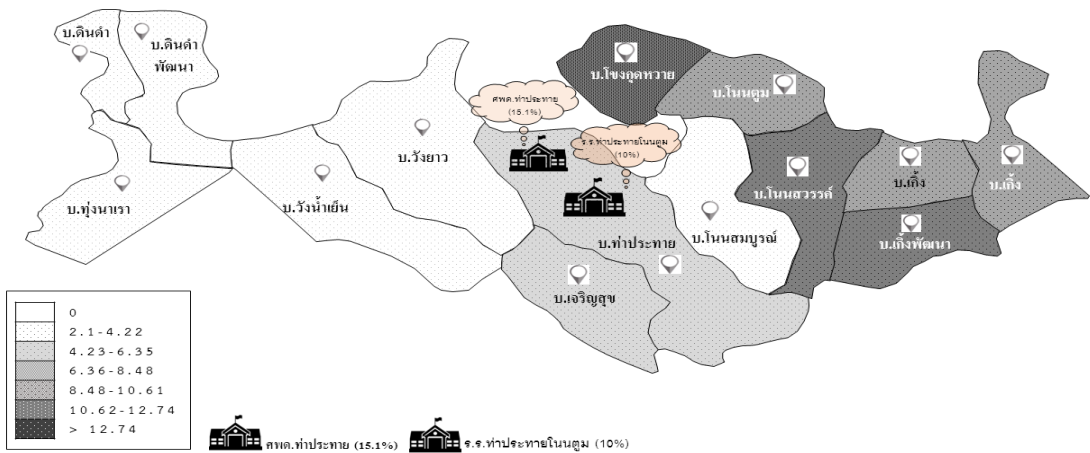


ภาพ 3 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค Hand, foot and mouth disease จำแนกรายเดือน อ.เมือง จ.มหาสารคาม เปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

1.2 การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม จากการสอบถามครูที่ดูแลเด็ก ครูประจำชั้น ผู้ปกครองนักเรียนและติดตามสอบสวนโรคในชุมชนพบผู้ป่วยทั้งหมด 25 รายคิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 416.7 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.1 : 1 อายุ มีมัธยฐาน 3 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 7 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป 4 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 ราย คลินิกเอกชน 6 ราย และติดตามในชุมชน/โรงเรียน 7 ราย มีเพียง 1 รายที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 40 โรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 36 และ

ในชุมชน/โรงเรียนในเขตเมือง ร้อยละ 24 จากการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 คนให้ประวัติว่ามีเด็กในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - 12 ปี รวม 5 คนทั้งหมดเข้าโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม ไม่มีอาการป่วยด้วยอาการของโรคมือเท้าปาก

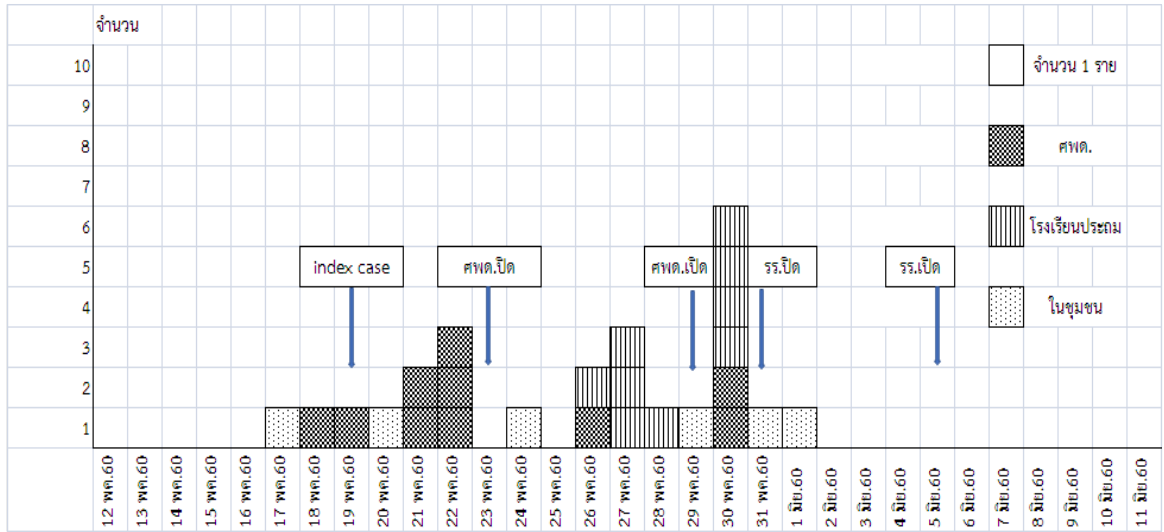
อัตราป่วยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 15.1 โรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 10 เมื่อพิจารณาการกระจายตามหมู่บ้าน พบสูงสุดที่บ้านโงกุดหวายอัตราป่วย 19.0 ต่อพันประชากร รองลงมาบ้านแก้งพัฒนา 1.4 ต่อพันประชากรและบ้านโนนสวรรค์ 9.8 ต่อพันประชากร



ภาพ 4 อัตราป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษาและในชุมชน ตำบลแก้งอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามที่อยู่วันที่ 15 พฤษภาคม - 11มิถุนายน 2560

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 17 พฤษภาคม 2560 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมือเท้าปากเรียนที่ศูนย์พัฒนา

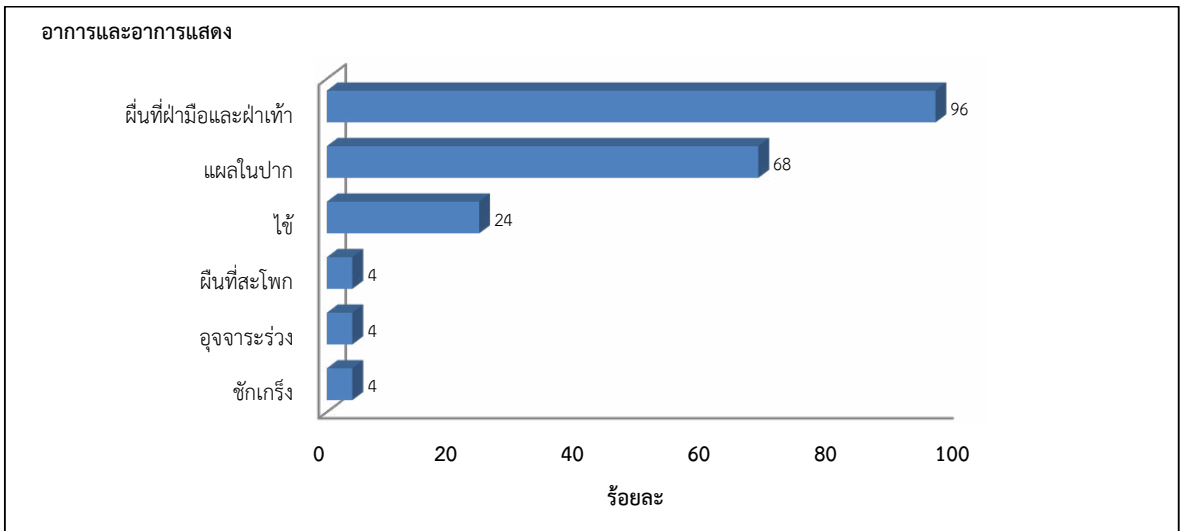
เด็กเล็ก ผู้ป่วยรายแรกที่โรงเรียนประถมศึกษา เริ่มป่วย วันที่ 27 พฤษภาคม 2560 ลักษณะการถ่ายทอดโรคเป็นแบบแพร่กระจาย



ภาพ 5 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษาและในชุมชน ตำบลเก็ง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามวันเริ่มป่วยวันที่ 15 พฤษภาคม - 11 มิถุนายน 2560

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผื่นที่ฝ่ามือ และฝ่าเท้า ร้อยละ 96 รองลงมาเป็นแผลในปาก ร้อยละ 68 และมีไข้ร้อยละ 24 มีเพียง 1 รายที่นอนรักษาในโรง

พยาบาล มีอาการทั้งมีไข้ แผลในปาก ผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า อูจจาระร่วงและมีอาการชักเกร็ง



ภาพ 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษาและในชุมชน ตำบลเก็ง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามอาการและอาการแสดง

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่าง throat swab จำนวน 5 ราย รายละเอียด (ในชุมชน) เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโครงการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคและส่งตรวจ ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยวิธี RT-PCR และอีก 2 รายเก็บตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเฉพาะโครงการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรค ผลพบสารพันธุกรรมของไวรัส EV 71 จำนวน 7 ราย และส่งตรวจเพื่อหาชนิดของเชื้อ EV 71 พบเป็นชนิด B5 ทั้ง 2 ราย

3. ผลการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็กและสำรวจสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กและในโรงเรียนประถมศึกษา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในสังกัดขององค์การบริหารส่วนตำบลแก้ง รับผิดชอบตั้งแต่ 1 - 5 ปี เป็นอาคารคอนกรีตชั้นเดียว มีห้องเรียนขนาดใหญ่ 1 ห้อง ห้องพักรู 1 ห้อง ห้องน้ำ 1 ห้อง ห้องล้างมือ แปรงฟัน 1 ห้อง และมีอาคารสำหรับเตรียมอาหารและรับประทานอาหาร 1 หลังที่ต่อเติมต่อจากอาคารเรียน มีครู 3 คน แม่ครัว 2 คน นักเรียน 66 คน

ในห้องเรียนเป็นห้องพัดลม ทิศทางลมจะเข้าทางประตูทางเข้าด้านเดียวที่เปิดไว้ตลอดเวลา มีมุ้งลวดหน้าต่างเป็นบานเกล็ด ไม่ได้เปิดทุกวัน ห้องน้ำ และห้องล้างมือ ล้างอุปกรณ์และสำหรับแปรงฟันประตูจะเปิดไว้ตลอดเวลา น้ำจะกระเด็นจากทั้งสองห้องถึงห้องเรียนได้น้ำยาล้างมือครูจะกดให้นักเรียนเวลาล้างมือ ผ้าเช็ดมือจะแขวนไว้ใช้ร่วมกัน กิจกรรมตั้งแต่รับนักเรียนเข้ามา กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมอื่นๆ ทำในห้องเรียน มีการใช้อุปกรณ์เครื่องเล่นต่างๆร่วมกัน อยู่ใกล้ชิดและคลุกคลีกัน การรับประทานอาหารมีถาดหลุมและแก้วน้ำคนละ 1 ใบ หลังรับประทานอาหารให้นักเรียนแปรงฟัน หลังจากนั้นครูจะล้างแปรงสีฟันและนำมาแขวนรวมกัน

โรงเรียนประถมศึกษาเป็นโรงเรียนที่รวมกันของ 2 โรงเรียนในเขตตำบลแก้งตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ รับนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาล 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีครูและนักการ 11 คน นักเรียนทั้งหมด 90 คน มีอาคารเรียน 2 หลัง โรงอาหาร 1 หลัง อาคารอเนกประสงค์ 1 หลัง มีรถรับส่งนักเรียนไปและกลับ ที่ใช้

สำหรับนักเรียนจากโรงเรียนที่มาร่วมเรียนด้วยกัน กิจกรรมที่ทำร่วมกันได้แก่ เข้าแถวเคารพธงชาติ และรับประทานอาหารเที่ยงพร้อมกันในโรงอาหาร นอกนั้นเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนในชั้นเรียนมีที่ล้างมือแต่ไม่มีสบู่หรือน้ำยาล้างมือ

น้ำใช้ เป็นน้ำประปาที่ผลิตโดย อบต.บ้านแก้ง ลักษณะของน้ำจะขุ่น สีออกเหลือง ไม่มีกลิ่นคลอรีน ผลการตรวจน้ำเพื่อหาปริมาณคลอรีนตกค้าง ในน้ำใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กและในโรงเรียนประถมศึกษา แห่งละ 2 ตัวอย่าง พบว่า ทั้ง 4 ตัวอย่างไม่พบมีคลอรีนตกค้างในน้ำ (น้อยกว่า 0.2 ppm)

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค (Implement control and prevention measures)

ทีม SRRT ได้ดำเนินการในสถานที่สำคัญดังนี้

ในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรม คือ

แนะนำเรื่องการทำความสะอาดในห้องเรียน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ด้วยการใช้น้ำผงซักฟอกผสมน้ำยาฟอกขาวหรือน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ในบ้านเรือน และนำอุปกรณ์ของเล่นที่ทำความสะอาดแล้วไปผึ่งแดดให้แห้งไม่นำอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวมาแขวนหรือเก็บรวมกัน

บริเวณที่ล้างมือควรจัดให้มีสบู่หรือน้ำยาล้างมือ และสอนให้เด็กนักเรียนล้างมือบ่อย ๆ หลังจากการทำกิจกรรมต่างๆ

คัดกรองเด็กทุกวัน หากพบมีอาการไข้ หรืออาการคล้ายมือเท้าปากให้แจ้งผู้ปกครองและให้หยุดเรียนพาเด็กไปพบแพทย์

การสอบสวนในครั้งนี้นักศูนย์พัฒนาเด็กได้ดำเนินการปิดศูนย์ในวันที่ทีม SRRT ลงดำเนินการสอบสวนโรคในวันที่ 23 พฤษภาคม 2560 และเปิดวันที่ 29 พฤษภาคม 2560 ปิดทั้งหมด 6 วัน ส่วนโรงเรียนประถมศึกษาทีม SRRT ลงสอบสวนวันที่ 30 พฤษภาคม 2560 โรงเรียนปิดวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 และ เปิดวันที่ 5 มิถุนายน 2560

ในชุมชน ชุมชนดำเนินการดังนี้ คือ

ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้เด็กหยุดอยู่บ้าน งดการเล่นกับเพื่อนบ้านในชุมชนอย่างน้อย 1 สัปดาห์

ท่าความสะอาดของเล่น ของใช้ส่วนตัวของเด็ก
นำไปผึ่งแดดให้แห้ง

ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดทุกครั้งและบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน

สังเกตอาการป่วยของเด็ก ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้พาเด็กไปพบแพทย์

ใช้น้ำและดื่ม น้ำที่สะอาด

การเฝ้าระวังโรค ประสานแจ้ง อสม. ให้ความรู้ในชุมชนและถ้าพบเด็กที่มีอาการคล้ายมือเท้าปากให้แจ้งรพ.สต. และติดตามเด็กที่เป็นผู้สัมผัสร่วมในโรงเรียนและครัวเรือน ผลการเฝ้าระวังพบว่าหลังจากครบกำหนดการเฝ้าระวัง ยังพบผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 2 ราย เนื่องจากมีการระบาดในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลอื่นที่นักเรียนในตำบลแก้งไปเรียนและสถานการณ์การระบาดของอำเภอเมืองมหาสารคาม ยังมีผู้ป่วยต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการทบทวน การประสานงานที่ในกรณีพบเด็กที่มีอาการคล้ายมือเท้าปากต้องแจ้งทีม SRRT และถ้ามีผู้ป่วยมารับการรักษาที่มีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปาก ให้วินิจฉัยและส่งรายงาน 506 ได้ และให้คำแนะนำผู้ปกครองพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

2. การแจ้งข่าวระหว่างศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนประถมศึกษา กับ รพ.สต.ควรมีการทบทวนระบบการแจ้งข่าวสาร เพื่อการควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็ว

3. เนื่องจากโรคมือเท้าปากในครั้งนี้ พบผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อย เด็กสามารถมาโรงเรียนและรับประทานอาหารได้ตามปกติ ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้เฝ้าระวังและให้เด็กหยุดเรียน ควรมีการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ปกครองในการดูแลและการเฝ้าระวังโรค

4. การจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของเด็ก ควรมีการจัดเก็บแยกเฉพาะไม่ปะปนกัน

5. อปต. ควรมีการตรวจเช็คระบบการผลิตน้ำใช้ให้ได้มาตรฐาน

อภิปรายผล

การระบาดของโรคมือเท้าปากที่ตำบลแก้งในครั้งนี้พบว่าทั้งในศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนประถมศึกษา และในชุมชน เกิดจากพฤติกรรมของเด็กที่ชอบใช้มือที่ไม่ได้ล้างหยิบของเข้าปาก การใช้อุปกรณ์ ของเล่นร่วมกันในห้องเรียน สำหรับในศูนย์พัฒนาเด็กแหล่งเสี่ยงที่น่าจะทำให้มีการระบาดเพิ่มขึ้น คือ บริเวณที่แขวนแปรงสีฟัน ที่แขวนรวมๆกัน ถึงแม้ว่าครูจะแจ้งว่ามีการล้างน้ำทำความสะอาดก่อนเก็บรวมกัน ส่วนในโรงเรียนประถมศึกษาจะพบว่าเด็กที่นำรถไปกลับร่วมกันทุกวัน ป่วย 5 คน จาก 9 คน กระจายไปทุกชั้นตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 2 ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน พบมีผู้ป่วยที่เป็นพี่น้องกันกับเด็กที่โรงเรียนและศูนย์เด็ก มีการใช้ของร่วมกัน นอนด้วยกัน ใช้น้ำใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ไม่พบมีคลอรีนในน้ำ

การควบคุมป้องกันโรคได้ให้ความรู้ครู ผู้ปกครอง เรื่องการทำ ความสะอาดห้องเรียน อุปกรณ์ ของเล่น เครื่องนอน รวมทั้งการคัดกรองเด็กทุกวันและได้มีการสั่งให้ปิดโรงเรียนโดยผู้อำนวยการโรงเรียนและครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 วัน

การเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าผู้ป่วยรายแรกที่มาับการรักษาที่ รพ.สต. มีอาการเข้าได้เป็นผู้ป่วยสงสัย แต่ไม่ได้แจ้งทีม SRRT ทราบ และผู้ป่วยรายที่ 2 มาับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป งานระบาดวิทยาได้แจ้งข่าวทางสื่ออินเตอร์เน็ตแต่ไม่ได้มีการติดตามว่าทีม SRRT ในพื้นที่ทราบหรือไม่รวมทั้งการแจ้งข่าวจากศูนย์พัฒนาเด็กที่ทราบว่า มีเด็กป่วยจากผู้ปกครองเด็กแต่ไม่ได้แจ้งให้ทีม SRRT ทราบทำให้การดำเนินการควบคุมโรคล่าช้า เกิดการระบาดขยายไปถึงโรงเรียนประถมศึกษา และในชุมชน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากตัวอย่าง Throat swab จำนวน 5 ตัวอย่าง ๆ ละ 2 specimen ส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์ พบสารพันธุกรรมไวรัสเอนเทอโร EV-71 2 ตัวอย่าง และส่งตรวจศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมอจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในโครงการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรค พบ EV-71 ทั้ง 5 ตัวอย่างและพบEV-71 อีก 2 ตัวอย่างจากโครงการเดียวกัน ส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหา subgroup

ของเชื้อ EV-71 ที่กรมวิทยาศาสตร์ 2 ตัวอย่างพบเป็น subgroupB5 จากผลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคมือเท้าปาก ของสำนักระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2559 พบเชื้อ Coxsackievirus A16 ร้อยละ 40.5, EV-71 ร้อยละ 25.4 โรงพยาบาลมหาสารคาม พบเชื้อ 15 ราย เป็น EV-71 ร้อยละ 60 (9 ราย)¹

สรุปผล

การระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษาและในชุมชนเขต อบต.แก้ง ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม -11 มิถุนายน 2560 เป็นการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย ถ่ายทอดจากคนสู่คน อัตราป่วย 416.7 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยในศูนย์พัฒนาเด็ก ร้อยละ 15.1 และโรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 10 พบเชื้อ EV-71 เป็นเชื้อก่อโรค เกิดจากการอยู่ร่วมกัน ใช้อุปกรณ์ของเล่นร่วมกัน การเก็บของใช้ส่วนตัวรวมกัน มาตรการควบคุมโรคได้แก่ การทำความสะอาดห้องเรียน อุปกรณ์ของเล่น การแยกเก็บอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของเด็ก การสอนและพาเด็กล้างมือบ่อย ๆ และให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จากการเฝ้าระวังผู้ป่วย พบว่ายังมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก 2 รายในชุมชนแต่เป็นเด็กที่เข้าไปเรียนในโรงเรียนเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีการระบาดของโรคขึ้นในหลายโรงเรียน

ข้อจำกัดในการสอบสวน การสอบสวนโรคในครั้งนี้ การติดตามซักประวัติผู้ป่วยไม่ได้ดำเนินการในวันออกสอบสวนโรค โดยเฉพาะที่ศูนย์พัฒนาเด็ก เนื่องจากมีการปิดโรงเรียน การสัมภาษณ์ผู้ปกครองในเรื่องวันเริ่มป่วยอาจมีความคลาดเคลื่อนจากอาการแสดงของโรคที่มีอาการเล็กน้อย ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้สังเกต ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการและปัจจัยทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อระบบสมองและประสาท กลุ่มโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มอาการไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2557 - 2559. กรุงเทพฯ : บริษัท ฮีลท์ จำกัด; 2560.
2. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำเดือน มิถุนายน 2560. เอกสารอัดสำเนา; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำเดือนมิถุนายน2560. เอกสารอัดสำเนา; 2560.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคมือ เท้า ปาก. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Hand-Foot-Mouth.htm>.
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคและภัยที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 26. เอกสารอัดสำเนา; 2560.

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษา คณะครูโรงเรียนประถมศึกษา ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักระบาดวิทยา ที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรคและขอขอบพระคุณนายแพทย์ไพฑูริย์ สิงห์คำ ที่ให้คำแนะนำในการสอบสวนโรคในครั้งนี้

**ผลการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน
เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล**
**Effects of Academic Service Integration with Teaching and
Learning to Strengthen the Competencies of the Elderly
Care in the Community of Nursing Students.**

พัชรี แวงวรรณ¹, นิสากร วิบูลชัย²
Patcharee Wangwun¹, Nisakorn Vibulchai²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ทั้งหมดจำนวน 95 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลวิจัย : สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีม รองลงมาตามลำดับคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านการเข้าถึงชุมชน และด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการ พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม หลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 4 ด้าน หลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : การบูรณาการระหว่างบริการวิชาการกับการจัดเรียนการสอนสามารถเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : บูรณาการ, สมรรถนะ, การดูแลผู้สูงอายุ, นักศึกษาพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ABSTRACT

Objectives : To examine the effects of academic service integration with teaching and learning to strengthen the competencies of the elderly care in the community of nursing students.

Methods : This study was quasi experimental research study with one group pre-posttest design. A sample group was totally 95 second-year nursing students enrolled in the 2016 academic year at Srimahasarakham Nursing College. This study was conducted between October 2016 - April 2017. Research instruments included questionnaires on personal data and nursing students' competency of the elderly care in the community questionnaires. The data were analyzed using frequency percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results : The nursing students' competency of the elderly care in the community in overall score was at high level. More specific, the highest top four scores for nursing students' competencies were teamwork, health promotion and disease prevention, community access, and chronic care, respectively. In addition, the nursing students' competency of the elderly care in the community in overall score was significantly higher before after participating at the level of .05. More specific, the nursing students' competencies of the elderly care in the community in four domains were significantly higher than before participating at the level of .05.

Conclusion : Academic service integration with teaching and learning could strengthen the competencies of the elderly care in the community of nursing students.

Keywords : Integration, Competency, Elderly care, Nursing student

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ดังที่สหประชาชาติระบุว่าใน พ.ศ.2543 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 และจะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 21 ในพ.ศ. 2593 โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2¹ เช่นเดียวกับสังคมไทย ในพ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16 ของประชากรทั้งประเทศ ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ประมาณ ในพ.ศ. 2564 ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 ²

วัยสูงอายุ หรือ วัยชรา หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไป

เมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ในทางสถิติมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60-65 ปีขึ้นไป³ ในประเทศไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁴ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญาและความนึกคิด ได้แก่ การสูญเสียฟัน ผิวหนังเหี่ยวย่นเพิ่มขึ้น สิวเปลี่ยนเป็นสีเทา หรือสีขาวหรือ เรียกว่า ผมหงอก ความสามารถในการมองเห็นลดลง การรับรู้ทางเสียงลดลง ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลง และใช้เวลามากขึ้น ความจำลดลง ความต้องการทางเพศลดลง หรือหมดไป เป็นต้น⁵ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40.50 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพเกณฑ์ดีถึงดีมาก ร้อยละ 16.40 และประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ร้อยละ 2.605 โดยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ

ทราบว่าเป็น คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.00 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ⁶ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติทั้งจากครอบครัว ชุมชน สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรและสถาบันการศึกษาต่าง ๆ

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีพันธกิจที่สำคัญหนึ่งคือ การผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นของสังคม มีความโดดเด่นด้านวิชาการการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าใจ รู้จริง และเข้าถึงความเป็นศาสตร์ทางสุขภาพ มีหัวใจของการบริการสุขภาพที่เน้นชุมชน โดยมีการจัดการศึกษาที่เน้นการเรียนการสอนเพื่อชุมชน ส่งผู้ที่สมบูรณ์พร้อมด้วยความรู้และปัญญาทางสุขภาพกลับไปปรับใช้ระบบสุขภาพในชุมชน⁷ และจากข้อมูลสถานการณ์และปัญหาผู้สูงอายุของประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น ทำให้วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามได้ให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล โดยจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งจัดทำโครงการ/กิจกรรมบริการวิชาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยคณาจารย์และนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการวิชาการสุขภาพผู้สูงอายุ จนเกิดความเข้มแข็งและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น⁸

อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ไม่มีรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นรายวิชาเฉพาะ แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุสอดแทรกใน 2 รายวิชา ได้แก่ การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 และการสร้างเสริมสุขภาพ และจากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่า หน่วยงานผู้ใช้บัณฑิตและชุมชนต่างสะท้อนข้อมูลกลับถึง คุณลักษณะที่พึงประสงค์และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ

นักศึกษาพยาบาลไม่ชัดเจนและยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของหน่วยงานและชุมชนตามบริบทได้อย่างแท้จริง¹⁰

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมทีมคณาจารย์ นักศึกษาพยาบาลร่วมกับบุคลากรในชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและพบว่า การบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้และมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ การบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน เป็นการนำเอาศาสตร์ของการเรียนการสอนและการบริการวิชาการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันมาผสมผสานเข้าด้วยกันให้กลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน จนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนในตัวเอง¹¹ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เช่น การพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา เกิดองค์ความรู้ สนองต่อระบบสุขภาพและความต้องการของชุมชน เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนมาใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามขึ้น โดยใช้แนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอนในระบบประกันคุณภาพการศึกษา¹¹ และการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning)^{12,13} เป็นกระบวนการขับเคลื่อนสู่การมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลผู้สูงอายุให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายของคุณลักษณะบัณฑิตของวิทยาลัยฯ และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาลทั้งเพศชายและหญิง ชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2559 ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pre-post design)¹⁴

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลทั้งเพศชายและหญิง ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลทั้งเพศชายและหญิง ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ซึ่งผ่านการเรียนวิชาจริยศาสตร์และกฎหมาย วิชาชีพพยาบาล และวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล และวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 จำนวน 101 คน ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน จำนวน 95 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอนในระบบประกันคุณภาพการศึกษา¹¹ การเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning)^{12,13} ร่วมกับความรู้และประสบการณ์

ในการบริการวิชาการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามโครงการ/กิจกรรมของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม แนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักดังนี้ 1) การลงศึกษาชุมชน ซึ่งได้มีการเตรียมผู้เรียนทั้งในด้านการปรับทัศนคติ การมอบหมายโจทย์เป็นเค้าโครงหรือประเด็นที่จะทำให้ผู้เรียนมีแนวทางในการเข้าไปพูดคุยหรือศึกษาข้อมูลเพื่อนำมาทำการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การมอบหมายโจทย์ แก่ผู้เรียนในกิจกรรมการเรียนจากสภาพจริง ได้แบ่งได้เป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะแรกในขั้นของการเตรียมความพร้อมผู้เรียน และระยะที่สองได้แก่ระยะของการศึกษาจากสภาพจริง โดยผู้เรียนได้ใช้ทักษะการสังเกตและการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นโจทย์ที่ผู้สอนมอบหมาย และการกำหนดพื้นที่ศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทการเรียนรู้ 2) การบันทึกข้อมูลเมื่อนักศึกษาผ่านการฝึกทักษะที่จำเป็นแล้ว การลงศึกษาในพื้นที่ศึกษานั้นผู้เรียนจำเป็นต้องทำการจดบันทึกข้อมูลและของผู้สูงอายุกรณีศึกษาอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ 3) การปรับทัศนคติตลอดเวลาของการเรียนรู้ตามสภาพจริงของผู้เรียน 4) บทบาทของอาจารย์ในการชี้ประเด็นเพื่อปรับความคิดกรอบความคิดของนักศึกษา การชี้ประเด็นของผู้สอน บทบาทของผู้สอน

- 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ และคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559

2.2 แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 44 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 17 ข้อ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 11 ข้อ ด้านการเข้าถึงชุมชน จำนวน 7 ข้อ และด้านการทำงานเป็นทีม จำนวน 9 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (5 = มีสมรรถนะในระดับมากที่สุด 1 = มีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางการการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการเรียนการสอน จำนวน 3 ท่าน และได้มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการเรียนการสอน จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.81 หลังจากนั้นนำทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

วิธีดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน

1. ประสานงานกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการบริการวิชาการเชิงรุก เพื่อพิจารณาเรื่องการจัดทำโครงการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1

2. ประชุมกลุ่มคณาจารย์สำหรับผู้รับผิดชอบวิชาและอาจารย์ที่ร่วมสอนในหัวข้อการพยาบาลผู้สูงอายุ รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 จำนวน 5 ครั้ง โดยการวางแผนการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการจัดกิจกรรมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน กำหนดผู้รับผิดชอบ การประเมินผล การจัดทำ มอค. 3-6 และการเตรียมพื้นที่ เป็นต้น หลังจากนั้นนำเสนอแผนการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนเข้าสู่แผนของวิทยาลัยและขออนุมัติโครงการจากผู้อำนวยการวิทยาลัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน

ภายหลังโครงการอนุมัติได้ดำเนินการตามแผนการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน โดยมีการเตรียมนักศึกษาพยาบาลและคณาจารย์ดังนี้

1) ปรับทัศนคติ โดยจัดกิจกรรมปรับความคิดหรือฐานการมองของผู้เรียนให้ยอมรับและมองความจริงอย่างที่เป็น โดยไม่เอาตนเองไปตัดสิน หรือเอาตัวเอง (ความคิด ความรู้ หรือประสบการณ์ของตนเอง)

2) ทบทวนและทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ การเรียนการสอนในรายวิชาและการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ เป็นต้น

3) ให้นักศึกษาพยาบาลนำเสนอร่างกิจกรรมในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชั้นเรียนก่อนนำไปใช้จริงเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไป ถูกต้องเหมาะสม โดยอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเรียนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้น

4) ให้นักศึกษาและอาจารย์ได้ให้บริการวิชาการแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย คือ บ้านพักคนชราบ้านมหาสารคาม ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 4 ชั่วโมง โดยกำหนดให้เรียนรู้สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จัดทำรายงานผลและนำเสนอในชั้นเรียน และถอดบทเรียนการเรียนรู้

ขั้นที่ 3 การประเมินผล

อาจารย์ประจำกลุ่มวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล จาก 1) การสังเกตพฤติกรรมขณะเข้าร่วมกิจกรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้สูงอายุ และบุคลากรของบ้านพักคนชรา บ้านมหาสารคามที่เกี่ยวข้อง 2) รายงานผลการเข้าร่วมกิจกรรมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนตามโครงการโดยกำหนดให้ส่งอาจารย์ประจำกลุ่มภายใน 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม 3) การถอดบทเรียน ดำเนินการภายใน 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม โดยนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำกลุ่ม และ 4) สอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยให้นักศึกษาพยาบาลตอบ

แบบสอบถามทางออนไลน์ แล้วผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยตนเองทางออนไลน์ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนจำนวนทั้งสิ้น 95 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.06

จริยธรรมการศึกษา งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองภายหลังการชี้แจง 1 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งผู้มีส่วนร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนในรายวิชา รวมทั้งได้ถึงชี้แจงถึงวิธีและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

- 1) ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ
- 2) ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุใน

ชุมชนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน วิเคราะห์ด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

- 1) ข้อมูลทั่วไป ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 87.73 มีอายุเฉลี่ย 20.52 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ในช่วง 2.21 - 3.71
- 2) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.52, SD = 0.35) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีม (M = 4.71, SD = 0.37) รองลงมาตามลำดับ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (M = 4.48, SD = 0.36) ด้านการเข้าถึงชุมชน (M = 4.46, SD = 0.47) และด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (M = 4.44, SD = 0.43) ดังตาราง 1

ตาราง 1 สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน (n = 95)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
สมรรถนะโดยรวม	4.52	0.35
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.48	0.36
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	4.44	0.43
ด้านการเข้าถึงชุมชน	4.46	0.47
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.71	0.37

3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม หลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อน

เข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 4 ด้าน หลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วม การบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน (n = 95)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
สมรรถนะโดยรวม	3.47	0.55	4.52	0.35	25.15	0.00*
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	3.30	0.66	4.48	0.36	21.22	0.00*
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	3.32	0.60	4.44	0.43	24.37	0.00*
ด้านการเข้าถึงชุมชน	3.33	0.61	4.46	0.47	25.37	0.00*
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.06	0.63	4.71	0.37	13.57	0.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.52, SD = 0.35) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีม (M = 4.71, SD = 0.37) รองลงมาตามลำดับ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (M = 4.48, SD = 0.36) ด้านการเข้าถึงชุมชน (M = 4.46, SD = 0.47) และด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (M = 4.44, SD = 0.43) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนพบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมหลังเข้าร่วมการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้านพบว่า สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนภายใต้แนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอนในระบบประกันคุณภาพการศึกษา¹¹ และการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning)^{12,13} มาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนสู่การมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการดูแล

ผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ที่ต้องมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การวิเคราะห์หลักสูตร การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลและบัณฑิตที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีความต้องการให้มีการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่นักศึกษาพยาบาลทั้งมิติความรู้ความเข้าใจ เจตคติ ทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันเนื่องมาจากการประชากรกลุ่มสูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาภาวะพึ่งพิงจากการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันบางอย่างหรือทั้งหมดอันเนื่องมาจากความชราภาพ ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ส่งผลต่อความต้องการการดูแลโดยใช้ทักษะทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่าสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลยังมีไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนยังไม่ได้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเท่าที่ควร ดังนั้น แนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการดำเนินการทดลองนี้จึงเป็นแนวทางที่มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มุ่งให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติที่ดี มีทักษะปฏิบัติที่

พึงประสงค์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

แนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน ได้มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ยึดตามการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning) โดยเป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ครูผู้สอน ผู้เรียนได้สัมผัสความจริงในสภาพจริงควบคู่กับการเรียนรู้และปรับทัศนคติของตนเองไปด้วย นอกจากนี้ยังเป็น กระบวนการกระตุ้นให้คิด ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่ให้อิสระทางการคิด การเรียนรู้ รวมทั้งการตั้งกระตุนการเรียนรู้จากภายในตัวของผู้เรียน ภายในตัวครูผู้สอน ให้เกิดการฉกฉวย ก่อแนวคิด ส่วนตัวคน ตัวตนตัวตนใจ ผ่านการศึกษาชุมชน ส่งผลให้ผู้เรียนมีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพ และมีความเข้าใจผู้อื่นและรู้สึกถึงความจริงในสังคมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น จากแต่เดิมที่มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนมีกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางที่ ผู้สอนได้วางแผนไว้ มีการใช้ทฤษฎีเป็นตัวอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ของสังคม ใช้ทฤษฎีเป็นตัวตั้งในการอธิบายพฤติกรรมของคน วิเคราะห์ปัญหาโดย เปรียบเทียบกับเนื้อหาของทฤษฎี และมีทฤษฎีเป็นตัวตั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้กลับส่งผลให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในสิ่งที่ไม่ใช่บริบทชีวิตจริง ของคนตามสภาพจริงที่เป็นอยู่ สิ่งนี้ผู้เรียนได้เรียนรู้และสัมผัสเป็นข้อมูลที่เกิด จากการปรุงแต่ง การแปลความด้วยมุมมองและคำอธิบายตามหลักแนวคิดทฤษฎีที่ได้วางแผนไว้เพื่อการเรียนรู้¹³ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เรียนมีมุมมองที่จำกัด ไม่สามารถเข้าใจและเชื่อมโยงถึงสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมได้

นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้จากสภาพจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังนี้ 1) การลงศึกษาชุมชน ซึ่งได้มีการเตรียมผู้เรียนทั้งในด้านการปรับทัศนคติ การมอบหมายโจทย์เป็นเค้าโครงหรือประเด็นที่จะทำให้ผู้เรียนมีแนวทางในการเข้าไปพูดคุยหรือศึกษาข้อมูลเพื่อนำมาทำการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การมอบหมายโจทย์ แก่ผู้เรียนในกิจกรรมการเรียนจากสภาพจริง ได้แบ่งได้เป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะแรกในขั้นของการเตรียมความพร้อมผู้เรียน และระยะที่สอง

ได้แก่ ระยะของการศึกษาจากสภาพจริง โดยผู้เรียนได้ใช้ทักษะการสังเกตและการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นโจทย์ที่ผู้สอนมอบหมาย และการกำหนดพื้นที่ศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทการเรียนรู้ 2) การบันทึกข้อมูลเมื่อนักศึกษาผ่านการฝึกทักษะที่จำเป็นแล้ว การลงศึกษาในพื้นที่ศึกษานั้นผู้เรียนจำเป็นต้องทำการจดบันทึกข้อมูลและของผู้สูงอายุกรณีศึกษาอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ 3) การปรับทัศนคติตลอดเวลาของการเรียนรู้ตามสภาพจริงของผู้เรียน 4) บทบาทของอาจารย์ในการชี้ประเด็น เพื่อปรับความคิดกรอบความคิดของนักศึกษา การชี้ประเด็นของผู้สอน บทบาทของผู้สอนจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาการเรียนรู้ของตนเอง สร้างทักษะทางปัญญา และเข้าใจความเป็นจริงที่ศึกษา จากกระบวนการและกิจกรรมหลักดังกล่าวจึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่สูงขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่นำแนวคิดการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนมาใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งสมรรถนะของนักศึกษาในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษาของสายสมร เฉลยภักดี, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, กุสุมา กังหลี และพรนภา คำพราว¹⁵ ศึกษาการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนามนุษย์ต่อทศวรรษที่ 21 และความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พบว่า หลังร่วมการบูรณาการนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความมีจิตอาสาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความมีน้ำใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดระดับมากที่สุด ทำให้รู้จักการคิดวิเคราะห์วางแผนการทำงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ความสำเร็จในการทำงานเป็นทีมเกิดจากพลังและคุณภาพของความร่วมมือรวมถึงการประสานงานของทุกคน การศึกษาของ สุชาติดา วงศ์สวัสดิ์ และวาริวรรณ ศิริวานิชย์¹⁶ ที่ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงบูรณาการกับการบริการวิชาการแก่สังคมในวิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ

ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติตามความรับรู้ของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบมีค่าสูงสุด และนักศึกษา มีความคิดเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้ เพราะทำให้นักศึกษาได้รับพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตามสภาพจริงตามพื้นฐานของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง และการศึกษาของ ทิพย์วัลย์ อภิวัฒน์¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาผู้เรียนด้วยกิจกรรมที่เน้นการบูรณาการ พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์โดยวัดจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบอีกด้วย จากเหตุผลและความสอดคล้องของผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การผสมผสานระหว่างการบูรณาการบริการวิชาการร่วมกับการจัดการเรียนการสอนสามารถเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านการศึกษาพยาบาล จากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนร่วมกับการบูรณาการบริการวิชาการที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาอื่นๆ ได้ เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง เพิ่มทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น

2) ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนภายใต้โครงการบริการวิชาการสู่สังคมอย่างต่อเนื่องและขยายกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น เพื่อสนองต่อระบบสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาอาจารย์และนักศึกษาอีกด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การให้บริการวิชาการภายใต้การจัดการเรียนการสอนในรายวิชา และ 2) การสะท้อนคิดการเรียนรู้และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557 Public Health Statistics A.D. 2014. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2015. กรุงเทพฯ; 2558.
3. ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. Old age [Internet]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.britannica.com/science/old-age>
4. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785>
5. ศิริพันธ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 The 2014 survey of the older persons in Thailand. กรุงเทพฯ. บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2557.
7. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. แผนปฏิบัติงานประจำปี. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2560.
8. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานการประกันคุณภาพการศึกษา ปีการศึกษา 2559: การบริการวิชาการ. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2560.
9. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2556. มหาสารคาม. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2557.

10. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานการประชุม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน. มหาสารคาม. วิทยาลัยพยาบาลศรี มหาสารคาม; 2557.
11. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. คู่มือ การประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ. สวัสดิการ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา; 2557.
12. ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์. การจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning). กรุงเทพฯ. เนชั่นแนล จิโ อกราฟฟิก; 2554.
13. วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์. เคล็ด(ไม่)ลับกับการเรียนรู้ ตามสภาพจริง (authentic learning) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.bcnsurin.ac.th/knowledgemanagement/newsattach/1315292551_%.
14. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิด สู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สำนัก พิมพ์จุฬาลงกรณ์; 2551.
15. สายสมร เฉลยกิตติ, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, กุสุมา กังหลี, พรนภา คำพราว. การศึกษาการบูรณาการบริการ วิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชา การศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนาคนุชย์ต่อการมีจิต อาสาและความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วารสาร พยาบาลทหารบก 2557:15(3):421-429.
16. สุขาดา วงศ์สวัสดิ์, วาริวรรณ ศิริวานิชย์. รายงาน การศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงบูรณา การกับการบริการวิชาการแก่สังคมในวิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพสำหรับนักศึกษา พยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
17. ทิพวัลย์ อภิวัฒน์นท. การพัฒนาผู้เรียนด้วยกิจกรรมที่ เน้นการเรียนรู้แบบบูรณาการในรายวิชาจิตวิทยา ทั่วไป มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2553;16(2):82-95.

**ความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษา
โรงเรียนจันทรubeกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Knowledge and Attitude of Pregnancy Prevention of High School
Students in Chantarubeksaanuson School Kaset Wisai Subdistrict,
Kaset Wisai District, Roi Et Province**

เพียรศรี นามไพร
Piansri Namprai

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทรubeกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 345 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้ และเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.03 โดยส่วนใหญ่ทราบว่า ถุงยางอนามัยเป็นการคุมกำเนิดที่สะดวกและปลอดภัยมากที่สุด ร้อยละ 82.61 ส่วนเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.13 โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดคือ หากต้องการคุมกำเนิดที่ถูกต้องวิธีและเหมาะสมควรปรึกษาแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 67.25

สรุป : ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความรู้และเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางดังนั้นควรมีการให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และจัดกิจกรรมปลูกฝังค่านิยมที่ดี ทั้งในโรงเรียน และชุมชน อย่างสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู/อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำสำคัญ : การป้องกันการตั้งครรภ์, นักเรียนมัธยม

ABSTRACT

Objective : To study knowledge and attitude of pregnancy prevention of high school students in Chantarubeksa Anuson School, Kaset Wisai Sub-District, Kaset Wisai Distric, Roi-Et Province.

Methods : The study design used a descriptive research. The sample consisted of 345 students using random sampling. The data collection was conducted in July 2015. The research instrument was the questionnaires on knowledge and attitude of pregnancy prevention. The data were analyzed using frequency, percentage, average and standard deviation.

Results : Knowledge of pregnancy prevention was in the middle level at 62.03 % and The Mostly knew that the condom was most convenient and safety of contraception at 82.61 % . Attitude of pregnancy prevention was in middle level at 59.13 % and The Mostly knew that should consult Doctors or Health officials for contraceptive methods correctly at 67.25 %

Conclusions : The results indicate that knowledge and attitude of pregnancy prevention in most high school students was in the middle level. Therefore, parents, teachers and Health officials should always give knowledge to prevent pregnancy and set activities for good values at school and in community.

Keywords : Pregnancy prevention, High school students.

บทนำ

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ การใหม่ๆ การเข้าถึงสื่อต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ รวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก และสื่อต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาช่วยยั่วเย้าอำนวยการให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น จากการที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์และขาดความพร้อมในการมีชีวิตครอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง¹ สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ประชากร 65 ล้านคน มีสตรีวัยรุ่น 23 ล้านคน ในจำนวนนี้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการถึง 1 แสนคน/ปี² สำหรับสถิติการมีบุตรของวัยรุ่น มีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนดถึง 71 จังหวัด ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 สูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของทวีปเอเชีย ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์³ พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2554 มีเด็กทารก

ที่เกิดจากเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งน่าจะถือว่าอยู่ในวัยที่ไม่พร้อมที่จะเป็นแม่ จำนวน 3,676 คน และมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 114,001 คน ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่ามีแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี ในขณะที่พ่อวัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 10 ปี และยังพบว่าการที่เกิดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 51.67 : 48.33 ค่าเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่า 90 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงที่สุดในทวีปเอเชีย⁴ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน และคาดว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าการแท้งเองถึง 10 เท่า 5 วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมนั้นคือตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้ฝากครรภ์และไม่ได้มีการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ส่วนใหญ่มีการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยและมีการตายคลอด ร้อยละ 1 ทั้งนี้การคลอดของวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนมากถึง 122,736 คน (ร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมด) นั่นคือวัยรุ่นคลอดประมาณ 336 คนต่อวัน โดยที่

วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดทารกประมาณ 3,000 คน ต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และเป็นการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุน้อยลง คือ ช่วงอายุ 15 - 17 ปี⁶ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิต สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีรายงานว่า 1 ใน 5 ของผู้หญิงที่ประสบปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมักเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะเป็นผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตแล้วยังมีปัญหาด้านสังคมด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะที่ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เริ่มมีความรู้สึกทางเพศซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ แม้ในปัจจุบันจะได้รับการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนนับตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการสอนในระดับนี้มักจะไม่ค่อยมีปัญหายุ่งยากมากนักเพราะเด็กยังไม่มีความรู้เพศเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พอในระดับมัธยมศึกษาร่างกายจะเริ่มเกิดความเปลี่ยนแปลง จนเห็นความแตกต่างระหว่างชาย - หญิง อีกทั้งวัยรุ่นอาจเรียนรู้เรื่องเพศจากสื่อต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นมีเจตคติ ค่านิยม แนวคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป และเป็นผลเสียมากกว่าจะเกิดประโยชน์ ในปัจจุบันวัยรุ่นมักเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องปกติ ทำให้วัยรุ่นขาดการป้องกันตนเองเนื่องจากขาดทักษะที่ดี และขาดความตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมา⁷ โดยเฉพาะปัญหาการทำแท้ง ออกจากโรงเรียนกลางคัน และติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจสังคม และการแพทย์ อัตราเสี่ยงทางด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในครรภ์ก็มากกว่าธรรมดา โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด ทางด้านสังคมก็มีปัญหาเรื่องการศึกษา ครอบครัวไม่มั่นคง และโอกาสจะได้ทำงานดี ๆ ก็น้อยลง

จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยีการใช้สื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และสังคมให้เทียบเท่ากับ ๆ หลายจังหวัด จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาความเสี่ยงทางด้านเพศได้จากผลของการพัฒนานั้น จากผลการสำรวจ พบว่า นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการตั้งครรภ์ปี 2556 จำนวน 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12 ปี 2557 จำนวน

18 คน คิดเป็นร้อยละ 15⁸ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าเด็กมัธยมมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ก่อนวัยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษา โดยเลือกศึกษาในโรงเรียนจันทบุรุษเกษมอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเด็กมัธยมมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ก่อนวัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อทราบถึงระดับความรู้ เจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้พัฒนาความรู้ และจัดรูปแบบที่เหมาะสมในการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยน เจตคติ และการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบุรุษเกษมอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบุรุษเกษมอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคั้งนี้เป็ นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งชายและหญิง โรงเรียนจันทบุรุษเกษมอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,500 คน คำนวนขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่า สัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ดังนี้

ชั้นตอนที่ 1 แบ่งนักเรียน ออกเป็น 6 ชั้น ได้แก่ ชั้นมัธยมปีที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6

ชั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีด้วยวิธีการ

สุ่มอย่างง่าย โดยใช้การจับสลาก ชั้นปี 1 ปี 2 ,3,4,5 ชั้นปี
ละเท่าๆกัน จำนวน 57 คน และชั้นปี 6 จำนวน 60 คน รวม
กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 345 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามความรู้และเจตคติในการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม มีข้อความจำนวน 39 ข้อ ประกอบ
ด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วน
ที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และส่วนที่
3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการตั้งครรภ์ลักษณะ
แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
(1=น้อยที่สุด และ 5=มากที่สุด) โดยในการศึกษารั้งนี้ผู้
ศึกษาแปลผลโดยใช้จำนวนและค่าร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา รวมทั้ง ความถูกต้อง และเหมาะสมของภาษาที่ใช้
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการปรับ แก้ไขความถูก
ต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง
ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น ของเครื่องมือกับกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการ
ศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์
หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)
ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 แล้วนำไปปรับปรุงข้อความต่างๆ
ในแบบสอบถามให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้เก็บ
ข้อมูลจริงในการวิจัย

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยผู้
วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่าง
ทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยเป็นผู้
รวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองหลังจากกลุ่มตัวอย่าง
ตอบแบบสอบถามเสร็จทันที ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืน
จำนวนทั้งสิ้น 345 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ความรู้ เจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์
โดย การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ
(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (max)
ค่าต่ำสุด (min)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 คน พบว่า เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 54.20 เพศชายร้อยละ 45.80 ส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปี
ร้อยละ 21.74 รองลงมาคืออายุ 18 ปี ร้อยละ 20.87
การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 21.76
รองลงมาศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ
21.36 ช่องทางการรับความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์
ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ
72.75 รองลงมา คือครู/อาจารย์ ร้อยละ 70.43

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม
ระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง	82	23.77
ปานกลาง	214	62.03
ต่ำ	49	14.20
รวม	345	100.00
$(\bar{X} = 9.56 \quad S.D = 2.85)$		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
62.03 รองลงมาคือมีความรู้ที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.77 และ
มีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.20

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก จำแนกรายข้อ (n=345)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	ตอบถูก	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. การคุมกำเนิดแบ่งออกเป็นกี่แบบ อะไรบ้าง	242	70.14
2. ข้อใดไม่ใช่ความหมายของการคุมกำเนิด	200	57.97
3. การคุมกำเนิดชนิดใดเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์มากที่สุด	210	60.87
4. การคุมกำเนิดชนิดใดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	278	80.58
5. ฤงยางอนามัยในประเทศไทยมีขนาดเท่าใดบ้าง	235	68.12
6. การคุมกำเนิดแบบใดที่สะดวกและปลอดภัยมากที่สุด	285	82.61
7. การใช้ฤงยางอนามัยชั้นตอนใดไม่ถูกต้อง	202	58.55
8. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของความล้มเหลวจากการใช้ฤงยางอนามัย	137	39.71
9. ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยทั่วไปบรรจุแผงละกี่เม็ด	123	35.65
10. การเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดควรเริ่มเม็ดแรกเมื่อใด	169	48.99
11. ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการกินยาคุมกำเนิดคือช่วงใด	152	44.06
12. หากลืมกินยาเม็ดคุมกำเนิด 1 เม็ด ควรปฏิบัติอย่างไร	80	23.19
13. ข้อใดไม่ใช่อาการข้างเคียงของยาเม็ดคุมกำเนิด	193	55.94
14. เมื่อกินยาเม็ดคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลาานานจะเกิดผลเสียต่อร่างกายอย่างไร	78	22.61
15. ข้อใดคือข้อดีของยาเม็ดคุมกำเนิด	252	73.04
16. ยาคุมฉุกเฉินมีความหมายว่าอย่างไร	102	29.57
17. ข้อจำกัดของการใช้ยาคุมฉุกเฉินคือข้อใด	107	31.01
18. อันตรายของการใช้ยาคุมฉุกเฉินคือข้อใด	93	26.96
19. ข้อใดคือวิธีการใช้ยาคุมฉุกเฉิน	85	24.64
20. ยาคุมฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพลดลงและเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์มากขึ้นเนื่องจากสาเหตุใด	71	20.58

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ฤงยางอนามัยเป็นการคุมกำเนิดที่สะดวกและปลอดภัยมากที่สุด ตอบถูก ร้อยละ 82.61 ฤงยางอนามัยเป็นการคุมกำเนิดที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ตอบถูกร้อยละ 80.58 และข้อดีของยาเม็ดคุมกำเนิดคือมีประสิทธิภาพการคุมกำเนิดสูง, ประจำเดือนมาปกติและเมื่อหยุดยาแล้ว สามารถกลับมามีบุตรได้เหมือนเดิม ตอบถูกร้อยละ 73.04

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติ

ระดับเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	65	18.84
ปานกลาง	204	59.13
ต่ำ	76	22.03
รวม	345	100.00

$(\bar{X} = 2.85 \text{ S.D} = 0.24)$

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการ ร้องลงมามีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 22.03 และมีความ
ป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.13 รู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 18.84

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ จำแนกรายข้อ (n=345)

เจตคติที่มีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์	ระดับเจตคติ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. การมีเพศสัมพันธ์กับคนรักไม่จำเป็นต้องมีการคุมกำเนิด	55(15.94)	48(13.91)	62(17.97)	87(25.22)	93(26.96)
2. ผู้หญิงที่ประจำเดือนมาไม่ปกติไม่จำเป็นต้องมีการคุมกำเนิดก็ได้	85(24.64)	35(10.14)	78(22.61)	68(19.71)	79(22.90)
3. การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของผู้หญิงเท่านั้น	133(38.55)	31(8.99)	86(24.93)	55(15.94)	40(11.59)
4. การคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงมีส่วนรับผิดชอบร่วมกัน	180(52.17)	77(22.32)	40(11.59)	30(8.70)	18(5.22)
5. การคุมกำเนิดสามารถใช้ได้เฉพาะหญิงที่แต่งงานแล้วเท่านั้น	72(20.87)	41(11.88)	56(16.23)	77(22.32)	99(28.70)
6. การคุมกำเนิดในผู้หญิงมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายมากกว่าการคุมกำเนิดในผู้ชาย	143(41.45)	35(10.14)	74(21.45)	50(14.49)	43(12.46)
7. ผู้ชายต้องป้องกันการตั้งครรภ์เฉพาะกับหญิงบริการเท่านั้น	95(27.54)	51(14.78)	61(17.68)	63(18.26)	75(21.74)
8. คู่สมรสควรมีการวางแผนกำหนดจำนวนบุตรในครอบครัวของตนให้เหมาะสม	201(58.26)	57(16.52)	35(10.14)	25(7.25)	27(7.83)
9. ผู้หญิงทุกคนสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้ทุกวิธี	120(34.78)	57(16.52)	72(20.87)	51(14.78)	45(13.04)
10. การที่ฝ่ายชายเป็นผู้คุมกำเนิดเองเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบ	145(42.03)	70(20.29)	47(13.62)	45(13.04)	38(11.01)
11. หากนักเรียนอยากรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้องควรปรึกษาเพื่อนที่มีประสบการณ์	110(31.88)	53(15.36)	78(22.61)	56(16.23)	48(13.91)
12. การคุมกำเนิดทำให้อารมณ์ทางเพศลดลง	80(23.19)	50(14.49)	83(24.06)	70(20.29)	62(17.97)
13. การคุมกำเนิดที่ดีควรป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคได้ด้วย	195(56.52)	51(14.78)	37(10.72)	35(10.14)	27(7.83)
14. หากต้องการคุมกำเนิดที่ถูกวิธีและเหมาะสมควรปรึกษาแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	232(67.25)	41(11.88)	30(8.70)	28(8.12)	14(4.06)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ จำแนกรายข้อ (n=345) (ต่อ)

เจตคติที่มีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์	ระดับเจตคติ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
15.หากยังไม่แต่งงานจำเป็นต้องคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์	172(49.86)	59(17.10)	45(13.04)	44(12.75)	25(7.25)

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ หากต้องการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมควรปรึกษาแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 67.25 คู่สมรสควรมีการวางแผนกำหนดจำนวนบุตรในครอบครัวของตนให้เหมาะสม เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 58.26 และการคุมกำเนิดที่ดีควรป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคได้ด้วย เห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 56.52

อภิปรายผล

ความรู้ เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบูรเบกษาอนุสรณ์ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอกเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า นักเรียนแต่ละคนมีพื้นฐานความรู้เรื่องเพศที่แตกต่างจากสถานบันการศึกษาเดิมก่อนที่จะเข้ามาศึกษาที่สถาบันการศึกษาแห่งนี้ และนักเรียนในวัยนี้ถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่น จึงมีความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องเพศ ในขณะที่เดียวกันปัจจุบันเทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลมีความหลากหลายและทันสมัยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่าย ทำให้นักเรียนสืบค้นหาข้อมูลจากแหล่งดังกล่าวมากกว่าการให้ความสำคัญเรื่องเพศในชั้นเรียน และถูกชักจูงจากเพื่อนในการหาข้อมูลจากแหล่งที่ผิด ก็จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ผิดๆในเรื่องเพศหรืออาจจะมีความรู้เพียงครึ่งๆกลางๆ จึงอาจส่งผลให้นักเรียน มีความรู้เรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวารสารณที่ศึกษาทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อยู่ใน

ระดับปานกลาง⁹ และโฉมเฉลา ซึ่งได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิง กศ.พ. พบว่านักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งได้ทำการศึกษาความรู้เจตคติ ความเชื่อและพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องถุงยางอนามัย/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับน้อย

เจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบูรเบกษาอนุสรณ์ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอกเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันสภาพแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงสู่ยุคโลกไร้พรมแดนที่การสื่อสารมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้นักเรียนมีความใกล้ชิดเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่มีอยู่รอบตัวเพิ่มมากขึ้น เช่น ธุรกิจการค้าต่าง ๆ ที่ใช้สื่อและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ซึ่งพบเห็นได้จาก การดูบน ทิวทัศน์ โฆษณา โทรศัพท์มือถือ คลิปวิดีโอ วีซีดี และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นเกี่ยวกับเรื่องเพศ ที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีส่วนในการกระตุ้น ชักจูง หรือมีอิทธิพลต่อเจตคติและความเชื่อในเรื่องเพศที่ไม่สร้างสรรค์หรือไม่ถูกต้อง จึงอาจส่งผลทำให้นักเรียน มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัล¹² ซึ่งได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนโพนพิทยาคม ตำบลโพนอำเภอราศีไศล พบว่าระดับเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุวิทย์¹³ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย พบว่า นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับเพศค่อนข้างดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การแก้ไขปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต้องอาศัยความร่วมมือกันในการให้คำแนะนำและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่วัยรุ่น โดยเน้นการแก้ปัญหาาร่วมกันแบบมีส่วนร่วมระหว่างนักเรียน ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้นักเรียน ได้มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องปัญหาทางเพศศึกษาที่ควรรู้ สร้างเสริมให้ รู้จักคิดและปฏิบัติเพื่อให้ตนเองรอดพ้นจากสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดในนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อวิเคราะห์ และให้ความรู้เรื่องการใช้วิธีการคุมกำเนิดให้ถูกต้องเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัยในนักเรียน เพื่อวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาความช่วยเหลือ และความร่วมมืออย่างยิ่ง จากคณะครูอาจารย์ และนักเรียนโรงเรียนจันทบุรุษอนุสรณ์ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เสียสละเวลา และให้คำแนะนำ ทำให้การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และสำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, วิทยา ถิฐาพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ; วิกฤติเวชปฏิบัติปริกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ . พี.เอ. ลีฟวิ่ง การพิมพ์; 2555: 143-149.
2. อรพินธ์ เจริญผล,บรรณาธิการ. การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการในวิกฤติเวชปฏิบัติปริกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ. พี.เอ.ลีฟวิ่งการพิมพ์; 2555 : 157 - 162.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2555.
4. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่น ไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25 (4) : 5-9.
5. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและสุนรนาท ขมะณะรงค์. ปัจจัยทำนายนายการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 2551; 31(1) : 133-38.
6. เบลุจพร ปัญญา. การทบทวนองค์ความรู้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
7. สุมาลย์ นิธิสมบัติ. การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี งบประมาณ 2557. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย; 2557.
9. วราภรณ์ สาวิลีธี. ทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559 :13(2) 47-56.

10. โฉมเฉลา น้อยเทศ. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีที่สมรสแล้วศึกษาเฉพาะ กรณีนักศึกษาหญิง กศ.พป. สถาบันราชภัฏ นครปฐม[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี]. นครปฐม : สถาบันราชภัฏนครปฐม; 2545.
11. ศิริยุพา นันสุนานนท์, นิกร ดุสิตสิน. การให้ความรู้เรื่อง เพศศาสตร์ศึกษาในโรงเรียนมัธยม [ซีดีรอม]. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ; 2549.
12. วิลาวรรณ ชินวงศ์. ความรู้และเจตคติ เกี่ยวกับการ ป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียน มัธยมศึกษา โรงเรียนไผ่งามพิทยาคม ตำบลไผ่ อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2554.
13. สุวิทย์ เต็นศิริอักษร. อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ และภาวะ แทรกซ้อนของสตรีวัยรุ่นใน โรงพยาบาลหนองคาย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52(2):11-23.

รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัด ของวิสัญญีพยาบาล

Pre-Operative Preparation Nursing Model in Geriatric Anesthesia of Anesthetist Nurses

ลัดดาวลัย พรรณสมัย¹, จันศรี อุจันท์ก², วราภรณ์ จินเจนกิจ³,
นุชนาถ บุโฮม⁴, ปานทิพย์ ปุราณานนท์⁵ อัจฉรา มีนาสันติรักษ์⁶
Laddawan Pansamai¹, Junsri Ujantuk², Varaporn Jeanjankij³,
Nuchanad Buhome⁴, Pantip Poorananon⁵, Atchara Meenasantirak⁶

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสารรู้เรื่องและได้รับการระงับความรู้สึก โดยใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 85 คน ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก แผนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และแผนวิธีการให้การระงับความรู้สึก และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการสะท้อนคิด และแบบบันทึกความเสี่ยงของกลุ่มงานวิสัญญี ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิธีดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนพัฒนา 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองใช้ 4) การสังเกตผลของการปฏิบัติ และ 5) การสะท้อนผลของการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัย : รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยปฏิบัติ 2) การขยายบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการวิสัญญีแบบกึ่ง one stop service ที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจคัดลยกรรม 3) การเยี่ยมประเมินเตรียมความพร้อมที่หอผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 5) เตรียมความรู้และทักษะวิสัญญีพยาบาล 6) การส่งต่อข้อมูลในทีมวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติเตรียมความพร้อมในวันผ่าตัด 7) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด และ 8) ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทุกราย เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติการณ์งัดเลื่อนจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพิ่มทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยสูงอายุมีความพึงพอใจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

^{2,3,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

⁶ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

สรุป : การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลสามารถพัฒนาความรู้ ความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล และมีผลลัพธ์ที่ดี เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้พัฒนาทักษะทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด, การระงับความรู้สึก, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Objective : To develop the model of pre-operative preparation nursing model in geriatric anesthesia and evaluate its effects.

Methods : The study was a research and development design. The study was conducted among 20 anesthetist nurses, 85 geriatric patients undergoing surgery with general anesthesia and endotracheal intubation. The research instruments were used as follows; preoperative preparation guidelines for geriatric anesthesia, preoperative visit plan, anesthetic method plan, feedback reports, anesthetic risk reports and nursing reports. These instruments were validated by three experts. This study was conducted between January and December 2014 and comprised of 5 phases: 1) plan of development, 2) development of pre-operative preparation model, 3) applying model on geriatrics, 4) observation, and 5) feedback of studying. The data were analyzed by content analysis.

Results : The preparation prior to geriatric anesthesia model developing were include 1) prepare practitioners 2) to expand anesthesia services with one stop service at outpatient surgery, 3) prepare elderly patient, 4) providing patients and family information, 5) prepare nurse anesthetists with the knowledge and skill, 6) sharing information in nurse anesthetists team, 7) postoperative follow-up visit after surgery, 8) review of incidence and complications of anesthesia and develop nursing care. The effects of using a preparation prior to geriatric anesthesia model developing were decreased the incidences of serious complications after receiving anesthesia, enhance the skills of practitioners to geriatrics anesthesia. Moreover, practitioners and geriatric patients were satisfaction.

Conclusion : The preoperative preparation for geriatric patients was effective to improve knowledge and skills for anesthetist nurses, clinical outcome, and also capable to be a reference for further developing.

Keywords : Pre-operative preparation, Anesthesia, Geriatric

ความสำคัญของปัญหา

การระงับความรู้สึกเป็นหัตถการทางวิสัญญีเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์แม้พบไม่มากแต่เป็นอันตรายถึงชีวิต ทรัพย์สิน และส่งผลกระทบต่อครอบครัว แม้มีการเฝ้าระวังดูแลตามมาตรฐาน ยังมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งในผู้สูงอายุความเสี่ยงจะมีมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุผล 2 ประการ

คือ 1) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีอัตราเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากเลือดที่ไหลเวียนน้อยลง ทำให้ทนการสูญเสียเลือดหรือขาดออกซิเจนได้ไม่ดี 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติการณ์ที่นำไปสู่การเสียชีวิต คือ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด

เนื่องจากความเสียหายที่ของอวัยวะต่าง ๆ และกลไกการปรับตัวเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในมาตรฐานบริการการพยาบาลวิสัญญีระงับก่อนให้การระงับความรู้สึกกำหนดไว้ว่าความพร้อมให้บริการที่ปลอดภัย ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยตามความเสี่ยง การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้า การตรวจอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ การตรวจสอบเวชภัณฑ์และยา การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และการประเมินสภาพผู้ป่วยซ้ำก่อนให้การระงับความรู้สึกในวันผ่าตัด¹ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกจะเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ประสบผลสำเร็จมากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การแก้ไขความผิดปกติตั้งแต่ก่อนมารับการผ่าตัด เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ เพิ่มความเร็วในการแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดอุบัติการณ์ งด เลื่อนจากความไม่พร้อมด้านร่างกาย จิตใจ² แต่ต้องให้เหมาะสมกับกำลังคน และลักษณะของผู้ป่วย และต้องเป็นรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาที่แท้จริง อีกทั้งต้องยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกหรือปฏิบัติตามความคิดเห็นของตนเอง การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดจึงต้องมีความเฉพาะตามลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุ

ในปี พ.ศ.2554-2556 โรงพยาบาลสระบุรีมีผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเฉลี่ย 13,363 ราย/ปี เป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเฉลี่ย 11,793 ราย/ปี คิดเป็นร้อยละ 88.25 เป็นผู้ป่วยอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 2,116 ราย/ปี คิดเป็นร้อยละ 15.83 พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางวิสัญญีเฉลี่ย 22/10,000 ราย และจากสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.46 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 15.90 ในปี พ.ศ. 2555³ กอปรกับการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด

พบอุบัติการณ์เสียชีวิตขณะผ่าตัดจากการเสียเลือดมาก และการติดเชื้อในกระแสเลือด⁴ แม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามมาตรฐานบริการการพยาบาลวิสัญญีระงับก่อนให้การระงับความรู้สึกที่กำหนด แต่ก็ยังพบว่า ผลการปฏิบัติงานยังไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุตัวชี้วัดที่กำหนด การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และพยาบาลรู้สึกไม่พอใจในงาน เมื่อค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล พบว่า แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกของกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องมีลักษณะเฉพาะในการดูแล เช่น การสื่อสาร ความจำ เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมภายในระยะเวลาสั้น ๆ การดูแลแก้ไขจึงไม่สอดคล้องกับสภาพบริบทของผู้ป่วยและไม่ต่อเนื่องจากปัญหาดังกล่าวและแนวโน้มจำนวนของผู้สูงอายุไทยที่มีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพบริการพยาบาลและให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ได้แก่
 - 2.1 ทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของผู้ปฏิบัติ
 - 2.2 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด
 - 2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด
 - 2.4 อุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่

พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 วิกฤติภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน
 ของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด

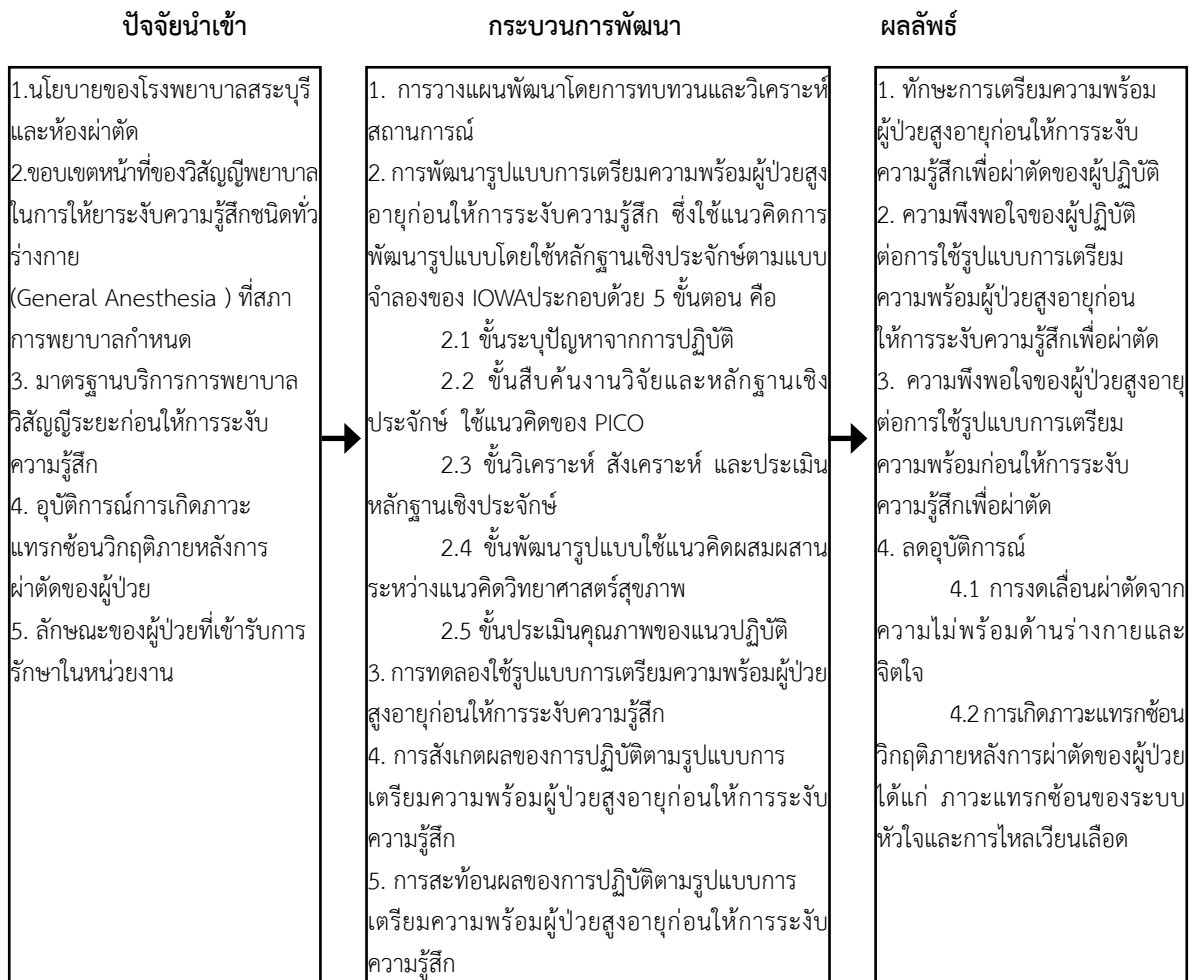
สระบุรี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2557
 ถึงเดือน ธันวาคม 2557

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ทีมพัฒนาคุณภาพบริการกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสระบุรี และผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่ เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการระงับความรู้สึก (General Anesthesia) โดยใส่ท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาล

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่เกิดจากการผสมผสานองค์ความรู้ของ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy⁵ 2) แนวคิดการพัฒนาารูปแบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบจำลองของ IOWA6 และ 3) แนวคิดของการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ดังแสดงในแผนภาพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือน ธันวาคม 2557

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาที่พัฒนารูปแบบ ได้แก่

1) ทีมพัฒนาคุณภาพบริการกลุ่มงานวิสัญญี จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) วิสัญญีพยาบาลอาวุโสทำงานมากกว่า 30 ปี จำนวน 4 คน 2) วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 10 คน 3) วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 5 คน และ 4) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรม จำนวน 1 คน

2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการระงับความรู้สึก (general anesthesia) โดยใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 85 คน จากจำนวนประชากรผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 417 คน ที่นัดมาทำผ่าตัดในเวลาราชการและเข้ารับการรักษา ระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือน ธันวาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก แผนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และแผนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการสะท้อนคิด (reflective thinking diaries) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ปฏิบัติเขียนบันทึกเหตุการณ์และสะท้อนคิดการปฏิบัติ

ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วยและผลการประเมินสภาพท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด จุดแข็งของท่านที่ทำให้ท่านสามารถปฏิบัติการพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้ได้ดีคืออะไร (ความรู้/ทัศนคติ/ทักษะการพยาบาล/ลักษณะส่วนบุคคล) จุดอ่อนของท่านที่ทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร (ความรู้/ทัศนคติ/ทักษะการพยาบาล/ลักษณะส่วนบุคคล) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ท่านมีข้อเสนอแนะในการแก้ไขอย่างไร ท่านเกิดการเรียนรู้อะไรบ้างจากการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดในครั้งนี้ ท่านมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนี้หรือไม่อย่างไร ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร โปรดยกตัวอย่างบทสนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

2.2 แบบบันทึกความเสี่ยงของกลุ่มงานวิสัญญี เป็นคำถามปลายเปิดประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ (ASA class) ชนิดของการผ่าตัดและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤติภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมความเหมาะสมของเนื้อหา และการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้มีเนื้อหาที่ชัดเจนและเหมาะสมก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติให้ทำการวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์

และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยมีสิทธิที่จะขอถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการรักษาทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลเป็นกลุ่ม หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผนพัฒนา โดยการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการปฏิบัติพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก ค้นหาปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ และลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา โดยใช้แนวคิดของ Donabedian⁷ เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยการวิเคราะห์ด้านโครงสร้าง หมายถึง การบริหารงานขององค์กร ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ การสนับสนุนจากฝ่ายบริหารด้านนโยบายการเตรียมความพร้อมก่อนให้การระงับความรู้สึก จำนวนบุคลากร และคุณลักษณะตามวิชาชีพ ความพอเพียงและประสิทธิภาพของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การวิเคราะห์ด้านกระบวนการ หมายถึง กระบวนการด้านเทคนิคและด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งสัมพันธภาพภายในกลุ่มบุคลากร การวิเคราะห์ด้านผลลัพธ์ หมายถึง การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ประชุมระดมสมองทีมพัฒนาคุณภาพบริการสาขาศัลยกรรม 2) สัมภาษณ์เชิงลึกวิสัญญีพยาบาล และ 3) ศึกษาบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บัญชีความเสี่ยง

ของกลุ่มงานวิสัญญี ซึ่งเป็นบันทึกข้อมูลและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของทีมีวิสัญญีพยาบาล รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก บันทึกการให้การรักษาทันที และประวัติผู้ป่วยสูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง (2554-2556)

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบจำลองของ IOWA⁶ ร่วมกับแนวคิดของการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นระบุปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ที่มีอยู่ กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก พิจารณาจากความรุนแรงและขนาดของปัญหา ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการทางสุขภาพจำนวนมาก โดยมีโรคหรือความเจ็บป่วยบางชนิดที่เกิดกับผู้สูงอายุจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ในแต่ละปีมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความแตกต่างของภาวะสุขภาพ (ASA class) เมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่เพราะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก อันเนื่องมาจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ การตอบสนอง และการทำลายยาระงับความรู้สึก การตอบสนองของร่างกายในการปรับตัวและความทนต่อภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญ รวมทั้งชนิดของการผ่าตัดที่ซับซ้อน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือผลโดยตรงต่อวัสดุที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น ซีเมนต์กับผลข้างเคียงต่อหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ต้องปรึกษาต่อเนื่องกับอายุรแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจก่อนและขณะผ่าตัดเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2.2 ขั้นสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework⁸ เป็นแนวทางในการกำหนดคำสำคัญ ดังนี้

Population : ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้รับการระงับความรู้สึก (general anesthesia) มีจำนวน 5 เรื่อง

Intervention : แนวปฏิบัติ กระบวนการ หรือวิธีการในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก มีจำนวน 5 เรื่อง

Comparison : ไม่พบงานวิจัยการเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ความแตกต่างในการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึก

Outcome : อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก มีจำนวน 8 เรื่อง

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษจากแหล่งสืบค้นต่อไปนี้ 1) ฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ The Cochrane Central Register of Controlled Trials, EBN-online, The Joanna Briggs Institute, CINAHL ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่าง ๆ ในประเทศไทย 2) เว็บไซต์ และ 3) วารสารและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.3 ชั้นวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของ The Joanna Briggs Institute⁹ ซึ่งจากการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 18 เรื่อง โดยพบว่าเป็นหลักฐานระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 เรื่อง หลักฐานระดับ 3-a งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 3 เรื่อง และหลักฐานระดับ 3-c งานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 12 เรื่อง และหลักฐานระดับ 4 บทความ จำนวน 2 เรื่อง ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของหลักฐานทั้งหมดที่สืบค้นได้ พบว่าผลงานวิจัยส่วนใหญ่นำกรอบแนวคิดหรือยึดหลักการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย เพียงแต่แตกต่างกันในเรื่องรายละเอียดของแต่ละงานวิจัย ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบโดยอาศัยเกณฑ์ดังนี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติ ผลดีผลเสียหรือความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตามผลการวิจัย ความเห็นชอบของผู้ป่วย รวมทั้งทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ¹⁰

2.4 ชั้นพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์กับหลักการ

พยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย รวมทั้งบูรณาการร่วมกับความชำนาญทางคลินิก ความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ ได้แก่ 1) เกณฑ์และการเยี่ยมประเมินเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติ 3) การเตรียมตัวความรู้ ทักษะของวิสัญญีพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย 4) การส่งต่อข้อมูลในทีมวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด 5) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 6) การวางแผนให้การระงับความรู้สึก การป้องกัน เหตุไม่พึงประสงค์/การเสียชีวิตและ 7) การผ่อนคลายใจกายเพื่อปรับสมดุลกายและใจ เพิ่มคุณภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและความพึงพอใจ

2.5 ชั้นประเมินคุณภาพของรูปแบบ

1) ประชาพิจารณาร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกในผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกด้านศัลยกรรมในหัวข้อของกระบวนการพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสอบถามความคิดเห็นและความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้

2) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบ โดยนำร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำรูปแบบมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) การประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้โดยนำรูปแบบไปให้วิสัญญี โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดสระบุรี จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความยากง่ายและความสามารถในการปฏิบัติตามรูปแบบ

3. การทดลองใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยดำเนินการดังนี้

3.1 ประชุมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่วิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัดเป็นรายกลุ่ม ในที่ประชุมประจำสัปดาห์ของกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล และรายบุคคล จำนวน 4 คน โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกจากประสบการณ์การปฏิบัติงานเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีมาตรฐานเฉพาะตัว การสังเกตการปฏิบัติ ความมุ่งมั่น การสร้างความประทับใจแก่ผู้ป่วยและญาติ และความสามารถในการสร้างการยอมรับในกลุ่มเพื่อน

3.2 ทดลองใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2557 ในผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ประเมินผลการติดตามและพัฒนาการปฏิบัติในระหว่างกระบวนการทดลองใช้ เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดให้มีความชัดเจนขึ้น โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน 2) การประชุมกลุ่มงานวิสัญญีทุกสัปดาห์ และ 3) บันทึกการสะท้อนคิด (reflective thinking diaries) ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทุกราย เพื่อเขียนและบันทึกเหตุการณ์ที่ได้ประสบและเรียนรู้ผ่านการคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบ และอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติในครั้งต่อไป และดำเนินการบันทึกการประชุมทุกครั้ง

4. การสังเกตผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยประชุมร่วมกันทุกสัปดาห์ เพื่อสังเกตผลการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมรวมทั้งร่วมกันค้นหาแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการเตรียมความพร้อม นอกจากนี้ ยังสังเกตผลการปฏิบัติจากแบบบันทึกของโรงพยาบาลสระบุรีต่อไปนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าในห้องตรวจศัลยกรรม 2) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น 3) การส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 4) การตรวจสอบการเตรียม

ความพร้อมเครื่องดมยาสลบ 5) บันทึกการใช้ surgical safety checklist ในห้องผ่าตัด 6) บันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และ 7) บันทึกทางการแพทย์พยาบาล

5. การสะท้อนผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยประชุมกลุ่มทุก 1 เดือน เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบ และอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ซึ่งในการประชุมแต่ละครั้งสมาชิกในกลุ่มจะพูดถึงประเด็นปัญหา ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติในครั้งต่อไป และดำเนินการบันทึกการประชุมทุกครั้ง

จากนั้นผู้วิจัยนำแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงที่ได้จากข้อ 5 ไปเป็นข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกในวรอบที่ 2 ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลผลการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม บันทึกการสะท้อนคิด บันทึกการประชุม การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ประกอบด้วย

1.1 การวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยปฏิบัติด้านการพยาบาลวิถีพุทธด้วยการประชุมพัฒนาศักยภาพการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด โดยดำเนินการดังนี้ 1) การปรับฐานความคิดและจิตใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติให้มีจิตใจและเข้าใจผู้รับบริการในการให้บริการโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผ่านวิสัญญีพยาบาลอาวุโส

ที่เป็นบุคคลต้นแบบด้านการพยาบาล เป็นการเยียวยาตัวเองโดยการปรับสมดุลจิตใจไปพร้อมๆกัน ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูและเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย

2) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการการให้เกียรติ การเคารพความเป็นบุคคล การชมเชย การให้กำลังใจ 3) การพยาบาลวิสัญญีสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้คู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึก 4) แผนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ 5) แผนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก โดยติดตามผลการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยปฏิบัติในที่ประชุมทีมพัฒนาคู่มือการบริการสาขาศัลยกรรมทุก 1 เดือน

1.2 การขยายบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการวิสัญญีแบบกึ่ง one stop service ที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อลดความวิตกกังวล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขให้มีความพร้อมก่อนนัดมาผ่าตัด ประกอบด้วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ยาที่เกี่ยวข้องที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด การส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบความผิดปกติ การประเมินความวิตกกังวล และการตอบข้อซักถาม ให้คำแนะนำและแจกแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

1.3 การเยี่ยมประเมินเตรียมความพร้อมที่หอผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจและความร่วมมือ การตรวจร่างกายทางวิสัญญี การซักประวัติเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไป การประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผลการตรวจเลือด (complete blood count) ปัสสาวะ (urinalysis) และผลการเอ็กซเรย์ปอด (film chest) การดูแลและแก้ไขภาวะผิดปกติก่อนมารับการให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผู้ป่วยตามการแบ่งระดับสภาพร่างกายของผู้ป่วย (physical status classes) ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists) การส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจซ้ำอีกครั้ง ในกรณีพบคลื่นหัวใจผิดปกติ กรณีนัดผ่าตัดล่วงหน้า แต่จำเป็นต้องผ่าตัดหลัง 15.00 น หากพยาบาลประจำหอ

ผู้ป่วยประเมินสภาพเบื้องต้นแล้วพบว่า อาจมีความเสี่ยงให้แจ้งประสานมายังวิสัญญีพยาบาล เพื่อมอบหมายวิสัญญีพยาบาลเยี่ยมประเมินเพิ่มเติม นอกเหนือไปจากแผนการเยี่ยมล่วงหน้าในแต่ละวัน หรือสามารถประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลรายงานความผิดปกติให้วิสัญญีแพทย์ร่วมดูแล ซึ่งในการเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ควรเกินเวลา 18.00 น. เพื่อไม่ให้เกิดการรบกวนเวลาพักผ่อนและการเตรียมกายของผู้ป่วยสูงอายุสำหรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น

1.4 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกและวิธีการดมยาสลบ การปรับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ถ้าวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เป็นตามแผนที่วางไว้ แล้วบันทึกผลการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในแบบบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดของทีมสหสาขา ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิสัญญีพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และ ศัลยแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดการบันทึกซ้ำซ้อน ในรายที่ประสงค์ขอรับทราบข้อมูลจากวิสัญญีแพทย์ จะประสานให้วิสัญญีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูล

1.5 เตรียมความรู้และทักษะวิสัญญีพยาบาล เพราะการระงับความรู้สึกมีความเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ดังนี้

1) ทักษะในการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความไว้วางใจ สร้างการยอมรับ และเปิดใจ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายจิตใจด้วยการหายใจหรือการเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น การหมุนนิ้ว การกำและแบมือ เป็นต้น ความกลมกลืนแบบไม่บังคับ ไม่ทำให้ผู้ป่วยกังวล เครียดหรือกลัวมากขึ้น

2) ทักษะการวิเคราะห์และตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคร่วมที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง การได้รับยา steroid การนอนไม่หลับก่อนวันผ่าตัด ควรรายงานและปรึกษาวิสัญญีแพทย์ก่อนให้ยา Pre-medication

3) ทักษะการจัดการความปวด โดยให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจัดการความเจ็บปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดที่ติดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดชนิด acute pain ของศัลยกรรม

4) ทักษะการประเมินคลื่นหัวใจที่ผิดปกติ และอาการบ่งชี้ที่สำคัญ ได้แก่ คลื่นหัวใจมี ST depress, LBBB มี Q wave, Invert T แสดงว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะ ST elevate เพราะอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้

5) ทักษะการประเมินสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเลวลง (early warning sign) ได้แก่ การป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะสมองได้รับบาดเจ็บ

1.6 การส่งต่อข้อมูลในทีมวิสัญญีพยาบาลและการเตรียมความพร้อมในวันผ่าตัด ดังนี้

1) ประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงานระหว่างผู้ประสานทีม ผู้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ห้องตรวจ ศัลยกรรม วิสัญญีพยาบาลผู้เยี่ยมที่หอบผู้ป่วย และทีมผู้ให้ยาระงับความรู้สึก โดยรายงานข้อมูลของผู้ป่วยและปัญหาผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง (ASA 3 ขึ้นไป) มีความซับซ้อนของหัตถการ มีพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรค และผู้ป่วยที่ศัลยแพทย์ได้ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ไว้ล่วงหน้า

2) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษเพื่อทบทวนความรู้ ทักษะ และการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องมือพิเศษต่างๆ ตามแนวปฏิบัติ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ การเตรียมชุดวัดความดันทางเส้นเลือดแดง (A-line)

3) ให้การพยาบาลวิสัญญีขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤต ดังนี้ 1) เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ การไม่เปิดเผยความลับ การปกปิดร่างกาย และการไม่ละทิ้งผู้ป่วยไว้โดยลำพังในห้องผ่าตัด 2) มีมารยาทในการสื่อสาร ไม่พูดเสียงดัง และระวังคำพูดในการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานหรือการให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น เพราะการพูดน้ำเสียงเบา บอกความเป็นเฉพาะตัว ให้ความรู้สึกที่ดีมากกว่าเสียงดัง 3) ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ญาติในกรณีที่มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ หากจำเป็นต้องให้ศัลยแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงหรือปรึกษาทีม

ใกล้เคียง 4) ยืนยันผู้ป่วยก่อนให้การนำสลบ (Induction) ได้แก่ การปฏิบัติ sign in ในส่วนที่วิสัญญีรับผิดชอบ เช่น ประวัติการแพ้ ยา ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก และ time out เรื่องโรคหรือพยาธิสภาพของผู้ป่วย และการยืนยันความพร้อมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

1.7 การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง และในรายที่ยังมีปัญหาต้องติดตามดูแล ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมถึง 72 ชั่วโมง หรือจนหมดหน้าที่รับผิดชอบตามเหตุการณ์ที่ยังต้องเกี่ยวข้องกับทางด้านวิสัญญี เช่น ผลจากยาระงับความรู้สึกที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการสับสนอยู่อีกหลายวัน เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเฉพาะบุคคล ตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อสร้างเสริมกำลังใจ การฟื้นฟูที่ตี การหายใจที่มีประสิทธิภาพ การขอรับยาแก้ปวด การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การประสานบริการแก่ทีมผู้ให้บริการ และการรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาและปรับปรุงบริการ

1.8 ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยทุกรายเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งเป็นบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลผ่าตัด ธนาคารเลือด ทีมใกล้เคียง และอายุรแพทย์ เพื่อร่วมแก้ไข คาดการณ์ความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการป้องกัน เตรียมช่องทางประสานบริการเพื่อรายงานความผิดปกติแก่ทีมผู้ดูแลทันต่อเหตุการณ์ ประสานการให้ข้อมูลญาติระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และวางระบบบริการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในสาเหตุเดิม

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดพบดังนี้

2.1 ผู้ปฏิบัติมีทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยพบว่า วิสัญญีพยาบาลทุกคนมีทักษะและความเข้าใจที่ชัดเจนตรงกันในการปฏิบัติ โดยเฉพาะการปรึกษา

วิสัญญีแพทย์ ซึ่งวิสัญญีพยาบาลพึงพอใจมาก เนื่องจากข้อมูลที่มาปรึกษามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำให้การให้การระงับความรู้สึกสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ส่วนทักษะการผ่อนคลายใจกายนั้น วิสัญญีพยาบาลต้องการการเรียนรู้เพิ่มเติม เพราะเป็นทักษะที่มีความเฉพาะตัวสูง ต้องอาศัยการถอดบทเรียนจากวิสัญญีพยาบาลอาวุโสที่เป็นบุคคลต้นแบบด้านการพยาบาลวิสัญญี ถ่ายทอดเป็นบทสนทนาที่ช่วยสร้างความเข้าใจ เมื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้พยาบาลทุกคนจึงพึงพอใจมากถึงมากที่สุด โดยเห็นด้วยกับการกำหนดเวลาเยี่ยมที่ไม่เกิน 18.00 น และบทสนทนาในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่มีให้ดูเป็นตัวอย่าง ซึ่งช่วยสร้างความมั่นใจในการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จากที่คิดว่าตนเองขาดทักษะในการสื่อสารและไม่ทราบจะเตรียมตัวอย่างใดในการเยี่ยมก็มีแนวทางในการปฏิบัติที่สะท้อนรูปธรรมที่ชัดเจนขึ้น

2.2 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า ผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม เนื่องจากมีความชัดเจนในการกำหนดการปฏิบัติ มีเทคนิคในการดำเนินงาน มีการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง และมีความภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

2.3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เนื่องจากได้รับความใส่ใจที่จะดูแล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด มีผู้ช่วยหากำถามและสนใจตอบข้อซักถาม ส่งผลให้ลดความวิตกกังวล ผ่อนคลาย และมั่นใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด

2.4 อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤติภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยได้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤติจากการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติเหตุฉุนเฉียว เลื่อนจากความไม่พร้อมด้านร่างกายหรือการไม่ยินยอมผ่าตัด พบเพียงอุบัติเหตุที่ไม่น่ารุนแรง

และสามารถแก้ไขได้ในเวลารวดเร็ว จำนวน 5 รายการ ได้แก่ หัวใจเต้นช้า 1 ราย หัวใจเต้นผิดจังหวะ 1 ราย ความดันเลือดต่ำ 2 ราย ความดันเลือดสูง 1 ราย ตามลำดับ ซึ่งไม่รุนแรงสามารถแก้ไขได้ในเวลารวดเร็ว

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด อภิปรายผลตามผลการวิจัย ดังนี้

1. องค์ประกอบของเนื้อหาในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาตามแบบจำลองของ IOWA⁵ ร่วมกับแนวคิดของการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ทำให้องค์ประกอบของของแนวปฏิบัติมีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องร่วมกับการผสมผสานการพยาบาลวิถิปุทธ โดยการปรับฐานความคิดของพยาบาลผู้ปฏิบัติให้มีจิตที่ใส่ใจในการให้บริการ การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การให้เวลากับผู้ป่วยและญาติในการให้ข้อมูล ประเมินความพร้อมการเตรียมความรู้และทักษะวิสัญญีพยาบาล การประชุมปรึกษาในการปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่เป็นรูปแบบการให้สุขศึกษา และเน้นงานเชิงหัตถการของทีมสุขภาพ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานี้จึงเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่เป็นระบบและครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2. ผลการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า ผู้ปฏิบัติมีทักษะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเพิ่มขึ้น อภิปรายผลได้ว่าการเตรียมความรู้และทักษะของวิสัญญีพยาบาล โดยวิสัญญีพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการพยาบาลร่วมกับการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับ

ความรู้สึกเป็นแนวทางในการทบทวนความรู้ในการปฏิบัติ การมีคู่มือ และร่วมกำหนดแผนการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของทีมพัฒนาคุณภาพของสาขา ศัลยกรรมและกระดูก ตั้งแต่ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งหลังผ่าตัด และส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลที่หอบผู้ป่วย ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช คลังบุญครองที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม และวิสัยทัศน์พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการให้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับมาก¹¹ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติและทีมงานที่เกี่ยวข้องยังมีการประชุมปรึกษาเป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจ มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ทำให้มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นและอุทิศตนรับผิดชอบ และดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและสอดคล้องกับความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ป่วย¹² เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใส่ใจและใกล้ชิดติดตามรูปแบบที่กำหนดอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประสานส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในทุกระยะของการดูแลแก่ผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทนา หรรษชอุตม ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในโรงพยาบาลอุดรดิษฐ์ พบว่า ผู้ป่วยมี

ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 76.80¹³ นอกจากนี้ รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเฉพาะรายอย่างสมบูรณ์ต่อเนื่องทั้งระบบ (case manager) ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ มีการประสานงาน การติดตาม และประเมินผลการดูแล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่มีมาตรฐานและคุณภาพ จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด พิงทิมและคณะที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสระบุรีที่ใช้ทีมบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการรายการกรณีแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบบริการที่ได้รับ¹⁴ และการศึกษาของกาญจนา อุบลพงศ์ ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมโดยการใช้พยาบาลผู้จัดการรายการกรณีเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในระดับมาก¹⁵ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤติภายหลังจากผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมครอบคลุมปัญหา/ความเสี่ยงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นอย่างดีตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยก็รับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้สามารถเตรียมการป้องกันและเตรียมการให้ยาระงับความรู้สึกได้พร้อมและเหมาะสมกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการบริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ดังนั้น ผู้บริหารและทีม

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการนำรูปแบบดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรมและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านโครงสร้างที่ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกให้ชัดเจน และประกาศให้ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องรับทราบโดยทั่วกัน และจัดสรรอัตรากำลังให้มีจำนวนเพียงพอ และควรผลักดันให้มีการดำเนินงานอย่างครบถ้วนตามรูปแบบที่กำหนด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติให้มีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ คือ การรับรู้ข้อมูล ความจำ และการตอบสนองของความต้องการที่ควรปฏิบัติทีละขั้นตอน ดังนั้น พยาบาลต้องวางแผนติดตามการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดในแต่ละวันตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของรูปแบบการเตรียมความพร้อม ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ทำงานของพยาบาล และผู้ป่วย ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อม และระบบการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. เบลูจรัตน์ หยกกุลบล. ความปลอดภัยในบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปทางวิสัญญีวิทยา. ใน : ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 9 : การพัฒนาองค์การสมรรถนะสูงในงานการพยาบาลวิสัญญี; 2553 กรกฎาคม 3-4; กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.; 2553;75-79.
2. ธันยมัย ปุรินัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการรับความรู้สึกเพื่อลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. การประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 11 : คุณค่าของวิสัญญีพยาบาลต่อสุขภาพประชาชนไทย; 2555 พฤษภาคม 19-20; กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.;2555;122-123.
3. กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี. รายงานสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ปี 2556.
4. กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี. รายงานผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ปี 2557.
5. Ludwing VB. General System Theory Foundation, Development, and Applications. New York: George Braziller, Inc, 1968.
6. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, et al. The IOWA model of evidence-based practice to promote quality of care. Crit Care Nurs Clin North Am 2001;13(4):497-509.
7. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2003.
8. Beyea SC, Slattery MJ. Evidence-based practice in nursing. Marblehead, MA: HCPro, Inc. 2006.

9. The Joanna Briggs Institute. JBI Best Practice Technical Report. [Online]. [cited 2009 May 26]; Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/prot-sr-bpis-tech-templates/JBC_Templ_TechRpt.pdf.
10. DiCenso A. Cullum N. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998;1(2):38-40.
11. อรณูช คลิ่งบุญครอง. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2558;7(3):86-94.
12. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
13. นันทนา หรรษอุดม . ความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในโรงพยาบาลอุดรดิตต์ 2555. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย ประจำปี 2555. 113-114.
14. ประหยัด พึ่งทิม, ทิฆัมพร ชาวขมื่น, อรทัย พงษ์อำไพ และเมธิณี เกตวาธิตาตร. การพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล* 2557;41(3) : 6-25.
15. กาญจนา อุบลพงศ์. ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล* 2555;39(3):51-64.

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม
Factors Predicting Intention to Attend Sexual Health Services of
Undergraduate Students at a University in Mahasarakham Province

วารุณี หีมวัง¹, นิสากอร์ วิบูลชัย², วราภรณ์ สังวะลี³, อลิษรา สรพสุวรรณ⁴
Warunee Humwang¹, Nisakorn Vibulchai², Waraporn Sangwalee³, Alisara Sorasawan⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ทักษะคิดเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ 3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และ 5) ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ โดยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.93, 0.83 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน

ผลวิจัย : ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับดีมาก ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และทักษะคิดสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ได้ร้อยละ 24

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์สำหรับนักศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ความตั้งใจ, เพศสัมพันธ์, นักศึกษา

^{1,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวستی

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวستی

ABSTRACT

Objective : To examine the factors predicting intention to attend sexual health services of undergraduate students at a university in Mahasarakham Province.

Methods : The study used a correlational predictive research design. The sample consisted of 400 female and male undergraduate students who were selected by a stratified random sampling method. The research instruments were questionnaires including personal data, attitude, subjective norm, perceived behavioral control, and intention to attend sexual health services. These questionnaires had reliability values of 0.85, 0.93, 0.83, and 0.94 respectively. Data was analysed by descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results : The intention to attend sexual health services was at the very good level. The attitude, subjective norm, and perceived behavioural control had a significant positive correlation with intention to attend sexual health services ($p < .001$). The attitude and perceived behavioural control could predict the intention to attend sexual health services at 15.2 %.

Conclusion : The study recommends the results could be the basic information to develop the sexual health services system for undergraduate students.

Keywords : Intention, Sexual, Undergraduate students.

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น และอายุน้อยลงเรื่อย ๆ นำมาสู่การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การขาดโอกาสทางการศึกษา มีปัญหาทางครอบครัว หากถูกทอดทิ้งจากคู่รักทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตาย¹ จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยาพบว่า เยาวชนมีแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2557) มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น 2 เท่า โดยเฉพาะโรคหนองใน ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นกว่าคนปกติ 3-9 เท่า ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ผลกระทบประการสำคัญที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ คือ การตั้งครรภ์² ซึ่งจากสถิติในปี 2556 พบว่าวัยรุ่นหญิงของไทยอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรร้อยละ 41.54 ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าการร่วมเพศครั้งเดียวแล้วจะไม่ตั้งครรภ์

การใช้ถุงยางอนามัยจะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ โดยร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือทำแท้ง ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงอันตรายและอาจเสียชีวิตได้ และยังพบอีกว่า มีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นด้วย³

จากข้อมูลการให้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ จังหวัดมหาสารคามพบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่แนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2555, 2556, 2557 จำนวน 16, 23 และ 40 ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2557 พบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15 -19 ปี ถึงร้อยละ 19.5 ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่า ในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 มีนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ จำนวน 24 และ 27 คน ตามลำดับและพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวน 65 และ 58 คน มีการทำแท้งจำนวน 25 และ 24 คน ตามลำดับ⁴

ในปีงบประมาณ 2557 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ ได้จัดทำโครงการเผยแพร่ความรู้เรื่องเพศศึกษาและให้คำปรึกษาเชิงรุกตามคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีนักศึกษาขอรับบริการตรวจเลือดเพื่อค้นหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ จำนวน 37 ราย พบเชื้อ จำนวน 2 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มารับบริการด้านปัญหาเรื่องเพศ พบว่ามีข้อมูลพฤติกรรมในการรับบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ คือ 1) มีการขอรับบริการจากสถานบริการเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกเอกชนหรือร้านเสริมสวยเมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จึงตัดสินใจขอรับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคามหรือที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ 2) ผู้รับบริการไม่ทราบข้อมูลการจัดบริการของหน่วยบริการ 3) ขาดข้อมูล ขาดช่องทางเข้าถึงบริการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังได้เข้าร่วมกิจกรรมปฐมนิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 1 โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ ให้แก่นักศึกษารวมทั้งบริการการให้คำปรึกษา เพิ่มช่องทางการติดต่อทางโทรศัพท์และสื่อออนไลน์ และพบว่ามีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สมัครเข้ามาเป็นเพื่อนและขอรับคำปรึกษาเรื่องสุขภาพและเรื่องเพศเพิ่มขึ้น มีนักศึกษา 2 รายที่มีปัญหาเรื่องเพศรุนแรงอยู่ในภาวะสับสน ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้หากปล่อยไว้อาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม หลังการให้คำปรึกษาและติดตามผลเป็นระยะทำให้นักศึกษาคงกล่าวสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้มีการปรึกษาปัญหาเรื่องอื่น ๆ ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน ความเจ็บป่วยและเรื่องเพศสัมพันธ์ อื่นๆซึ่งสามารถชี้ช่องทางและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาให้นักศึกษาได้มาก⁵

การตัดสินใจมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้อธิบายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลได้โดยสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างชัดเจนโดยความตั้งใจจะถูกกำหนดด้วยตัวแปรสำคัญ

3 ประการคือทัศนคติ (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control)⁶ และพบว่ามีปัจจัยกำหนดการกระทำพฤติกรรมมากน้อยแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ ประณีต ส่งวัฒนา และอุมาพร ปุญญโสพรรณ⁷ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 24 โดยเฉพาะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีผลทำนายอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .41, b = .04, p < .001$)⁷ และจากการศึกษาของ นื่องนุช ฆวิงค์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์⁸ พบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถทำนายความตั้งใจในการใช้บริการด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 12.3 ($R^2 = .123, p < .001$)⁸

อย่างไรก็ดีจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มเยาวชนทั่วไปที่ศึกษาในระดับอาชีวศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับกลุ่มนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษา และ ระดับมัธยมศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยนำตัวแปรด้านทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มาเป็นตัวแปรทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมและรณรงค์ให้นักศึกษามีความเข้าใจและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ทั้งเพศชายและหญิงของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2558

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนาย (correlational predictive research)

ประชากรที่ศึกษาเป็นนักศึกษาทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2558 ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 23,925 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น

(stratified random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 จัดประชากรออกเป็นแต่ละพวกหรือชั้น (Stratum) ได้จำนวน 7 คณะ ชั้นตอนที่ 2 แบ่งนักศึกษา ออกเป็นแต่ละ 4 ชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1, 2, 3, 4 ชั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คนและเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์และการส่งกลับคืนไม่ครบตามจำนวน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 จึงได้จำนวนตัวอย่างชั้นปีละ 16 ชุด รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 448 คน

ระยะเวลาของการศึกษา

เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพครอบครัว การพักอาศัยขณะศึกษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen⁶ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดจำแนกความหมายของออสกูตและคณะ โดยให้คะแนนตั้งแต่บวกมาก (ค่าคะแนน = 7) จนถึงลบมาก (ค่าคะแนน = 1) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินค่าผลของการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 9 ข้อ

การแปลผลคะแนนจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ และคะแนนการประเมินค่าผลของการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์คำนวณหาระดับคะแนนจากผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนโดยรวมแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen⁶ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดจำแนกความหมายของออสกูดและคณะ โดยให้คะแนนตั้งแต่บวกมาก (ค่าคะแนน = 7) จนถึงลบมาก (ค่าคะแนน = 1) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 4 ข้อ

การแปลผลคะแนนจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและคะแนนแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิงคำนวณหาระดับคะแนนจากผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนโดยรวมแล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 18 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen⁶ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดจำแนกความหมายของออสกูดและคณะ โดยให้คะแนนตั้งแต่บวกมาก (ค่าคะแนน = 7) จนถึงลบมาก (ค่าคะแนน = 1) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์จำนวน 9 ข้อ

การแปลผลคะแนนจากผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์คำนวณ

หาระดับคะแนนจากผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนโดยรวมแล้วหารด้วยจำนวนระดับขั้น ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen⁶ และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดจำแนกความหมายของออสกูดและคณะ โดยให้คะแนนตั้งแต่บวกมาก (ค่าคะแนน = 7) จนถึงลบมาก (ค่าคะแนน = 1) การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์อาจารย์พยาบาลและพยาบาลจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของเครื่องมือเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น
2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของทัศนคติต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์และความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ .85, .93, .83 และ .94 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน-ตุลาคม 2558 ในชั่วโมงที่ไม่มีมีการเรียนการสอน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้น

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จทันที ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนจำนวนทั้งสิ้น 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.29

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้โปรแกรมทางสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.75 มีอายุระหว่าง 17-20 ปี ร้อยละ 57.75 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.75

สถานภาพครอบครัวมีบิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.50 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่หอพักกับเพื่อน ร้อยละ 34.00 และอยู่หอพักคนเดียวร้อยละ 31.25

ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ โดยรวมในระดับดีมาก (M = 5.78, SD = 0.57) โดยพบว่าความตั้งใจจะไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ มากที่สุด (M = 5.92, SD = 0.95) รองลงมาคือ ความตั้งใจจะไปขอรับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Mean = 5.89, SD = 0.87) และความตั้งใจจะไปขอรับการตรวจร่างกายจากอาการผิดปกติของร่างกายทางด้านเพศสัมพันธ์ (M = 5.89, SD = 0.96) ตามลำดับ และพบว่าความตั้งใจจะไปขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการทำแท้งน้อยที่สุด (M = 5.56, SD = 1.27) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

รายการ	Mean	SD
1. ความตั้งใจจะไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ	5.81	0.95
2. ความตั้งใจจะไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	5.92	0.95
3. ความตั้งใจจะไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์	5.79	0.88
4. ความตั้งใจจะไปขอรับถุงยางอนามัย	5.66	1.03
5. ความตั้งใจจะไปขอรับยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน หรือฉีดคุมกำเนิด	5.73	0.99
6. ความตั้งใจจะไปขอรับการตรวจร่างกายจากอาการผิดปกติของร่างกายทางด้านเพศสัมพันธ์	5.89	0.96
7. ความตั้งใจจะไปขอรับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	5.89	0.87
8. ความตั้งใจจะไปขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	5.74	1.08
9. ความตั้งใจจะไปขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการทำแท้ง	5.56	1.27
รวม	5.78	0.57

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง กับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศ

สัมพันธ์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .534, p < .001$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง กับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .439, p < .001$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง กับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .617, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา ($n = 400$)

ปัจจัย	ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ (r)	p-value
ทัศนคติ	.534*	<.001
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.439*	<.001
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.617*	<.001

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n = 400$)

ตัวแปรทำนาย	b	Std. Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	40.005				
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.032	.005	.368	6.975	.000
ทัศนคติ	.007	.003	.105	1.981	.048
R = .432b		R ² = .187	SE= 4.673	F= 45.626	p-value<.001

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (normality) ข้อมูลมาจากการสุ่ม (random sampling) มีความสัมพันธ์

เชิงเส้นตรง (linearity) มีค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และ ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

จากตาราง 3 ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทัศนคติสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .001$) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในกลุ่มนี้ได้

สมการทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ

ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ = 0.368 (การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม) + 0.105 (ทัศนคติ)

อภิปรายผล

1. ความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมในระดับดีมาก โดยพบว่าความตั้งใจจะไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ ความตั้งใจจะไปขอรับการการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความตั้งใจจะไปขอรับการตรวจร่างกายจากอาการผิดปกติของร่างกายทางด้านเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก สถานการณ์ข้อมูลทางสาธารณสุข 10 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2548 - 2557 พบประเด็นปัญหาวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและเป็นเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ 5 โรค คือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อนและฝีมะม่วง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องติดต่อกันทุกปี² จากปัญหาดังกล่าวนับเป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องรณรงค์ให้วัยรุ่นไทย รู้จักป้องกันควบคู่กับเอดส์ด้วย จากประเด็นปัญหาดังกล่าวได้เริ่มมีการจัดทำ แผนแม่บทในการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมของเด็กและเยาวชนไทย ในปี 2549 และได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์สถานศึกษาและเยาวชนเข้มแข็ง โดยให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นแกนนำในการรณรงค์แก้ปัญหาสังคมที่เกี่ยวกับเด็กและเยาวชน 2) ยุทธศาสตร์

สังคมมีส่วนร่วม โดยเครือข่ายผู้ประกอบการและชุมชนช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้เกิดขึ้นกับสถานศึกษาและนักเรียน นักศึกษา 3) ยุทธศาสตร์การสื่อสารกับสังคม โดยการใช้สื่อรณรงค์ เพื่อสร้างกระแสสังคมหรือ Air War 4) ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล โดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะเว็บไซต์ การให้บริการทางวิชาการ เช่น โทรศัพท์สายด่วน การให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับนักเรียน นักศึกษา 5) ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาเยาวชนในภาวะวิกฤติ เป็นต้น⁹ จากแผนแม่บทดังกล่าวได้นำมาสู่การปฏิบัติซึ่งได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยรุ่นไทยมีการสนใจและตื่นตัวในเรื่องของเพศสัมพันธ์มากขึ้น สำหรับการศึกษาวิจัยนี้ได้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีวุฒิภาวะด้านการตัดสินใจ อารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นตอนต้น ทำให้มีความต้องการข้อมูลและบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์มากขึ้น ทั้งด้านการไปขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ขอรับการการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และขอรับการตรวจร่างกายจากอาการผิดปกติของร่างกายทางด้านเพศสัมพันธ์

จากผลการวิจัยนี้พบประเด็นปัญหาที่น่าสนใจ กล่าวคือ ความตั้งใจจะไปขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการทำแท้งน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เป็นทั้งกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ด้วยกัน ทำให้ความตระหนักในตนเองที่จะไปขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการทำแท้งมีน้อย หรืออาจเป็นไปได้ว่าปัจจุบันได้มีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (youth friendly health services) และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในสถาบันการศึกษา ซึ่งได้มีการเสนอทางเลือกในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ท่วงคัมกำเนิต หรือ ยาเม็ดคัมกำเนิต สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้งที่ปลอดภัยมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นสามารถจัดการตัวเองในการป้องกันการตั้งครรภ์และเลือกใช้ใช้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัยเมื่อมีการตั้งครรภ์ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในทางตรงข้าม อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์เกิด

ขึ้นจะไม่กล้าเข้าไปขอรับคำปรึกษากับหน่วยบริการทางสุขภาพ แต่เลือกตัดสินใจไปปรึกษาบุคคลอื่นโดยเฉพาะเพื่อนแทน¹⁰ จากรายงานการศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีบทบาทต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น เมื่อวัยรุ่นได้ตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว พ่อแม่ก็จะตัดสินใจให้บุตรสาวแต่งงาน หรือบางกรณี พ่อแม่ก็จะช่วยเหลือบุตรสาวของตนให้ไปทำแท้ง¹¹

2. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา โดยตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.368 รองลงมา คือ ทักษะคิดมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.105 ตัวแปรทำนายทั้งสองตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาได้ร้อยละ 18.7 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen 6 ซึ่งอธิบายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดด้วยตัวแปรสำคัญ 3 ประการคือ ทักษะคิด (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavior control) โดยทักษะคิดเป็นการประเมินทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้น ๆ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทักษะคิดที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทักษะคิดที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (attitude toward the behavior) และเมื่อมีทักษะคิดทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้าบุคคลเชื่อว่า มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลดังตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น⁶ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ⁷ พบว่า ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 24 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชยภูมิ ชูวีระเดช, วิชพรพล ศิลาวรรณ, ตะวันรัตน์ รุ่งปัญญารัตน์¹² พบว่า ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการซื้อถุงยางอนามัยของวัยรุ่นได้ร้อยละ 50¹²

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาได้ ทั้งนี้อาจเกิดจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทั้งกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ด้วยกัน ทำให้ความตระหนักในตนเองที่จะไปขอใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เพื่อนมีน้อย หรืออาจเกิดจากการให้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมและเชิงรุกเพียงพอ รวมถึงสถานที่ให้บริการ การขาดการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่เกี่ยวกับการบริการที่มีอยู่ ทำให้ความตระหนักในตนเองที่จะไปขอใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขมีน้อย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

หน่วยงานควรพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ โดยการวางแผนจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการมารับบริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา โดยเฉพาะการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและทักษะคิดในการมาใช้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(4) : 5-9.
2. กลุ่มงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2548-2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติการคลอดบุตรปี 2556. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2556.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม. ข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอช ไอ วี และพยายามฆ่าตัวตายจากปัญหาทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้ง. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2557.
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์. รายงานข้อมูลการตรวจเลือดค้นหาเชื้อเอช ไอ วี และนักศึกษาที่มีปัญหาทางเพศรุนแรง. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2557.
6. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision process 1991;50(2):179-211.
7. เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา, อูมาพร ปุญญโสพรรณ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรถ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(4) : 70-82.
8. นื่องนุช ฆวีวงศ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา ทอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้บริการสุขภาพด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนในจังหวัดระยอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 20(4): 33-45.
9. กระทรวงศึกษาธิการ. แผนแม่บทในการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมของเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2549 [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก www.moe.go.th/jarawporn/planning_ja49.html;
10. วารุณี พองแก้ว. การพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นตอนต้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ : การขับเคลื่อนระหว่างเยาวชนกับผู้ใหญ่. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
11. Unicef. รายงานการศึกษาสถานการณ์การตั้งครรถ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก https://www.unicef.org/thailand/tha/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf
12. ชยภูมิ ชูวีระเดช, วัชรพล ศิลาวรรณ, ตะวันรัตน์ รุ่งปัญญารัตน์. อิทธิพลของปัจจัยทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมการซื้อถุงยางอนามัย ของกลุ่มวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke Wapipathum Hospital and Service Network

สงบ บุญทองโท¹, นิสากร วิบูลชัย², อองุ่น บุตรบ้านเขว้า³
Sangob Boontongto¹, Nisakorn Vibulchai², A-ngun Buthbankhow³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุม และเครือข่ายบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ถึง กันยายน พ.ศ. 2559 ดำเนินการใน 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบบริการ และ 3) ประเมินผล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะพัฒนาระบบบริการ ได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจรคุณภาพ เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย ระยะประเมินผลพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที การประเมินแรกเริ่มเฉลี่ย 4.39 นาที การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.67 นาที การเตรียมเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหลังได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเฉลี่ย 5.42 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อเฉลี่ย 13.47 นาที และจากการติดตามผลหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และได้มาตรฐาน

คำสำคัญ : ระบบบริการช่องทางด่วน, โรคหลอดเลือดสมอง

^{1,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวาปีปทุม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ABSTRACT

Objective : To develop the fast track service system for patients with stroke in Wapipathum Hospital and service network.

Methods : The study design used an action research process. Participants in the research consisted of patients with stroke, caregivers, and health care providers. The research was conducted from July 2014 to September 2016. The study process was composed of three phases: 1) situational analysis, 2) service process development, and 3) evaluation. Data collection instruments included the data record form for patients with stroke, an evaluation form for practice related to the standard care and referral pathway, questions for interviewing patients and caregivers, and questions for focused group. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Results : Situational analysis phase: problems of fast track service were reported in both process and outcome domains. Development phase: three action research cycles were as following 1) rapid access to stroke fast track 2) patient screening 3) care process 4) development of the standard care and referral pathway and 5) patients follow - up. Evaluation phase: 100% of health care providers followed the standard care and referral pathway. The average duration of symptom onset was 72.22 minutes. The average duration of receiving a rapid assessment, accessing an electrocardiogram, and preparing for referral practices after an initial treatments were 4.39, 3.67, 5.42 minutes, respectively. The total average duration of accessing the special care was 13.47 minutes. There were no patients dead after referring.

Conclusion : The results indicate that the developed fast track service system for patients with stroke help with decreasing duration of accessing the special care of these patients in order to meet the standard of care.

Keywords : Fast track service system, stroke

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke) เป็นโรคอันตรายที่เป็นสาเหตุของการตายมากเป็นอันดับต้นของโลก โดยพบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15 - 59 ปี ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 6,000,000 คน¹ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2557 พบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 176,342 คน หรือคิดเป็น 3 คน ในทุก 2 ชั่วโมง²

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบด้วย ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด หรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้สมอง อุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง ทั้งนี้ ไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และความบกพร่องทางระบบประสาท ที่อาการจะเกิดขึ้น และหายไป ใน 24 ชั่วโมง³ โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุดถึงร้อยละ 80 ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด³

อาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อัมพาตครึ่งซีกหรือซีกครึ่งซีก, มองไม่เห็นครึ่งซีก, พูดจาไม่ชัด, กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก, ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น โดยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดจะสัมพันธ์กับตำแหน่งการขาดเลือด ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี เป็นต้น ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง อาการแสดงมักเกิดขึ้นขณะที่ทำกิจกรรม และเกิดขึ้นทันที ผู้ป่วยจะซึมหรือหมดสติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว อาการแสดงที่ตามมา ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน และอาเจียน เป็นต้น³

การป้องกันไม่ให้เป็นโรค รวมถึงการให้การรักษารวดเร็วทันเวลาที่เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เป็นวิธีการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดเพื่อให้เนื้อสมองได้รับเลือดกลับมาเลี้ยงอย่างทันเวลาที่ ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการได้⁴ ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบบริการ โดยลดขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้การเข้าถึงบริการได้เร็ว และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : RTPA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “Stroke fast track” หรือ “ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง”^{5,6,7} สำหรับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ในปี พ.ศ. 2552 โดยใช้รูปแบบเครือข่ายบริการครบวงจรของแต่ละเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต ทุพพลภาพ และ ความพิการ⁸ ระบบบริการ Stroke fast track ประกอบด้วย

- 1) การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือด

สมอง และช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอย่างถูกต้อง และรวดเร็วเมื่อมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่การซักประวัติที่ชัดเจน การประเมินอาการ สัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่น ๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงส่งตรวจจำนวนเกร็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษาอย่างทันที่ 3) การส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่จำเป็นและการรักษาที่จำเพาะ 4) ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยรังสีแพทย์ 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยา rt - PA ภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ และต้องได้รับการขยายหลอดเลือดสมองด้วยยา rt - PA ภายใน 60 นาที นับจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และ 5) การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ 5 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจึงต้องจำกัดระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่ดีที่สุด

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ F1 ขนาด 90 เตียง เริ่มให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบช่องทางด่วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยมีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่ทำหน้าที่คัดกรอง ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2557 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 5, 49, 96, 87, 89 และ 90 ราย ตามลำดับ⁸ ในการดำเนินงานพบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบบริการช่องทางด่วนและได้รับการส่งต่อล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt - PA ล่าช้าเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2555, 2556, 2557 เท่ากับ 50, 45, 35 นาที ตามลำดับ ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดภายในระยะเวลา

30 นาที⁹ นอกจากนี้พบปัญหาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายมีข้อจำกัดเรื่องการประเมินผู้ป่วย การตัดสินใจและส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลลวาปีปทุม รวมทั้งความไม่ชัดเจนของระบบให้คำปรึกษาในเครือข่ายบริการ ทั้งระหว่างโรงพยาบาลลวาปีปทุมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลมหาสารคาม) และระหว่างโรงพยาบาลลวาปีปทุมกับโรงพยาบาลลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ส่วนคุณภาพการดูแลของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีความไม่ชัดเจนและสับสนในขั้นตอน วิธีจัดการและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น⁹

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยนำแนวคิดระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁶ เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting)¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการและวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์ของระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลวาปีปทุม และ

เครือข่ายบริการ

2. ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ

3. ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลวาปีปทุม และเครือข่ายบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ถึง กันยายน พ.ศ. 2559

พื้นที่ศึกษาโรงพยาบาลลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลลูกข่าย ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอลวาปีปทุม จำนวน 21 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบบริการ จำนวน 12 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลลวาปีปทุม จำนวน 11 คน 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายบริการ จำนวน 26 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ จำนวน 72 คน ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพลวาปีปทุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการ

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ ภูมิสำเนา การมาโรงพยาบาล เวลามาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาดำเนินการขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วน และการเสียชีวิต 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1=ปฏิบัติ, 0=ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการช่องทางด่วน โรงพยาบาลลว้าปีพทุม เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ 2557 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 10 คน 3) สนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลลว้าปีพทุม จำนวน 11 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 8 คน เจ้าหน้าที่/พนักงาน จำนวน 2 คน 4) สนทนากลุ่มในผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายบริการ จำนวน 26 คน โดยเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลลว้าปีพทุม จำนวน 5 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอลว้าปีพทุม จำนวน 21 แห่งๆละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลงจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นส่วนตัวต่อผู้ร่วมโครงการ และได้รับมติระงับในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์

1. การให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital)

ด้านการดำเนินงานเชิงรุก เดิมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่หมายเลขโทรศัพท์ 1669 น้อยมาก ประชาชนไม่ทราบถึงการเรียกใช้เบอร์ 1669 บุคลากรสุขภาพขาดการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้หมายเลข

โทรศัพท์ 1669 ประชาชนส่วนใหญ่มักเรียกใช้เบอร์โทรศัพท์ หมายเลข 043-799486 (เบอร์ตรงโรงพยาบาลวาปีปทุม) โดยไม่ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ทำให้โรงพยาบาลต้องโทรศัพท์แจ้งไปที่ศูนย์สั่งการที่หมายเลข 1669 อีกครั้ง ทำให้เสียเวลา และการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพประจำตำบล (FR) มีน้อย (8 ตำบลจากทั้งหมด 15 ตำบล) นอกจากนี้พบว่าในตำบลที่ยังไม่มีหน่วยกู้ชีพ เมื่อเรียกรถโรงพยาบาล บางครั้งรถโรงพยาบาลติดภารกิจส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้ต้องรอรถโรงพยาบาลซึ่งใช้เวลานานกว่าจะไปถึง ประกอบทั้งผู้แจ้งบอกพิกัดสถานที่ไม่ชัดเจนกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้เสียเวลาในการตามหาผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ประชาชนทั่วไป, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่ทราบว่าการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร เมื่อมีอาการปากเบี้ยว แขน-ขา อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัด คิดว่าอาการไม่สำคัญ ไม่เร่งรีบที่จะมาโรงพยาบาล มีการดูแลกันเบื้องต้นที่บ้านก่อน เมื่อคิดว่าไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลเอง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพตำบล ยังไม่มีความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นก่อนนำส่ง มีข้อจำกัดของบุคลากรผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประเมินผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพและทักษะการคัดกรองเฉพาะโรค ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ บางครั้งแนะนำให้ญาตินำส่งเอง ขาดการเฝ้าระวังอาการและภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ด้านระบบบริการ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลลูกข่าย) กับ โรงพยาบาลวาปีปทุม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ที่ชัดเจน ระบบการรับคำปรึกษา (consult) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ช่องทางการรับคำปรึกษามีหลายช่องทาง ทำให้มีความสับสนและยุ่งยากในการขอคำปรึกษา แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินไม่ได้ให้คำปรึกษาทันทีทำให้เกิดความล่าช้าในการติดต่อประสานงาน

2. การให้บริการที่โรงพยาบาล (hospital)

ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ 1) พยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการด้านหน้า ได้แก่ ศูนย์แปลประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือคนใช้คนงานศูนย์แปล เจ้าหน้าที่เวชสถิติห้องบัตร ยังขาดความรู้ และทักษะในการประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การคัดกรองผิดพลาด ไม่เร่งรีบในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันที บางครั้งผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนไม่ได้เข้าห้องฉุกเฉิน แต่ถูกคัดกรองให้ไปรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) แพทย์ การตรวจวินิจฉัยของแพทย์ยังมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้า การจัดระบบการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทันทียังไม่ชัดเจน ทำให้มีโอกาสที่แพทย์ที่ประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งมีเพียง 1 คน จะไม่ได้ตรวจประเมินผู้ป่วยทันที เมื่อมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก 3) พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังขาดความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน การมอบหมายงานหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละเวรปฏิบัติการยังไม่ชัดเจน 4) พยาบาลเวรส่งต่อ (refer) ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่บนรถส่งต่อยังไม่เพียงพอ และมีการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

ด้านระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร การจำแนกประเภทผู้ป่วย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่จุดบริการประชาสัมพันธ์ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการประเมินทันทีภายในเวลาที่กำหนด แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การติดต่อประสานงานกับหน่วยยานพาหนะ การตามรถส่งต่อล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า การขอรับคำปรึกษา จากโรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ยังมีปัญหาเรื่องการติดต่อประสานงาน ใช้เวลานานในการรอรับคำปรึกษา และไม่มีคนรับผิดชอบที่ชัดเจนในการรับคำปรึกษา ส่วนใหญ่ติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งข้อมูล/ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาสารคามทาง

โทรสารมีขั้นตอนที่ยุงยาก

3. การให้บริการขณะส่งต่อผู้ป่วย (post-hospital)

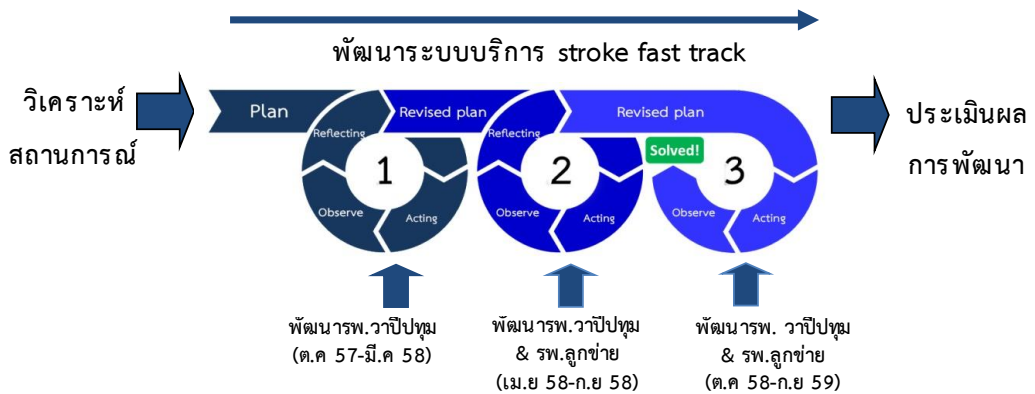
ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินขณะรอการนำส่งไปโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลนำส่งยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะส่งต่อ ยังไม่มีระบบการติดต่อประสานงานและขอคำปรึกษาระหว่างนำส่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแย่งขณะนำส่งบนรถ และการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และ

ผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนากระบวนการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย

การพัฒนากระบวนการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร ดังนี้ (ดังแผนภาพ 1)



ภาพ 1 วงจรการพัฒนากระบวนการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วงจรที่ 1 : การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุม (ตุลาคม 2557 - มีนาคม 2558) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการให้บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 44 คน

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล เจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการจัดประชุม/อบรมภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก

4. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานยานพาหนะในการประสานเวลาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายใน

2 นาทีที่รถ refer ต้องมาถึงหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อส่งต่อไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความหลากหลายหลายในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยยังล่าช้า

วงจรที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ (เมษายน 2558- กันยายน 2558) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) และกำหนดให้มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนในแต่ละเวรปฏิบัติการ

2. นำแนวคำถามอาการเตือนภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง (Face drooping, Arm weakness, Speech difficulty, Time to call 1669; FAST score) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หน่วยบริการด้านหน้าของโรงพยาบาล พร้อมทั้งสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับรับรู้การปฏิบัติงานในระบบบริการช่องทางด่วน สามารถคัดกรองผู้ป่วยขั้นต้นได้โดยใช้ FAST score และนำส่งผู้ป่วยไปที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพร้อมแจ้งให้พยาบาลประจำแผนกทราบเพื่อรับผู้ป่วยและดูแลได้ทันที

3. ร่วมกับเครือข่ายบริการในระบบบริการช่องทางด่วน จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่งในจังหวัดมหาสารคามพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (clinical nursing practice guideline) และพัฒนาระบบรับคำปรึกษา (consult) จากโรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

(line)

4. ประชุมชี้แจงบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่ง และกู้ชีพตำบล จำนวน 8 แห่ง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน

5. ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบลที่ยังไม่มีหน่วยกู้ชีพ ให้มีการตั้งหน่วยกู้ชีพ FR เพิ่มขึ้น เพื่อขยายเครือข่ายการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และให้บริการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั่วถึงและรวดเร็วขึ้น

6. ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 เป็นอันดับแรก ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน รวมทั้งติดเบอร์โทร 1669 ช่างรถกู้ชีพตำบล และรถ refer ของโรงพยาบาล รวมทั้งให้กู้ชีพตำบลประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการรถนำส่งของกู้ชีพตำบล

7. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น ติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน กระจายเสียงในหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน เสียงทางวิทยุชุมชน และให้ข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข

8. จัดอบรมให้ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นแก่ บุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และกู้ชีพตำบลทุกแห่ง

9. สนับสนุนให้บุคลากรผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังทุกเดือน

10. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ตั้งแต่ระดับชุมชน /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล /โรงพยาบาลชุมชน

11. จัดระบบให้คำปรึกษาทางแอปพลิเคชันไลน์ (line) ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่ง (โรงพยาบาลลูกข่าย) กับโรงพยาบาลวาปีปทุม รวมทั้งการจัดหาเครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัยและมีศักยภาพสูงในการใช้งาน ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา (tablet) แก่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลลูกข่ายทุกแห่ง

12. ทำข้อตกลงร่วมกันนำ FAST score มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน ของโรงพยาบาลวาปีปทุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวาปีปทุม จำนวน 21 แห่ง (โรงพยาบาลลูกข่าย)

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลลูกข่ายองค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง มีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง บุคลากรผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นมากขึ้น กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา และการประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลวาปีปทุมกับโรงพยาบาลลูกข่าย ทั้ง 21 แห่ง มีความชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

วงจรถัดไป: การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ (ตุลาคม 2558- กันยายน 2559) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. ลดขั้นตอนการรอคอยที่หน่วยบริการด้านหน้า โดยให้คัดกรองผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แล้วให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรออกเอกสารประวัติผู้ป่วยในระบบ paperless ทันทีโดยไม่ต้องรอคิว

2. พัฒนาระบบการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้รวดเร็วขึ้น โดยกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นรายบุคคล ในการซักประวัติ ประเมินอาการ ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ การรายงานแพทย์ การติดต่อประสานงาน การบริหารจัดการในการส่งต่อผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลผู้ป่วยกับ

โรงพยาบาลแม่ข่าย(โรงพยาบาลมหาสารคาม)

3. จัดทำแผนผังการดูแลผู้ป่วย (flow chart) ในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และติดประชาสัมพันธ์ที่หน่วยบริการด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

4. จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแล และระบบขอคำปรึกษาขณะส่งต่อ กรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่

5. ทบทวนระบบให้คำปรึกษา (consult) ระหว่างโรงพยาบาลวาปีปทุมและโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง 21 แห่ง โดยสามารถขอคำปรึกษาแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทาง line ได้ทันที โดยในเวรเช้าเวลาราชการได้จัดให้มีแพทย์ตรวจที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 2 คน ส่วนนอกเวลาราชการได้จัดให้มีห้องพักแพทย์เวรอยู่ใกล้กับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถรายงานแพทย์ได้ทันที

6. ทบทวนระบบการให้คำปรึกษา (consult) และหน่วยกู้ชีพตำบล โดยกำหนดให้ใช้ช่องทางวิทยุสื่อสารอย่างเดียวเพื่อความสะดวก รวดเร็ว

7. ทบทวนความรู้ และทักษะในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่พยาบาลในโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง 21 แห่ง ในการวินิจฉัยเบื้องต้นเพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

8. จัดทำระบบการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (line)

จากการดำเนินงานในระยะที่ 3 พบว่า กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา การประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลวาปีปทุมกับโรงพยาบาลลูกข่าย ทั้ง 21 แห่ง และโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

การประเมินผล (ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวาปีปทุมทั้งหมด จำนวน 82 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 43.90) และกลุ่มผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลเกิน 180 นาที จำนวน 46 คน

(ร้อยละ 56.10) โดยมีสาเหตุสำคัญของการมาโรงพยาบาล
 ล่าช้า คือ ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
 สมองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้น และได้ใช้บริการการแพทย์
 ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 ร้อยละ 19.57

สำหรับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ในระบบบริการช่องทางด่วนพบว่า มีอายุเฉลี่ย 64.92 ปี
 (SD = 13.86) อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี

ร้อยละ 91.67 เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.67 เพศหญิง ร้อยละ
 58.33 มีภูมิลำเนานอกเขตตำบลวาปีปทุม ร้อยละ 72.22
 ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ร้อยละ 75
 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ผ่าน 1669 ร้อยละ 25
 มาถึงโรงพยาบาลในช่วงเวลา 08.00-16.00 ร้อยละ 55.56
 มีปัจจัยเสี่ยงสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.56 ความดันโลหิตสูง
 ร้อยละ 25 (ดังตารางที่)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน

ลักษณะ	จำนวน (n = 36)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<45	3	8.33
>45	33	91.67
อายุเฉลี่ย (M±SD)	64.92±13.86	
ช่วงอายุ	(21-95)	
เพศ		
ชาย	15	41.67
หญิง	21	58.33
ภูมิลำเนา		
ในเขตตำบลวาปีปทุม	10	27.78
นอกเขตตำบลวาปีปทุม	26	72.22
การมาโรงพยาบาล		
มาด้วยตนเอง	27	75
ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	9	25
เวลามาถึงโรงพยาบาล		
08.00-16.00 น.	20	55.56
16.01-24.00 น.	9	25.00
00.01-08.00 น.	7	19.44
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	11	30.56
ไม่สูบบุหรี่	25	69.44

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (n = 36)	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยง		
ไม่มี	19	52.78
ความดันโลหิตสูง	9	25.00
เบาหวาน	1	2.78
หัวใจ	1	2.78
หลอดเลือดสมอง	3	8.33
เบาหวาน + ความดันโลหิตสูง	2	5.56
หัวใจ+ความดันโลหิตสูง	1	2.78
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะขาดเลือด	25	69.44
โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง	7	19.44
โรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น ๆ	4	11.11

3.1 ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและเครือข่ายบริการ มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100

3.2 ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในระบบบริการทางด่วน และ 2) ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ดังนี้
ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน (มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180

นาที) พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที (SD. = 43.15) ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินแรกรับเฉลี่ย 4.39 นาที (SD. = 2.75) การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าใช้เวลาเฉลี่ย 3.67 นาที (SD. = 4.84) การส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) หลังแพทย์วินิจฉัยใช้เวลาเฉลี่ย 5.42 นาที (SD. = 1.42) รวมระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนถึงส่งต่อใช้เวลาเฉลี่ย 13.47 นาที (SD. = 6.27) และจากการติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อในระบบบริการช่องทางด่วน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ^{5,6,7}	ผลลัพธ์ (M±SD)
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล	≤ 180 นาที	72.22±43.15
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการประเมินสภาพ	≤ 5 นาที	4.39±2.75
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า	≤ 5 นาที	3.67±4.84
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนถึงส่งต่อหลังวินิจฉัยเป็น Stroke	≤ 5 นาที	5.42±1.42
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ	≤ 20 นาที	13.47±6.27

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 จนถึง 2559 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพโดยสามารถลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการในขั้นตอนต่าง ๆ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคืบต่อไป ในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนนี้ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป ในส่วนที่มีการปฏิบัติได้ผลดีบรรลุเป้าหมายแล้ว ทีมผู้วิจัยได้กำหนดให้มีการปรับปรุงค่าเป้าหมายที่ทำหายนามากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจรปฏิบัติการใหม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ 1 วงจร แต่ละวงจรปฏิบัติการได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบท และ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร

จากวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่ามีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันของเครือข่ายบริการในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบการคัดกรองผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา/รับปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับของโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย สอดคล้องกับการรายงานข้อมูลการพัฒนาเครือข่าย stroke fast track ของสมศักดิ์ เทียมเก่า¹¹ ที่พบว่า การพัฒนาการให้บริการในระบบบริการช่องทางด่วนจะเน้นหนักไปที่การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ และสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและต้องดำเนินการไปพร้อมกัน คือ การขยายเครือข่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนต้องเน้นหนักเรื่องการให้ความรู้ต่อชุมชน การส่งต่อและรับกลับที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงสถานบริการที่มีศักยภาพ ลดอัตราตาย ความพิการและการเป็นภาระของผู้ป่วย เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาโดยการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน และลดขั้นตอนต่างๆในระบบการให้บริการที่จะทำให้เสียเวลาลง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) ได้รับยาฉีด tPA ทันในเวลาที่กำหนด (door to needle time) แต่จากผลการศึกษาได้พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.10) มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า (ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล เกิน 180 นาที) โดยสาเหตุสำคัญ คือ ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการเตือนที่เกิดขึ้น และในจำนวนนั้นใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 เพียงร้อยละ 21.74 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูลและคณะ¹² ที่พบว่า การเรียกใช้บริการผ่านช่องทาง 1669 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีน้อย เพียงร้อยละ

23.02 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวรรณทิพย์เนตร และ วชิร ชนะบุตร¹³ ที่สำรวจความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน พบว่า ร้อยละ 20.2 มีความรู้เรื่องอาการเตือนว่ามีอาการหน้าเบี้ยว รองลงมาคือ อาการเดิน ลำบาก พูดไม่ชัด และอาการปวดศีรษะ และเข้าใจว่าหากมีอาการโรคหลอดเลือดสมองแล้วควรนำส่งโรงพยาบาลทันที ร้อยละ 49.8 โดยใช้บริการโทรสายด่วน 1669 แทนที่เพียงร้อยละ 30.4 ส่วนระยะเวลาที่ต้องให้การดูแลเร่งด่วนหากมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง มีเพียงร้อยละ 63.6 ที่ทราบว่าในระยะเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมง จากการศึกษาของ Fussman, Rafferty, Lyon-Callo, Morgenstern, Reeves¹⁴ พบว่า มีเพียงร้อยละ 27.6 ของประชาชนทั่วไปที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถบอกอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง 3 อาการเตือนหลัก และมีเพียงร้อยละ 14 ที่จะเรียกใช้บริการโทรแจ้ง 911 ในระบบช่องทางด่วน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duque และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ประชาชนยังขาดความตระหนักในอาการเตือน ของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ 3 อาการเตือนหลัก (พูดจาไม่ชัด, อัมพาตครึ่งซีกหรือซีกครึ่งซีก, ปากเบี้ยว) และเรียกใช้บริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นยืนยันว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ รวมถึงการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเตือน โดยเรียกใช้บริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีน้อย ดังนั้นในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาในประเด็นช่องทางประชาสัมพันธ์ที่สร้างเสริมความตระหนักเกี่ยวกับอาการเตือนและการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เกิดจากการมองเห็นความสำคัญของปัญหาาร่วมกัน นโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดลงมาตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลลูกข่าย การมีพันธะสัญญาร่วมกันในการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล

แม่ข่ายและเครือข่ายบริการ การให้คุณค่าและกำลังใจในทีมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่อง และกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายในแต่ละขั้นตอนการบริการ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการดำเนินการด้านสุขภาพ (health action) ที่มุ่งเน้นการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในอาการเตือน และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนที่คำนึงถึงความน่าสนใจของกิจกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและประสิทธิผลของโปรแกรมที่คงอยู่และยาวนานขึ้น (sustainability)
3. ควรมีการวิเคราะห์คุณภาพการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชนกับบริการที่ได้รับจริง การสนับสนุนและความร่วมมือจากผู้บริหารในชุมชน และการควบคุมคุณภาพปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างจริงจัง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาการเข้าถึงบริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [internet]. 2016 [cited July 3, 2016]. Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

3. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease 2000. 2006 [cited August 30, 2017]. Available from: www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular_diseases_stroke.pdf.
4. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke : American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133(6 Suppl):630S-669S.
5. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทางด่วนพิเศษสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บและโรคหลอดเลือดหัวใจ-สมอง เขต 12 คู่มือการดูแลผู้ป่วยในระบบทางด่วนพิเศษสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เขต 12. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินติ่ง จำกัด; 2555.
6. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke : a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013;44:870-947.
7. American Heart association/American Stroke Association. Target : stroke campaign manual. American Heart Association; 2014.
8. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประจำปีงบประมาณ 2552-2557. มหาสารคาม : โรงพยาบาลวาปีปทุม; 2557.
9. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานสรุปการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง. มหาสารคาม : โรงพยาบาลวาปีปทุม; 2557.
10. Kemmis S, McTaggart R (eds.). The action research planner. Victoria, Australia : Deakin University Press; 1988.
11. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่าย STROKR FAST TRACK. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 28 (suppl) : 315-319.
12. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล, นิสากร วิบูลชัย, วิไลพร พิณนาดีเลิศ, จุลินทร ศรีโพชนัน, เบญจพร เองวานิช. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(2):80-95.
13. นันทวรรณ ทิพยเนตร, วชิร ชนะบุตร. รายงานการวิจัย เรื่อง ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สาขาเวชกิจฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
14. Fussman C, Rafferty AP, Lyon-Callo S, Morgenstern LB, Reeves MJ. Lack of association between stroke symptom knowledge and intent to call 911 : a population-based survey. Stroke 2010; 41(7):1501-7.
15. Duque AS, Fernandes L, Correia AF, Calvino I, Cardoso G, Pinto M, et al. Awareness of stroke risk factors and warning signs and attitude to acute stroke. International Archives of Medicine [internet]. 2015 [cited Nov 4, 2017]. Available from : <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1236>.

ชุดนวัตกรรมส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การสร้างนวัตกรรม

Innovative Set to Promote Arms and Shoulders Exercise after Breast Surgery : From Evidence Based Practice to Innovation

อนุชา ไทยวงษ์¹, นฤมล เอนกวิทย์², วิรัตน์ดา สาระโกศ³
นัทวัฒน์ อุราแก้ว⁴, นฤมล จิตสวา⁵, น้ำฝน แฝ้วพลสง⁶, เบญจวรรณ จันท์⁷,
มาลินี ปฏิทินโต⁸, ลักขณา รัตนพลแสน⁹ และ สุนิสา มาแก้ว¹⁰
Anucha Taiwong¹, Narumon Anekwit², Wiratda Saraphok³
Nuttawat Uraekaw⁴, Narumon Jitsawa⁵, Namfon Phawpolsong⁶, Benjawan Janthee⁷,
Malinee Phatithanto⁸, Lakkana Rattanapholpan⁹ and Sunisa Makaew¹⁰

บทคัดย่อ

ภาวะข้อไหล่ติดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้มากกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารแขนและไหล่จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการป้องกันภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งเริ่มตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดจนกระทั่งหลังการผ่าตัดโดยการสอนและให้คำแนะนำ การฝึกปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ชุดนวัตกรรมส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและทันสมัย ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม 2) แบบบันทึกการบริหารแขนและไหล่ประจำวัน 3) แฟ้มการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด และ 4) สิ่งประดิษฐ์ถุงพุงเดรน ชุดนวัตกรรมนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะข้อไหล่ติดที่มีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัดเต้านม ตลอดจนส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านต่อไป

คำสำคัญ : การผ่าตัดเต้านม, ภาวะข้อไหล่ติด, การบริหาร, นวัตกรรม

¹ พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

² ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

^{4,5,6,7,8,9,10} นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ABSTRACT

Frozen shoulder is a major complication found more than 50% in breast cancer patients who undergo surgery. Promoting arms and shoulder exercise is an essential nursing care to prevent frozen shoulder that should be prepared in pre-operative phase until post-operative phase through teaching method, skill training, monitoring and evaluation. The innovation set to promote arms and shoulders exercise after breast surgery was developed from reliable and modern evidence based practices. It comprised of 1) care plan for patients undergoing breast surgery, 2) daily recording form of arm and shoulder exercise, 3) pre-surgery information files and 4) invention drain bag. The innovation will be an important tool in clinical nursing practice to prevent frozen shoulder effectively after breast cancer surgery. It also promotes better quality of life for patients at home.

Keywords : Breast cancer surgery, Frozen shoulder, Exercise, Innovation

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา^{1,2} โดยมีอุบัติการณ์การเกิดมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทย คิดเป็น 24.66 ต่อประชากรแสนคน² และมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 22.10 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด⁴ การรักษาด้วยการผ่าตัดสำหรับมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy) หรือบางส่วน (partial mastectomy) และการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดหรือบางส่วน (axillary lymph node dissection) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินโรค⁵ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง (ร้อยละ 8-70) อาการชาแขน (ร้อยละ 58.5) อาการปวด (ร้อยละ 39) อาการน้ำเหลืองขังใต้แผลผ่าตัด (ร้อยละ 25) ภาวะแขนอ่อนแรง (ร้อยละ 25-27) ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (ร้อยละ 1-20) และภาวะเลือดออก (ร้อยละ 2-10)⁶

ภาวะข้อไหล่ติดหรือความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย⁶⁻⁹ พบบ่อยในการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (total mastectomy with axillary

lymph node dissection) และการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ (breast conserving surgery)¹⁰ โดยที่การผ่าตัดดังกล่าวจะมีการตัดกล้ามเนื้อหน้าอกบางส่วน ทำให้กล้ามเนื้อหน้าอกสั้นลง มีการดึงรั้งและพังผืดที่บริเวณกล้ามเนื้อ การยึดและหดของเส้นเอ็น กล้ามเนื้อไหล่ และหน้าอกเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการหมุนแขนเข้าด้านใน และการกางแขนออก มีการดึงรั้งของข้อไหล่และเกิดความเจ็บปวด นอกจากความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จะลดลง และเกิดภาวะข้อไหล่ติด¹⁰⁻¹¹ แล้วยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ของแขนและไหล่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยเฉพาะหากเกิดกับแขนข้างที่ถนัดและใช้งานบ่อย อาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลง รวมไปถึงคุณภาพชีวิต^{6-9, 12-15}

จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้เขียนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การสนทนากลุ่ม (focus group) ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดเต้านม พบว่าอาการปวดแผล (5 ใน 10 ราย) การมีสายและขวดท่อระบาย (6 ใน 10 ราย) ความวิตกกังวลต่อการดึงรั้งของสายท่อระบาย (7 ใน 10 ราย) และขาดแรงจูงใจในการบริหารแขนและไหล่ (4 ใน 10 ราย) เป็นข้อจำกัดและอุปสรรคที่สำคัญต่อการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ

ธิติมา กนกปราน, ผ่องศรี ศรีมรรค, ศิริอร สิ้นธุ, และ สีสวงค์ จุฑาภิสิทธิ์ ซึ่งพบว่า ทั้งอาการปวดแผลและข้อไหล่ หลังผ่าตัด อาการชาที่แขนข้างที่ทำผ่าตัด ความวิตกกังวล ความกลัว ขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ขาดความสม่ำเสมอในการบริหารแขนและข้อไหล่ ขาดผู้ดูแล และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อการบริหารแขนและไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้⁸ เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมของ จิราภรณ์ มากคำ, สุรีพร ธนศิลป์ และนพมาศ พัดทอง ที่พบว่าผู้ป่วยมักขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ไม่กล้าที่จะบริหารข้อไหล่ กลัวต่อระบายนหลุด กลัวแผลแยก และไม่สามารถจดจำท่าในการบริหารข้อไหล่ได้⁶ สะท้อนให้เห็นว่า ถ้าสามารถลดหรือจัดการกับข้อจำกัดหรืออุปสรรคเหล่านี้ ผู้ป่วยก็จะสามารถบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดได้ตาม¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดตาม สามารถลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะข้อไหล่ติดได้ ช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อ และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{6-8, 11-16} ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทและสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยของพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว จึงนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติด เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลได้อย่างไร

ในปัจจุบันได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย โดยใช้หลักฐานที่ดีที่สุดจากองค์ความรู้จากงานวิจัย บูรณาการเข้ากับประสบการณ์ทางคลินิก ความรู้ความชำนาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ตลอดจนบรรลุเป้าหมายของการดูแลเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ¹⁷ เช่นเดียวกันกับการป้องกันภาวะข้อไหล่ติดด้วยการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดตามดังที่กล่าวข้างต้นที่แสดง

ให้เห็นว่าการปวดแผล การมีสายและขวดต่อระบาย และความวิตกกังวลต่อการดื่งรั้งของสายต่อระบาย เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการบริหารแขนและข้อไหล่หลังการผ่าตัดตาม^{6,8,11} จึงสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล ตามแนวคิดของ Flemming & Fenton ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน¹⁷ ดังนี้

1. ขั้นระบุสถานการณ์ปัญหา ค้นหาปัญหาโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) และประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ประเด็นปัญหา สรุปได้ดังนี้ 1) อาการปวดแผลผ่าตัดตาม^{8,11,16} ซึ่งจะปวดมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังการผ่าตัด 2) การมีสายและขวดต่อระบาย^{6,16} 3) ความวิตกกังวลและกลัว^{6,8,16} 4) ขาดแรงจูงใจในการบริหารแขนและไหล่⁸ เป็นอุปสรรคในการบริหารแขนและข้อไหล่

2. ขั้นตั้งคำถาม ตั้งคำถามตามหลักของ PICO Framework เพื่อใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ Breast cancer, Complication, Exercise, Physiotherapy, การผ่าตัดตาม, การบริหารแขนและไหล่ และโปรแกรมบริหารแขนและไหล่

3. ขั้นการสืบค้นหลักฐานเพื่อตอบคำถาม สืบค้นหลักฐานในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Cochrane, Medline ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย และจากวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี พบรายงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 18 เรื่อง

4. ขั้นประเมินความตรงของหลักฐาน คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ค้นหางานวิจัยฉบับเต็มจากวารสาร รวมงานวิจัยที่ค้นได้ 18 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับใหม่ของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing; AACN) คือ ระดับ A การวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-

analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมหรือการ สังเคราะห์ห่อหุ้มงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผลการศึกษา สอดคล้องกับกิจกรรม การจัดกิจกรรม หรือการรักษา ระดับ B งานวิจัยเชิงทดลองที่มีทั้งการสุ่ม (randomized controlled trial) และไม่มี การสุ่ม กลุ่มทดลองที่มีการ ออกแบบงานวิจัยอย่างดี และมีผลการศึกษาสอดคล้องกับ กิจกรรมการจัด การกระทำหรือการรักษา ระดับ C งานวิจัย เชิงคุณภาพ (qualitative studies) งานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive studies) หรือการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational studies) การทบทวนวรรณกรรม แบบบูรณาการ การทบทวนวรรณกรรมอย่าเป็นระบบ

(systematic reviews) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม ทดลองที่มีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ระดับ D มาตรฐานขององค์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีการ ศึกษาทางคลินิกสนับสนุนคำแนะนำ ระดับ E ข้อคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญที่อ้างอิงบนพื้นฐานของทฤษฎีหรือการรายงานกรณี ศึกษา และระดับ M คำแนะนำจากผู้ผลิตเท่านั้น

พบงานรายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถ นำมาใช้สร้างนวัตกรรมได้จำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วยระดับ A, B, C และ D จำนวน 1, 3, 2 และ 1 เรื่อง สรุปประเด็น สิ่งค้นพบได้ ดังตาราง 1

ตาราง 1 รายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์และสิ่งค้นพบ

รายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์/ผู้ศึกษา	ระดับหลักฐาน	สิ่งค้นพบ/ประเด็นการนำมาใช้
Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment (2010) ¹²	ระดับ A	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบริหาร แขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม 2. การบริหารแขนและไหล่ในวันที่ 1-3 หลัง การผ่าตัด จะเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของแขน และไหล่ ทำให้การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ ดีขึ้น 3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เป็น ปัจจัยส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่
ผลของโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ต่อ ความสามารถในการบริหารและภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (2552) ⁷	ระดับ B	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่ ช่วยเพิ่มองศาการ เคลื่อนไหวของแขนและไหล่ 2. การบริหารแขนและไหล่ประกอบด้วย 9 ท่า 3. การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดโดยการ ให้ความรู้ฝึกและสาธิตย้อนกลับการบริหารแขน และไหล่ อย่างถูกวิธี 4. ประเมินอาการปวด และให้ยาบรรเทาอาการ ปวดตามแผนการรักษาในรายที่จำเป็น 5. ติดตามและกระตุ้นการบริหารแขนและไหล่ ทางโทรศัพท์ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ตาราง 1 รายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์และสิ่งค้นพบ (ต่อ)

รายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์/ผู้ศึกษา	ระดับหลักฐาน	สิ่งค้นพบ/ประเด็นการนำมาใช้
ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการบริหารข้อไหล่ที่บ้านต่อองศาการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม (2557) ⁸	ระดับ B	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่ ช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ 2. การบริหารแขนและไหล่เมื่อกลับบ้านประกอบด้วย 11 ท่า 3. การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 1 โดยการให้ความรู้ แจกคู่มือโปสเตอร์ฝึกและสาธิตย้อนกลับการบริหารแขนและไหล่
The Effectiveness of Early Rehabilitation in Patients With Modified Radical Mastectomy (2008) ¹³	ระดับ B	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม ช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ 2. เริ่มการบริหารแขนและไหล่ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด โดยมีการเพิ่มองศาของการเคลื่อนไหวขึ้นในแต่ละวัน
Effectiveness of exercise programmes on shoulder mobility and lymphoedema after axillary lymph node dissection for breast cancer: systematic review (2010) ¹⁴	ระดับ C	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่ ในช่วงสัปดาห์แรก ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่และองศาการเคลื่อนไหวของแขนและไหล่
Effectiveness of Postoperative Physical Therapy for Upper-Limb Impairments After Breast Cancer Treatment: A Systematic Review (2015) ¹⁵	ระดับ C	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่ ช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะข้อไหล่ติดได้ ควรเริ่มทำตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด 2. ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารแขนและไหล่ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน
Exercises after Breast Surgery (2011) ¹⁶	ระดับ D	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบริหารแขนและไหล่ วันละ 3-4 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด จะเพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ทำให้การเคลื่อนไหวของแขนและไหล่ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะข้อไหล่ติด 2. ขวดและสายท่อระบาย อาการปวดแผล และอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ เป็นข้อจำกัดต่อการบริหารแขนและไหล่ 3. การฝึกการหายใจเข้าลึกๆจะช่วยส่งเสริมการขยายตัวของหน้าอก

5. ขั้นการตัดสินใจและการนำไปใช้ใน: สร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล วิเคราะห์และตัดสินใจนำประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์ร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิก แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสุขภาพเกิดเป็น “ชุดนวัตกรรมส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม” ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม 2) แบบบันทึกการบริหารแขนและไหล่ประจำวัน 3) แฟ้มการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด และ 4) สิ่งประดิษฐ์ถุงพุงเดรน (Drain) ดังนี้

1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ประกอบด้วย ประเด็นสำคัญได้แก่ R = Rehabilitation (การบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม) O = Observe & Assessment (การสังเกตและการประเมินสภาพผู้ป่วย) I = Intervention & Information (กิจกรรมการพยาบาลและการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ) E = Empowerment & Evaluation (การเสริมแรงและการติดตามประเมินผล) T = Treatment (แผนการรักษา) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด 1 วัน ระยะหลังผ่าตัด 24 ชม ระยะฟื้นฟู และระยะก่อนกลับบ้าน

ระยะก่อนการผ่าตัด 1 วัน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเต้านม เช่น ภาวะแขนบวม ภาวะข้อไหล่ติด และอาการปวด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านม⁷⁻⁸ สอนและสาธิตทำในการบริหารแขนและไหล่ 9 ท่า⁷ โดยนำญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ฝึกการบริหารแขนและไหล่ อย่างถูกวิธีตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนเกิดความมั่นใจ และแจกแผ่นพับสำหรับการอ่านทบทวนเมื่อต้องการ⁹ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดเต้านม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลได้ซักถาม และการเตรียมความพร้อมทั่วไปก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินอาการปวดและดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเมื่อจำเป็น ติดตามกระตุ้นการบริหารแขนและไหล่ในท่าที่ 17 โดยให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้น และให้กำลังใจ⁹ ดูแลการทำงานของท่อนหายใจให้มีประสิทธิภาพ และให้การพยาบาลตามปกติ

ระยะฟื้นฟู ประเมินอาการปวดและดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเมื่อจำเป็น ติดตามกระตุ้นการบริหารแขนและไหล่ท่าที่ 1-6 ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด และครบทุกท่าหลังการผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 3 ขึ้นไป⁷ ให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นและให้กำลังใจ⁹ ดูแลการทำงานของท่อนหายใจให้มีประสิทธิภาพ ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น และให้การพยาบาลตามปกติ

ระยะก่อนกลับบ้าน แนะนำการบริหารแขนและไหล่ต่อเนื่องที่บ้าน¹⁵ ยาที่ได้รับและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ให้ข้อมูลการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นการบริหารแขนและไหล่ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และระยะหลังผ่าตัด 1 เดือน⁷

ภาพ 1 : แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

กิจกรรม	ระยะก่อนการผ่าตัด	ระยะหลังผ่าตัด 24 ชม	ระยะฟื้นฟู	ระยะก่อนกลับบ้าน
R = Rehabilitation หมายถึง การบริหารข้อและไหล่หลังการผ่าตัดด้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแขนบวม และภาวะข้อไหล่ติดแข็ง	- สอนและสาธิตวิธีออกกำลังกายท่าที่ 1-9 - ประเมินความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด	- ออกกำลังกายในท่าที่ 1 - Observe Pain โดยใช้ visual analog scale - Observe Drain โดยการบันทึกปริมาณ content/วัน	- วันที่ 1 หลังการผ่าตัด บริหารข้อและไหล่ท่าที่ 1-5 - วันที่ 2 หลังการผ่าตัด บริหารข้อและไหล่ท่าที่ 1-6 - วันที่ 3-7 หลังการผ่าตัด บริหารข้อและไหล่ท่าที่ 1-9	- แนะนำการบริหารข้อและไหล่ต่อเนื่องที่บ้าน
O = Observe & Assessment หมายถึง การสังเกตและการประเมินสภาพผู้ป่วย ในระยะต่างๆ	- ใช้อุปกรณ์วัดและภาวะแทรกซ้อน - เตรียมความรู้พื้นฐาน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งเต้านม และแนะนำวิธีการบริหารแขนและข้อไหล่ภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม	- ให้อุปกรณ์การออกกำลังกาย - เรื่องการเลื่อนหลอดของ Drain - เรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการกิจกรรม	- Observe Pain โดยใช้ visual analog scale - Observe Drain โดยการบันทึกปริมาณ content/วัน - Observe ภาวะแทรกซ้อน *Seroma บวม *ข้อไหล่ติด *ติดเชื้อ - ให้อุปกรณ์การออกกำลังกาย - เรื่องการเลื่อนหลอดของ Drain - เรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการกิจกรรม	- แนะนำการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยแพทย์ก่อนกำหนดคือ มีไข้สูง มีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแผล
I = Intervention & Information หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลและการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ ในระยะต่างๆ	- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย - ให้อุปกรณ์มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย	- ให้อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน - ติดตามและกระตุ้นการบริหารแขนและไหล่ทางโทรศัพท์ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
E = Empowerment & Evaluation หมายถึง การสร้างพลังอำนาจหรือเสริมแรง เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ การติดตาม และประเมินผล	- ดูแลให้เส้นใยอินทรีย์รับการผ่าตัด - การทำความสะอาดร่างกาย - ดูแลดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด - เช็ดปัสสาวะและล้างที่ผ่าตัดให้ตรงกับผู้ป่วย	- ให้อุปกรณ์ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้อาเมื่อปวดระดับปานกลาง - ระดับมาก Pain scale= 4-10 score	- ให้อุปกรณ์ปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้อาเมื่อปวดระดับปานกลาง - ระดับมาก Pain scale = 4-10 score	- Dressing แผล ,off drain
T = Treatment หมายถึง แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ				

2) แบบบันทึกการบริหารแขนและไหล่ประจำวัน พัฒนามาจากแบบบันทึกการบริหารแขนและไหล่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของนางนุช ทากัณหา, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2553) ประกอบด้วย 9 ท่า คือ 1) ท่ากำลูกบอล 2) ท่ากางแขนเข้าออก 3) ท่านั่งเลื่อนผ้าเข้า-ออก 4) ท่ายกมือขึ้นลง 5) ท่าปั่นด้าย 6) ท่าป็นหน้าผาด้านหน้า 7) ท่ากั๊งฟู 8) ท่าประสานมือไปด้านหลัง และ 9) ท่าป็นหน้าผาด้านข้าง⁷ บริหารแขนและไหล่ท่าละ 10 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง เข้า-กลางวัน-เย็น^{7, 10} ในช่วงหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก บริหารแขนและไหล่ท่าที่ 1, วันที่ 1 หลังการผ่าตัดบริหารแขนและไหล่ท่าที่ 1-5 วันที่ 2 หลังการผ่าตัดบริหารแขนและไหล่ท่าที่ 1-6 และครบทุกท่าหลังการผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 3 ขึ้นไป⁷ (ภาพที่ 2)

3) เพิ่มการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านม ประโยชน์ของการบริหารแขนและไหล่ และทำการบริหารแขนและไหล่ 9 ท่า⁷⁻⁸ เพื่อใช้ประกอบการสอนและการสาธิตย้อนกลับ (ภาพที่ 3)

ภาพ 3 เพิ่มการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด



4) สิ่งประดิษฐ์ถุงพุงเดรน สร้างและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์จากหลักการสำคัญ 3 ประเด็น คือ 1) ความใหม่จากการปรับปรุงจากของเดิมเพื่อให้เหมาะสม

กับบริบทการใช้งาน 2) มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล ต่อการดื่งรังและเลื่อนหลุดของสายท่อระบาย ขณะบริหารแขนและไหล่ 3) การใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและบริบทของหน่วยงานที่ใช้ ประดิษฐ์และตัดเย็บจากเศษผ้าที่เหลือใช้ มีลักษณะเป็นถุงผ้าสี่เหลี่ยม มีสายสะพาย สามารถปรับความยาวของสายได้ (ภาพที่ 4)

ภาพ 4 สิ่งประดิษฐ์ถุงพุงเดรน



6. ชั้นตรวจสอบหรือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ได้นำชิ้นงานชุดนวัตกรรม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสุขภาพ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาแก้ไข ปรับปรุงนวัตกรรมให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การค้นหาสภาพปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหาในคลินิก (search & Situation) มีการขอรับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลได้แก่ แพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง (mentoring) ตลอดจนความร่วมมือร่วมใจระหว่งนักศึกษาและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (cooperative) ที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจ (notable) เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจากงานประจำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลงานนี้ได้รับรางวัลชนะเลิศ ในประชุมวิชาการระดับชาติ

ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม และรางวัลชมเชยในประชุมวิชาการเรื่องนวัตกรรม สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปี 2560 นำมาสู่ความภาคภูมิใจ และแรงบันดาลใจในการพัฒนาชุดนวัตกรรมเชิงวิจัยในคลินิกต่อไป

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรม

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ได้รับการสอน การแนะนำ และการส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติด ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น
2. เกิดรูปแบบในการบริหารข้อและไหล่หลังการผ่าตัดเด้ามนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้
3. เกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และนักศึกษาพยาบาล ในการวิเคราะห์ปัญหา การสังเคราะห์องค์ความรู้ ตลอดจนการออกแบบชุดนวัตกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำชุดนวัตกรรมนี้ไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วย ประเมินความคิดเห็นต่อการใช้ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงชุดนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้นต่อไป
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบของวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อประเมินประสิทธิผลและผลลัพธ์จากการใช้ชุดนวัตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างสรรค์ชุดนวัตกรรมนี้จนสำเร็จลุล่วง และขอบคุณหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่เป็นต้นแบบในการพัฒนาการบริหารแขนและไหล่ประจำวันในชุดนวัตกรรมนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ภรณ์ เหล่าอิทธิ, นภา ปริญญานิติกุล. มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกัน และแนวทางการคัดกรอง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559;60 (5) : 497-507.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-Based Cancer Registry). กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
6. จิราภรณ์ มากดำ, สุวีพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง. ผลของโปรแกรมการบริหารข้อไหล่ร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยชิ่งต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37(1) : 38-52.
7. นงนุช ทากันทา, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ต่อความสามารถในการบริหารและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลวารสาร 2553;16(1) : 143-144.

8. ธิติมา กนกปราน, ผ่องศรี ศรีมรกต, ศิริอร สินธุ์, สืบวงศ์ จุฑาภิลิทธิ. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการบริหารข้อไหล่ที่บ้านต่อองศาการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของข้อไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2557;32(3):78-80.
9. Ebaugh D, Spinelli B, Schmitz KH. Shoulder impairments and their association with symptomatic rotator cuff disease in breast cancer survivors. *Med Hypotheses* 2011;77(4) : 481-7.
10. Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. *J Surg Oncol* 2007;95:409-418.
11. McNeely ML, Campbell K, Ospina M, Rowe BH, Dabbs K, Klassen TP, Mackey J, Courneya K. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;16(6) : CD005211.
12. Cinar N, Seckin Ü, Keskin D, Bodur H, Bozkurt B, Cengiz Ö. The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer nursing* 2008;31(2) : 160-5.
13. Chan DN, Lui LY, So WK. Effectiveness of exercise programmes on shoulder mobility and lymphoedema after axillary lymph node dissection for breast cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(9):1902-14.
14. De GA, Van KM, Dieltjens E, Christiaens MR, Neven P, Geraerts I, Devoogdt N. (2015). Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2015;96(6) : 1140-53.
15. Canadian Cancer Society. Exercises after breast surgery. 2011 [cited October 30, 2017]. Available from: <https://www.cancer.ca/.../cancer.../Exercises%20after%20breast%20surge>
16. Stevens K. The Impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas OJIN : The Online Journal of Issues in Nursing 2013;18(2): Manuscript 4. DOI : 10.3912/OJIN. Vol 18 No 02 Man 04
17. Flemming K, Fenton M. Making sense of research evidence to inform decision making. In Thompson C. Dowding D. editors. *Clinical decision making and judgment in nursing*. Toronto: Harcourt Publishers Limited 2000; 109-29.