

## บทความวิจัย

### การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation)

#### จังหวัดอำนาจเจริญ

### The Process of the Hospital Quality Development of Hospital Accreditation Amnat Charoen Province

กัลยาณี สุเวทเวทิน\*

Kanlayanee Suvetvetin

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) ในจังหวัดอำนาจเจริญ

**วิธีดำเนินการวิจัย :** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากแผนปฏิบัติการและรายงานผลการดำเนินงานประจำปี จากข้อมูลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในส่วนข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการสอบถามทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) = 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

**ผลการศึกษา :** กระบวนการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2550 ได้จัดทำคู่มือฉบับได้ขั้นที่ 1 สู่ HA เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้กับโรงพยาบาล ซึ่งมีการประชุมติดตามและจัดทีมลงไปกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนา ระยะที่ 2 ช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2555 จัดทำโครงการพัฒนาเข้ม ระยะที่ 3 ช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2560 โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ครบทั้ง 7 แห่ง ในปี 2556 ส่งผลให้ได้รับรางวัล Provincial Success ในระดับประเทศ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยระบบพี่เลี้ยง โดยศึกษาความคิดเห็นของทีมพัฒนาคุณภาพในระบบพี่เลี้ยง พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในระดับมาก ความคิดเห็นด้านกระบวนการพัฒนาและผลของกระบวนการพัฒนาต่อโรงพยาบาลและการให้บริการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลระดับมากและมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ด้วยระบบพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง จนสามารถได้รับโล่รางวัล Provincial Success

**คำสำคัญ :** การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA, การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระบบพี่เลี้ยง



## ABSTRACT

**The objective :** To study the process of the hospital quality development of Hospital Accreditation Amnat Charoen Province.

**Methods :** Qualitative and quantitative research. The data was collected by information from the secondary data, including annual plan from report of hospital 2003 - 2017 quality development of HA and Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). The Primary data from Information the questionnaire consisted of 65 with a simple questionnaire. The data were collected by questionnaire with reliability. Reliability = 0.95. Descriptive statistics were analyzed.

**Result :** The development process is divided to 3 phases: phases 1 during 2003 - 2007, Amnat Charoen Province has developed instruction manual for first step to HA to provide development guidelines to the hospitals. Moreover, periodic meetings were arranged to monitor the quality development and quality development teams were assigned to stimulate and guide hospitals to enhance the hospital quality. Period 2 during 2008 - 2012, Amnat Charoen Public Health Office established intensive development project into 3 periods. In 3 during 2013 - 2017, the remaining hospital was certified by HA 2013. Therefore, Amnat Charoen Province has all hospitals certified by HA, Amnat Charoen Province received national award "Provincial Success". After the certification by HA all hospitals have continuously developed the quality. The development was well supported by the commanders, greatly worth the government budget and had high satisfaction for the quality development by Quality Learning Network. The process and hospital service of quality development Quality Learning Network, the opinions were high level. The success in many aspects of the hospital, the opinions indicated great impact to the success. The quality development by Quality Learning Network continuously enhanced the quality development of Amnat Charoen Province. has continuously received national award "Provincial Success".

**Keywords :** hospital quality development by HA (Hospital Accreditation), hospital quality development by Quality Learning Network

### บทนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีการให้บริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวได้ถูกบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ฉบับปี พ.ศ.2540<sup>1</sup> เป็นต้นมาจนถึงฉบับปี พ.ศ. 2550 และล่าสุดฉบับปี พ.ศ. 2560 โดยในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2550<sup>2</sup> มาตรา 51 กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้มาตรา 80 ได้กล่าวไว้ว่า 1. รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม 2. ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งจัดและส่งเสริม

สุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งจัดและส่งเสริม

ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ด้วยความตระหนักในภารกิจของความเป็นภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ปฏิบัติภารกิจดังนี้

1. กำหนดให้มีมาตรฐานบริการสาธารณสุข ที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการ
2. เผยแพร่ให้หน่วยบริการสาธารณสุขเข้าใจวัตถุประสงค์และเนื้อหาของมาตรฐาน
3. ส่งเสริม จูงใจให้ผู้ปฏิบัติทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามที่กำหนด
4. ตรวจสอบประเมินว่าประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้รับบริการได้มาตรฐานหรือไม่เพียงไร
5. ปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวกับมาตรฐานให้ดีและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเสมอ<sup>3</sup>

นอกจากนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560<sup>4</sup> หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย” ทั้งตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545<sup>5</sup> ก็ได้มีบทบัญญัติในเรื่องของการที่สถานบริการสาธารณสุข ต้องมีการให้บริการแก่ประชาชนที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 5 ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด” ดังนั้น ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้ตอบสนองต่อกฎหมายและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวอย่างจริงจัง ครอบคลุม โดยได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้มีรูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network)<sup>6</sup> ตาม

แนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (มหาชน) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน<sup>7</sup> จังหวัดอำนาจเจริญ ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA และเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังกล่าวว่ามีวิธีการพัฒนาอย่างไร จึงทำให้จังหวัดอำนาจเจริญ ประสบความสำเร็จ และเป็นหนึ่งจังหวัดที่มีผลการพัฒนาโดดเด่นในระดับประเทศ ส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ “Provincial Success” (จังหวัดที่มีผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลผ่าน HA ร้อยละ 100) มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษากระบวนการพัฒนาดังกล่าวในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องภายในเครือข่ายจังหวัด รวมถึงจังหวัดอื่นๆ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) ในจังหวัดอำนาจเจริญ

**วิธีดำเนินการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ช่วงปี 2546 - 2550 เป็นช่วง 5 ปีแรกของการพัฒนา ระยะที่ 2 ช่วงปี 2551 - 2555 ระยะที่ 3 ช่วงปี 2556 - 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ของโรงพยาบาลในจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (6 แห่ง) รวมเป็น 7 แห่ง ในส่วนการศึกษา การพัฒนาด้วยระบบที่เลี้ยงเป็นบุคลากรในทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network) จำนวน 65 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ จากแผนปฏิบัติการประจำปี จากรายงานผลการดำเนินงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และจากข้อมูลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (มหาชน)



ในส่วนข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) รวบรวมข้อมูลผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างของทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network) โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง ส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network) ที่มีต่อการให้บริการและการให้บริการ ส่วนที่ 4 เป็นความคิดเห็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยง (Quality Learning Network) ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล โดยส่วนที่ 2 - 4 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ<sup>3</sup> เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2560

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยคำนึงถึงความเที่ยงตรง (Validity) และหาระดับความเชื่อมั่น (Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ทั้งนี้มีระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.95

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ได้ทำการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปี 2546 - 2550) จังหวัดอำนาจเจริญ มีโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง เพื่อตอบสนองต่อกฎหมายและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แม้เดิมจะได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ก่อนแล้วตลอดมา แต่ก็ได้เร่งมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) มีการพัฒนารับรอง 3 ระดับ คือ ขั้นที่ 1, 2 และขั้นที่ 3 (ผ่านการรับรอง HA) ช่วง 5 ปีแรกของการพัฒนา จังหวัดอำนาจเจริญได้จัดทำคู่มือฉบับได้ขั้นที่ 1 สู่ HA ในปี 2546 เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้กับโรงพยาบาล นอกจากนี้มี

การประชุมติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นระยะ มีการจัดทีมพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดเพื่อลงไปกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้กับโรงพยาบาลภายในจังหวัด ส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลผ่านบันไดขั้นที่ 1 ได้ทั้งหมด และมีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง พัฒนาผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ได้ และอีก 1 แห่ง ได้ผ่านการรับรอง HA (ผ่านขั้นที่ 3) ได้สำเร็จในปี 2550 (ตาราง 1)

การพัฒนาระยะที่ 2 (ปี 2551 - 2555) โรงพยาบาลที่เหลือ 5 แห่ง ได้มีการพัฒนาผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ครบในปี 2553 ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA เป็นแห่งสุดท้าย โดยในระยะที่ 2 นี้ มีโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA (ผ่านในปี 2550 และ ปี 2552 ตามลำดับ) เป็นยอดจำนวนโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA แบบสะสม โดยเป็นการผ่านเฉพาะในระยะที่ 2 นี้ 1 แห่ง ส่วนอีก 1 แห่ง ได้ผ่านมาก่อนแล้วในระยะที่ 1 ซึ่งการพัฒนาในระยะที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีโครงการพัฒนาแบบตัวเข้มให้กับโรงพยาบาลอีก 5 แห่งที่เหลือ เพื่อให้ผ่านการรับรอง HA โดยได้เสนอโครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2553 ได้จัดทำบันทึกความเข้าใจ (Memory of Understanding) ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่อุบลราชธานี โครงการดังกล่าวได้มีการเชิญวิทยากรมาอบรม มีการติดตามการพัฒนาอย่างใกล้ชิด โดยวิทยากรที่มาอบรมพร้อมทีมจังหวัดได้แบ่งการพัฒนาเป็น 3 ระยะ โดยครั้งแรกเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสู่การรับรอง HA และมีการออกติดตามการพัฒนาในอีก 2 ระยะ ส่งผลให้โรงพยาบาลทุกระดับผ่านการรับรอง HA เพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 แห่งในปี 2555 รวมทั้งจังหวัดผ่านการรับรอง HA 6 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง (ร้อยละ 85.71) ดังตาราง 2

ส่วนระยะที่ 3 (ปี 2556 - 2560) ภายหลังจากการพัฒนาในระยะที่ 2 โรงพยาบาลแห่งสุดท้าย (แห่งที่ 7) ก็ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ในปี 2556 ซึ่งถือว่าจังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีโรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ร้อยละ

100 ส่งผลให้ได้รับโล่รางวัล Provincial Success (จังหวัดที่โรงพยาบาลผ่าน HA ร้อยละ 100) ในระดับประเทศ ในปี 2557 ภายหลังจากการรับรอง HA ทุกโรงพยาบาลแล้วได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้ผ่านการประเมินรับรองซ้ำทุกครั้งของการประเมิน ทั้งนี้เนื่องจากส่วนหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมการประเมินรับรองซ้ำให้กับโรงพยาบาล โดยเชิญวิทยากรจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (มหาชน) มาเป็นวิทยากรประชุมพัฒนา มีการประกวดผลงานการพัฒนาทุกปี โดยโรงพยาบาลทุกแห่งส่งผลงานเข้าประกวด และเชิญวิทยากรภายนอกจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มาเป็นกรรมการ โดยมีการมอบรางวัลโรงพยาบาลที่ชนะเลิศการประกวดการนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประจำปี ทุกๆ ปี รวมทั้งมีการให้ขวัญกำลังใจสำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาได้รับการรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (มหาชน) หรือ สรพ. จากผู้บริหารสูงสุด แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ดังตารางที่ 3)

นอกจากนี้ในปี 2556 จังหวัดอำนาจเจริญได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ซึ่งมีทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากทุกโรงพยาบาลคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาล โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 1 คนเป็นผู้จัดการเครือข่ายฯ มีที่ปรึกษาจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 1 คน เป็นที่ปรึกษา โดยจากการศึกษาพบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ย 39.6 ปี ส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 56.7) การ

ศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 73.3) รับราชการมานานเฉลี่ย 17.14 ปี ระยะเวลารับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.23 ปี ส่วนใหญ่ไม่ใช่พี่เลี้ยงการพัฒนา แต่อยู่ในทีมพัฒนาด้วยระบบพี่เลี้ยง (ร้อยละ 66.7) และส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ 56.6) และอยู่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 86.7)

ในด้านความเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง ส่วนใหญ่เห็นว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาระดับมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) และมีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณระดับมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) โดยมีความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในระดับมาก (ร้อยละ 53.33) ในด้านความคิดเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงที่มีต่อโรงพยาบาลและการให้บริการ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีผลในระดับมาก (ร้อยละ 76.67) ส่วนความคิดเห็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล มีความเห็นว่าส่งผลในระดับมากเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 80) ดังตารางที่ 3 - 4

อย่างไรก็ตามในช่วง 5 ปีหลัง (2556 - 2560) การพัฒนาด้วยระบบพี่เลี้ยงมีส่วนทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ของจังหวัดอำนาจเจริญมีความต่อเนื่องล่าสุดในปี 2560 โรงพยาบาลยังคงผ่านการรับรอง HA ร้อยละ 100 ได้รับโล่รางวัลเชิดชูเกียรติในระดับประเทศ “Provincial Success” (จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่าน HA ร้อยละ 100) ในระดับประเทศติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง ในเวทีการประชุมวิชาการระดับชาติ “HA National Forum” ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมาซึ่งเป็นปีแรก ที่เริ่มมีการมอบรางวัลดังกล่าวนี้



ตาราง 1 กระบวนการระยะที่ 1,2,3 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2546 - 2560

การพัฒนา	กิจกรรมในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ	จำนวนโรงพยาบาล ผ่าน HA ชั้นที่ 1 (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวนโรงพยาบาล ผ่าน HA ชั้นที่ 2 (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวนโรงพยาบาล ผ่าน HA ชั้นที่ 3 (ผ่านการรับรอง HA) (แห่ง/ร้อยละ)	จังหวัดได้รับโล่รางวัล เชิดชูเกียรติในระดับ ประเทศ “Provincial Success”
ระยะที่ 1 (ปี 2546)	1. จัดทำคู่มือบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เพื่อเป็นแนวทางให้ โรงพยาบาล 2. จัดอบรม/ประชุมเชิง ปฏิบัติการ 3. ประชุมติดตามการ พัฒนาเป็นระยะ 4. จัดทีมพัฒนาคุณภาพ ระดับจังหวัดลงไปกระตุ้น และชี้แนะการพัฒนา 5. ให้ขวัญกำลังใจ โดยการ ประกวดผลงานและ ผู้บริหารมอบช่อดอกไม้ แสดงความยินดี	7 แห่ง/100	2/28.57	1/14.29	ยังไม่มีรางวัล ในระดับประเทศ
ระยะที่ 2 (ปี 2551- 2555)	เช่นเดียวกับระยะที่ 1 แต่ได้เพิ่มโครงการเพื่อ พัฒนาสู่ การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล HA (ชั้นที่ 3)	7 แห่ง/100	7 แห่ง/100	6 แห่ง/85.61 (รพ. 2 แห่งผ่าน ประเมินรับรองซ้ำ ครั้งที่ 1 )	ยังไม่มีรางวัล ในระดับประเทศ
ระยะที่ 3 (ปี 2556- 2560)	1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติ การเตรียมการประเมิน รับรองซ้ำ (Re - accreditation) 2. เริ่มมีการนำการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลด้วย ระบบที่เลี้ยงมาใช้ในปี พ.ศ. 2556 - 2560	7 แห่ง/100	7 แห่ง/100	7 แห่ง/100 (รพ. ที่ผ่าน HA ได้ ผ่านการประเมิน ปี 2557 รับรองซ้ำทุกครั้ง)	ได้รับโล่เชิดชูเกียรติ ในระดับประเทศตั้งแต่ ผ่านการประเมิน ปี 2557 เป็นต้นมา (ได้รับอีกในปี 2559 และปี 2560)

**ตาราง 2** การดำเนินงานของทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) จังหวัดอำนาจเจริญ

ลำดับ	การดำเนินงานของทีมระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network)	การพัฒนา
1.	องค์ประกอบของทีมประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพของแต่ละโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัด โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA แล้ว และมีความรู้ ความสามารถ ในการพัฒนาเครือข่ายฯ 1 คน เป็นผู้จัดการเครือข่ายฯ มีคำสั่งแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ชัดเจน	ทีมพี่เลี้ยงจะได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนทักษะการเป็นพี่เลี้ยงจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (มหาชน) หรือ สรพ. ในการทำงาน และมีที่ปรึกษาจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 1 คน
2.	การดำเนินงานมีการออกประเมินไขว้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย หมุนเวียนกันไป โดยมีแผนปฏิบัติการในการออกประเมินที่ชัดเจนในรอบปี ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ในเครือข่ายให้ต่อเนื่อง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในเครือข่ายจังหวัด พร้อมรับการประเมินรับรองซ้ำ (Re - accreditation) เนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ได้ผ่านการรับรอง HA ครบร้อยละ 100 มาตั้งแต่ปี 2556	ในการออกประเมินเครือข่าย จะเชิญวิทยากรจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (มหาชน) เป็นที่ปรึกษาในการประเมินไขว้ด้วยทุกครั้ง
3.	ด้านงบประมาณการดำเนินงาน ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ โดยกลุ่มงานที่รับผิดชอบจะเขียนแผนปฏิบัติการประจำปีไว้รองรับ และส่วนหนึ่งเครือข่ายฯ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ.	ทีมพัฒนาเครือข่ายบริหารจัดการงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายฯ ในปีงบประมาณเองทั้งหมด



### ตาราง 3 ผลความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) จังหวัดอำนาจเจริญ

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น ส่วนใหญ่	จำนวน/ร้อยละ (n = 30)
1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) มีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณที่จ่าย	ระดับมากที่สุด	16 (53.33)
2. ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network)	ระดับมากที่สุด	16 (53.33)
3. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network)	ระดับมาก	16 (53.33)
4. ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network)	ระดับมาก	21 (70.00)
5. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ที่มีต่อโรงพยาบาลและการให้บริการ	ระดับมาก	23 (76.67)
6. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล (รายด้านต่างๆ โดยรวม)	ระดับมาก	24 (80.00)

#### อภิปรายผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA นั้น มีการพัฒนารับรอง 3 ระดับ คือ ชั้นที่ 1, 2 และ ชั้นที่ 3 (ผ่านการรับรอง HA) ได้เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดทุกแห่ง (7 แห่ง) ซึ่งในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2550 เป็นช่วง 5 ปีแรกของการพัฒนา ซึ่งจังหวัดอำนาจเจริญได้จัดทำคู่มือบันไดขั้นที่ 1 สู่อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2546 เพื่อสนับสนุนแก่โรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ทำให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลมีแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ได้มีการประชุมติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นระยะ มีการจัดทีมพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดเพื่อลงไปกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้กับโรงพยาบาลภายในจังหวัด ส่งผลให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาผ่านบันไดขั้นที่ 1 สู่อุบลราชธานี ได้ครบทุกแห่ง โดยในระยะที่ 1 มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง พัฒนา

ผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่อุบลราชธานี ได้ และอีก 1 แห่งได้ผ่านการรับรอง HA (ผ่านขั้นที่ 3) ในส่วนระยะที่ 2 ช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2555 โรงพยาบาลที่เหลือ 5 แห่งได้มีการพัฒนาผ่านบันไดขั้นที่ 2 สู่อุบลราชธานี ในปี 2553 โดยโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งได้ผ่านการรับรอง HA (ผ่านในปี 2550 และ ปี 2552 ตามลำดับ) หลังจากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญได้มีโครงการพัฒนาเข้มแข็งโรงพยาบาลอีก 5 แห่งที่เหลือ เพื่อให้ผ่านการรับรอง HA โดยได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาพื้นที่อุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2553 โดยผู้บริหารสูงสุดนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้สนับสนุนการพัฒนาได้จัดทำบันทึกความเข้าใจ (Memory of Understanding) ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่อุบลราชธานี ในการดำเนินงาน โดยมีวิทยากรมาให้ความรู้ และได้มีการติดตามการพัฒนาใกล้ชิดตามแนวทางการพัฒนา ส่งผลให้โรงพยาบาลทุกระดับผ่านการรับรอง HA

เพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 แห่งในปี 2555 ทั้งจังหวัดเป็น 6 แห่ง ซึ่งถือเป็นการพัฒนาแบบก้าวกระโดดเร็ว และในระยะที่ 3 ช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2560 โรงพยาบาลแห่งสุดท้าย (แห่งที่ 7) ก็ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ในปี พ.ศ. 2556 ส่งผลให้ได้รับโล่รางวัล Provincial Success (จังหวัดที่โรงพยาบาลผ่าน HA ร้อยละ 100) ในระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 และได้รับต่อเนื่องตามมาอีกในปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 ผลสำเร็จดังกล่าวมาจากการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ทุกระดับ ตลอดจนจากร่วมมือของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในทุกระดับเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราณี สายนัน ญ ออยุธยา<sup>8</sup> ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า การสนับสนุนจากผู้นำ สามารถทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ การสนับสนุนจากผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการศึกษาของ เตือนใจ แสร้งสินธุ์<sup>9</sup> ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันว่า ผู้บริหารหรือผู้นำมีส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Lussier<sup>9</sup> ที่เห็นว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือ ผู้ที่มีความสามารถในการกระตุ้น สร้างแรงบันดาลใจ สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้บุคลากรทุ่มเทปฏิบัติงานทุกอย่างด้วยความเต็มใจ

นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของจังหวัดอำนาจเจริญ ด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยการดำเนินงานมีลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาลจากการศึกษา พบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในระดับมาก ส่วนด้านความคิดเห็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง และความคิดเห็นต่อ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงที่มีต่อโรงพยาบาลและการให้บริการ มีความคิดเห็นว่ามีผลในระดับปานกลาง ส่วนความคิดเห็นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล มีความเห็นว่าส่งผลในระดับมาก ดังนั้น โดยรวมจะเห็นว่า ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง ส่วนใหญ่จะพึงพอใจกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงในระดับมาก ทั้งในช่วง 5 ปีหลัง (พ.ศ. 2556 - 2560) การพัฒนาด้วยระบบพี่เลี้ยงมีส่วนทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ของจังหวัดอำนาจเจริญมีความต่อเนื่อง ล่าสุดในปี 2560 โรงพยาบาลยังคงผ่าน HA ร้อยละ 100 ส่งผลให้จังหวัดได้รับโล่รางวัล Provincial Success (จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่าน HA ร้อยละ 100) ในระดับประเทศติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องดังได้กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้อาจเนื่องจากจังหวัดอำนาจเจริญ สนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาตลอดมา โดยเฉพาะการพัฒนาด้วยระบบพี่เลี้ยงก็เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเป็นทีม ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff),<sup>9</sup> ซึ่งมีเห็นว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จะส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กร นอกจากนี้ ยังพบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตศิริ ชันเงิน<sup>10</sup> ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับร่วมคิด ร่วมทำงาน ร่วมแก้ไขปัญหา สร้างให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง บุคลากรเกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจ และมีความสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล<sup>11</sup> ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาสถาบันบาราศนราดรุร” ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การฝึกอบรม การมี



ส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม โดยผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน อบรมพัฒนาองค์การเพื่อเสริมการพัฒนาเป็นทีม และควรจัดมหกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และยิ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา<sup>12</sup> เรื่อง “ความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยะลา” ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจะต้องมีการอบรมพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรนั่นเอง

ดังนั้นการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทางของจังหวัดอำนาจเจริญที่ผ่านมา ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการพัฒนา กลุ่มงานที่รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับการพัฒนาในภาพรวมทั้งจังหวัด และมีการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นทีมในเครือข่ายจังหวัด โดยมีการพัฒนาด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) เกิดขึ้นเสริมความเข้มแข็งอีกในปี พ.ศ. 2556 จึงส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัด ส่งผลให้จังหวัดอำนาจเจริญประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาจนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2560) นี้ได้อย่างมั่นคง และคาดว่าจะยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรของโรงพยาบาลควรได้รับการพัฒนาให้เข้าใจกระบวนการพัฒนาของการพัฒนาการรับรอง HA และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้การส่งเสริม สนับสนุนเวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำเสนอผลงาน เพื่อเป็นแรงกระตุ้นการพัฒนาต่อไป

2. ควรมีความตั้งใจ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในแก่บุคลากรในรูปแบบการประกวดผลงาน นวัตกรรมใหม่ๆ หรือผู้บริหารแสดงความยินดีในที่ประชุม ไม่ว่าจะด้วยความ

สำเร็จส่วนบุคคล หรือองค์กรก็ตาม

3. ควรวางแผนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หลังได้รับการรับรองและรางวัล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเวทีเตรียมความพร้อมด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) สู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก. หน้า 1. 11 ตุลาคม; 2540.
2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก. หน้า 15 - 23. 24 สิงหาคม, 2550.
3. กัลยาณี สุเวทเวทิน และชนิษฐา พงษ์ศักดิ์พิบูรณ์. การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA และ HNQA จังหวัดอำนาจเจริญ ประจำปี 2552. รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2553. (เอกสารอัดสำเนา)
4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. หน้า 15. 6 เมษายน; 2560.
5. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก. หน้า 3. 18 พฤศจิกายน; 2545.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). HA 2017 UPDATE. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 18 14 - 17 มีนาคม 2560 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานีนนทบุรี: บริษัทหนังสือตีวัน จำกัด; 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ประจำปี 2546 - 2560. เอกสารอัดสำเนา.



8. จิรานีย์ สายสนั่น ณ อยู่ธยา. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
9. เตือนใจ แสร์สินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารการพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
10. จิตศิริ ชันเงิน. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2547.
11. ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษาสถาบันบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553.
12. สิรรัตน์ เหลืองโสมนภา. ความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา). จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2552.



## บทความวิจัย

### การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

#### โรงพยาบาลมหาสารคาม

### Development of Clinical Nursing Practice Guideline for patient undergoing Laparoscopic Cholecystectomy in Maha Sarakham Hospital

ดรุณี สมบูรณ์กิจ<sup>1</sup>, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์<sup>2</sup>

กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร<sup>3</sup> และรัชชยา มหาสิริมงคล<sup>4</sup>

Darunee Somboonkit<sup>1</sup>, Atchara Meenasantirak<sup>2</sup>,

Kamolrat Supanyabut<sup>3</sup> and Ratchaya Mahasirimongkol<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม

**วิธีดำเนินการวิจัย** การวิจัยและพัฒนาโดยใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาสถาบันโจแอนนา บริกส์ โดยนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวน 30 คน ประเมินผลโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงกันยายน 2560 เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดผ่านกล้อง แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และแบบบันทึกจำนวนวันนอนเฉลี่ย ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลลัพธ์คือได้แนวปฏิบัติ Care Map การดูแลผู้ป่วย ดังนี้คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะจำหน่าย ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 96 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ย อัตราการกลับมารักษาซ้ำจากการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ

**สรุป** แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องนี้ช่วยให้เกิดผลที่ดีในการดูแล จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

**คำสำคัญ :** โรคนิ่วในถุงน้ำดี การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง แนวปฏิบัติการพยาบาล

<sup>1,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

## ABSTRACT

**Objective :** This research aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) applied to patient undergoing Laparoscopic cholecystectomy (LC) in general surgical ward at Maha Sarakham hospital.

**Methods :** This research and development is conducted according to the processes of Thailand Center for evidence-based nursing and midwifery model, Chiangmai University, Joana Briggs Institute branch. This CNPG for LC was utilized with purposive sampling of 30 gall stone patients form November, 2016 to September, 2017. The assessors were comprised of 10 registered nurses who selected by purposive sampling. The research instruments were used. They comprised of the nursing care records from, and questionnaires for using CNPG assessment. The data was analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation.

**Results :** It was found that the development of CNPG in patients undergoing LC The empirical evidences were analyzed and synthesized yielding the patient care map consists of: 1) preoperative nursing care, 2) postoperative nursing care, and 3) discharge period nursing care. The CNPG utilized results showed that; the nurses follow the nursing practice guidelines 96%. The overall nurses' opinions questionnaires to utilized CNPG were rate in high Regarding to a caring outcomes found that the average length of stay, the rate of readmission from non-standard care and complications from surgery lower than before use CNPG.

**Conclusion :** This CNPG for LC has resulted in good patient care outcomes. Therefore, it is appropriate to applied to maintain continuity of patient under LC during hospitalization.

**Keywords :** gall stone, Laparoscopic cholecystectomy, clinical nursing practice guideline

### ความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นโรคที่พบบ่อยพบได้ประมาณ 5-10 % ของประชากร โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 – 3 เท่า และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15 -30 % อุตบัติการณ์ในการเกิดนิ่วในถุง น้ำดี (Gall stone) ในประเทศไทยพบได้ในร้อยละ 6<sup>1</sup> และในโรงพยาบาลมหาสารคาม โรคนี้ในถุงน้ำดีเป็นโรค 1 ใน 5 โรคของแผนกศัลยกรรมทั่วไปของทุกปี จากสถิติของหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาสารคามพบว่า มีผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่รักษา ด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2560 จำนวน 348, 382, 419 ราย ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีนั้น วิธี

หนึ่งที่ช่วยผู้ป่วย คือการผ่าตัดถุงน้ำดี ซึ่งวิธีการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีด้วยวิธีแบบเปิดช่องท้องเป็นวิธีผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic cholecystectomy ; LC) เริ่มทำครั้งแรกในปี พ.ศ 2530 โดยศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Moure และ 2 ปี ต่อมา Dubois<sup>2</sup> ได้รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ ลงในวารสารทางการแพทย์เป็นคนแรก จนกระทั่งเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2535 ได้เริ่มมีการนำวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มาใช้ในประเทศไทย โดยการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องในผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยได้เริ่มต้นขึ้นที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล<sup>3</sup> จนปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องได้กลายเป็นที่นิยมแพร่หลาย ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน



เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ การที่มีบาดแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยใช้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจน้อย และสามารถกลับไปปฏิบัติภารกิจเดิมได้อย่างรวดเร็ว<sup>4</sup>

จากการทบทวนเวชระเบียนการรายงานความเสี่ยงการให้บริการของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคาม ในระบบและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 – 2559 พบว่ามีความเสี่ยงที่เกิดทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็นระดับ E จำนวน 2 เรื่องได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เกิดภาวะถุงน้ำดีรั่ว (Bile Leakage) และ re-admit 1 ราย ระดับ C จำนวน 2 เรื่องได้แก่ ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย (ความดันโลหิตสูง, วิตกกังวล) ระดับ B จำนวน 4 เรื่องได้แก่ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด(ท้องอืด) ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนาน เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ว ในถุงน้ำดีผ่านกล้องที่ผ่านมา เป็นการให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทั่วไป พยาบาลผู้ดูแลจะให้การพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามแพทย์ที่สั่งการ

รักษาเป็นรายๆไป จำนวนวันนอน แล้วแต่แพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรคที่ชัดเจนและทันสมัยเป็นมาตรฐานเดียวกัน จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการค้นหาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยได้มาตรฐาน ซึ่งปัจจุบันแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ ต้องเป็นแนวปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์<sup>5</sup> โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมีความปลอดภัย ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น<sup>6-7</sup> ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องขึ้น และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัตินี้ ผลจากการวิจัยจะเป็นแนวทางการเสนอนโยบายเพื่อการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและคุณภาพของพยาบาล และระบบการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคามตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ต่อไป

- ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการพัฒนาเปลี่ยนแปลง
- ขั้นตอนที่ 2 กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด
- ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การปฏิบัติที่เป็นเลิศ
- ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ / ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์
- ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานที่อ้างอิง
- ขั้นตอนที่ 6 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้
- ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**

ใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของคุณัยความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Thailand Centre for Evidence Based



Nursing and Midwifery: A collaborating Centre of The Joanna Briggs Institute) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน<sup>1</sup>

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาสถาบันโจแอนนาบริกส์ และประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้ในผู้ป่วยตามเกณฑ์ คือ อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในอุ้งน้ำตีและได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง ไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา ไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายหรือลุกเดินหลังผ่าตัดและ มีความสนใจให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 30 คน ในเดือน พฤศจิกายน 2559 - กันยายน 2560 และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน โดยวัดผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง จากการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้ในผู้ป่วยตามเกณฑ์ คือ อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในอุ้งน้ำตีและได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง ไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ไม่มีปัญหาทางจิตหรือสติปัญญา ไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายหรือลุกเดินหลังผ่าตัดและ มีความสนใจให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 30 คน ในเดือนพฤศจิกายน 2559-กันยายน พ.ศ. 2560 และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน โดยวัดผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง จากอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน

วันนอน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการศึกษานี้ประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในอุ้งน้ำตีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และ ผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาสถาบันโจแอนนาบริกส์ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 7 ขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการพัฒนาเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย

1.1 ศึกษารายละเอียดข้อมูลต่างๆในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป และนัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อค้นหาปัญหาเบื้องต้นและการพัฒนาที่ต้องการ

1.2 ประชุมปรึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป สรุปลงปัญหาจากการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้องที่ผ่านมา เป็นการให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทั่วไป พยาบาลผู้ดูแลและให้การพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามแพทย์ที่สั่งการรักษาเป็นรายๆ ไป จำนวนวันนอน แล้วแต่แพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะโรคที่ชัดเจนและทันสมัยเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเป็นโรคกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่ต้องพัฒนาเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ดังนั้นหน่วยงานจึงต้องพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง แล้วจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าทีม พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คนและศัลยแพทย์ 1 คนเป็นที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดผลที่ต้องการให้เกิด ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง ประเมินผลการนำไปใช้ในด้าน การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำตีผ่านกล้อง และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้



ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารตำราวิชาการเกี่ยวกับโรคนี้ในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยกำหนดคำค้นคว้าด้วยหลักการใช้คำย่อ PICO<sup>9</sup> การสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Science Direct, www.google.com และเอกสารอ้างอิง เกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษาได้มีการคัดสรรงานวิจัย มีการนำเนื้อหาามาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน

P : Patient Population and problem = โรคนี้ในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง

I : Intervention or area of interest = แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง

C : comparison intervention = การเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับการดูแลตามปกติ

O : outcome = แนวปฏิบัติการพยาบาล, อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวนวันนอน, ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด, ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์.

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ / ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ตาม Melnyk, B.M. and Fineout – Overholt, E<sup>9</sup> จากการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบและมีการวิเคราะห์ คัดสรร ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ทั้งหมด 7 เรื่องที่นำมาสังเคราะห์เป็น Meta-analysis 1 เรื่อง, RCT 1 เรื่อง, Quasi-experimental study 1 เรื่อง, Cross-sectional observational study 1 เรื่อง และ Article 3 เรื่อง เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวคิดของ Melnyk, B.M. and Fineout - Overholt, E<sup>9</sup> ซึ่งแบ่งระดับออกเป็น 7 ระดับ โดยงานวิจัยทั้ง 7 เรื่องเป็นงานวิจัยระดับ 1,2,3 และระดับ 5 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 5 ยกเว้นแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยทีมพัฒนา เสนอร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

#### 5.1 ร่วมกันยกเว้นแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยทีม

พัฒนา นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ไปเสนอต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมกับหน่วยงานและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5.2 เสนอร่างตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญ 2 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะและส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรอบสอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE)10 ประกอบด้วย 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนา 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ 6) ความเป็นอิสระของทีมยกร่าง ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 89.00

ขั้นตอนที่ 6 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องไปใช้

6.1 จัดประชุมเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง การใช้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้และการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลในแต่ละส่วน ในช่วง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559

6.2 ประเมินปัญหาอุปสรรคในระหว่างการเก็บข้อมูล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และร่วมกันแก้ไข

6.3 เก็บข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการซึ่งรับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 การสรุปผลงานและเผยแพร่

7.1 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวน 30 ชุด แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 10 ชุด

7.2 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

7.3 สรุปผลการศึกษาและนำเสนอต่อทีมพัฒนาและแพทย์ที่ปรึกษาหลัก

7.4 จัดพิมพ์ฉบับสมบูรณ์เผยแพร่

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

1. คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล มี 1) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง 28 ข้อ 2) แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้ 6 ข้อ คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างโดยผู้ศึกษาได้ทบทวนจากวรรณกรรม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาดดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของเครื่องมือ พบว่า ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ แล้วนำเครื่องมือเก็บข้อมูลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้องโดยวิธี KR21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หาค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.85

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบกระบวนการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมกับประเทศออสเตรเลียโดยนำ

เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบจากระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 เรื่อง ดำเนินการตามขั้นตอนการหาคุณภาพ พบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องที่ประกอบด้วยพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะก่อนการผ่าตัด โดย มีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้ก่อนการผ่าตัดมาใช้ 2) ระยะหลังผ่าตัด โดยการดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง การได้รับสารน้ำ ยา ตามแผนการรักษา ทำการประเมินการทำงานของลำไส้ ดูแลการให้ได้รับอาหารตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว (Early step feeding) ใช้เครื่องมือประเมินความปวด แบบประเมินภาวะแน่นอึดท้อง ท้องอืดและการทำงานของลำไส้มาใช้ และให้การพยาบาลตามระดับอาการปวดและแน่นอึดอึดท้อง 3) ระยะจำหน่าย โดยมีการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) การให้สุขศึกษาการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ในแต่ละระยะ สร้างเป็นแผนการดูแล (Care Map)

2. ผลการนำใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ที่ได้พัฒนาขึ้น

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 เป็นเพศหญิง อายุ 24- 40 ปี อายุเฉลี่ย 29 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 97.50 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ผ่าตัดผ่านกล้อง 6-10 ปี ร้อยละ 55.00 ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีโดยผ่าตัดผ่านกล้อง ร้อยละ 57.50 ได้รับการอบรมเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหรือการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ร้อยละ 50.00 มีส่วนร่วมในการพัฒนา Care map โรคนิวในถุงน้ำดีโดยผ่าตัดผ่านกล้องของหน่วยงาน ร้อยละ 85.00

2.2 ผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้มี ดังนี้



ตาราง 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

เนื้อหาการปฏิบัติ	ปฏิบัติจำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
<b>ก่อนผ่าตัด</b>			
1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย ชักประวัติ และลงชื่อยินยอมผ่าตัด นิวในถุงน้ำดีโดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง	154(100)	0	154(100)
2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, UA, BS, BUN, Cr, electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, Blood group , CXR, EKG (กรณี อายุ > 45 ปี หรือมีประวัติโรคหัวใจมาก่อน)	89(100)	0	89(100)
3. ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขความผิดปกติของผลการตรวจต่าง ๆ จาก แพทย์ก่อนผ่าตัด	135(100)	0	135(100)
4. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการ ผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เรื่องการบริหารปอดและการ จัดการความปวดหลังผ่าตัด	149(100)	0	149(100)
5. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	149(100)	0	149(100)
6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคประจำตัวและยา pre – med ก่อนการ ผ่าตัดตามแผนการรักษา	135(100)	0	135(100)
7. เตรียมอุปกรณ์/ยา สำหรับไปห้องผ่าตัด	143(100)	0	143(100)
8. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องตามแผนการรักษา	97(100)	0	97(100)
9. NPO หลัง 24.00 น.หรือ ตามแผนการรักษา	109(100)	0	109(100)
10. ผู้ป่วยถอดฟันปลอม ชุดชั้นใน เครื่องประดับต่างๆก่อนผ่าตัด	45(100)	0	45(100)
11. Retained naso – gastric tube ในเช้าวันผ่าตัด	61(100)	0	61(100)
12. ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ-สกุลผู้ป่วย ป้ายข้อมือ และอุปกรณ์ สำหรับเข้าห้องผ่าตัดก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยใช้แบบ check list paper	72(100)	0	72(100)
13. ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องที่จะผ่าตัด	147(100)	0	147(100)
14. ประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วยก่อนการ ผ่าตัด	145(100)	0	145(100)
<b>วันผ่าตัด - หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง</b>			
15. ประเมินสัญญาณชีพตาม Routine post-op care (ประเมิน 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม.จนอาการ ปกติ)	86(100)	0	75(100)
16. record I/O ทุก 4 ชั่วโมง	86 (100)	0	205(100)

## ตารางต่อ ตาราง 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

เนื้อหาการปฏิบัติ	ปฏิบัติจำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
17. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการทำกิจกรรม	73 (100)	0	73 (100)
18. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะตกเลือด ภาวะ ท้องอืด อากาศบวมซ้ำของแผลหลังการผ่าตัด อาการปวดแผล เป็นต้น	205 (100)	0	205 (100)
19. ผู้ป่วยได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง	98 (100)	0	98 (100)
20. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยา Cef – 3 2 gm v OD	195 (100)	0	195 (100)
21. ผู้ป่วยจิบน้ำได้ภายหลังการผ่าตัด 4 ชั่วโมง (ไม่มีคลื่นไส้หลังผ่าตัด)	102 (100)	0	102 (100)
22. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวได้ (ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน bowel sound 6 – 12 ครั้ง/นาที )	88 (99)	1 (1)	89 (100)
23. ผู้ป่วยได้รับการ Off IV fluid ภายหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง เมื่อรับ ประทานอาหารเหลวได้ไม่มีอาการปวดแน่นท้องและคลื่นไส้อาเจียน	88 (98)	3 (2)	91(100)
24. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง ท้องอืด ตัว เหลืองตาเหลือง	61 (100)	0	61(100)
<b>หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง</b>			
25. ประเมินภาวะท้องอืด	68 (100)	0	68 (100)
26. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน	71 (100)	0	71 (100)
27. คำแนะนำก่อนกลับบ้าน - การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ - การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล - การรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารที่มีกากใยสูง งด อาหารมัน รสจัดและอาหารที่ย่อยยาก งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำ มากๆ - ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ทำแผลวันละ 1 ครั้ง จนครบ 7 วัน ตัดไหม - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ - มาตรวจตามแพทย์นัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลมีหนอง ปวดแน่นท้องไข้สูง ตัวตาเหลือง ให้มาพบแพทย์ทันที	30 (100)	0	30 (100)
28. ลงบันทึกการพยาบาลทุกครั้ง	248 (97)	4 (3)	252 (100)



ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยรวมปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 96.43 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีทั้งหมด 28 ข้อ พบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 รวม 24 ข้อ ส่วนหัวข้อที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานอาหาร

เหลวได้ ผู้ป่วยได้รับการ Off IV fluid ภายหลังจากผ่าตัด 6 ชั่วโมง และลงบันทึกการพยาบาลทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1, 2, 3 ตามลำดับ

จากตาราง 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้ (N=10)

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้	3.83	0.45	มาก
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลง่ายต่อการปฏิบัติ	3.55	0.55	มาก
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน	3.78	0.48	มาก
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีเนื้อหาถูกต้องและตรงประเด็น	3.78	0.42	มาก
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถจัดการแต่ละสถานการณ์ได้ดี	3.70	0.46	มาก
6. พึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้	3.83	0.38	มาก
รวม	3.74	0.37	มาก

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.74$ ,  $SD = 0.37$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เห็นด้วยในระดับมากทุกข้อ

### อภิปรายผล

จากผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีผ่านกล้อง จะเห็นว่าการนำหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มาใช้ทางการพยาบาล จะทำให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกได้ดีกว่าข้อมูลจากความคิดเห็น และผลจากการพัฒนาในครั้งนี้ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง ประกอบด้วยการพยาบาล 3 ระยะได้แก่ 1)ระยะก่อนการผ่าตัด มีการปฏิบัติในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้ก่อนการผ่าตัดมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่นักวิชาการและนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาค้นคว้าวิจัย

ผ่าตัด มีการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ มีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจะช่วยบรรเทาอาการปวดภายหลังจากผ่าตัดได้<sup>11-15</sup> และนำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลมาใช้ก่อนการผ่าตัดมาใช้ซึ่งเป็นรูปธรรม<sup>15</sup> จะช่วยให้ทราบถึงระดับความกังวลของผู้ป่วยและสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความกังวลลงได้ดีขึ้น 2) ระยะหลังผ่าตัด มีการปฏิบัติในการดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง การได้รับสารน้ำ ยา ตามแผนการรักษา ทำการประเมินการทำงานของลำไส้ ดูแลการให้ได้รับอาหารตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว (Early step feeding) ใช้เครื่องมือประเมินความปวด แบบประเมินภาวะแน่นอึดอัดท้อง ท้องอืดและการทำงานของลำไส้มาใช้ และให้การพยาบาลตามระดับอาการปวดและแน่นอึดอัดท้อง ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการและการศึกษาอื่นที่พบว่า ระยะหลังผ่าตัด หากมีการใช้ Early step feeding ส่งผลต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น<sup>16-19</sup> ประกอบกับ

การนำเครื่องมือประเเมนความปวด<sup>20</sup> แบบประเเมนภาวะแน่นอึดอัดท้อง ท้องอืดและการทำงานของลำไส้มาใช้<sup>21</sup> เพื่อให้ทราบระดับความปวดและแน่นอึดอัดท้องที่ชัดเจน แล้วจะให้การพยาบาลให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้การพยาบาลตามเหมาะสมมากขึ้น

และผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง ไปใช้ใน จะพบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก เป็นเพราะ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้จากการพัฒนาโดยใช้รูปแบบกระบวนการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ โดยนำเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบจากระบบฐานข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนการหาคุณภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยอ้างอิงการปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์ ทดสอบแล้วว่า เป็นการปฏิบัติในระดับดีเลิศ (Best practice)<sup>5</sup> ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติการพยาบาล (Quality Nursing Care) และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Patient Outcomes)<sup>5</sup> อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด<sup>22-23</sup> และ นอกจากนี้ผลจากการพัฒนาในครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิ้วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง ประกอบด้วยการพยาบาลครอบคลุม 3 ระยะ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงระยะจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้พัฒนามาจากการ ใช้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทดลองใช้เฉพาะใน หน่วยงานของทีมีผู้ศึกษา แต่ยังไม่มีการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น ดังนั้น จึงควรนำ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปขยายผลในหน่วยงานอื่น ต่อไป

2. ควรส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน โดย หัวหน้าหอผู้ป่วยคัดลยกรรม ควร

ประกาศเป็นนโยบายในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใช้ในหอผู้ป่วย และมีการนิเทศ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และติดตามและประเมินผล ทั้งด้านกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสอดคล้องและเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

- Stiltnimankarnt T. Gallstones in autopsy . Siriaij hosp Gaz 1966; 18:7-17.
- Dubios F, Icard P, Berthelot G, Levard H. Coelioscopic cholecystectomy. Preliminary report of 36 cases. Ann surg 1990;211:60-2.
- ชัชวาล สมพิร์วงศ์. การผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวิดิทัศน์. วารสารแพทย์ทหารบก 2539;49(2):95-101.
- ศักดิ์ชาย เรืองสิน. ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2550; 25(4):315-21.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย.การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2553
- Soper NJ, Barteau JA, Clayman RV, Ashley SW, Dunneagan DL. Comparison of early postoperative result for laparoscopic versus standard open cholecystectomy. Surg Gynecol Obstet 1992;174 : 114 -8.
- Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic cholecystectomy. Experience with 375 consecutive patients. Ann Surg 1991;214:531-40.
- ฉวีวรรณ ธงชัย, และพิกุล นันทชัยพันธ์. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547.
- Melnyk, B.M., & Finout-Overhot, E. Evidence-base



- practice in nursing and health care. (2nded.). Philadelphia, PA: Wolters & Kluwer Health & Lippincott William & Wilkins. 2011.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล 2548;20(2),63-74.
- ดาราณี พุกษ์สรนันท์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดร่วมกับสูคนบำบัด ต่อความวิตกกังวลก่อนและระหว่างผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี. โครงการวิจัย เพื่อพัฒนา (Routine to Research : R2R). โรงพยาบาลชลบุรี. 2548.
- มุกดา สำนวนกลาง. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด.วารสารการพยาบาล 2536;(33):17-29.
- จรีพร บวรผดุงกิตติ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy. ขอนแก่นเวชสาร 2537;18(1):59-67.
- สิรินยา พวงจำปา. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล 2551;23(3):40-48.
- Michell M. Psychological care of patients undergoing elective surgery. Nursing Standard 2007;21(30):48-55.
- Shah JN. Early feeding and Discontinuation of intravenous fluid after Laparoscopic cholecystectomy. J Nepal Health Research; 2012;10(12):28-31.
- Nicole Biay. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following Laparoscopic cholecystectomy. Australian Journal of Advance Nursing 2005;23(4):14-9.
- Ali A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: is it safe and cost effective .Minim Access surgery journal, 2009;5(1):8-13.
- Raeder J. Anesthetic techniques for ambulatory surgery. International Association of ambulatory surgery, Porto; 2006;185-209.
- Wills VL. Pain after laparoscopic cholecystectomy. British Journal of surgery, 2000; 87(3):273-84.
- กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2553.
- เสาวลักษณ์ ภูนวนกุล นพรัตน์ เรืองศรี อรพรรณ มั่นตระกูล และจรรยา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(6):102-7
- จิตรศิริ ตันดิชาติกุล และวนิดา เคนทองดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ. วารสารกองการพยาบาล 2556;40(3): 56-69.

## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

## Factors Related to the Result of Nursing and Midwifery Licensing Examination of Bachelor Graduates from Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

ดาริณี สุวภาพ<sup>1</sup>, สัจจวรรณ พวงศรีเคน<sup>2</sup> และพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข<sup>3</sup>  
Darinee Suwaphabh<sup>1</sup>, Satchawan Phuangsikien<sup>2</sup> and Pornnirn Udomthornsuk<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

**วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์โดยมีปัจจัย ได้แก่ กระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การเตรียมความพร้อมก่อนสอบ ผลการสอบรวบยอด เกรดเฉลี่ยสะสม และเกรดรายวิชาภาคปฏิบัติ 7 รายวิชา กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2 สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมก่อนสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง แบบสอบถามกระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แบบรายงานผลการสอบรวบยอด รายงานเกรดเฉลี่ยสะสม และรายงานเกรดรายวิชาภาคปฏิบัติ 7 รายวิชา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

**ผลการวิจัย** พบว่า กระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผลการสอบรวบยอดและเกรดรายวิชาภาคปฏิบัติบางรายวิชา ได้แก่ วิชาปฏิบัติการการผดุงครรภ์ วิชาปฏิบัติการการพยาบาลเด็ก และวิชาปฏิบัติการการผู้ใหญ่นั้นมีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ส่วนการเตรียมความพร้อมก่อนสอบและเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

**สรุป** จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผลการสอบรวบยอด และเกรดคะแนนภาคปฏิบัติบางรายวิชาที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ดังนั้น คณะฯ ควรพัฒนากระบวนการเรียนการสอนโดยเฉพาะรายวิชาภาคปฏิบัติ และกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนสอบ อย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ** : ปัจจัย, การสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

<sup>2,3</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด



## ABSTRACT

**Objective :** To study factors related to the result of the Nursing and Midwifery Licensing Examination of Bachelor Graduates from Faculty of Nursing , Roi Et Rajabhat University

**Method :** Descriptive correlational study aims to study the factors related to the result of the Nursing and Midwifery Licensing Examination of Bachelor Graduates from Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University. Factors study were the teaching and learning process in nursing program, the preparation for the license examination, the result of comprehensive examination, grade point average and 7 grades of practical subjects. The sample was 28 graduates of bachelor degree in nursing program in the academic year 2016. The study instruments composed of 2 questionnaires: the preparation for the license examination and the teaching and learning process in nursing program at Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University and comprehensive examination report, grade point average report and 7 grades of practical subjects report. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient.

**The results of study :** The teaching and learning process in nursing program, the result of comprehensive examination, and some of practical subject grades show statistically significant correlation to the result of the Nursing and Midwifery Licensing Examination at 0.05 and 0.01, but the preparation for the license examination, grade point average had no statistically correlation.

**Conclusion :** Nursing instructors, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University should improve teaching and learning process, especially on some practical subjects and the preparation process for the license examination continually.

**Keywords :** factors related, the Nursing and Midwifery Licensing Examination

### บทนำ

การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ที่บัณฑิตได้เรียนรู้จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันการศึกษาที่ผ่านการเห็นชอบหลักสูตรและการรับรองสถาบันจากสภาการพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ต้องสอบผ่านการประเมินความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แล้วจึงจะได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อ 1) ค้ำครองสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการและประชาชน กล่าวคือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ

การผดุงครรภ์ทุกคนที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน จะต้องมีความรู้เพียงพออย่างน้อยในมาตรฐานขั้นต่ำที่สภาการพยาบาลได้สอบวัดแล้ว 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาระดับวิชาชีพการพยาบาล 3) เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาล

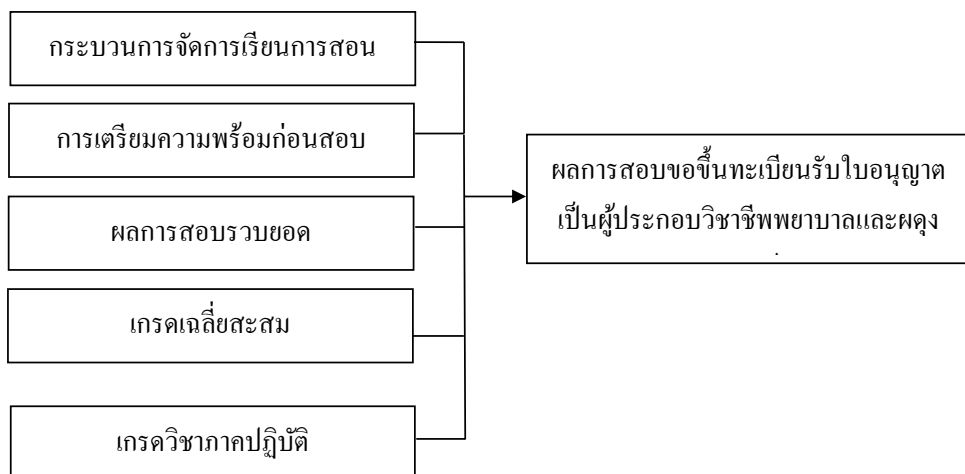
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เป็นสถาบันใหม่ที่ได้รับการเห็นชอบหลักสูตรและการรับรองสถาบันจากสภาการพยาบาลแล้ว เมื่อปี พ.ศ.2555 และอนุมัติให้เปิดดำเนินการสอนครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2556 ได้มีการเปิดรับนักศึกษารุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ในพ.ศ.2556 และ 2557 ตามลำดับ จำนวนรุ่นละ 30 คน ปัจจุบันมีบัณฑิตสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559 และ 2560 แล้วเป็นจำนวนทั้งสิ้น 58 คน โดยข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย

การสอบความรู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ พ.ศ. 2541 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2543 กำหนดให้มีสอบการประเมินความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งหมด 8 รายวิชา ได้แก่ 1) การผดุงครรภ์ 2) การพยาบาลมารดาและทารก 3) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 4) การพยาบาลผู้ใหญ่ 5) การพยาบาลผู้สูงอายุ 6) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 7) การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น และ 8) กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ ผู้สอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ จะต้องสอบให้ผ่านทั้ง 8 รายวิชาโดยมีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ทุกรายวิชา<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณธรรม จริยธรรม ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรู้ในศาสตร์ทางการ เมื่อบัณฑิตทั้ง 2 รุ่น จบการศึกษาแล้ว ได้สอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง แต่ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล ที่กำหนดว่าจำนวนผู้สำเร็จการศึกษา ต้องสอบผ่านในการสอบครั้งแรกต้องได้อย่างน้อยร้อยละ 70<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เห็นความสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดกระบวนการเรียนการสอน และ

การเตรียมความพร้อมในการสอบให้นักศึกษา ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลสอบตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบใบอนุญาตขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ มีหลายปัจจัย ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม<sup>2,3,4,5,6,7,8,10,12</sup> การเตรียมความพร้อมก่อนสอบ<sup>2,6</sup> เกรดวิชาภาคปฏิบัติ<sup>4,6,11</sup> ทักษะคิดต่อการสอบ<sup>8</sup> กระบวนการจัดการเรียนการสอน<sup>2</sup> และผลการสอบรวบยอด<sup>4,8,10,11,12</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาของสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง แต่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ยังไม่ได้มีการศึกษาเรื่องนี้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ของบัณฑิตรุ่นที่ 2 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการในการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอน และการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย สังเคราะห์จากจากการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสถาบันต่างๆ ดังนี้





## กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อเขียนรับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของบัณฑิตรุ่นที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Descriptive correlational study) กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษารุ่นที่ 2 จำนวนทั้งหมด 28 คน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมก่อนสอบฯ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 25 ข้อ คือ 1) ด้านความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา 2)ด้านวิทยากร และ3)ด้านนักศึกษา และแบบสอบถามกระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 61 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านหลักสูตร 2) ด้านอาจารย์ผู้สอน 3) ด้านการจัดการเรียนการสอน 4) ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร และ 5) ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอนและอุปกรณ์การศึกษา โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และบริบทการจัดการเรียนการ

สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และรายงานผลการสอบรวบยอดของนักศึกษา และรายงานเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร และรายงานเกรดวิชาภาคปฏิบัติ 7 รายวิชา

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 30 เมษายน 2561 - 26 พฤศจิกายน 2561 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 28 คน เป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 26 คน อายุระหว่าง 22-24ปี อายุเฉลี่ย 22.8 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 2.72-3.59 ค่าเฉลี่ย 3.07

ส่วนการประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การเตรียมความพร้อมก่อนสอบ ผลการสอบรวบยอด เกรดเฉลี่ยสะสม และเกรดรายวิชาภาคปฏิบัติ 7 รายวิชา แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1-5 และ ผลการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2 แสดงรายละเอียดตามตาราง 6

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ยการประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายด้าน (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2556)

ด้านการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. ด้านหลักสูตร	4.33	มาก
2. ด้านอาจารย์ผู้สอน	4.50	มาก
3. ด้านการจัดการเรียนการสอน	4.15	มาก
4. ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร	4.01	มาก
5. ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอนและอุปกรณ์การศึกษา	3.46	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.09	มาก

ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.09 ส่วนรายด้าน คือ ด้านหลักสูตร ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร ค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับ

มากเช่นกัน ส่วนด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนการสอนและอุปกรณ์การศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมก่อนสอบรายด้าน

หัวข้อประเมิน	1	2	3	4	5	6	7	8	ค่าเฉลี่ยรวม
1. ด้านความพึงพอใจ	4.36	4.88	4.27	4.82	4.67	4.69	4.83	4.72	4.66
2. ด้านวิทยากร	4.46	4.91	4.00	4.83	4.76	4.74	4.88	4.86	4.68
3. ด้านนักศึกษา	4.02	4.52	3.98	4.46	4.37	4.29	4.54	4.49	4.33
			ค่าเฉลี่ยรวม						4.55

(1. วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2. วิชาการพยาบาล  
ผดุงครรภ์ 3. วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 4. วิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ 5. วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 6. วิชากฎหมาย  
และจรรยาบรรณวิชาชีพ 7. การพยาบาลมารดาและทารก  
8. วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เท่ากับ 4.55 ส่วน  
รายด้านพบว่า ด้านวิทยากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.68  
อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านความพึงพอใจต่อการเตรียม  
ความพร้อมของนักศึกษาค่าเฉลี่ยระดับรองลงมา เท่ากับ  
4.66 และด้านนักศึกษามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.33

**ตาราง 3** ร้อยละของผลการสอบรวบยอด

รายวิชา	1	2	3	4	5	6	7	8
ผู้สอบผ่านเกณฑ์(คน)	27	26	17	12	12	9	8	5
ร้อยละ	96.42	92.85	60.71	42.85	42.85	32.14	28.57	17.85

(1 วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
3 วิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ 4 การพยาบาลมารดาและ  
ทารก 5 วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 6 วิชาการ  
พยาบาลอนามัยชุมชน 7 วิชากฎหมายและจรรยาบรรณ  
วิชาชีพ 8 วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น)

ผลการสอบรวบยอดของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2 มี  
ผู้สอบผ่านเกณฑ์จำนวนสูงสุดในวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คือ  
ร้อยละ 96.42 รองลงมาคือ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
ร้อยละ 92.85 ส่วนวิชาที่มีผู้สอบผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ  
วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คือ ร้อยละ 17.85

**ตาราง 4** ร้อยละของเกรดเฉลี่ยสะสมของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2

เกรดเฉลี่ยสะสม	จำนวน	ร้อยละ
➤ 3.75	0	0
3.50 – 3.74	2	7.14
3.25 – 3.49	10	35.72
3.00 – 3.24	13	46.43
2.75 – 2.99	2	7.14
2.50 – 2.99	1	3.57
รวม	28	100



พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสม ช่วง 3.00-3.24 มีจำนวนมาก 35.72 จำนวนน้อยที่สุด คือช่วง 2.50-2.99 ร้อยละ 3.57 ที่สุด ร้อยละ 46.43 รองลงมาคือ ช่วง 3.25-3.49 ร้อยละ

#### ตาราง 5 ร้อยละของเกรดแต่ละรายวิชาภาคปฏิบัติ

รายวิชา (ร้อยละ)	1	2	3	4	5	6	7
A	0	2(7.14)	23(82.14)	0	28(100)	14(50.00)	10(35.72)
B+	7(25.00)	6(21.43)	3(10.72)	14(50.00)	0	12(42.86)	13(46.43)
B	14(50.00)	8(28.57)	1(3.57)	11(39.29)	0	2(7.14)	5(17.85)
C+	7(25.00)	8(28.57)	0	2(7.14)	0	0	0
C	0	4(14.29)	1(3.57)	1(3.57)	0	0	0

(1 วิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ 2 วิชาปฏิบัติการมารดา และทารก 3 วิชาปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น 4 วิชาปฏิบัติการผู้ใหญ่ 5 วิชาปฏิบัติการผู้สูงอายุ 6 วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 7 วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

จากตาราง วิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้สูงอายุ

มีนักศึกษาที่ได้ เกรด A จำนวนมากที่สุด คือ 28 คน (ร้อยละ100) รองลงมาคือ วิชาปฏิบัติการการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น มีนักศึกษาที่ได้เกรด A จำนวน 23 คน (ร้อยละ 82.14) ส่วนวิชาที่ไม่มีนักศึกษาได้เกรด A เลย มี 2 วิชาคือ ปฏิบัติการการพยาบาลผดุงครรภ์และวิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่

#### ตาราง 6 ร้อยละของผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2

ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	39.29
ครั้งที่ 2	82.14

ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 2 ครั้งที่ 1 สอบผ่าน 8

รายวิชา ร้อยละ 39.29 ส่วนครั้งที่ 2 สอบผ่าน 8 รายวิชา ร้อยละ 82.14

## ตาราง 7 ความสัมพันธ์ของผลสอบใบประกอบวิชาชีพ ผลการสอบรวบยอด และเกรดเฉลี่ย (n=28 )

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ผลการสอบใบประกอบวิชาชีพฯ	-			
2. ผลการสอบรวบยอด	.447*	-		
3. เกรดเฉลี่ยสะสม	.232	.223	-	
4. ผลการประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	.414*	.130	.071	-
5. เกรดวิชาภาคปฏิบัติ 7 วิชา				
5.1 วิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์	.383*			
5.2 วิชาปฏิบัติการมารดาและทารก	.270			
5.3 วิชาปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น	.407*			
5.4 วิชาปฏิบัติการผู้ใหญ่	.511**			
5.5 วิชาปฏิบัติการผู้สูงอายุ	.a			
5.6 วิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน	.258			
5.7 วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	.310			

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าผลการสอบรวบยอด กระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเกรดรายวิชาภาคปฏิบัติบางรายวิชา ได้แก่ วิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ วิชาปฏิบัติการการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และวิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับ ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตรุ่นที่ 2 คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผลการสอบรวบยอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา ในปีการศึกษา2561 ผู้รับผิดชอบโครงการได้เพิ่มกระบวนการทดสอบนักศึกษามากขึ้นเป็น 3 ครั้ง คือ 1) สอบการก่อน

การทบทวน 1 ครั้ง 2) สอบภายหลังที่อาจารย์ภายในคณะฯ ได้ทบทวนให้กับนักศึกษาแล้ว 3) สอบภายหลังสิ้นสุดการทบทวนโดยวิทยากรภายนอก ซึ่งอาจมีผลทำให้นักศึกษาเกิดความชำนาญในการทำข้อสอบให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด และนักศึกษาได้มีประสบการณ์ กับข้อสอบที่หลากหลาย และมีความครอบคลุมกับเนื้อหาสำคัญในแต่ละรายวิชามากขึ้น จึงมีส่วนช่วยให้นักศึกษาสามารถทำข้อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯของสภาการพยาบาลได้ดีเป็นบางส่วน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร นุชธรรมและคณะ<sup>4</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงราย พบว่าผลการสอบประมวลความรู้ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05



ส่วนผลเกรดภาคปฏิบัติบางรายวิชา ได้แก่ วิชาปฏิบัติการการผดุงครรภ์ วิชาปฏิบัติการการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และวิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตฯ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กระบวนการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ทฤษฎี จะเน้นการนำความรู้จากภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ และในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ มีปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้หลายประการได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เห็นความสำคัญในการสอนภาคปฏิบัติเป็นอย่างมาก จึงได้จัดให้อาจารย์พยาบาลที่ประสบการณ์ตรงสาขาประจำอยู่แต่ละหอผู้ป่วยตลอดเวลาที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติ และในแหล่งฝึกปฏิบัติ คือโรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงมีผู้ป่วยในสถานะต่างๆ ที่หลากหลาย รวมทั้งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพประจำการที่มีส่วนสำคัญในการร่วมให้ความรู้และคำแนะนำแก่นักศึกษา ทำให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์จากสถานการณ์จริง เกิดทักษะทางการพยาบาล ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้ทางทฤษฎีมากขึ้น เกิดความทรงจำที่ดีในแต่ละสถานการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญทำให้นักศึกษามีความพร้อมในการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ทักซิณและคณะ<sup>6</sup> ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเตรียมความพร้อมและผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ของผู้สำเร็จ การศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี พบว่า เกรดเฉลี่ยรายวิชาที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกรดเฉลี่ยรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิชาการพยาบาลมารดาและทารก วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิสัยพร นุชธรรม และคณะ<sup>4</sup> และเพ็ญแข แสงโนรีและคณะ<sup>11</sup> พบว่า เกรดรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลแม่และเด็ก มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตประกอบ

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเกรดเฉลี่ยรายวิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้สูงอายุ ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ปฏิบัติการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และปฏิบัติการการพยาบาลมารดาและทารก ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนบางรายวิชายังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชาเท่าที่ควร รวมทั้งการประเมินผลภาคปฏิบัติ ไม่มีอำนาจจำแนกนักศึกษา คือได้เกรดสูงสุด (A) ทุกคน (รายวิชาปฏิบัติการการพยาบาลผู้สูงอายุและวิชาปฏิบัติการการพยาบาลอนามัยชุมชน) ซึ่งในการทวนสอบผลสัมฤทธิ์กรรมการทวนสอบได้ให้ข้อเสนอแนะในด้านการปรับการจัดการเรียนการสอน การมอบหมายงานและการประเมินผลรวมทั้งการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และการติดตามพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาเป็นรายบุคคลมากขึ้น

กระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อเขียนรับใบอนุญาตฯ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เน้นการคิดวิเคราะห์ โดยการใช้กรณีศึกษาให้นักศึกษาได้ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นโดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย การสอนที่จัดให้มีส่วนร่วมของผู้เรียนจะทำให้มีความมุ่งมั่นและร่วมมือในการพัฒนาการเรียนรู้และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>13</sup> รวมทั้งมีแบบฝึกหัดท้ายบทให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้และแนะนำให้นักศึกษารูปแนวคิดสำคัญเป็น mind map ด้านผู้สอนมีการเตรียมการสอนเป็นอย่างดี โดยจัดทำเอกสารประกอบการสอน หรือเอกสารคำสอนให้นักศึกษาได้ศึกษาล่วงหน้า และคณะฯ กำหนดให้มีการวิพากษ์ข้อสอบทุกรายวิชาเพื่อให้ข้อสอบมีความครอบคลุมประเด็นสำคัญแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อสอบเพื่อจัดทำเป็นข้อสอบมาตรฐานต่อไป นอกจากนี้คณะฯ ได้พยายามจัดท้าวสดุครุภัณฑ์ทางการศึกษาให้พอเพียงในการจัดการเรียนการ



สอนทั้งภาคทฤษฎีและการสอนปฏิบัติการในห้องปฏิบัติการ รวมทั้งอาจารย์ผู้สอนจะมีการติดตามผลการสอบของนักศึกษาทั้งการสอบกลางภาคและการสอบปลายภาคในวิชาทฤษฎี แล้วจัดให้มีการซ่อมเสริมในกรณีที่นักศึกษาสอบไม่ผ่านเกณฑ์ และเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล เป็นผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ของวิชา และเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตาม learning outcome ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถที่จะผ่านการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯได้บางรายวิชา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณและคณะ<sup>2</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตร ศรีสุพรรณ, สุปราณี อัทธเสรีและ นพรัตน์ ราชภรณ์. การสอบความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ.วารสารสภาการพยาบาล. 2551 ; 23 (3) :10-15.
2. สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุภาวดี นพจุจินดาและอุมากร ใจยังยืน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี .Journal of Nursing and Education.2016 ; 9 (2): 81-92.
3. วิภาดา คุณาวิทิตกุล, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, รัตนาวดี ขอนตะวันและสุปราณี อัทธเสรี.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. Thai Journal of Nursing Council.2012; 27(3):11-27.
4. วิไลพร นุชธรรม, ลาวัลย์ สมบูรณ์, เทียมศรี ทองสวัสดิ์, สุดธิดา แก้วขจร และ วีระพันธ์ุ ศิริฤทธิ์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย เชียงราย. พยาบาลสาร.2556; 40 (ฉบับพิเศษ ) : 61-67.

5. ยูวดี วัฒนานนท์,วชิรา วรณสถิตย์,วิลาวัลย์ ดวงล้อมจันทร์, ฉวีวรรณ สาระคง และวรรณทิน ยิ่งพัฒนพันธ์.ปัจจัยทำนายผลการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของผู้สอบประจำปี พ.ศ. 2553 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.วารสารพยาบาลศาสตร์; 2011; 29 (2) : 65-72.
6. พรทิพา ทักษิณ, ศุภกรใจ เจริญสุข และอุบล สุทธิเนียม. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเตรียมความพร้อม และผลการสอบการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. Thai Journal OF Nursing Council.2011; 26(3):117-129.
7. นัยนา อินธิโชติ, ไพฑูรย์ มาผิว, วาสนา ครุฑเมือง และ ศศิธร ชิดนาย.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2548 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. Journal of Health Science. 2008;2(1): 22-30.
8. ศิริัญญา คงอยู่. ปัจจัยทำนายผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.วารสารวิทยาลัยทหารบก. 2560;18(2): 228-237.
9. นงนภัทร รุ่งเนย, กฤษณา หงส์ทอง และจันทร์จิรา สีสว่าง.กระบวนการพัฒนาความรู้ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. Journal of Boromarajonani College of Nursing.2559; 32(2) : 56-67.



10. รัตนาภรณ์ คงคา, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันดีโตสุขศรี และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสอบผ่านความรู้ของผู้ขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. *Journal of Nursing Science*. 2555; 30(3): 82-91.
11. เพ็ญแข แสงโนรี, สุขจิต ณ นคร, รัตนา สำราญใจ และสถาพร อนันต์คุณูปการณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียว. *วารสารมฉก.วิชาการ*. 2547; 8(15) :14-36.
12. พรพรรณ ภูสาหัส, สมสุข ภาณุรัตน์ และยุวดี แตรประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ผลการสอบเสมือนจริง กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 2559; 8(1) : 153-159.
13. Harris, E.L. *How schools succeed: Context, culture, and strategic leadership*. 2<sup>nd</sup> ed., New York : Rowman & Littlefield ; 2015.

## บทความวิจัย

# ผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน

## The Effect Preparation of Caregiver's to adaptation in Caring for End – of – Life Patients in Community

นุชจรินทร์ ไชยสังข์ \*, พย.บ.  
Nutcharin Chaiyasaj, BNS.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ดูแลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

**วิธีการดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) โดยเก็บข้อมูลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน รับทราบจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและให้การรักษาแบบประคับประคอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มีการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired t-test

**ผลการวิจัย** ผลการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ภายหลังได้เตรียมความพร้อม มีความพร้อมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**สรุป** การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยให้ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยประเมินพฤติกรรมการปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การปรับตัวของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน



## ABSTRACT

**Objective :** To study the effect of caregiver preparation on adaptation in end-stage care and compare caregiver adjustment before and after preparation for end-stage care in the community.

**Methods :** Quasi-experimental research. One group pre-posttest design including primary care information for end - of - life patients caregivers aged 18 years and never had last-minute patient care. And to care for patients last 3 consecutive days not to know the doctor as a terminal patient and provide supportive treatment. Simple random sampling used for 32 participants and data using the administrator. The patient information from an adaptation of last-term caregivers in the community. Paired t-test was used to analyze data using mean and standard deviation.

**Results :** The effect preparation of the caretaker adaptation to end-of-life care in the community. After the preparation have higher readiness than before trial .The statistical significance was 0.05.

**Conclusion :** Preparation of caregiver's to adaptation in caring for end-of-life patients incommunity. According to Roy's theory of adaptation, the holistic approach of individuals to physical, mental, emotional, social and spiritual. Evaluation of adaptive behavior suggestion empowerment. Educating practice in self-management and caring for end-of-life patient. And support the needs of caregivers for have a better quality of life.

**Keyword :** preparation of caregiver's, adaptation in caring, end - of - life patients in community

### บทนำ

ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าในการรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มของประชากรที่มีการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลในระยะประคับประคอง เช่น โรคมะเร็งและโรคเอดส์ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งจาก 468.3 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของประเทศไทยและพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ปี พ.ศ. 2510 เป็น 43.8 ในปีพ.ศ. 2540 และ 98.5ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2555 ซึ่งในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2542-2552) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเพณีภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย<sup>1</sup> จากสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ปีพ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 18 ,29,43 ราย คิดเป็นร้อยละ 20, 32.2, 47.8 ตามลำดับ<sup>2</sup>

การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จากภาวะแทรกซ้อนทั้งจากตัวโรคและภาวะจิตใจที่หดหู่ สิ้นหวัง และทำใจไม่ได้ว่าตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยค่อยๆ ลดลงผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมีการปรับตัวและ เผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกระทั่งถึงช่วงระยะเวลาสุดท้าย ของชีวิต สอดคล้องกับ การศึกษาของวารุณี มีเจริญ<sup>3</sup> ที่ศึกษา กรณีศึกษาเรื่อง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การปรับตัวต่อบทบาท

และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแล ผู้ป่วยและที่สำคัญที่สุด<sup>4</sup> กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลัว พลาดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก โดยผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นญาติ หรืออาจเป็นผู้ดูแลรักษา หรือทีมสหวิชาชีพ ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เหลือ อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ผื่นศิริ<sup>5</sup> ที่ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลมหาสารคามโดยการจัดการรายกรณี ดังนั้นการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วย เป็นบทบาทสำคัญที่ ทำทนายของผู้ดูแลหรือญาติ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มี ประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนทำให้มีปัญหาในการปรับ ตัว จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการตอบ สอนความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยแม้จะผู้ดูแลจะพบ ปัญหาในหลายด้านการปรับตัว<sup>6</sup> และญาติผู้ดูแลมักขาด ความรู้และความมั่นใจในการดูแลทำให้เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล เครียด เป็นภาวะคุกคามกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ และปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ ถูกต้อง<sup>7</sup> ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นภาระหนัก โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล ทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ประกอบกับ ผู้ดูแลที่มีภาระงานประจำอยู่แล้ว เช่น การประกอบอาชีพ การดูแลบุตร ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลกระท บต่อบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่และการดำรงชีวิตประจำวันของ ผู้ดูแล จึงต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากต่อสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถทำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ อย่างมีประสิทธิภาพและตนเองมีชีวิตรอดความเป็นอยู่ที่ดี<sup>8</sup> หาก ญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการ ดำเนินชีวิต มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแล จึงต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่ง รอยและแอนดริวส์<sup>9</sup> กล่าวว่า เป้าหมายของการพยาบาล คือ การส่งเสริมการปรับตัวทั้ง

4 ด้าน ของบุคคล และเป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของบุคคล รวมทั้งส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งบุคคลที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวนี้อาจเป็นตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือ สังคม พยาบาลจึงมีบทบาทในการ ส่งเสริมการปรับตัวทั้งในสถานการณปกติและเจ็บป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลนอกจากมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แล้ว พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ควบคู่กันไปด้วย โดยวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งเสริม ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเตรียมความพร้อมของ ผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยให้ครอบครัวมองครวม ของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิต วิญญาณ โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัว การให้คำ ปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึก ทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการตนเองและการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความ ต้องการของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อศึกษาผลของการเตรียม ความพร้อมการปรับตัวของผู้ดูแลก่อนและหลัง การเตรียม ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

**วิธีดำเนินการวิจัย** การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน และให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน รับประทานจากแพทย์ว่า



เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและให้การรักษาแบบประคับประคอง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ในการให้ข้อมูลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย(Simple random sampling) จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ บทบาทในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค

3. แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำของแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 10 มีจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามด้านบวก 19 ข้อ คำถามด้านลบ 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1. แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอยล์ ประกอบด้วย 1. การส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย 2. ส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ 3. ส่งเสริมการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ 4. ส่งเสริมการปรับตัวด้านพึงพาวาอาศัยผู้อื่น

2. คู่มือเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นสื่อการให้ความรู้แก่

กลุ่มตัวอย่าง ในคู่มือเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย มีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลด้านร่างกาย การเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ การทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย การหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแลปัญหาทางด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิต และวิธีการดูแลทางเลือก

### การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คู่มือ และแบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยล์ จำนวน 1 ท่าน 3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำแบบประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.86

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โดยได้รับการอนุมัติตามหนังสือเลขที่ใบรับรอง HE6005 ลำดับที่ 0005/2561

ในการดำเนินการทดลองใช้ห้องที่เงียบมีความเป็นส่วนตัววันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล เป็นการประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกิจกรรมดังนี้



1) แนะนำตัวทำความรู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนะนำขั้นตอนในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะสุดท้าย โดยแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แผลผลคะแนนการปรับตัว 2) พูดคุยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) เมื่อทราบคะแนนการปรับตัวแจ้งให้ผู้ดูแลทราบ พร้อมตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล โดยมีเกณฑ์ค่าคะแนนการปรับตัวระดับสูงให้ตั้งเป้าหมายคงไว้ ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนค่าคะแนนการปรับตัวระดับปานกลางและระดับต่ำให้ตั้งเป้าหมาย มีการปรับตัวที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลาทำกิจกรรม วันแรก 60 นาที นับพบในวันต่อมา กลับมาวางแผนให้คำปรึกษาส่งเสริมการปรับตัวโดยมีเกณฑ์คะแนนการปรับตัวระดับสูงให้เสริมพลังอำนาจคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวระดับปานกลางและระดับต่ำให้เสริมสร้างพลังอำนาจการปรับตัวให้ดีขึ้นพิจารณาความพร้อมในการปรับตัวแต่ละด้าน

วันที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี

2. ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตนเอง

2.2 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมี

วิจรรณญาณ

2.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง

2.4 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งปฏิบัติที่ดี

ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 2 ทั้งหมด 60 นาที และนัดพบวันต่อมา

วันที่ 3 เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดย

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลและนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การจัดสรรเวลาในการรับประทานอาหาร

พักผ่อน เพื่อไม่ให้เกิดความอ่อนล้าและร่างกายทรุดโทรม ทำจิตใจให้เบิกบานมองโลกในแง่ดี คลายความตึงเครียดด้วยการสวดมนต์ ดูหนัง ฟังเพลง ตามความชอบ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการอาการรบกวน พบป่วยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้รับรู้ว่า มีปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้น

2.2 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลจัดกลุ่มของปัญหา

2.4 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสำรวจถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล

2.5 แนะนำแนวทางในทางขจัดอุปสรรคออกไป

3. มอบคู่มือเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลแก่ผู้ดูแล เพื่อสามารถโทรขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 3 ทั้งหมด 60 นาที

วันที่ 7 ของการเก็บข้อมูล เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลและผู้ป่วย พูดคุยซักถามถึงความเป็นอยู่ของผู้ดูแลและอาการทั่วไปของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ และการให้การช่วยเหลือตามความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชื่นชมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ทั้งหมด 30 นาที

2. นัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหา

ที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ และการประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นชุดเดียวกับ การประเมินครั้งแรก

2.2 บอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการในการทำวิจัย ในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลาทำกิจกรรมในการติดตาม



เยี่ยมครั้งที่ 2 ทั้งหมด 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ 2) วิเคราะห์ค่าคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและแบ่งระดับการปรับตัวจากค่าคะแนนโดยรวมและรายด้านตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 37.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 78.10 การศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 59.40 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ย

ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 68.75 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 90.60 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 53.10 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 56.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มีจำนวน 4 คน ร้อยละ 53.10 ความสัมพันธ์เกี่ยวกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นร้อยละ 37.50 ภรรยา ร้อยละ 21.90 สามี ร้อยละ 21.90 และหลาน ร้อยละ 18.80 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.80 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 31.25 ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100.00 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 28.13 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 และเป็นเพศชายร้อยละ 31.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เฉลี่ยอายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.00

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 96.90

**ตาราง 1** ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว ก่อนและหลังการทดลอง

การปรับตัวโดยรวม	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)			
	Min-Max	M	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	91-121	107.59	7.09	ปานกลาง
หลังการทดลอง	116-137	127.81	5.25	สูง

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายในชุมชน พบว่า ระดับการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 2 การปรับตัวของผู้ดูแลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนรายด้าน โดยรวม

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ด้านร่างกาย	28.34	4.49	32.62	2.77	-6.89	31	.000
ด้านอัตมโนทัศน์	24.87	2.39	31.03	1.35	-14.36	31	.000
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่	26.21	2.02	30.28	1.85	-11.31	31	.000
ด้านการพึ่งพา	28.18	1.69	33.87	2.51	-13.86	31	.000
โดยรวม	107.62	6.98	127.81	5.25	-22.52	31	.000*

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ดูแลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-6.89, p=.000$ ) ( $t=-14.36, p=.000$ ) ( $t=-11.31, p=.000$ ) ( $t=-13.86, p=.000$ ) ตามลำดับ สำหรับโดยรวมทุกด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวทุกด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-22.52, p=.000$ )

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-6.89, p=.000$ ) ( $t=-14.36, p=.000$ ) ( $t=-11.31, p=.000$ ) ( $t=-13.86, p=.000$ ) ตามลำดับ สำหรับโดยรวมทุกด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวทุกด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-22.52, p=.000$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานอธิปไตยได้ว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการแก้ปัญหา เพื่อ

จัดการในการดูแลตนเอง และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว ซึ่งการปรับตัวของผู้ดูแลมีอยู่ 3 ขั้นตอน คือขั้นต้นแรกเป็นการประเมินพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มีการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ติดตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละราย โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะบอกเล่าปัญหาในการปรับตัว เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรู้เป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะต้องจัดการกับตนเองอย่างไร เพื่อนำไปสู่การปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ จากการประเมินพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ปกก่อนเข้าร่วมการเตรียมความพร้อม พบปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแล ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลร่างกายทรุดโทรมและรู้สึกอ่อนล้า ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและรู้สึกสนใจดูแลตนเองน้อยลงโดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยและมีเวลาพบปะคนรอบข้างน้อยลง และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น พบว่าผู้ดูแลรู้แหล่งให้การช่วยเหลือน้อย และมีการขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นน้อย สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวของรอย์<sup>9</sup> ที่ต้องประเมินว่า บุคคลแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ยังขาด



ความรู้และทักษะ จะต้องมีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลรู้ว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพและระดับการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น รอยยังเห็นว่าบุคคลหรือผู้ดูแลจะยอมรับ หรือปกป้องและสนับสนุน เพื่อการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดระหว่างกัน ผู้ดูแลที่กล้าจะเปิดเผยความต้องการที่แท้จริงให้พยาบาลทราบ การยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล จะส่งผลให้การปรับตัวได้ง่ายขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ มรกต และคณะ<sup>10</sup> ที่ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม การปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลและการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .001$ )

ขั้นตอนการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีของรอย<sup>9</sup> ได้แนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวว่า การปฏิบัติการพยาบาล เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนเพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะที่จำเป็น คอยช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในการแก้ปัญหาต่างๆ กิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวที่ผู้วิจัยพัฒนาสามารถส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1) การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและบายความรู้สึกลดตนเองที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ญาติเข้าใจปัญหาของตนเอง เลือกลงแผนแก้ไขจัดปัญหาด้วยตนเองเกิดความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกลดในการดูแลผู้ป่วย ชี้ให้เห็นจุดดีของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและกล่าวชื่นชมผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของเดชทัต อัครธนาภิรักษ์และคณะ<sup>11</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ

เตรียมความพร้อมกับการพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 74.34, SD. = 11.49$ ) พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.84, SD. = .29$ ) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .381, p < .01$ ) 3) การให้ความรู้ แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้และทัศนคติและปฏิบัติถูกต้องเกิดผลดีเกี่ยวกับการดูแลตนเองและฝึกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและฝึกทักษะการแก้ปัญหา เช่น การจัดการอาการปวด การให้ออกซิเจน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีความรู้และมั่นใจในการแสดงบทบาททำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของรอย<sup>9</sup> ที่ว่าการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาผู้วิจัยมอบคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถนำกลับไปอ่านทำความเข้าใจและทบทวนได้ตลอดเวลาเดิมผู้ดูแลคิดว่าถ้าได้นอนหลับพักผ่อนจะลดอาการเหนื่อยล้า เมื่อเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมได้ความรู้ว่าวิธีผ่อนคลายความอ่อนล้าสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฟังเพลง การทำสมาธิ สวดมนต์ ได้ฝึกทักษะในการดูแลและอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหายใจลำบาก ทำให้เกิดทักษะความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเนลสัน เจและเดนิส เอ็ม<sup>12</sup> ที่ศึกษาเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีกระบวนการบริหารจัดการมีกระบวนการบริหารจัดการและ ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบทั้งงบประมาณ และบุคลากรในการให้บริการแบบผสมผสานการดูแล ประคับประคองร่วมกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ในทุกด้านและเป็นที่ยอมรับ 4) มีการประเมินผลการปรับตัวของผู้ดูแล ภายหลังจากการส่งเสริมการปรับตัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ว่าการปรับตัวของตนเองในการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปตามเป้าที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อะไรที่ทำให้ปัญหาในการปรับตัว พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พูดให้กำลังใจ ชื่นชม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ รู้สึกมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวที่ต้ออย่างยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ผู้ดูแลมีค่าคะแนนการปรับตัวที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มข้อมูลให้ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลนำไปพิจารณหาแนวทางส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมปรับตัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆ ด้านอย่างเหมาะสม
2. พยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมปรับตัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนในทุกๆ ด้านอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง
3. มีแนวทางให้ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมปรับตัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนในทุกๆ ด้าน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เจนวิทย์ เวชกามา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่อนุญาตให้การท่าวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนางสาวเปมิกา บุตรจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและนางสาวจุฬารัตน์ บุญชม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palative Care) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ที่ช่วยเหลือด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์สังจวรรณธ์ พวงศรีเคนและอาจารย์กุมาลิพร ตรีสอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ให้

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคู่มือการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การศึกษาครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพประชาชนโรคและสุขภาพประชากร.นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจังหวัดยโสธร. แบบบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2556-2560. เอกสารอัดสำเนา.
3. วารุณี มีเจริญ . ศึกษาเรื่องญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต.วารสารสภาพพยาบาล, 2557; 29 (4) : 9-22.
4. ทศนีย์ ทองประทีป. พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรินท์ จำกัด; 2552.
5. จุฬาลักษณ์ ผั้นศิริ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลมหาสารคาม .วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. มหาสารคาม, โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ; 2556 :15-21.
6. ศรีธยา แสงมณี, มณี อภานันทิกุล และยุพาพินศิริโพธิ์งาม. กรณีศึกษา : การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงาน นอกบ้าน. วารสารสภาพพยาบาล, 2555 ; 18 (1) :119-133.
7. สนิษฐ ขำดี, มณี อภานันทิกุลและยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาพพยาบาล, 2557 ; 29 (4) :45-63.
8. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต, สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2555.
9. Roy & Andrews. The Roy's Adaptation Model , Public Health Nursing Stamford : Appleton & Lange ; 1999



10. เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต และเขาวรัตน์ มัชฌิม.  
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง . วารสาร  
สภาการพยาบาล , 2558 ; 30 (2): 33-45.
11. เตชทัต อัครนารักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียม  
ความพร้อมกับการพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรแก่  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลจบใหม่. วารสาร  
พยาบาลสาธารณสุข , 2560 ; 31 (1) : 160-174.
12. Nelson J, Danis M. End-of-life care in the  
intensive care unit : where are we now ? .  
Crit Care Med , 2001 ; 29 (2): N2 - 9.

## บทความวิจัย

# การประเมินผลของ Alvarado score และ RIPASA score ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ Evaluation of Alvarado score and RIPASA score for diagnosis of appendicitis

เนตรา เนตรโพธิ์แก้ว, พบ.\*  
Nedtra Nedphokaew M.D.

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคศัลยกรรมทางช่องท้อง การวินิจฉัยและการผ่าตัดไส้ติ่งที่รวดเร็วสามารถลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อประเมินผลของ Alvarado score และ RIPASA score ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ

**วิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาแบบ Retrospective descriptive study โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective chart review) ในผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบและได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งในภาวะฉุกเฉินทั้งหมดในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2561 กำหนดค่า Alvarado score  $\geq 7$  และ RIPASA score  $\geq 7.5$  เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและนำมาเปรียบเทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Sensitivity, Specificity, PPV, NPV, FP, FN, LR<sub>s</sub>, Accuracy

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยทั้งหมด 145 คน อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย = 1.27:1 อายุเฉลี่ย  $35.86 \pm 20.45$ [SD] ปี ผลวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า Alvarado score ที่มีค่าจุดตัดที่ 7 มีค่า Sensitivity ร้อยละ 90.1, Specificity ร้อยละ 28.6 และ PPV, NPV, FP, FN ร้อยละ 92.19, 23.53, 71.4, 9.9 ตามลำดับ (LR<sub>+</sub>) 1.26, (LR<sub>-</sub>) 0.35, Accuracy ร้อยละ 84.14, Negative appendectomy rate ร้อยละ 7.8, Perforation rate ร้อยละ 19.5, AUC 0.585 (95% CI = 0.407-0.762) และ RIPASA score ที่มีค่าจุดตัดที่ 7.5 มีค่า Sensitivity ร้อยละ 100, Specificity ร้อยละ 0, PPV ร้อยละ 90.34, FP ร้อยละ 100, FN ร้อยละ 0, (LR<sub>+</sub>) 1.0, Accuracy ร้อยละ 90.34, Negative appendectomy rate ร้อยละ 9.7, Perforation rate ร้อยละ 18.6, AUC 0.691 (95% CI = 0.556-0.825) และไม่สามารถหาค่า NPV, (LR<sub>-</sub>) ได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า RIPASA score  $< 7.5$  อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบค่าจุดตัดของคะแนนที่มีค่าความแม่นยำมากที่สุด (The optimal cut-off threshold score from ROC) คือ ค่าคะแนนที่ 10.75 พบค่า Sensitivity ร้อยละ 93.1, Specificity ร้อยละ 28.6 และ PPV, NPV, FP, FN, เท่ากับ 92.42, 69.23, 71.4, 6.9 และ (LR<sub>+</sub>) 1.30, (LR<sub>-</sub>) 0.24, Accuracy ร้อยละ 86.89 และ Negative appendectomy rate ร้อยละ 7.6, Perforation rate ร้อยละ 20.5

**สรุป :** การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วย RIPASA score ที่ค่าจุดตัด 7.5 พบค่า Sensitivity และ Accuracy ที่มากกว่า Alvarado score แต่ไม่สามารถ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้เลย เมื่อเปลี่ยนค่าจุดตัดใน RIPASA score เป็นค่าจุดตัดที่ 10.75 พบว่า มีความสามารถในการ Rule out และ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้ใกล้เคียงกับการประเมิน Alvarado score และสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบไว้รักษาในโรงพยาบาลได้

**คำสำคัญ :** Appendicitis, Alvarado score, RIPASA score, diagnosis



## ABSTRACT

**Background :** Acute appendicitis is the most common surgical abdominal emergency. An early diagnosis and prompt operation can reduce an unacceptable complication. This present study aims to evaluate the usefulness of Alvarado score and RIPASA score for diagnosis of appendicitis.

**Methods :** This is a retrospective descriptive study. Charts were reviewed of all patients who underwent appendectomy for presumed acute appendicitis over a 13 month period at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen province between October 2016 and July 2018. Alvarado score with 7 as the optimal cutoff value. RIPASA score with 7.5 as the optimal cutoff value. Diagnosis was confirmed by histopathological examination. Sensitivity, Specificity, PPV, NPV, FP, FN, LR<sub>s</sub>, and Accuracy were calculated.

**Results :** Of 145 patients undergoing appendectomy (mean age  $35.86 \pm 20.45$ [SD] years), with a female to male ratio 1.27:1. Alvarado score with 7 as the optimal cutoff value: Sensitivity, Specificity were 90.1%, 28.6%. PPV, NPV, FP, FN were 92.19%, 23.53%, 71.4 %, 9.9%. (LR<sub>+</sub>) 1.26, (LR<sub>-</sub>) 0.35, Accuracy was 84.14%, Negative appendectomy rate was 7.8%, Perforation rate was 19.5%, the AUC was 0.585 (95% CI = 0.407-0.762). RIPASA score with 7.5 as the optimal cutoff value: Sensitivity, Specificity were 100%, 0%. PPV 90.34, FP and FN were 100 % and 0 %. (LR<sub>+</sub>) 1.0, Accuracy was 84.14%, Negative appendectomy rate was 9.7%, Perforation rate was 18.6%, the AUC was 0.691 (95% CI = 0.556-0.825). For NPV and (LR<sub>-</sub>), we can't evaluate due to none of patients has RIPASA score < 7.5. This study, we found the better optimal cut-off threshold score from ROC for RIPASA score is at 10.75. At this new value, will give sensitivity 93.1 %, specificity 28.6 %. PPV, NPV, FP, FN were 92.42%, 69.23%, 71.4%, 6.9%. (LR<sub>+</sub>) 1.30, (LR<sub>-</sub>) 0.24, Accuracy 86.89% and Negative appendectomy rate 7.6%, Perforation rate 20.5%

**Conclusion :** RIPASA score with 7.5 as the optimal cutoff value has more sensitivity and accuracy than Alvarado score, but could not rule in patients for appendicitis. We found a new optimal cutoff value for RIPASA score, at 10.75 could rule out and rule in patients for appendicitis equally as Alvarado score. Nevertheless, RIPASA score with 10.75 as cutoff value could be safely used by general practitioners in deciding whether to refer a patient to hospital and could be as a decision rule for admission/observation as Alvarado score.

**Keywords :** Appendicitis, Alvarado score, RIPASA score, diagnosis

### บทนำ

#### ความเป็นมา

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคศัลยกรรมทางช่องท้อง<sup>1-8</sup> อุบัติการณ์ทั่วโลกอยู่ที่ 1.5-1.9 ต่อประชากร 1,000 คน<sup>9</sup> มีการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง

อุบัติการณ์อยู่ที่ 3.2- 3.7 ต่อประชากร 10,000 คนต่อปี ซึ่งถือว่าสูงกว่าประเทศในเขตร้อนด้วยกัน<sup>10</sup>

ปีค.ศ. 1986 ได้มีการคิดวิธีประเมินที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ<sup>1-4, 11, 12, 13-15</sup> เรียกว่า Alvarado score<sup>2-9, 12, 13, 16, 17</sup> หรือ MANTRELS SCORING SYSTEM<sup>3</sup> (ดังตาราง 1)<sup>2, 4-7, 9, 12, 13, 16, 17</sup>

## ตาราง 1 The Alvarado score

Symptoms	Score
Migration RIF pain	1
Anorexia	1
Nausea/ Vomiting	1
<b>Signs</b>	
Tenderness: right iliac fossa	2
Rebound tenderness RIF	1
Elevated temperature	1
<b>Laboratory</b>	
Leukocytosis	2
Shift to the left of neutrophils	1
Total score	10

พบว่าคะแนน  $\geq 7$  มีค่า Sensitivity ที่สูง และคะแนน  $< 6$  ไม่พบภาวะไส้ติ่งแตก แสดงให้เห็นว่า Alvarado score สามารถนำมาใช้ได้อย่างปลอดภัยสำหรับแพทย์ทั่วไปในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนมายังโรงพยาบาล<sup>2</sup> มีการใช้อย่างแพร่หลายและต้นทุนถูก มีการศึกษารายงานค่า Sensitivity 53-88% และ Specificity 75-80%<sup>9, 13, 16</sup> ในประเทศไทยพบค่า Sensitivity 92.21%<sup>4</sup>, 92%<sup>12</sup> และ Specificity 57.14%<sup>4</sup>, 71.6%<sup>12</sup> ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการวินิจฉัย เช่น อัลตราซาวนด์ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์<sup>3, 9, 11, 14, 15, 18</sup> แต่ไม่สามารถทำได้ทุกโรงพยาบาลเพราะข้อจำกัดเรื่องบุคลากร เครื่องมือ และต้นทุนที่สูง<sup>3, 4</sup> การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบบางครั้งก็ยากมาก<sup>1, 2, 9, 16, 19</sup> การวินิจฉัยผิดก็เกิดขึ้นไม่น้อย<sup>1, 5, 11, 15</sup> ศัลยแพทย์หลายท่านยอมรับอัตราการตรวจพบว่าไม่ได้เป็นไส้ติ่งอักเสบจริงหลังผ่าตัด (Negative appendectomy) 15- 30%<sup>20</sup> เนื่องจากคุณภาพของการดูแลการผ่าตัดควรขึ้นกับอัตราการแตกของไส้ติ่งที่พบ<sup>21</sup> การยืนยันการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ (Gold standard) นั้นอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นสำคัญ การวินิจฉัยและการผ่าตัดที่ล่าช้าส่งผลให้เกิดผลแทรกซ้อนหลายอย่างตามมา<sup>2, 4, 5, 7, 9, 12, 15, 16, 19</sup> เช่น ภาวะไส้ติ่งแตก เป็นฝีหนองในช่องท้องเยื่อช่องท้องอักเสบ

ติดเชื้อในกระแสโลหิต แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น<sup>5, 7, 9, 12, 19</sup>

อย่างไรก็ตาม Alvarado score ถูกคิดค้นขึ้นจากประเทศตะวันตก มีหลายการศึกษาบ่งบอกถึงข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้ในประชากรแถบทวีปเอเชีย<sup>9, 22- 24</sup> และมีอีกหลายปัจจัยที่น่าจะนำมาประเมินด้วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่ปวดท้องก่อนมาโรงพยาบาล<sup>23, 24</sup> ปี ค.ศ. 2010 The Department of Surgery, Raja Isteri Pengiran Anak Saleha (RIPAS) Hospital, Brunei Darussalam ได้มีการคิดค้น การประเมินแบบใหม่เรียกว่า RIPASA score<sup>9, 23-25</sup> มีการประเมิน 14 ตัวแปร<sup>9, 23-25</sup>(ตาราง 2)

## ตาราง 2 RIPASA score

Items	Score
<b>Patient's Demographic</b>	
Female	0.5
Male	1.0
Age $\leq 40$	1.0
Age $> 40$	0.5
<b>Symptoms</b>	
RIF pain	0.5
Pain migration to RIF	0.5
Anorexia	1.0
Nausea & Vomiting	1.0
Duration of symptoms $\leq 48$ hrs.	1.0
Duration of symptoms $> 48$ hrs.	0.5
<b>Signs</b>	
RIF tenderness	1.0
Guarding	2.0
Rebound tenderness	1.0
Rovsing's sign	2.0
Fever $> 37^{\circ}\text{C}$ , $< 39^{\circ}\text{C}$	1.0
<b>Investigations</b>	
Raised WCC	1.0
Negative urinalysis	1.0
<b>Additional Scores</b>	
Foreign NRIC	1.0



โดยจุดตัดของคะแนนที่มีค่าความแม่นยำมากที่สุด (The optimal cut-off threshold score from ROC) คือ ค่าคะแนนที่  $\geq 7.5$ <sup>9,24</sup> และมีหลายการศึกษาพบว่า RIPASA score มีค่า Sensitivity, Specificity, Diagnostic accuracy ที่มากกว่า Alvarado score เมื่อนำมาใช้ประเมินในประชากรทวีปเอเชีย<sup>9, 23-26</sup>

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป ปัจจุบันทำหน้าที่รองรับการส่งต่อด้านศัลยกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนเขตโซนใต้ของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งโรคไส้ติ่งอักเสบพบว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีปริมาณมากที่สุด ทำการผ่าตัดมากที่สุด และมีการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน เขตโซนใต้ของจังหวัดขอนแก่น เป็นปริมาณมากที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาประเมินผลของ Alvarado score และ RIPASA score ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective descriptive study ทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective chart review) กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ ที่มาด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา และให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบและได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งในภาวะฉุกเฉินทั้งหมดในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2561 จำนวน 145 คน เกณฑ์การแยกกลุ่มผู้ป่วยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข และได้รับความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-ended Questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ (Demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ, การประเมิน Alvarado score และ RIPASA score ในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ (ตาราง 1, 2) คำถามอื่น ได้แก่ ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

(Pathology) ระยะเวลาการนอนรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล กำหนดค่า Alvarado score  $\geq 7$  และ RIPASA score  $\geq 7.5$  เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและนำค่าคะแนนทั้งสองมาเปรียบเทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หาค่า Sensitivity, Specificity, Positive predictive value (PPV), Negative predictive value (NPV), False positive (FP), False negative (FN), Likelihood ratios (LR+, LR-), Accuracy และนำไปสร้างเป็น Receiver Operator Characteristic (ROC) Curve

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 145 คน ช่วงอายุระหว่าง 7-78 ปี อายุเฉลี่ย  $35.86 \pm 20.45$  [SD] ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.1 (n=64) เพศหญิง ร้อยละ 55.9 (n=81) อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย = 1.27:1 ระยะเวลาของอาการปวดท้องก่อนมาถึงโรงพยาบาล  $\leq 48$  ชั่วโมง พบ ร้อยละ 86.2 (125 คน) ตัวแปรในการประเมิน Alvarado score และ RIPASA score ที่พบมากที่สุด ร้อยละ 100 คือ Tender RIF (Tender Right Iliac fossa), Rebound pain RIF (Rebound pain Right Iliac Fossa) และ Guarding ตัวแปรอื่นเรียงตามลำดับพบมากไปน้อย ดังนี้ คือ Leukocytosis ร้อยละ 88.3 (128 คน), Anorexia ร้อยละ 78.6 (114 คน), Migration RIF pain ร้อยละ 77.2 (122 คน), Elevation of temperature ร้อยละ 73.8 (107 คน), Shift to the left of neutrophils ร้อยละ 73.8 (107 คน), Nausea/ Vomiting ร้อยละ 56.6 (82 คน), Negative urinalysis ร้อยละ 33.1 (48คน) และ Rovsing's sign ร้อยละ 26.9 (39คน)

ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเป็นไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ 90.3 (131 คน) แบ่งเป็น Acute appendicitis ร้อยละ 67.6 (98 คน), Gangrenous appendicitis ร้อยละ 4.1 (6 คน), Ruptured appendicitis ร้อยละ 18.6 (27 คน), ไม่ได้เป็น

โรคไส้ติ่งอักเสบหลังการผ่าตัด (Negative appendectomy) ร้อยละ 9.7 (14 คน) โดยพบเป็น Lymphoid Hyperplasia ร้อยละ 7.6 (11 คน), Ruptured ovarian cyst ร้อยละ 0.7 (1 คน), Mature cystic teratoma ร้อยละ 0.7 (1 คน), Hemorrhagic corpus luteal cyst ร้อยละ 0.7 (1 คน) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่  $4.87 \pm 2.94$  วัน (น้อยที่สุด 2 วัน, มากที่สุด 27 วัน) และไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในการศึกษาครั้งนี้

Alvarado score มีค่าคะแนนเฉลี่ย  $8.37 \pm 1.53$  [SD] (คะแนนต่ำที่สุดคือ 3, สูงที่สุดคือ 10) ที่ค่าจุดตัดเท่ากับ 7 พบค่า Sensitivity ร้อยละ 90.1, Specificity ร้อยละ 28.6 และค่า PPV, NPV, FP, FN ร้อยละ 92.19, 23.53, 71.4, 9.9 ตามลำดับ (ตาราง 3) และ (LR+) 1.26, (LR-) 0.35, Accuracy ร้อยละ 84.14, Negative appendectomy

rate ร้อยละ 7.8, Perforation rate ร้อยละ 19.5 นำมาสร้างเป็น Receiver-Operator Characteristics (ROC) Curve ดังรูปภาพที่ 1 พบว่ามี Area under the curve (AUC) เท่ากับ 0.585 (95% CI = 0.407-0.762)

RIPASA score มีค่าคะแนนเฉลี่ย  $12.93 \pm 1.66$  [SD] (คะแนนต่ำที่สุดคือ 8.5, สูงที่สุดคือ 17) ที่ค่าจุดตัดเท่ากับ 7.5 พบค่า Sensitivity ร้อยละ 100, Specificity ร้อยละ 0, PPV ร้อยละ 90.34, FP ร้อยละ 100, FN ร้อยละ 0, (LR+) 1.0, Accuracy ร้อยละ 90.34, Negative appendectomy rate ร้อยละ 9.7 (14 คน), Perforation rate ร้อยละ 18.6 (27 คน) และไม่สามารถหาค่า NPV และ (LR-) ได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน RIPASA score < 7.5 (ตาราง 3)

**ตาราง 3** ผลระหว่าง Alvarado score และ RIPASA score กับผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา

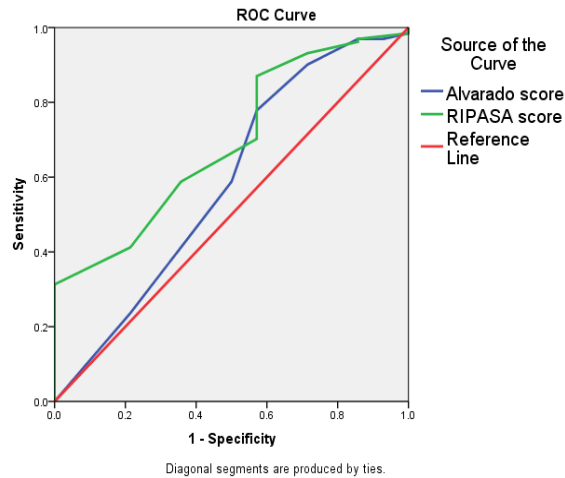
Alvarado score * Histopathology Crosstabulation					
			Histopathology		Total
			Positive	Negative	
Alvarado score	≥ 7	Count	118	10	128
		% within Histopathology	90.10%	71.40%	88.30%
	< 7	Count	13	4	17
		% within Histopathology	9.90%	28.60%	11.70%
Total	Count	131	14	145	
		% within Histopathology	100.00%	100.00%	100.00%

RIPASA score * Histopathology Crosstabulation					
			Histopathology		Total
			Positive	Negative	
RIPASA score	≥ 7.5	Count	131	14	145
		% within Histopathology	100.00%	100.00%	100.00%
Total	Count	131	14	145	
		% within Histopathology	100.00%	100.00%	100.00%



จากข้อมูลนำมาสร้างเป็น ROC Curve ดังรูปภาพ ที่ 1 (95% CI = 0.556-0.825)  
พบว่า Area under the curve (AUC) เท่ากับ 0.691



รูปภาพที่ 1 ROC Curve for the performance of the Alvarado score and RIPASA score

จากข้อมูลของ RIPASA score ที่ไม่สามารถหาค่า NPV และ (LR-) ได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน RIPASA score < 7.5 จึงได้ทำการวิเคราะห์หาค่าจุดตัดของคะแนนที่มีค่าความแม่นยำมากที่สุด (The optimal cut-off threshold score from ROC) คือ ค่าคะแนนที่ 10.75 พบว่ามีค่า Sensitivity ร้อยละ 93.1, Specificity ร้อยละ

28.6 และ PPV, NPV, FP, FN, เท่ากับ 92.42, 69.23, 71.4, 6.9 และ (LR+) 1.30, (LR-) 0.24, Accuracy ร้อยละ 86.89, Negative appendectomy rate ร้อยละ 7.6, Perforation rate ร้อยละ 20.5 โดยหากต้องการจุดตัดอื่นที่มีค่า Specificity ที่มากขึ้นจะมีค่า Sensitivity ที่ลดลง ดังตาราง 4

## ตาราง 4 Validity of RIPASA score for diagnosis of appendicitis

Coordinates of the Curve		
Test Result Variable(s): RIPASA score		
Positive if Greater Than or Equal To <sup>a</sup>	Sensitivity	1 - Specificity
7.5	1	1
8.75	0.985	1
9.25	0.977	0.929
9.75	0.969	0.857
10.25	0.962	0.857
10.75	0.931	0.714
11.25	0.87	0.571
11.75	0.817	0.571
12.25	0.702	0.571
12.75	0.588	0.357
13.25	0.412	0.214
13.75	0.313	0

## อภิปรายผล

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคทางศัลยกรรมช่องท้องที่ต้องการการผ่าตัดรักษาในภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย การวินิจฉัยและการผ่าตัดที่ล่าช้าส่งผลให้เกิดผลแทรกซ้อนหลายอย่างตามมา<sup>2, 4, 5, 7, 9, 12, 15, 16, 19</sup> ปัจจุบันมีการประเมินที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบหลายวิธี การประเมินที่เป็นที่นิยมมากที่สุด คือ Alvarado score<sup>2-9, 12, 13, 16, 17</sup> ซึ่งถูกคิดค้นขึ้นในประเทศตะวันตก มีหลายการศึกษาบ่งบอกถึงข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้ในประชากรแถบทวีปเอเชีย<sup>9, 22-24</sup> ต่อมาได้มีการประเมินแบบใหม่เรียกว่า RIPASA score<sup>9, 23-26</sup> พบว่า RIPASA score มีค่า Sensitivity, Specificity, Diagnostic accuracy ที่ดีกว่า Alvarado score เมื่อนำมาใช้ประเมินในประชากรทวีปเอเชีย<sup>9, 23-26</sup> โดยใช้จุดตัดของคะแนนที่ค่า 7.59, 24

เมื่อใช้ค่าคะแนน Alvarado score  $\geq 7$  เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยพบค่า Sensitivity ร้อยละ 90.1, Specificity ร้อยละ 28.6, ค่า PPV, NPV, FP, FN ร้อยละ 92.19, 23.53, 71.4, 9.9 และ (LR+) 1.26, (LR-) 0.35, Accuracy ร้อยละ

84.14, Negative appendectomy rate ร้อยละ 7.8, Perforation rate ร้อยละ 19.5 และ AUC 0.585 การศึกษาของ Chong et al.<sup>9, 24</sup> พบว่า การศึกษาของ N N et al.<sup>23</sup> พบว่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV มีค่า ร้อยละ 58.9, 85.7, 97.3, 19.1 และ AUC 0.849 ตามลำดับ

RIPASA score จุดตัดที่ 7.5 พบค่า Sensitivity ร้อยละ 100, Specificity ร้อยละ 0, PPV ร้อยละ 90.34, FP ร้อยละ 100, Accuracy ร้อยละ 90.34, Negative appendectomy rate ร้อยละ 9.7, AUC 0.691 การศึกษาของ Chong et al.<sup>9, 24</sup> พบว่า ร้อยละ 98.02, 81.32, 91.83, 85.34, 97.37 ตามลำดับ Sensitivity, Specificity, Accuracy, PPV, NPV มีค่า ร้อยละ 98.02, 81.32, 91.83, 85.34, 97.37 ตามลำดับ และการศึกษาของ N N et al.<sup>23</sup> พบว่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV มีค่า ร้อยละ 96.2, 90.5, 98.9, 73.1 และ AUC 0.982 ตามลำดับ

จากการศึกษา เมื่อนำ Alvarado score และ RIPASA



score มาเปรียบเทียบกัน พบว่า RIPASA score ที่ค่าจุดตัด 7.5 มีค่า Sensitivity, Accuracy และค่า AUC ที่มากกว่า Alvarado score แต่มีค่า Specificity ที่น้อยมาก คือ ร้อยละ 0 และพบ False positive มากถึงร้อยละ 100 บ่งบอกว่า RIPASA score ที่จุดตัดที่ 7.5 สามารถเป็นค่าที่ Rule out ได้ แต่ไม่สามารถ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้ ผู้วิจัยจึงได้หาค่าจุดตัดที่มีค่าความแม่นยำมากที่สุดจาก ROC curve ได้ค่าจุดตัดที่ 10.75 พบว่า Sensitivity ร้อยละ 93.1, Specificity ร้อยละ 28.6 และ PPV, NPV, FP, FN, เท่ากับ 92.42, 69.23, 71.4, 6.9 และ (LR+) 1.30, (LR-) 0.24, Accuracy ร้อยละ 86.89, Negative appendectomy rate ร้อยละ 7.6, Perforation rate ร้อยละ 20.5 ซึ่งสามารถคำนวณผลทางสถิติได้ทุกค่าและพบว่า มีแนวโน้มค่าทางสถิติที่ดีขึ้น โดยจะพบว่า RIPASA score ที่ค่าจุดตัด 10.75 มีค่า Sensitivity, Specificity, PPV, FP, FN, LR+, LR-, Accuracy รวมทั้ง Negative appendectomy rate และ Perforation rate ใกล้เคียงกับการประเมิน Alvarado score ที่ค่าจุดตัด 7

จึงแปลผลได้ว่า หากเปรียบเทียบการประเมิน Alvarado score ที่จุดตัด 7 กับ RIPASA score ที่จุดตัด 7.5 พบว่า RIPASA score มี Sensitivity ที่ดีกว่า แต่ไม่สามารถ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้เลย ซึ่งต่างจาก Alvarado score ที่ยังพอมิ้หน้าหนักในการ Rule in ได้บ้าง และเมื่อปรับค่าจุดตัด RIPASA score เป็น 10.75 พบว่า RIPASA score ที่ค่าจุดตัด 10.75 มีความสามารถในการ Rule out และ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้ใกล้เคียงกับการประเมิน Alvarado score ที่ค่าจุดตัด 7

สรุปผลการศึกษา การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ด้วย RIPASA score ที่ค่าจุดตัด 7.5 พบค่า Sensitivity และ Accuracy ที่มากกว่า Alvarado score แต่ไม่สามารถ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้เลย เมื่อเปลี่ยนค่าจุดตัดใน RIPASA score เป็นค่าจุดตัดที่ 10.75 พบว่า มีความสามารถในการ Rule out และ Rule in โรคไส้ติ่งอักเสบได้ใกล้เคียงกับการประเมิน Alvarado score และสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบไว้รักษาในโรงพยาบาลได้

## เอกสารอ้างอิง

1. วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์. โรคทางศัลยกรรมของไส้ติ่ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์; 2540
2. Owen TD, Williams H, Stiff G, Jenkinson LR, Rees BI. Evaluation of the Alvarado score in acute appendicitis. *J R Soc Med.* 1992;85(2):87-8.
3. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med.* 2011;9:139.
4. ณรงค์ พึ่งพรธรรมกุล. Efficiency of Alvarado Score to Diagnosis of Acute Appendicitis, Loengnok tha crown prince hospital. Yasothon province. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, ภาพสินธุ์, มหาสารคาม.* 2555;1:29-35.
5. Ting HW, Wu JT, Chan CL, Lin SL, Chen MH. Decision model for acute appendicitis treatment with decision tree technology--a modification of the Alvarado scoring system. *J Chin Med Assoc.* 2010;73(8):401-6.
6. Memon ZA, Irfan S, Fatima K, Iqbal MS, Sami W. Acute appendicitis: diagnostic accuracy of Alvarado scoring system. *Asian J Surg.* 2013;36(4):144-9.
7. Wilasrusmee C, Siribumrungwong B, Phuwapraisirisan S, Poprom N, Woratanarat P, Lertsithichai P, et al. Developing and validating of Ramathibodi Appendicitis Score (RAMA-AS) for diagnosis of appendicitis in suspected appendicitis patients. *World J Emerg Surg.* 2017;12:49.
8. Stephens PL, Mazzucco JJ. Comparison of ultrasound and the Alvarado score for the diagnosis of acute appendicitis. *Conn Med* 1999;63:137-40



9. Chong CF, Adi MI, Thien A, Suyoi A, Mackie AJ, Tin AS, et al. Development of the RIPASA score: a new appendicitis scoring system for the diagnosis of acute appendicitis. *Singapore Med J.* 2010;51(3):220-5.
10. Chatbanchachai W, Hedley AJ, Ebrahim SB, Areemit S, Hoskyns EW, de Dombal FT. Acute abdominal pain and appendicitis in north east Thailand. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1989;3(4):448-59
11. Flum DR, McClure TD, Morris A, Koepsell T. Misdiagnosis of appendicitis and the use of diagnostic imaging. *J Am Coll Surg.* 2005;201(6):933-9.
12. ไพรัตน์ สระโสสม. Diagnostic Accuracy of Alvarado score in Diagnosis of Acute Appendicitis. *ขอนแก่นเวชสาร.* 2554;1:31-9
13. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986;15(5):557-64.
14. Yilmaz EM, Kapci M, Celik S, Manoglu B, Avcil M, Karacan E. Should Alvarado and Ohmann scores be real indicators for diagnosis of appendicitis and severity of inflammation? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2017;23(1):29-33.
15. Kariman H, Shojaee M, Sabzghabaei A, Khatamian R, Derakhshanfar H, Hatamabadi H. Evaluation of the Alvarado score in acute abdominal pain. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2014;20(2):86-90.
16. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluation of the modified Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis: a prospective study. *Ann R Coll Surg Engl.* 1994;76(6):418-9.
17. Limpawattanasiri C. Alvarado score for the acute appendicitis in a provincial hospital. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(4):441-9.
18. Antevil J, Rivera L, Langenberg B, Brown CV. The influence of age and gender on the utility of computed tomography to diagnose acute appendicitis. *Am Surg.* 2004;70:850-3.
19. Kirkil C, Karabulut K, Aygen E, Ilhan YS, Yur M, Binnetoglu K, et al. Appendicitis scores may be useful in reducing the costs of treatment for right lower quadrant pain. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013;19(1):13-9.
20. Hoffmann J, Rasmusse. Aids in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg.* 1989;76(8):774-9.
21. Velanovich V, Satava R. Balancing the normal appendectomy rate with the perforated appendicitis rate: implications for quality assurance. *Am Surg.* 1992;58(4):264-9.
22. Khan I, ur Rehman A. Application of alvarado scoring system in diagnosis of acute appendicitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2005;17(3):41-4.
23. N N, Mohammed A, Shanbhag V, Ashfaq K, S AP. A Comparative Study of RIPASA Score and ALVARADO Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(11):NC03-5.
24. Chong CF, Thien A, Mackie AJ, Tin AS, Tripathi S, Ahmad MA, et al. Comparison of RIPASA and Alvarado scores for the diagnosis of acute appendicitis. *Singapore Med J.* 2011;52(5):340-5.



25. Shuaib A, Shuaib A, Fakhra Z, Marafi B, Alsharaf K, Behbehani A. Evaluation of modified Alvarado scoring system and RIPASA scoring system as diagnostic tools of acute appendicitis. *World J Emerg Med.* 2017;8(4):276-80.
26. Singla A., Singla S., Singla M., Singla D. A comparison between modified Alvarado score and RIPASA score in the diagnosis of acute appendicitis. *Updates in Surgery.* 2016;68(4): 351-355.

## บทความวิจัย

### ผลการใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่า

#### The effectiveness of amazing massage roller to reduce shoulder pain

ประถมพร มาตย์วิเศษ ส.ม.\*

Pratomporn Matvises, M.P.H.

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรม “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” เป็นอุปกรณ์ช่วยนวดตนเอง ที่คิดค้นและประดิษฐ์ขึ้นจากวัสดุเหลือใช้ เพื่อบรรเทาอาการปวดบ่าของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 22 คน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดบ่า ก่อน และหลังการใช้นวัตกรรม โดยการนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์ เป็นเวลา 10 นาที แล้วประเมินผลทันที (ก่อนทดลองไม่ได้นวด) สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed ranks-test มีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ )

**ผลการศึกษา :** พบว่า หลังทดลองนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความปวดบ่าลดลงมากกว่าก่อนทดลอง ( $p < 0.05$ ) ความพึงพอใจส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างต่อ “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด โดยด้านการใช้ได้ง่าย การพกพาไปในที่ต่างๆ และการเก็บรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 5 และ 4.91 ตามลำดับ ด้านการกดหาจุดปวด การออกแรงได้ตามที่ต้องการ การเปลี่ยนแรงกดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กดแล้วรู้สึกสบาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91, 4.95, 5 และ 4.73 ตามลำดับ ด้านลูกกลิ้งโรลออนสามารถหาได้ง่าย มีความคงทน และสามารถประกอบได้เอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 4.82 และ 4.50 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าราคาเหมาะสมแล้ว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

**จากการศึกษาครั้งนี้ :** พบว่า อุปกรณ์ช่วยนวด “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” ซึ่งทำจากวัสดุเหลือใช้ เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ช่วยให้ผู้ที่มีอาการปวดบ่าลดหรือคลายความปวดที่สามารถทำได้ทุกสถานที่ และทุกเวลาที่ว่าง นอกจากจะมีผลดีต่อสิ่งแวดล้อมแล้วยังมีผลดีต่อการทำงานของบุคลากร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขสบาย ส่งผลดีต่อสุขภาพ และผลดีต่องานบริการผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** ลูกกลิ้งมหัศจรรย์, อุปกรณ์ช่วยนวด, ปวดบ่า



\*Mahasarakham Hospital

## ABSTRACT

**Objective :** This research purpose was to assess the use of “the amazing massage roller” or “AMR” which was invented and made from the remaining materials.

The amazing massage roller innovation is aimed at relieving shoulder pain of Thai traditional medicine assistants in Mahasarakham hospital. The sample group were 22 Thai traditional medicine assistants. The shoulder pain level of the samples was compared by self-massage using the roller for 10 minutes. The pain average scores before and after using the innovation were measured. Data was analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon signed ranks-test (significance at  $p < 0.05$ ).

The result indicated that the level of shoulder pain after getting massage by AMR was significantly lower than before using the AMR ( $P$ -value  $< 0.05$ ). Most of the samples expressed the satisfaction rate on the use of the innovation on various aspects in the highest level: the convenient usage ( $\bar{X} = 4.77$ ), the ease of carrying ( $\bar{X} = 5$ ), the ease of storage ( $\bar{X} = 4.91$ ), the ability to locate the pain ( $\bar{X} = 4.91$ ), the ability to control the pressure as required ( $\bar{X} = 4.95$ ), the ease of pressure changing on different parts of the body ( $\bar{X} = 5$ ), the pleasure massage ( $\bar{X} = 4.73$ ), the ease in finding the roller ball ( $\bar{X} = 4.77$ ), the durability ( $\bar{X} = 4.82$ ), the manual assembly ( $\bar{X} = 4.50$ ). In the aspect of the price, most of the samples agreed that the price is reasonable and they show their satisfaction in the highest level. ( $\bar{X} = 4.91$ )

The result reveals that AMR massage tool which is made from remaining materials can reduce and relieve the shoulder pain. The AMR massage can be used anywhere and anytime. In addition, it is good for environment and affects the staff's working proficiency and joy. Lastly, they can provide better services to the patients.

**Keywords :** amazing massage roller, massage equipment, shoulder pain

## บทนำ

“หมอนวด” หรือผู้ให้การบำบัดรักษาด้วยการนวด นับเป็นอาชีพหนึ่งที่มีการใช้นิ้วมือและมืออยู่เป็นประจำ แม้จะเป็นอาชีพที่ช่วยให้ผู้อื่นผ่อนคลายจากความปวดเมื่อยได้ แต่ก็เป็นอาชีพที่ต้องเผชิญกับความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วยเช่นกัน การนวดไทยในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การนวดแบบบราชสำนัก เป็นการนวดที่มีความสุภาพ มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน เน้นการใช้ นิ้วมือและมือเท่านั้น<sup>1</sup> และการนวดแบบเชลยศักดิ์ (นวดพื้นบ้านทั่วไป) เป็นการนวดที่ไม่มีแบบแผนหรือพิธีรีตองในการนวดมากนัก อีกทั้งยังสามารถใช้วิธีอื่นๆ เช่น เข่า ศอก และเท้า เพื่อช่วยทุ่นแรงในการนวดได้<sup>2</sup> ซึ่งการนวดถือเป็น

หัตถการหนึ่งของการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้านหัตถเวชกรรมแผนไทย และมีการจัดบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยผู้ให้บริการนวดหรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข เช่น หลักสูตรการนวดไทย 372 ชั่วโมง เป็นต้น<sup>3</sup>

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม เปิดดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ให้บริการตรวจ วินิจฉัย และสั่งการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ปัจจุบันมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 23 คน จากสถิติการให้บริการนวดไทยของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ.

2558 - 2560 พบว่า มีการให้บริการนวดไทยจำนวน 11,910, 13,720 และ 21,694 ครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่า 2,977,500, 3,430,000 และ 5,423,500 บาท ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละวันมีผู้มารับบริการนวดไทยจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบ่า แขน มือ และนิ้วมือ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” โดยนำวัสดุเหลือใช้ที่ได้จากขวดโหลอนกลับมาใช้ใหม่ให้เกิดคุณค่า เป็นอุปกรณ์ช่วยนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่าให้กับผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ให้สามารถใช้นวดตนเองได้ในเวลาพักสั้นๆ โดยไม่ต้องรบกวนผู้อื่น เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น<sup>4</sup> ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่าของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม อีกทั้งลูกกลิ้งมหัศจรรย์เป็น

สิ่งประดิษฐ์ใหม่ยังไม่มีการสำรวจความพึงพอใจในการใช้งาน เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์นี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์นี้ด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่า
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์

### วิธีการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์

#### ระยะที่ 1

ใช้กระดาษลังเป็นฐานยึดเกาะนวัตกรรม หลังการทดลองใช้ พบว่า อุปกรณ์ซำรัดได้ง่ายและไม่สามารถกำเพื่อบีบนวดได้



#### ระยะที่ 2

ใช้เศษผ้ามาเย็บเป็นฐานยึดเกาะนวัตกรรม หลังการ

ทดลองใช้ พบว่า สามารถกำเพื่อบีบนวดได้ แต่ยังไม่สะดวกต่อการใช้งานและการพกพาไปที่ต่างๆ





ระยะที่ 3

พวงกุญแจเพื่อความสะอาดในการทำงานและการพกพา

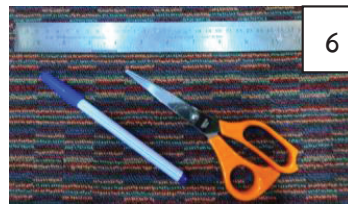
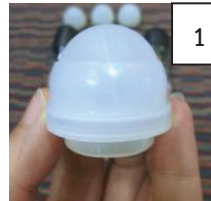
นำเศษผ้าและแถบยางยืดมาเย็บเพิ่มเติมและทำเป็น



วิธีการประดิษฐ์

วัสดุอุปกรณ์

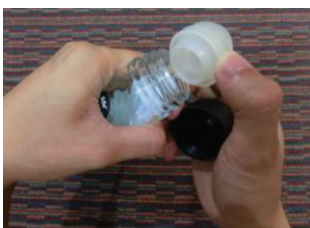
1. ลูกกลิ้งจากขวดโรลออน ชนิดขวดแก้ว
2. กาวแท่งและปืนกาว
3. เศษผ้า เข็ม และด้าย
4. กระจุกแม่เหล็ก กระจุกสำหรับตกแต่ง และแถบยางยืด
5. ตาไก่ เครื่องเจาะตาไก่ และห่วงสำหรับทำพวงกุญแจ
6. ไม้บรรทัด, กรรไกร, ปากกา



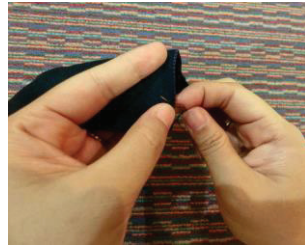
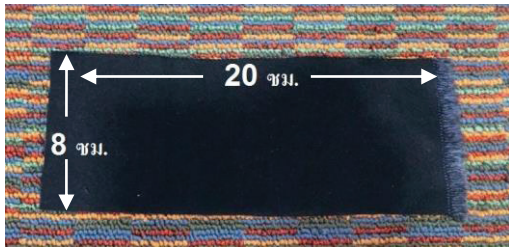
ขั้นตอนการทำ

1. นำลูกกลิ้งออกจากขวดโรลออนมาล้างทำความสะอาด โดยใช้นิ้วหัวแม่มือดันหัวลูกกลิ้งออกมาจากเบ้า (ดัง

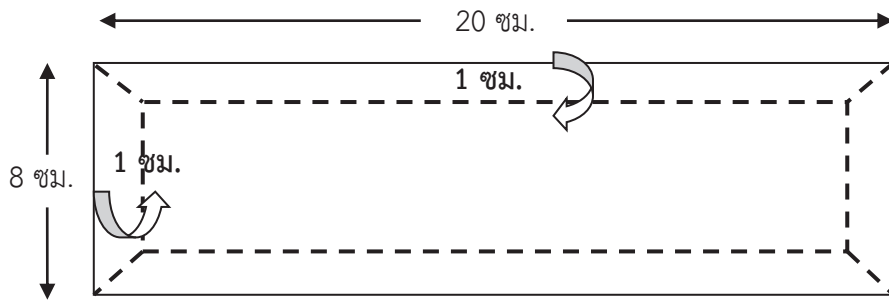
ภาพที่ 2) ล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้ง แล้วสวมหัวลูกกลิ้งกลับเข้าไปในเบ้าดังเดิม



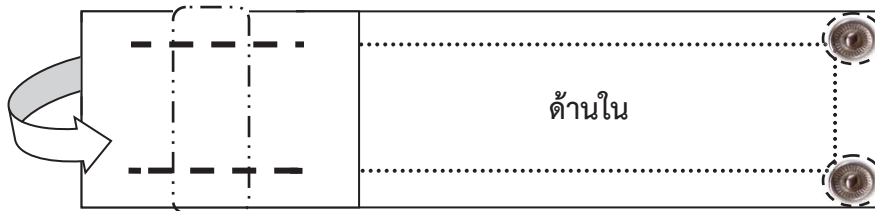
2. ตัดเศษผ้าให้ได้ขนาด 8 x 20 เซนติเมตร แล้วเย็บ ริมผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันริมผ้ารูด



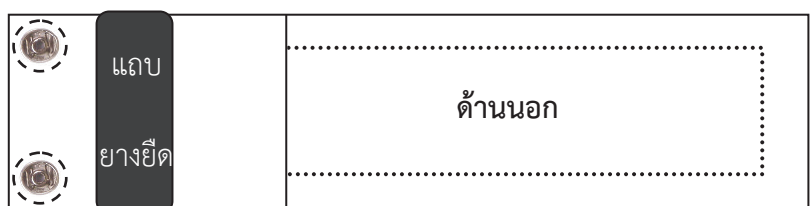
3. พับขอบผ้าเข้ามาด้านละ 1 เซนติเมตร (ทั้ง 4 ด้าน) แล้วเย็บทบผ้าให้เรียบร้อย



4. พับทบผ้า (จากทางด้านกว้าง 8 เซนติเมตร) ขึ้นมา 4 เซนติเมตร ใส่แถบยางยืด (จากทางด้านหลัง) แล้วเย็บทบ (ตัวผู้) ที่มุมผ้าด้านบน



5. เย็บกระดุมแป๊ก (ตัวเมีย) ติดกับตัวนวัตกรรม

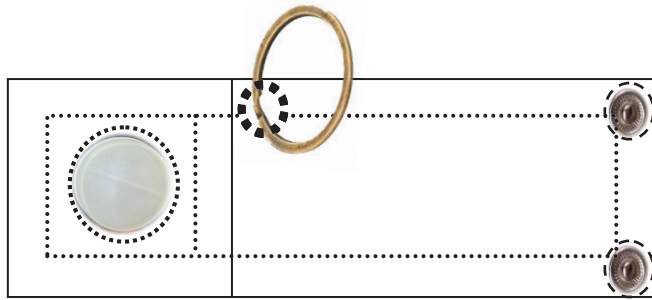
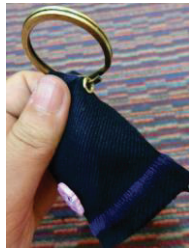




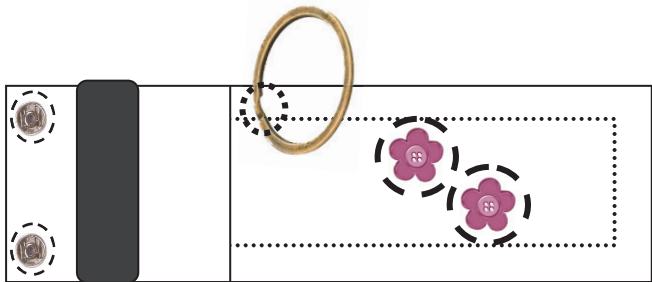
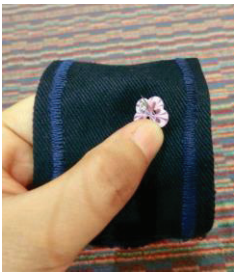
## 6. ทากาวร้อนที่ฐานของลูกกลิ้งแล้วปิดลงบนผ้า



## 7. เจาะรูที่ผ้า ใส่ตาไก่ และห่วงพวงกุญแจ



## 8. ตกแต่งให้สวยงามด้วยกระดุม/ ริบบิ้นผ้า/ ลูกปัด



## วิธีการศึกษา

การทดสอบประสิทธิภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดไทย 372 ชั่วโมง ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม ทั้งสิ้นจำนวน 22 คน ซึ่งมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่จำกัดอายุ มีอาการปวดบ่าจากลักษณะ

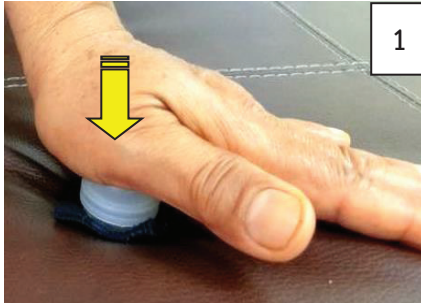
งานที่ต้องนวดรักษาผู้ป่วยเป็นประจำ ไม่มีประวัติผ่าตัดที่ข้อมือ ฝ่ามือ นิ้วมือ หัวไหล่ และแขนข้างที่ปวด ไม่มีประวัติอุบัติเหตุร้ายแรง โดยเฉพาะประวัติอุบัติเหตุที่คอและไหล่ ไม่มีประวัติโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมและภาวะกระดูกพรุน ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด ได้แก่ มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส, สตรีตั้งครรภ์, โรคผิวหนัง เช่น อักเสบ ติดเชื้อ มีแผล เป็นต้น และไม่รับประทานยา ฉีดยา ทายา แก้ปวด หรือรักษาอาการปวดด้วยวิธีอื่น ทำการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์บริเวณที่มีอาการปวดเป็นเวลา 10 นาที แล้วประเมินผลทันที (ก่อน

ทดลองไม่ได้นิ้วด)

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ COA 61/021

### วิธีการใช้

1. การกด: ออกแรงกดที่ลูกกลิ้งบริเวณที่ปวด โดยกดค้างไว้ตำแหน่งละ 10 วินาทีแล้วปล่อย
2. การคลึง: ออกแรงกดที่ลูกกลิ้งแล้วเคลื่อนไปมาเป็นวงกลมบริเวณที่ปวด



### เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเจ็บปวด ใช้มาตราวัดความเจ็บปวดเปรียบเทียบกับสายตา (Visual Analogue Scales: VAS)<sup>5</sup>
2. แบบสอบถามความพึงพอใจ ที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของณิชานันท์ ปัญญาเอก และวิชัย อึ้งพินิจพงศ์<sup>6</sup>
3. นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์”

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดไทย 372 ชั่วโมง ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง 21 คนและเพศชาย 1 คน มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 44 ปี (S.D. = 12.36 ปี) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8 ปี (S.D. = 3.40 ปี) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.8



ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=22)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	21	95.5
ชาย	1	4.5
2. อายุ (ปี)		
20-35	6	27.3
36-51	9	40.9
52-67	6	27.3
68-83	1	4.5
Mean ( $\pm$ S.D.)	44 ( $\pm$ 12.36)	
3. ระยะเวลาการทำงาน (ปี)		
$\leq$ 10	15	68.2
$>$ 10	7	31.8
Mean ( $\pm$ S.D.)	8 ( $\pm$ 3.40)	
4. โรคประจำตัว		
ไม่มี	18	81.8
มี	4	18.2

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดบ่า  
กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาการปวดที่บริเวณบ่าข้างขวา  
ร้อยละ 40.9 ระยะเวลาที่มีอาการปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ  
3 เดือน ร้อยละ 63.6 ไม่มีอาการปวดร้าวไปบริเวณอื่น

ร้อยละ 54.5 มีอาการชาร่วมด้วย ร้อยละ 40.9 ปวดมาก  
ที่สุดหลังเลิกงาน ร้อยละ 68.2 บรรเทาอาการปวดด้วยการ  
นวดตนเอง ร้อยละ 59.1 และสามารถทำงานได้ตามปกติ  
ร้อยละ 86.4



ตาราง 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดบ่า

ข้อมูล	จำนวน (n=22)	ร้อยละ
1. ข้างที่ปวด		
ข้างซ้าย	6	27.3
ข้างขวา	9	40.9
ทั้ง 2 ข้าง	6	27.3
2. ระยะเวลาที่มีอาการ		
≤3 เดือน	14	63.6
>3 เดือน	8	36.4
3. ปวดร้าวไปบริเวณอื่น		
ไม่มี	12	54.5
มี	10	45.5
4. อาการที่พบร่วม		
ไม่มี	8	36.4
ชา	9	40.9
ปวดศีรษะ	3	13.6
นอนไม่หลับ	2	9.1
5. ช่วงเวลาที่ปวดมากที่สุด		
ตื่นนอนตอนเช้า	2	9.1
ขณะทำงาน	1	4.5
หลังเลิกงาน	15	68.2
อื่นๆ (ขณะนอน)	4	18.2
6. วิธีบรรเทาอาการปวด		
ซื้อยามารับประทานเอง	1	4.5
นวดแผนไทย	8	36.4
อื่นๆ (นวดตนเอง)	13	59.1
7. ผลต่อการทำงาน		
ทำงานได้ตามปกติ	19	86.4
ทำงานได้น้อยลง	3	13.6



### ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดบ่า ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความปวดบ่า	$\bar{X}$	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนทดลอง	5.32	11.50	253	-4.108a	<0.001*
หลังทดลอง	3.37				

\* Wilcoxon signed ranks-test = คะแนนความปวดหลังการทดลอง < คะแนนความปวดก่อนการทดลอง

aBased on positive ranks

จากตาราง 3 พบว่าหลังการทดลองขนาดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์บริเวณที่มีอาการปวดเป็นเวลา 10 นาที แล้วประเมินผลทันที (ก่อนทดลองไม่ได้ขนาด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.95 คะแนน ความพึงพอใจส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างต่อ “ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด โดยด้านการใช้ได้ง่าย การพกพาไปในที่ต่างๆ และการเก็บรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 5 และ 4.91 ตามลำดับ ด้านการกดหาจุดปวด การออกแรงได้ตามที่ต้องการ การเปลี่ยนแรงกดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กดแล้วรู้สึกสบาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91, 4.95, 5 และ 4.73 ตามลำดับ ด้านลูกกลิ้งโรลออนสามารถหาได้ง่าย มีความคงทน และสามารถประกอบได้เอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77, 4.82 และ 4.50 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าราคาเหมาะสมแล้ว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

### วิจารณ์

การนวดเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดอาการเจ็บปวด ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น ช่วยให้พังผืดอ่อนตัวลง ทำให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่นได้ดีขึ้น และเกิดความสุขสบาย(7) การนวดตนเองเมื่อมีอาการปวดเมื่อยเป็นการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งยาแก้ปวด ประหยัดค่ารักษาพยาบาล สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการนวดคือ แรงหรือน้ำหนักที่ใช้ ซึ่งการใช้อุปกรณ์ช่วยนวดเป็นอีก

วิธีการหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มแรงในการนวดให้เหมาะสมและผู้นวดสามารถควบคุมแรงกดได้ตามต้องการ<sup>8</sup> ดังนั้นการศึกษานี้จึงศึกษาผลการนวดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่าของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์นี้ด้วย ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองขนาดตนเองด้วยลูกกลิ้งมหัศจรรย์บริเวณที่มีอาการปวดเป็นเวลา 10 นาที แล้วประเมินผลทันที (ก่อนทดลองไม่ได้ขนาด) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ใช้งานใหญ่มีความสุขสบายเพิ่มขึ้น พกพาอุปกรณ์ไปได้ทุกที่ ทำให้สะดวกในการใช้งาน สามารถทำใช้เองทั้งที่บ้านและที่ทำงาน และราคาต้นทุนไม่แพงเมื่อเทียบกับอุปกรณ์ช่วยนวดทั่วไปตามท้องตลาด อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนโดยมีกลุ่มควบคุมหรือเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ช่วยนวดอื่นที่มีผลการวิจัยชัดเจนแล้ว และควรศึกษาเรื่องระยะเวลาในการนวดตนเองให้หลากหลายด้วย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่มีการปวดเมื่อยและประชาชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพึ่งพาตนเองได้ในอนาคต

### สรุป

“ลูกกลิ้งมหัศจรรย์” เป็นอุปกรณ์ช่วยนวด ที่ประดิษฐ์ขึ้นจากวัสดุเหลือใช้ ได้มีการปรับปรุงชิ้นงานและทดสอบผลการใช้งานหลายครั้ง เพื่อให้ได้ชิ้นงานที่มีประสิทธิภาพในการนวด ซึ่งการนวดตนเองด้วยอุปกรณ์ช่วยนวดเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้มีอาการปวดลดลง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น สามารถ



ทำได้ทุกสถานที่และทุกเวลาที่ว่าง สร้างความสุขสบาย และส่งผลดีต่อสุขภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

การประดิษฐ์นวัตกรรมนี้ประสบความสำเร็จ ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้ศึกษาประดิษฐ์รู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม แพทย์หญิงพัชราพร ชมภูคำ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม เกษีชรอติศักดิ์ ฤมอุตทา หัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนให้ทำการวิจัย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทุกคนที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์และช่วยเหลือมาตลอด

### เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 : การนวดพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ศุภวณิชการพิมพ์; 2554.
2. สถาบันการแพทย์แผนไทย. อุปกรณ์ช่วยนวดตนเองแบบพื้นบ้าน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
3. สถาบันการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. ทองแถม นาถจำนง. คู่มือ 34 ท่านวดตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ขุนเขา; 2543.
5. Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2001.

6. ชานันท์ ปัญญาเอก และวิชัย อิงพิณิจพงศ์. ความพึงพอใจของผู้ใช้ตะเข้ขนาดตัวไวโอม. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2542; 11(1):11-16
7. สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดปริณายก) และคณะ. คู่มือการนวดไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2521.
8. ประถมพร มาตย์วิเศษ และคณะ. เปรียบเทียบผลระหว่างการนวดตนเองด้วยลูกบอลคลายปวดและการนวดตนเองด้วยมือต่อการลดความปวดบ่าและคอในพยาบาลวิชาชีพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(2):228-236.



## บทความวิจัย

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอไตเสื่อม แบบบูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม The Development Model of Diabetes and Hypertension for to Slow Down the Integrated Kidney Disease Renunakhon Hospital, Renunakhon District, Nakhon Phanom Province

พรพจน์ สารทอง\*  
Pornport Santhong

### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** โรงพยาบาลเรณูนครเริ่มมีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมในปี 2559 ในด้านระบบบริการยัง ขาดรูปแบบในการดำเนินงานที่ชัดเจนโดยเฉพาะผู้รับบริการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการใช้ยา พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและสูบบุหรี่ไม่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดปัญหาไตเสื่อมมากขึ้น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จำนวน 55 คน ที่มีค่าระดับ eGFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน อายุ ไม่เกิน 65 ปีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพและติดตามผล ดำเนินงานระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 - มีนาคม พ.ศ. 2561 ในอำเภอเรณูนคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ภูเขา บอกระยะการทำงานของไต แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งเป็น การดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเรณูนคร 2) ร่างขั้นตอนการบริการและทดลองใช้ 3) ประเมินผลจากค่าระดับทำงานของไตเมื่อครบ 6 เดือนและ 1 ปี และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

**ผลการศึกษา :** พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 คน ก่อนการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีระยะการทำงานไตระยะ 3b มากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือระยะ 4, 3a และ 5 ร้อยละ 41.8, 10.9 และ 3.6 ตามลำดับ หลังการพัฒนาแบบการดำเนินงานครบ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระยะการทำงานไตระยะ 2, 3a, 3b, 4 และ 5 จำนวน 5, 4, 17, 27 และ 2 คนร้อยละ 9.1, 7.3, 30.9, 49.1 และ 3.6 ตามลำดับ หลังจากติดตามผล 1 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของไตระยะ 1, 2, 3a, 3b, 4 และ 5 จำนวน 1, 5, 9, 14, 23 และ 3 คน ตามลำดับ ร้อยละ 1.8, 9.1, 16.4, 25.5, 41.8 และ 5.5 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมพบว่าด้านการใช้ยา ด้านการบริโภคอาหารโปรตีนและอาหารรสเค็ม มีค่าเฉลี่ย 2.6 เป็น 3.4 อยู่ในระดับดี การมีกิจกรรมทางกายค่าเฉลี่ย 2.4 เป็น 2.8 อยู่ในระดับปานกลาง การสูบบุหรี่ค่าเฉลี่ย 3.9 เป็น 4.1 อยู่ในระดับดีมาก

**สรุป :** ผลการศึกษานี้ ทำให้การประเมินความเสี่ยงของภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยควรตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** โรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง



## ABSTRACT

**Background :** Renunakhon Hospital has established the Chronic Kidney Disease Clinic in 2016. In terms of service system, no practice model has been applied to the clinic. The patients have to take care of themselves in using medications, eating, exercising and smoking. These behaviors increase the risk of rapid decrease in Glomerular filtration rate (GFR).

**Objective :** This study was to develop the practice of taking care of patients with diabetes and hypertension to slow down kidney disease, Renunakhon District, Nakhon Phanom province.

**Methods :** This study an action research. The samples were 55 patients 65 years old with diabetes and hypertension. The level of eGFR (estimated Glomerular filtration rate ) of patients was lower than 60 mL/minute in the period of three months. The patients together with their families planned to change health behaviors and followed up. The conducted during October 2016 - March 2018. The research instruments were CKD staging graph, consumption behavior evaluation checklist, and health behavior interview. The collection comprised three phrases: 1) study the situation of kidney disease in Renunakhon District, 2) outline of service and try out, and 3) evaluate the results from the level of kidney after 6 months and 1 year with the health behavior evaluation. The quantitative data were analyzed by using percentage and mean.

**Results :** The development of 55 samples, were found that before development, 24 patients had the kidney in the highest range of 3b (43.6 %), the range of 4, 3a and 5 (41.8%), 10.9% and 3.6%, respectively. After the development showed that the samples were in the range of 2, 3a, 3b, 4 and 5 with the number of patients of 5, 4, 17, 27 and 2 with of 9.1%, 7.3%, 30.9%, 49.1% and 3.6%, respectively. The one-year follow up results showed that the samples were in the range of 1, 2, 3a, 3b, 4 and 5 with the number of patients of 1, 5, 9, 4, 23 and 3 with of 1.8%, 9.1%, 16.4%, 25.5%, 41.8% and 5.5%, respectively. In terms of behavior, the patients with drug use, protein and salty food consumption were at a high level (mean score from 2.6 to 3.4). The patients who did exercisewere at a moderate level (mean score from 2.4 to 2.8). The patients who smoked were at a very high level (mean score from 3.9 to 4.1).

**Conclusion :** The study can be effectively applied in the people and patients with a risk of chronic kidney disease. The risk factor evaluation of hyperlipidemia, blood pressure and hyperglycemia should be applied to make patients realize in taking care of their health.

**Keywords :** Chronic Kidney Disease, Risk factors, Diabetes, Hypertension



## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีโอกาสที่จะพบโรคร่วมได้หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความผิดปกติการทำงานของไตที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะพบมากขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นตามการเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้สามารถควบคุมป้องกันไม่ให้มีความรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย<sup>1</sup> โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำลายไตนานกว่า 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ระยะการดำเนินโรคทั้ง 5 ระยะ สามารถแยกได้จากการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งจะพบปริมาณเล็กน้อยในระยะแรก และพบมากขึ้นในระยะต่อมา ซึ่งจะสัมพันธ์กับอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรค ถ้าพบในระยะที่ 5 แสดงว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีการคั่งคั่งของเสียในกระแสเลือดจำนวนมาก ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตสูง บวม หัวใจวาย ซึมหรือซุกหมดสติ และผู้ป่วยที่รักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>2</sup> ปัจจัยเสี่ยงได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้น้ำเกลือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วิธีการที่ได้ผลดีคือ การป้องกันและรักษาโรคดังกล่าวก่อนที่จะเกิดไตเสื่อมเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่มีวิถีชีวิตที่ลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเสื่อม หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงานไตลดลง ดังนั้นการค้นหาและคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อไตเสื่อมในระยะแรกเริ่มทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงจำเป็นเพื่อควบคุมโรคและช่วยเหลือนำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>3</sup> จุดมุ่งหมายในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังคือเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงควรลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยการรับประทานอาหารรสจืดไม่เค็ม ออกกำลังกายและรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติเพื่อชะลอไตเสื่อมของไตประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สูงถึงร้อยละ 70 การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมคลอไรด์น้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับการควบคุมอาหาร ปริมาณโปรตีนในอาหารสามารถชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานได้ระดับไขมันในเลือด และงดสูบบุหรี่<sup>4</sup> การจัดการรายกรณีถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรัง สำคัญที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการ ที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวมีการพิทักษ์สิทธิ์การเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการผู้ซื้อบริการมีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้

และด้านมูลค่าเพิ่มและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> ดังนั้นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี(Nurse Case Manager) ที่สามารถประเมินปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วยสามารถจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสามารถดูแลแก้ไขผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทั้ง ทางกาย จิตและสังคม จึงเป็นทางออกที่ดี ในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ซึ่งการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณีเพิ่มเติมในด้านการป้องกัน ควบคุมโรคโดยเฉพาะ การจัดการความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

โรงพยาบาลเรณูนครเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 จำนวน 240, 152 และ 102 คน เริ่มมีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมในปี 2559 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ให้บริการอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังกระจายอยู่ในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้รับบริการมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมทั้งด้านการใช้อาาาาา เช่น ใช้น้ำแกบปวด สมุนไพรต้มชนิดต่างๆ ด้านการบริโภคอาหาร กินอาหารประเภทโปรตีนไม่จำกัดจำนวน ใช้เครื่องปรุงรสหลากหลาย ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจนและมีกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติ งานตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยในชุมชนและดูแลคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโรงพยาบาลเรณูนคร จึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ครอบคลุมในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการลงมือปฏิบัติการติดตามและการประเมินผลการดำเนินงาน

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมแบบ

บูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่
- 2) เพื่อติดตามระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรัง วิธีการดำเนินงาน

### วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงจำนวน 55 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีค่า eGFRต่ำกว่า 60 มล./นาที ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน 2) อายุไม่เกิน 65 ปี 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ดี 5) สม่ครใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นวัตกรรมภูเขาบอกระยะการทำงานของไตรายกรณี ประยุกต์จากชุดให้ความรู้โรคไตเรื้อรังเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการใช้น้ำ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย

นำคะแนนไปอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดย



แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบ ระดับการทำงานของไต ก่อน-หลังดำเนินการ เดือนที่ 6 และ 12 ด้านพฤติกรรมสุขภาพคือ การช้ยา การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่เปรียบเทียบโดยใช้ค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง ดำเนินการเดือนที่ 1 และ 3

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเรณูนคร แยกรายสถานบริการ รายหมู่บ้านเพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมที่บ้านและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามความทางวิชาการเพื่อวางแผนในออกแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ร่างขั้นตอนการบริการและทดลองใช้โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมเดือนที่ 1 ในชุมชน

1) สร้างสัมพันธ์ภาพพูดคุยปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป  
2) แจ้งระดับการทำงานของไตโดยใช้ภูเขาบอกระยะการทำงานของไตรายกรณี

3) คั้นข้อมูลสุขภาพจากผลการตรวจเลือดประจำปี ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง คือระดับน้ำตาลในเลือดระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือดและการสูบบุหรี่

4) ประเมินการบริโภคอาหารโดยใช้แบบประเมินการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี

5) โภชนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารโปรตีนอาหาร

ที่มีโซเดียม โพแทสเซียมและไขมันสูง

6) วางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับระยะการทำงานของไตของผู้ป่วย

7) นัดติดตามในคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิก DPAC โรงพยาบาลเรณูนคร

กิจกรรมเดือนที่ 3 ในคลินิก DPAC

1) ทบทวนระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย

2) สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการช้ยา อาหาร ออกกำลังกายและการสูบบุหรี่

3) สรุปลักษณะที่ยังเป็นปัญหาอยู่และเสริมแรงใจชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำดีแล้ว

4) วางแผนแก้ไขปัญหายังคงมีอยู่

5) นัดติดตามเพื่อแจ้งผลระดับการทำงานของไตครั้งต่อไปในชุมชน

กิจกรรมเดือนที่ 6 ในชุมชน

1) แจ้งระดับการทำงานของไตโดยใช้ภูเขาบอกระยะการทำงานของไตรายกรณีที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงเพื่อให้เห็นแนวโน้มระดับการทำงานของไต

2) ประเมินการบริโภคอาหารโดยใช้แบบประเมินการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี

3) เสริมแรงใจในสิ่งที่ทำดีและแนะนำวิธีแก้ไขสิ่งที่ปัญหาอยู่

4) นัดติดตามครั้งต่อไปเมื่อได้รับการตรวจเลือดประจำปี

กิจกรรมครบ 1 ปีในคลินิก DPAC

ระยะที่ 3 จัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้านรวมทั้งติดตามและประเมินผลการระดับทำงานของไต (ค่า eGFR เดือนที่ 6 และ 12) นำเสนอผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

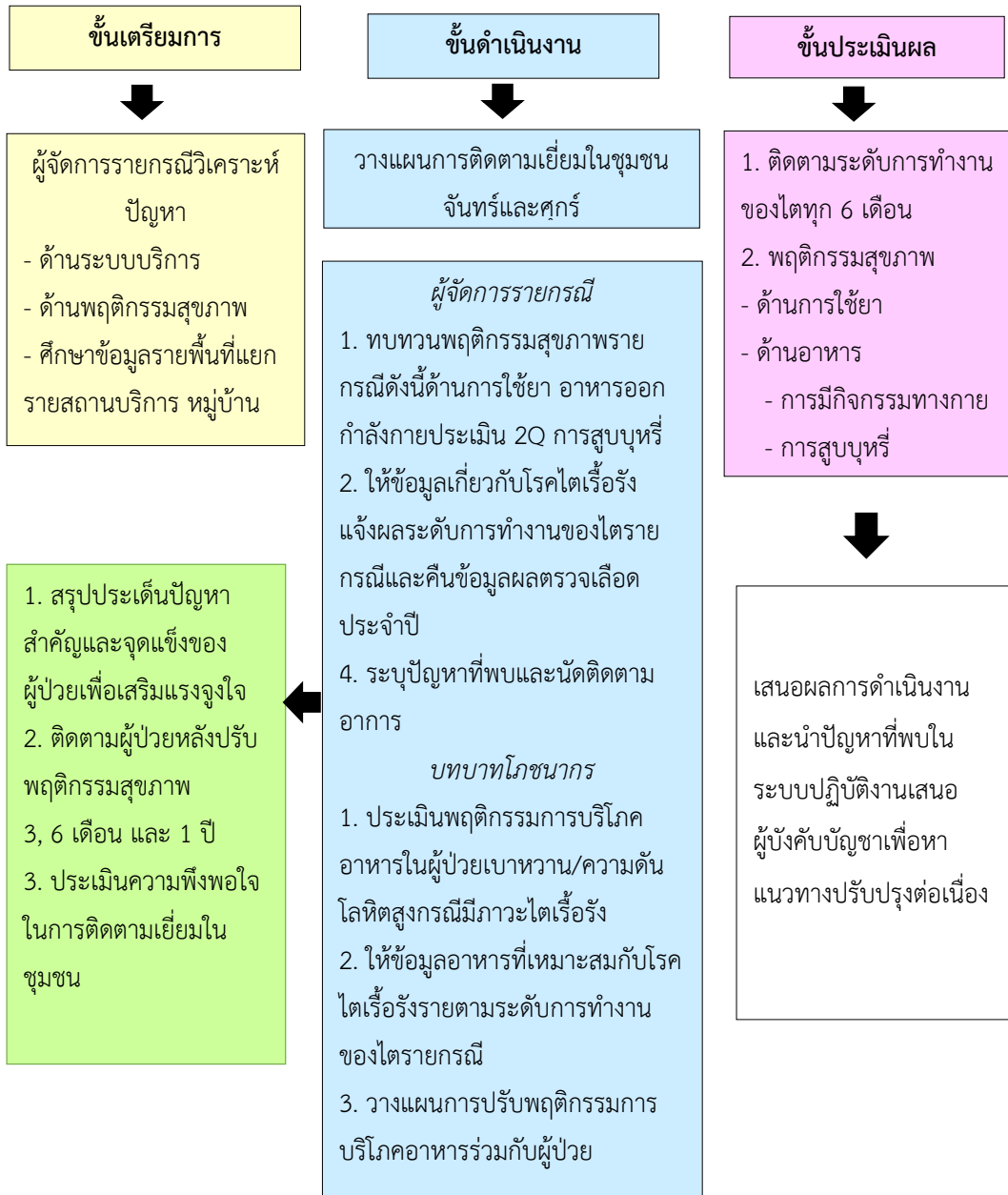
## ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนเพื่อชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการ อำเภอเรณูนคร จังหวัด

นครพนม ได้ทบทวนผลงานวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข ตามรูปแบบที่พัฒนาใหม่ให้เหมาะสมและสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งมีลักษณะโดยสรุป ตามผัง

ของกระบวนการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเรณูนคร ดังนี้

### กระบวนการทำงานเพื่อชะลอไตเสื่อมอำเภอเรณูนคร





### ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างก่อน - หลัง เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน เป็นเพศชายจำนวน 18 คน ร้อยละ 32.7 เพศหญิงจำนวน 37 คน อายุเฉลี่ย 57 ปี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3b มากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือระยะ 4, 3a และ 5 ร้อยละ 41.8, 10.9 และ 3.6 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของไต

ระยะ 2, 3a, 3b, 4 และ 5 จำนวน 5, 4, 17, 27 และ 2 คน ร้อยละ 9.1, 7.3, 30.9, 49.1 และ 3.6 ตามลำดับ ติดตามผล 1 ปี กลุ่มตัวอย่างการทำงานของไตระยะ 1, 2, 3a, 3b, 4 และ 5 จำนวน 1, 5, 9, 14, 23 และ 3 คน ตามลำดับ ร้อยละ 1.8, 9.1, 16.4, 25.5, 41.8 และ 5.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับการทำงานของไตก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม

รายการ	กลุ่มตัวอย่างจำนวน (N=55)					
	ก่อนร่วมกิจกรรม		ติดตามระดับการทำงานของไต ครั้งที่ 1 (6 เดือน)		ติดตามระดับการทำงานของไต ครั้งที่ 2 (1 ปี)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะ 1	0	0	0	0	1	1.8
ระยะ 2	0	0	5	9.1	4	7.3
ระยะ 3a	6	10.9	3	5.5	5	9.1
ระยะ 3b	24	43.6	17	30.9	11	20
ระยะ 4	23	41.8	27	49.1	20	36.4
ระยะ 5	2	3.6	2	3.6	3	5.5

พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาได้แก่ ลืมกินยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ กินยาสมุนไพรชนิดต่างๆ และใช้ยาแก้ปวด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นค่าเฉลี่ย 2.9, 3.1, และ 2.4 ลดลงเป็น 1.7, 1.3, 1.2 ตามลำดับ ด้านการบริโภคอาหาร กินอาหารโปรตีนไม่จำกัดใช้เครื่องปรุงหลากหลาย

ไม่จำกัดและกินข้าวแบ่งไม่จำกัดมีค่าเฉลี่ยจากเดิม 4.5, 4.3, และ 4.7 ลดลงเป็น 3.1, 2.8, และ 3.2ตามลำดับ การมีกิจกรรมทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับเบามากที่สุดทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม การสูบบุหรี่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยสูบแล้วเลิก รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการใช้ยา อาหาร กิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่

พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม (6 เดือน)	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
การใช้ยา				
- ลืมกินยา/กินยาไม่สม่ำเสมอ	2.9	ปานกลาง	1.7	น้อยที่สุด
- กินสมุนไพรชนิดต่างๆ	3.1	ปานกลาง	1.3	น้อยที่สุด
- ใช้น้ำแก้ปวด	2.4	น้อย	1.2	น้อยที่สุด
การบริโภคอาหาร				
- กินอาหารโปรตีนไม่จำกัด	4.5	มากที่สุด	3.1	ปานกลาง
- ใช้เครื่องปรุงหลากหลายไม่จำกัด	4.3	มากที่สุด	2.8	ปานกลาง
- กินข้าวแบ่งไม่จำกัด	4.7	มากที่สุด	3.3	ปานกลาง
กิจกรรมทางกาย				
- ระดับเบา	4.3	มากที่สุด	4.1	มากที่สุด
- ระดับปานกลาง	1.8	น้อย	2.2	น้อย
- ระดับหนัก	1.1	น้อยที่สุด	1.3	น้อยที่สุด
การสูบบุหรี่				
- กำลังสูบ	1.2	น้อยที่สุด	1.2	น้อยที่สุด
- เคยสูบแล้วเลิก	1.5	น้อยที่สุด	1.5	น้อยที่สุด
- บุหรี่มือสอง	1.1	น้อยที่สุด	1	น้อยที่สุด

### อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการ อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับการทำงานของไตดีขึ้น<sup>6</sup> เช่นเดียวกับศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าหลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารส่งผลให้ค่า Cr ไม่เปลี่ยนแปลง<sup>7</sup> ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพในด้านอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่ ชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังได้

จากกระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมครั้งนี้ แม้ว่าการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคของตนเองและการกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและมีระบบการประสานงานที่ดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อย่างเช่นการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยการเสริมพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลการศึกษาภาคีเครือข่ายมีการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารลดลง<sup>8</sup>



และพฤติกรรมอื่นๆที่มีผลต่อโรคไตที่อาจส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมรายอื่นๆ ที่มีปัญหาซับซ้อนได้ และควรมีการเพิ่มการวัดผลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องคือ ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต้องมีความคิดสร้างสรรค์การไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเดิมๆ คิดและแสวงหาแนวทางใหม่ในการทำงานส่งผลให้เกิดการพัฒนางานที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558. คำแนะนำสำหรับการดูแลโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558.
2. Singhal, P.C. Kumar, A, Desroches, L, et al. Prevalence and predictors of rhabdomyolysis in patients with hypophosphatemia. Am J Med 1992 ; 92:458-64.
3. มณีรัตน์ จิรปภา. การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2557; 20(2): 5-15
4. วรจกณา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์ : 2558 ; 19-24.
5. ศิริอร สินธุ์, และพิเชต วรรอด. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์ ; 2557.
6. พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค. ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ; 2559, 6(3):205-215.
7. จินตนา หามาลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ; 2557, 34 (2): 67-83.
8. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2559 ; 13(3): 81-88.



## บทความวิจัย

# การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

## Development of bed bound elder care process by family nurses, and participation of family and community party network at Bangpakong districts, Bangpakong, Chachoengsao.

พินทิพย์ จำปาพงษ์, พย.บ.\*

Pintip Jumpapong, B.N.S.\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน

**วิธีดำเนินการวิจัย :** เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการ 2) พัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ 3) ประเมินกระบวนการพัฒนา ซึ่งประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุดได้แก่ แบบประเมินดัชนีบาร์เรลเอตีแอล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะและ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที

**ผลการศึกษา :** พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการรับรู้และการฝึกทักษะเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 100 การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย การจัดการความรู้ กิจกรรม บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประเมินผล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้หลังเข้ากระบวนการสูงกว่าก่อนเข้ากระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงหลังเข้ากระบวนการสูงกว่าก่อนเข้ากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุโดยพยาบาลครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พยาบาลครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

\*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา



## ABSTRACT

**Objectives :** To develop a bed bound elder care process; and evaluate efficiency of the developed bed bound elder care process.

**Methods :** This study was a research and development. Nursing process was generalization comprising three stages. The first stage was to study of the problems and needs of care process. The second stage was to develop the care process. The third stage was to test the efficiency and evaluation of the developed process. The sample for efficiency testing consisted of 15 care givers and bed bound elder random sampling was selected in Bangpakong district. The research instruments were (1) the Barthel ADL Index : BAI; (2) a learning achievement test for pre-testing and post-testing; (3) a skill assessment scale , and (4) a WHOQOL-BREF-THAI. Statistics employed for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

**Results :** The sample needs the knowledge and skills to care for the elderly in bed 100 %. The development of bed bound elder care process has 6 components: target group Knowledge Management Activities Role of Community Participation And evaluation. The samples had a higher average knowledge score than before entering the process at .05 level, the average skill level for care giving of the elderly was not less than 80% and the average quality of life was higher than before entering the elderly care process by family nurses. The statistically significant at .05 level.

**Keywords :** bed bound elder care process, family nurses, participation of family and community party network

### บทนำ

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข สืบเนื่องจากที่ได้มีการคาดการณ์ว่าในอนาคตจะเป็นโลกของผู้สูงอายุและจะเกิดภาวะพึ่งพิงตามมา จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2004 พบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อวัยทำงาน (Dependency Ratio) ได้เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มอัตราการพึ่งพิงอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (bed bound elder) เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยคือการขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากคนในครอบครัวต้องประกอบอาชีพและมีรายได้น้อย ทำให้เกิดการดูแลที่ไม่เหมาะสม ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้<sup>2</sup>

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจัดเป็นภาระงานที่ซับซ้อน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในวิธีการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้ด้วย ในตำบลบางปะกงก็ประสบปัญหาด้านการดูแลเช่นเดียวกัน จึงแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับน่านอาสาสมัครครอบครัวที่ผ่านการอบรมแล้วมาดูแลร่วมกับพยาบาลครอบครัว แต่พบว่าพยาบาลครอบครัว 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรจำนวน 2500 คน<sup>3</sup> และอาสาสมัครครอบครัวที่ได้รับการอบรม 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 - 10 ราย<sup>4</sup> จึงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 21 คน ที่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลตามแนวทางที่กำหนด ไม่สามารถเข้าถึงบริการและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ แผลกดทับ

จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.04 ข้อยึดติดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.853 ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงมาก<sup>5</sup> จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อศึกษาสภาพและความต้องการ กระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบล บางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

**วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งการพัฒนาได้แบ่งตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่

1) ญาติหรือผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง มีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน และอาศัยอยู่ในเขตตำบลบางปะกง 21 คู่ จำนวน 42 คน และ 2) ภาควิชาพยาบาลในชุมชน ประกอบด้วยหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน 2 คน ผู้นำชุมชน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านละ 1 คนรวมจำนวน 19 คน อาสาสมัครกลุ่มอื่นที่สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน 2 คน รวมภาคีเครือข่าย 30 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการประเมินกระบวนการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ที่อาศัยอยู่ในเขต

ตำบลบางปะกง ในปีงบประมาณ 2559 - 2560 จำนวน 21 คน นำมาเข้ากลุ่มโดยเน้นการเรียนรู้เป็นกลุ่มผู้ดูแล ส่วนการคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่มจำนวนที่เหมาะสมคือ 8-12 คน (Yalom)<sup>6</sup> ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 15 คน (สำรองเมื่อมีสมาชิกออกจากกลุ่ม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.76 2) แบบทดสอบความรู้ความรู้อาการดูแลช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) เท่ากับ 0.80 3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ภาษาที่ใช้ และได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 4) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลขั้นตอนที่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) และขั้นตอนที่ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) โดยผู้วิจัยทำการประชาคมร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 (ตามวาระการประชุมประชาคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) โดยนำเสนอหัวข้อการประชาคมในการสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติด



เตียงในชุมชน และสรุปผล เพื่อนำไปจัดทำร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้เป็นร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) วัตถุประสงค์ 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) การจัดการความรู้ 4) กิจกรรม (5) บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ 6) การประเมินผล จากนั้นผู้วิจัยนำร่างแบบจำลองกระบวนการฯ ที่สร้างขึ้นเสนอผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินกระบวนการฯ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนที่ 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำแบบจำลองกระบวนการฯ ที่สร้างขึ้นมาดำเนินการ ดังนี้

- 1) การฝึกอบรมภาคทฤษฎี โดยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 1 วัน ผู้วิจัยได้กำหนดการจัดการความรู้โดยใช้หลักการจัดการความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงตามกระบวนการพัฒนาข้างต้น ในขั้นตอนนี้จะมีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มที่ได้รับประสบการณ์จากการเตรียมจำหน่ายและนำมาทบทวนส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะและการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ การทำแผล การพลิกตัวผู้ป่วยป้องกันแผลกดทับ การเคลื่อนไหวผู้ป่วยและการทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯ พร้อมประเมินผลความรู้

- 2) การฝึกอบรมภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นเวลา 1 วัน เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ดูแลและเสริมส่วนที่พร่อง และฝึกจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ โดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมประเมินทักษะ

- 3) ดำเนินการจริงตามกระบวนการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลจะลงปฏิบัติกับผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีพยาบาลครอบครัวเป็นที่เล็งในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งแรก

สัปดาห์ที่ 2 พยาบาลครอบครัวเป็นที่เล็งในการปฏิบัติกิจกรรมลงเยี่ยมพร้อมประเมินผลการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาในผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล

สัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลทำการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลให้ทดลองขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามที่ได้กำหนดบทบาทไว้

สัปดาห์ที่ 4 พยาบาลครอบครัวเป็นที่เล็งในการปฏิบัติกิจกรรมลงเยี่ยมพร้อมประเมินผลการปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาในผู้ดูแล จบโปรแกรม พร้อมประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

ในระหว่างสัปดาห์จะมีอาสาสมัครครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาแล้ว (care giver) มาดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- 4) จบโปรแกรม สรุปผล และประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

- 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรใช้ความถี่และร้อยละ ส่วนสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

- 2) ความรู้ของผู้เข้ารับฝึกอบรม และ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง โดยการทดสอบก่อน-หลัง อบรม ใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการทดสอบความแตกต่างของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยการทดสอบค่าที่

(t-test แบบ t-dependence) เพื่อ หาค่าความแตกต่าง

3) ทักษะของผู้เข้ารับฝึกอบรม โดยทำการทดสอบหลังทำการฝึกปฏิบัติในแต่ละหน่วย (เกณฑ์ผ่าน 80%) ใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละและการทดสอบค่าที (t-test แบบ one-sample t-test)

4) ทักษะของผู้เข้ารับฝึกอบรม โดยทำการทดสอบหลังทำการฝึกปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละหน่วย (เกณฑ์ผ่าน 80%) ใช้การวิเคราะห์ค่าร้อยละและการทดสอบค่าที (t-test แบบ one-sample t-test)

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา หมายเลข PH\_CCO\_REC 003/2561

### ผลการวิจัย

พบว่าผู้ดูแลพบปัญหาการรับรู้หลักการปฏิบัติต่อการดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็นรายด้านดังนี้ ด้านโภชนาการได้แก่ การป้อนอาหารและการป้องกันการสำลัก คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหารจำนวน 11 คน ผู้ดูแลหลักมีปัญหาในด้านเทคนิคการให้อาหารการทำอาหารปั่นและการจัดเก็บถนอมอาหาร คิดเป็นร้อยละ 81.81 ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย ร้อยละ 80 และการดูแลสายสวนปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การป้องกันการเกิดข้อยึดติด คิด

เป็นร้อยละ 95 และการทำแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 80 ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ เรื่องเทคนิคการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 100 การทำกายภาพบำบัดที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 การช่วยเหลือจากหน่วยงานเทศบาล ได้แก่ การจัดรถรับส่งผู้สูงอายุติดเตียงพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 95 การช่วยเหลือจากพัฒนาสังคมคือ การจัดสวัสดิการต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง เช่น ผ้าอ้อม รถเข็น เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 55 การช่วยเหลือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (care giver) ได้แก่ การช่วยกิจกรรมดูแลผู้ป่วยติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนในการพัฒนาความรู้ ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลแต่เมื่อกลับมาไม่มีที่ปรึกษา ทำให้ขาดความมั่นใจ ต้องการให้ทบทวนในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ดูแล ร่วมกับการเสริมความรู้จากเจ้าหน้าที่

ร่างแบบจำลองกระบวนการ ฯ ที่สร้างขึ้นเสนอผ่านภาารพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องภาพรวมเท่ากับ 0.97

การประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในด้านความรู้ ทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการฝึกอบรม (N=15)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD.	df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	15	9.3	1.40	14	-14.35	0.00*
หลังฝึกอบรม	15	12.67	3.81			

\*p<.05



**ตาราง 2** ผลการประเมินทักษะของผู้ที่อบรมด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๑ ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (N = 15)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{x}$	SD.	df	t	Sig
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	15	54.73	9.07	14	22.70	0.00*

\*p<.05

**ตาราง 3** ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (N=15)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD.	df	t	Sig
คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการดูแล	15	74.87	14.79	14	-5.23	0.00*
คะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล	15	89.93	14.66			

\*p<.05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลพบปัญหาการรับรู้หลักการปฏิบัติต่อการดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านโภชนาการ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหว ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ในชุมชน ในการจัดสวัสดิการต่างๆ เช่น การส่งผู้สูงอายุพบแพทย์ ฟ้าอ้อม รถเข็น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา รัตนกุล<sup>๕</sup> ที่ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบฝังร่องผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้ 1) ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค 2) ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย 3) สมาชิกในครอบครัวผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแล 4) ขาดอุปกรณ์สนับสนุน 5) การให้ข้อมูลจากพยาบาลมีเนื้อหาแตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจ<sup>๖</sup>

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 6 องค์กรประกอบ ได้แก่

(1) วัดอุปประสงค์ (2) กลุ่มเป้าหมาย (3) การจัดการความรู้ (4) กิจกรรม (5) บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ (6) การประเมินผล ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า กระบวนการนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยรวม เท่ากับ 0.97 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องในระดับสูง การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เพราะผู้วิจัยมีการทบทวนปัญหาและแนวคิดทฤษฎีอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการ และเมื่อนำกระบวนการไปประเมินผล พบว่า ผู้ดูแลที่ได้เข้ากระบวนการมีความรู้ในระยะเวลาหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากระบบการอบรมที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบการเรียนรู้ที่เป็นระบบสอดคล้องกับวิธีการและเนื้อหาที่เหมาะสมกับการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้เรียน สอดคล้องกับกนกศรี จาดเงิน<sup>๖</sup> ที่ว่าการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบก่อนเริ่มการเรียนการสอน เป็นวิธีการที่สนับสนุนผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ผู้สอนออกแบบและพัฒนาหลักสูตรที่มีประสิทธิภาพก่อนจะนำไปให้ผู้เรียนได้ศึกษา การมีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ ผู้เรียนได้เข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ ร่วมกับการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เป็น

สิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการออกแบบการประเมินผลต้องมีความสัมพันธ์กันกับสิ่งที่ต้องการจากการออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน<sup>7</sup> จึงทำให้คะแนนความรู้หลังการฝึกอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ผู้ดูแลที่ได้เข้ากระบวนการมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการนำเทคนิคในการจัดการความรู้ โดยเน้นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ไปยังผู้เรียนโดยการให้ความรู้ การเป็นพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา รัตนกุลและคณะ<sup>8</sup> ที่ทำการศึกษาลงของโปรแกรมการเรียนรู้แบบฝังรู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังได้รับความรู้ผ่านโปรแกรมผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความ สามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 กิจกรรม ได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ากระบวนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 96 - 130 จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และ ไม่พบผู้สูงอายุติดเตียงที่คุณภาพชีวิตไม่ดี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งแสงี่ยมที่ทำการศึกษารื่อง การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน โดยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่า ก่อนให้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00$ )<sup>9</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษารายละเอียด

ของงานวิจัย บริบท และทรัพยากรของพื้นที่ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนนำระบบนี้ไปใช้ และควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้มีความมั่นใจ และควรทำความเข้าใจในกระบวนการดูแลและแนวทางการให้ความช่วยเหลือในแต่ละบทบาทที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในเชิงลึก หรือเป็นรายกรณี ถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

### กิตติกรรมประกาศ

การทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจ เพื่อให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile.p.16. ; 2004.Available from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205245/1/B1462.pdf>. [12 December 2017].
2. วรธรรมา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ.แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ : บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด ; 2553.
3. คลินิกหมอครอบครัว.แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. สืบค้นจาก <https://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster.guide%20%28pcc%29.pdf>. [12 ธันวาคม 2560].
4. กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ; 2560.



5. จินตนา มีกุล.สถิติการดำเนินงานผู้สูงอายุในเขตตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2559. ฉะเชิงเทรา :โรงพยาบาลบางปะกง ; 2559.
6. Yalom, I. D. The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.). New York: Basic Books;1995.
7. กนกศรี จาดเงิน.การพัฒนากระบวนการฝึกอบรมสาธารณสุขผ่านเว็บ เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินผู้ป่วยจิตเภทและความผิดปกติทางอารมณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมา -ธรรมา; 2559.
8. จินดารัตนกุล ภัชรกร บุญรักษ์และประไพ บุญย์เจริญเลิศ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ แบบใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารกองการพยาบาล 2556 ; 40 (1) : 9-23.
9. วิภา เพ็งเสงี่ยมและคณะ.การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัดเตี้ยงในชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560 ; 18(3) : 83 - 95.

## บทความวิจัย

# การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า Prevalence of Perinatal Depression in Lomkao Crown Prince Hospital

เพ็ญพรรณ บุตรชัยงาม<sup>1</sup>และสุภาพันธุ์ กองจันทร์<sup>2</sup>

Phenphan Bootchasingam<sup>1</sup> and Subaphan Gongjan<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**บทนำ** ภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลเสียทั้งต่อมารดา ทารก และคนรอบข้างสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ที่เป็นซึมเศร้านักจะไม่รู้ตัวเองว่าตนกำลังป่วยหรืออาจรู้ตัวอีกทีตอนที่โรคกำลังพัฒนาไปสู่ขั้นรุนแรงจนเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไปแล้ว ดังนั้นการประเมินเพื่อค้นหา ฝ้าระวังและรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าเพื่อวางแผนคัดกรองภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ และพัฒนาคุณภาพของการดูแล

**วิธีการศึกษา** เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยประชากรเป็นสตรีขณะตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตรภายใน 2 วันและสตรีหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าจังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2560 เป็นระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ในช่วงขณะตั้งครรภ์หลังคลอดภายใน 2 วัน และหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยถ้าคะแนน EPDS มากกว่า 15 คะแนน จะวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์

**ผลการศึกษา** ประชากรสตรีตั้งครรภ์ก่อนคลอด จำนวน 126 คน สตรีหลังคลอดภายใน 2 วันจำนวน 120 คนและสตรีหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์จำนวน 133 คน ข้อมูลทั่วไปของประชากรดังแสดงในตารางที่ 1 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 (2 คนใน 126 คน) หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 (1 คนใน 120 คน) และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ (0 คนใน 133 คน)

**สรุป** ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่ามีความชุกค่อนข้างน้อย ความแตกต่างประชากรในบริเวณอื่น และการแนะนำตรวจคัดกรองขณะตั้งครรภ์และตรวจคัดกรองซ้ำช่วงหลังคลอด

**คำสำคัญ :** ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความชุก

<sup>1</sup>แพทย์ชำนาญการแผนกสูตินรีเวชโรงพยาบาลจังหวัดเลย

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า



## ABSTRACT

**Background :** Depression during pregnancy was most important problem that affected on mother, child and family. The most pregnant women could not detect their depression until disease progressed to severe depression or impacted daily life. So that screening, early detection and treatment were very important.

**Objective :** To study prevalence of perinatal depression for improves screening and treatment plan.

**Methods :** Cross sectional descriptive study, used self-answer questionnaire to assess demographic data and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in antepartum women, postpartum women within 2 days and postpartum women within 6 weeks that treated at LomKao crown prince hospital between August 2016 to January 2017. EPDS cut-off score was 15 for detection perinatal depression.

**Results :** The population was 126 antepartum women, 120 postpartum women within 2 days and 133 postpartum women within 6 weeks. Demographic data show in table 1. The prevalence of perinatal depression was 1.6 % in antepartum [2 women in 126], 0.8 % in postpartum within 2 days [1 woman in 120] and no in postpartum within 6 weeks [0 woman in 133].

**Conclusion :** The prevalence of postpartum depression in LomKao crown prince hospital was lower than other area. Recommend depression screening in antepartum period and postpartum within 2 days.

**Keywords :** perinataldepression, postpartum depression, prevalence, Edinburgh Postnatal Depression Scale

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในประเทศไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2546 พบความชุกถึงร้อยละ 5 ในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยในกลุ่มนี้ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal depression) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 11.8 - 50.7<sup>1-7</sup> การศึกษาในประเทศไทยพบร้อยละ 8.4 - 20.5<sup>8-10</sup> และมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในบิดาพบร้อยละ 1.811 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ และการกำหนดช่วงระยะเวลาในช่วงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดในการศึกษาที่แตกต่างกัน ช่วงระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดสูงเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนั้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร การเลี้ยงดู การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

ในชีวิตหลังจากคลอด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ล้วนก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลได้ทั้งสิ้นซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ร่วมกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาการหลายๆอย่างอาจถูกมองข้ามหรือคิดว่าเป็นภาวะปกติของการตั้งครรภ์ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ เพื่ออาหารอารมณ์แปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม มีการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาในช่วงตั้งครรภ์ พบว่าทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์ บุตร รวมไปถึงครอบครัวที่ใกล้ชิด ทั้งคุณภาพชีวิต อาการที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น น้ำหนักขึ้นน้อยระหว่างตั้งครรภ์การไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยกว่ามาตรฐานทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย ทารก ค่ะแนนแรกคลอดต่ำ

การดูแลบุตรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร บุตรมีปัญหาด้านพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ พฤติกรรม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น<sup>1,3,5</sup> ในรายที่มารดามีอาการรุนแรงมากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย เสี่ยงอันตรายต่อบุตรในการถูกทำร้าย

ภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal depression) คือภาวะซึมเศร้าที่เกิดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดภายใน 12 เดือน หลังคลอดบุตร<sup>12</sup> ปัจจุบันได้รวมภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Antepartum or antenatal depression) และระยะหลังคลอด (Postpartum depression) ไว้ด้วยกันและใช้คำรวมว่า Perinatal depression ซึ่งภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์จะมีอาการเหมือนกับโรคซึมเศร้าทั่วไป คือ มีอารมณ์เศร้า มีอาการวิตกกังวล สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้ายทั้งต่อตนเองและทารก รู้สึกผิด ไร้ค่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มีอาการผิดปกติของระบบย่อยอาหาร อาจเบื่ออาหารหรือรับประทานมากกว่าปกติ ความรู้สึกอยากตาย หรือทำร้ายตัวเอง มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ เคยมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดในการตั้งครรภ์บุตรคนก่อน มารดาที่ไม่ได้แต่งงาน มีความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ความสัมพันธ์ไม่ดีกับบิดาของบุตรในครรภ์ เป็นคุณแม่เลี้ยงเดี่ยว การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ไม่ดี มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีบุตรหลายคน<sup>1,9,13</sup>

Kumar และ Cox<sup>14</sup> ได้คิดค้นแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นชุดแบบสอบถามที่มีคำถามจำนวน 10 ข้อและใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเพียง 5 นาที สามารถนำไปใช้ได้ง่าย จึงมีผู้นำไปแปลเป็นภาษาต่างๆ มากมาย ในประเทศไทยได้มีการแปลแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย โดยจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และคณะ<sup>15,16</sup> ได้ทำการแปลและทดสอบประสิทธิภาพไว้ พบว่าสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดี โดยมีค่าความไวร้อยละ 74 ค่าความจำเพาะร้อยละ

74 เมื่อใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ 6/7 นอกจากแบบทดสอบ EPDS แล้วยังมีแบบทดสอบอีกมากที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เช่น Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Postpartum Depression Screening Scales (PDSS), Beck Depression Inventory (BDI), Center of Epidemiologic Studies Depression Scales (CES-D) หรือ Zung Self-rating Depression Scales (Zung-SDS) แต่ EPDS ก็ยังคงเป็นแบบทดสอบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด<sup>17</sup> ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม EPDS มีค่าคะแนน 4 คะแนนโดย 1 คะแนน หมายถึง มีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงน้อย/ไม่มีอาการ ไปจนถึง 4 คะแนนซึ่งหมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

0 - 7 คะแนน โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ

8 - 12 คะแนน มีแนวโน้มภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

13-14 คะแนนมีอาการที่อาจจะเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดควรจะต้องมีการป้องกัน

15-30 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงต้องได้รับการประเมิน

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ทำให้อาการเป็นอยู่รุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังนั้นการคัดกรองเพื่อค้นหาเฝ้าระวังและรักษาความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อที่จะได้วางแผนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีความคุ้มค่ามากที่สุดในการรักษาและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยประชากรเป็นสตรีขณะตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตรภายใน 2 วัน และสตรีหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าจังหวัดเพชรบูรณ์ วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มกราคม



พ.ศ. 2560 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มต้องได้ไม่น้อยกว่า 119 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตัวเองประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุรายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัวอาชีพ การศึกษาสถานภาพสมรสโรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์การวางแผนที่จะมีลูกประวัติการมีภาวะซึมเศร้าภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ความสัมพันธ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ที่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย จำนวน 10 ข้อ EPDS แต่ละข้อมีค่าคะแนน 4 คะแนนโดย 1 คะแนน หมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงน้อย/ไม่มีอาการ ไปจนถึง 4 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงมากที่สุด

หากพบว่าอาสาสมัครที่มีคะแนน EPDS มากกว่า 15 คะแนน จะส่งปรึกษาจิตเวชเพื่อประเมิน รับการรักษา และติดตาม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม

### ผลการศึกษา

ประชากรศึกษาสตรีตั้งครรภ์ก่อนคลอดจำนวน 126 คน สตรีหลังคลอดภายใน 2 วันจำนวน 120 คน และสตรีหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์จำนวน 133 คน ข้อมูลทั่วไปของประชากรดังแสดงในตาราง 1 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 (2 คนใน 126 คน) หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 (1 คนใน 120 คน) และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ (0 คนใน 133 คน) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
อายุ (ปี)			
11 - 20 ปี	45 (36.0%)	33 (27.7%)	51 (38.3%)
21 - 30 ปี	60 (48.0%)	59 (49.6%)	58 (43.6%)
31 - 40 ปี	19 (15.2%)	27 (22.7%)	23 (17.3%)
41 - 50 ปี	1 (0.8%)		0 1 (0.8%)
ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.9 ± 5.8	25.4 ± 6.5	23.7 ± 6.3
ช่วงรายได้ต่อเดือน (บาท/เดือน)			
< 10000	64 (86.5%)	55 (75.3%)	59 (89.4%)
10001 - 20000	9 (12.2%)	14 (19.2%)	5 (7.6%)
20001 - 30000	0 (0%)	4 (5.5%)	1 (1.5%)
มากกว่า 30001	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (1.5%)

**ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์**

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
<b>ช่วงรายได้ต่อครอบครัว (บาท/เดือน)</b>			
< 10000	54 (59.3%)	37 (46.3%)	60 (68.2%)
10001 - 20000	27 (29.7%)	28 (35.0%)	22 (25.0%)
20001 - 30000	3 (3.3%)	7 (8.7%)	3 (3.4%)
30001 - 40000	2 (2.2%)	7 (8.7%)	2 (2.3%)
มากกว่า 40001	5 (5.5%)	1 (1.3%)	1 (1.1%)
<b>อาชีพจำนวน (%)</b>			
เกษตรกร	51 (40.5%)	49 (40.8%)	52 (39.7%)
รับจ้าง	23 (18.3%)	22 (18.3%)	26 (19.8%)
ค้าขาย	11 (8.7%)	13 (10.8%)	11 (8.4%)
รับราชการ	1 (0.8%)	2 (1.7%)	5 (3.8%)
พนักงาน	4 (3.2%)	10 (8.3%)	5 (3.8%)
แม่บ้าน	7 (5.6%)	7 (5.8%)	13 (9.9%)
ไม่ประกอบอาชีพ	21 (16.7%)	14 (11.7%)	15 (11.5%)
อื่นๆ	7 (6.2%)	3 (2.5%)	4(3.1%)
<b>การศึกษา จำนวน (%)</b>			
ต่ำกว่าประถม	4 (3.2%)	3 (2.5%)	5 (3.8%)
ประถม	25 (19.8%)	28 (23.5%)	15 (11.3%)
มัธยม	46 (36.5%)	45 (37.8%)	59 (44.4%)
มัธยมปลาย/ปวช	39 (31.0%)	38 (31.9%)	38 (28.6%)
อนุปริญญา/ปวส	5 (4.0%)	1 (0.8%)	5 (3.8%)
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (5.5%)	4 (3.5%)	11 (8.1%)
<b>สถานภาพสมรส จำนวน (%)</b>			
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	110 (87.3%)	102 (85.0%)	108 (81.2%)
ไม่ได้แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	16 (12.7%)	14 (11.7%)	18 (13.5%)
แยกกันอยู่	0 (0%)	4 (3.3%)	5 (3.8%)
หย่า	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
หม้าย	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.5%)


**ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์**

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
<b>ครรภ์ที่จำนวน (%)</b>			
ครรภ์ที่ 1	56 (46.3%)	46 (11.1%)	71 (55%)
ครรภ์ที่ 2	41 (33.9%)	30 (26.8%)	43 (33.3%)
ครรภ์ที่ 3	11 (9.1%)	26 (23.2%)	9 (7.0%)
ครรภ์ที่ 4	10 (8.3%)	6 (5.4%)	6 (4.7%)
มากกว่าครรภ์ที่ 4	3 (2.5%)	4 (3.6%)	0 (0%)
<b>การดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง</b>			
<b>จำนวน (%)</b>			
ได้รับการดูแลเอาใจใส่	121 (96.8%)	118 (99.2%)	127 (97.9%)
ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่	4 (3.2%)	1 (0.8%)	3 (2.1%)
<b>วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน (%)</b>			
วางแผน	74 (58.7%)	86 (72.3%)	41 (31.5%)
ไม่ได้วางแผน	52 (41.3%)	33 (27.7%)	89 (68.5%)
<b>ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว</b>			
<b>จำนวน (%)</b>			
ไม่มี	118 (98.4%)	112 (94.9%)	125 (97.7%)
มี	2 (1.6%)	6 (5.1%)	3 (2.3%)
<b>ความสัมพันธ์กับสามีจำนวน (%)</b>			
ดี	124 (99.2%)	113 (96.6%)	127 (98.4%)
ไม่ดี	1 (0.8%)	4 (3.4%)	2 (1.6%)
<b>เคยเป็นโรคจิตเวชมาก่อนจำนวน (%)</b>			
ไม่มี	117 (92.9%)	120 (100%)	131 (98.5%)
มี	9 (7.1%)	0 (0%)	2 (1.5%)
<b>เคยเป็นโรคซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์</b>			
<b>จำนวน (%)</b>			
ไม่มี	110 (97.3%)	113 (93.8%)	124 (93.9%)
มี	3 (2.7%)	5 (4.2%)	8 (6.1%)
<b>มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน (%)</b>			
ไม่มี	118 (93.7%)	109 (92.4%)	123 (93.9%)
มี	7 (5.6%)	9 (7.6%)	8 (6.1%)

**ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์**

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดจำนวน (%)			
ไม่มี	123 (99.1%)	105 (87.5%)	123 (93.9%)
มี	1 (0.9%)	14 (11.7%)	8 (6.1%)
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจำนวน (%)			
ไม่มี	-	119 (100 %)	127 (97.7%)
มี	-	0 (0%)	3 (2.3%)
ความผิดปกติของทารกจำนวน (%)			
ไม่มี	-	108 (94.3%)	124 (56.1%)
มี	-	6 (5.3%)	5 (3.9%)

**ตาราง 2 ระดับคะแนน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

ระดับคะแนน	ก่อนคลอด จำนวน (%)	หลังคลอดจำนวน (%)	หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน(%)
ระดับ 1 คะแนน 0 - 7	90 (71.4%)	84(70.0%)	108(81.2%)
ระดับ 2 คะแนน 8 - 12	31 (24.6%)	35(29.2%)	25(18.8%)
ระดับ 3 คะแนน 13-14	3 (2.4%)	0 (0%)	0 (0%)
ระดับ 4 คะแนน 15-30	2 (1.6%)	1(0.8%)	0 (0%)

ระดับ 1 โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ, ระดับ 2 มีแนวโน้มภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด, ระดับ 3 มีอาการที่อาจจะเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, ระดับ 4 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง

**อภิปรายผล**

งานวิจัยนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาที่ศึกษาโดยพบว่าลดลงเรื่อยๆ ในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร และในช่วงเวลาที่ศึกษาต่างกัน โดยการตรวจคัด

กรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนดังกล่าวงานวิจัยนี้ในประชากรสตรีตั้งครรภ์ชาวอเมริกัน ช่วงขณะตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5 ช่วงหลังคลอดทันทีพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 และหลังคลอด 6 สัปดาห์พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.5 ในประชากรสตรีตั้งครรภ์ชาวโมร็อกโกในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.9 ช่วง 6 เดือนหลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.8 และช่วง 9 เดือนหลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6<sup>7</sup> ในประชากรนอร์เวย์มีการศึกษาโดยใช้คะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดพบความชุกภาวะซึม



เศร้าร้อยละ 10.14 มีการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้คะแนน EPSD ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน พบความชุกภาวะซึมเศร้าในช่วงการตั้งครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 20.5 และพบความชุกภาวะซึมเศร้าในช่วงหลังคลอด 6 - 8 สัปดาห์ร้อยละ 16.8<sup>9</sup> จะเห็นว่าในงานวิจัยนี้ กลุ่มประชากรที่ศึกษามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำกว่าประชากรในการศึกษาอื่น

มีการใช้เครื่องมือการตรวจคัดกรองอื่นในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Postpartum Depression Screening Scales (PDSS) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชนพื้นเมืองอเมริกันพบความชุกถึงร้อยละ 23<sup>6</sup> ใช้เครื่องมือคัดกรอง Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) พบความชุกร้อยละ 10 และในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความพิการพบความชุกสูงถึงร้อยละ 28.9<sup>3</sup> การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Scale for Depression ในบราซิลพบความชุกร้อยละ 19.1<sup>2</sup>

การศึกษารวบรวมปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์พบความชุกสูงในกลุ่มตั้งครรภ์แรก มารดาอายุมากกว่า 36 ปี<sup>4</sup> กลุ่มมารดาที่มีความพิการ<sup>3</sup> กลุ่มประชากรรายได้ต่ำ มารดาที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม<sup>2</sup> มารดาที่มีความวิตกกังวล มีความเครียด ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง หรือคนใกล้ชิดมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การศึกษาต่ำ สุขบุหรื คุณแม่เลี้ยงเดี่ยว ความสัมพันธ์ไม่ดี<sup>18</sup> เคยมีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดมาก่อน<sup>19,20</sup> จากงานวิจัยนี้พบว่าสตรีที่พบภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนคลอดทั้ง 2 รายจะเป็นสตรีที่ไม่มีการวางแผนที่จะมีบุตรคาดว่าจะ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์แต่ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้แน่ชัดเนื่องจากจำนวนคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์น้อยเกินไปในการหาความสัมพันธ์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ ในประชากรที่ศึกษาลดลงโดยขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุด ลดลงมากในช่วงหลังคลอดทันที และไม่พบในหลังคลอด 6 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรคาดว่าน่าจะเกิดเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์พบได้น้อย ส่วนมากเป็นครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ไม่มีภาวะรุนแรงในครอบครัว

อีกทั้งเมื่อตรวจคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์จะมีการให้คำแนะนำ ติดตามต่อเนื่องโดยทีมจิตเวชของโรงพยาบาลและออกเยี่ยมบ้าน น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความชุก เมื่อติดตามในกลุ่มหลังคลอดทันทีลดลง และไม่พบในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งสนับสนุนว่าการรักษาภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญที่สุดคือการป้องกัน<sup>21,22</sup> การให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ การเยี่ยมบ้าน การดูแลเฉพาะกลุ่ม เช่น คัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์สูง เป็นต้น สามารถรักษากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้อย จนถึงรุนแรงมากได้ดีกว่าการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า<sup>22</sup> มีการศึกษาพบว่าคัดกรองพบภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์แล้วสามารถส่งเข้ารับการรักษาทางจิตเวชได้คือ ช่วงตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์ร้อยละ 33 ช่วงหลังคลอดทันทีร้อยละ 100 และช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ร้อยละ 15<sup>5</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ที่การคัดกรองที่เหมาะสมควรทำใน 2 ช่วงคือในช่วงขณะตั้งครรภ์ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์สูงที่สุด และตรวจคัดกรองซ้ำช่วงหลังคลอดทันที เพราะการตรวจคัดกรองพบแล้วสามารถส่งรักษาทางจิตเวชได้ดีที่สุด เข้าถึงบริการได้ดีคือช่วงหลังคลอดทันทีและความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนน้อยจึงไม่สามารถหาความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ในกลุ่มประชากรได้ หากต้องการศึกษาความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มประชากรนี้ควรเก็บข้อมูลกลุ่มประชากรศึกษามากกว่านี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Poo FA, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernandez OT, Perez HC. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. Rev Med Chil. 2008 Jan;136(1):44-52.



2. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2006 Feb;40(1):65-70.
3. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J*. Feb;19(2):362-72.
4. Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):705-10.
5. Burton A, Patel S, Kaminsky L, Rosario GD, Young R, Fitzsimmons A, et al. Depression in pregnancy: time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Nov;24(11):1321-4.
6. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R. Prevalence of postpartum depression in a native American population. *Matern Child Health J*. 2005 Mar;9(1):21-5.
7. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 May;8(1):37-43.
8. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2007 Jun;33(3):333-40.
9. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006 May;9(3):131-8.
10. Panyayong B. Postpartum depression among Thai women: a national survey. *J Med Assoc Thai*. Jul;96(7):761-7.
11. Serhan N, Ege E, Ayranci U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs*. Jan;22(1-2):279-84.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. May;125(5):1268-71.
13. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*. 2002 Oct;5(2):65-72.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6.
15. Vittayanont A, Liabsuetrakul T, Pitanupong J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): a Thai version for screening postpartum depression. *J Med Assoc Thai*. 2006 Jan;89(1):1-7.
16. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res*. 2007 Jan 15;149(1-3):253-9.



17. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 May;17(4):585-96.
18. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. Jan;202(1):5-14.
19. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95.
20. Bjerke SE, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008 Dec;21(12):889-94.
21. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18(4):CD001134.
22. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Jan;28(1):61-70.



## บทความวิจัย

# ผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ Treatment outcomes in patients with low risk gestational trophoblastic neoplasia at Sanpasitthiprasong hospital.

เมธาสิณี โพธิสุวรรณ\*

Methasinee Pothisuwan. M.D.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์งานวิจัย** เพื่อศึกษาผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา** Retrospective cohort study กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 และเป็นผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น hydatidiform mole, invasive mole หรือ choriocarcinoma จำนวน 30 ราย สถิติวิเคราะห์ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Odds ratio และ survival curve

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกมีอายุเฉลี่ยที่ 32.36 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 33.33 การตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้จะเป็นมะเร็งเนื้อรกพบว่าเป็น complete hydatidiform mole (CHM) สูงร้อยละ 76.67 ค่าฮอร์โมน B-hCG เมื่อวินิจฉัยมะเร็งเนื้อรกมีค่าไม่เกิน 1,000 mIU/ml ร้อยละ 46.67 (mean 29,910.92) กลุ่มตัวอย่างเป็น stage 1 ทั้งหมด WHO prognostic score ส่วนใหญ่คือคะแนนที่ 2 เป็นร้อยละ 33.33 ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรกได้ยา methotrexate และ actinomycin-D ในจำนวนเท่าๆกัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ร้อยละ 26.7 ได้ยาเคมีบำบัดชนิดแรกจำนวน 5 cycles การวินิจฉัยว่าหายจากโรครส่วนใหญ่อยู่ที่สัปดาห์ที่ 6, 7 และ 8 เท่ากันคือร้อยละ 13.3 มีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดตัวแรก แต่เมื่อเปลี่ยนมาให้ยาเคมีบำบัดตัวที่สอง ผู้ป่วยทั้งหมดตอบสนองต่อการรักษา

กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกจำนวนไม่เกิน 5 รอบ จะมีอัตราการหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 989.76 เท่าของกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกมากกว่า 5 รอบ ( $p < 0.01$ ) กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกตัวเดียว จะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 4.78 เท่าของกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดสองตัวขึ้นไป ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มที่มีค่า B-hCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml จะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 3.04 เท่าของกลุ่มที่มีค่า B-hCG ตั้งแต่ 1,000 mIU/ml ขึ้นไปเสมอ ( $p=0.03$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเนื้อรกด้วยผลทางพยาธิวิทยาเป็น 16 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ( $p= 0.01$ )

**สรุป** ผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วยทั้งหมดมีอัตราการหายทุกราย (ร้อยละ 100) โดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการหายจากโรค คือ กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกจำนวนไม่เกิน 5 รอบ กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกตัวเดียว และกลุ่มที่มีค่า B-hCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml

**คำสำคัญ :** ผลการรักษา, โรคมะเร็งเนื้อรกของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

\*แพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี  
Obstetrics and Gynecology department, Sanpasitthiprasong hospital, Ubon Ratcthani



## ABSTRACT

**Objective :** To evaluate the treatment outcomes in patients with low-risk gestational trophoblastic neoplasia (LR-GTN) at Sanpasitthiprasong hospital, Thailand.

**Methods :** Medical records of women diagnosed with LR-GTN at Sanpasitthiprasong hospital from October 1, 2011 - July 1, 2018 until complete sample sizes were retrospectively reviewed. Demographic data, disease diagnosis with the pathological findings confirm that a hydatidiform mole, invasive mole, or choriocarcinoma, treatment and follow up data were analyzed. 30 samples were analyzed in percentage, mean, standard deviation, Odds ratio and survival curve.

**Results :** A total of 30 cases of LR-GTN were reviewed. The mean age of patients was 32.36 years, mostly in the first gravid (33.33%). The previous pregnancy was complete hydatidiform mole (CHM) 76.67%. B-hCG hormone at diagnosed of GTN less than 1,000 mIU/ml 46.67% (mean 29,910.92). Most patients were stage 1. The WHO prognostic score was two, 33.33%. The first line chemotherapy were methotrexate and actinomycin-D 50% each. Most of the patients were remission at the 6<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, and 8<sup>th</sup> week, 13.3% each. Five patients (16.67%) did not respond to first line chemotherapy. But when switching to second line chemotherapy all patients were complete remission.

Patients receiving chemotherapy less than or equal to 5 cycles had a greater remission rate than those who received chemotherapy more than 5 cycles ( $p < 0.01$ ). The single chemotherapy groups, the remission rates were 4.78 times more than the two chemotherapy groups ( $p < 0.01$ ). Groups with B-hCG values less than 1,000 mIU/ml will have a chance remission 3.04 times than the B-hCG groups of 1,000 mIU/ml and above ( $p = 0.03$ ). Patients aged 50 years and older were more likely to be diagnosed GTN from the pathological results of 16 times ( $p = 0.01$ ) than those younger than 50 years.

**Conclusion :** LR-GTN treatment at Sanpasitthiprasong hospital showed excellent clinical outcomes (100% remission). Single agent chemotherapy, chemotherapy cycles less than or equal to 5 cycles and pre-treatment B-hCG less than 1,000 mIU/ml were the significant factors for the good outcomes.

**Keywords :** low-risk gestational trophoblastic neoplasia, treatment

### ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งของเนื้องอกพบได้ประมาณร้อยละ 9.9 -34.8<sup>1,2</sup> จากผู้ป่วยที่เป็นโรคครรภ์ไขปลาคอก (post molar gestational trophoblastic neoplasia, post molar GTN) ทั้งยังเกิดตามหลังการตั้งครรภ์ปกติ การแท้ง หรือตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ อย่างไรก็ตาม มะเร็งของเนื้องอกเป็นโรคที่มีการวินิจฉัยได้แม่นยำ มีการพยากรณ์โรคดี มีโอกาสหายได้สูง เนื่องจากกลุ่มเซลล์ของโรค (trophoblasts) สามารถหลั่งฮอร์โมน human gonadotropin (hCG) ซึ่งใช้เป็น

tumor marker ในการวินิจฉัย และติดตามการรักษา รวมทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ผลดี โดยเมื่อแบ่งกลุ่มตาม WHO (World Health Organization) prognostic scoring system ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (low risk GTN) ซึ่งพบได้บ่อย มักจะได้รับยาเคมีบำบัดเป็น single agent chemotherapy และได้ผลตอบสนองประมาณร้อยละ 74.3- 97.8<sup>3,4</sup>

จากการศึกษาพบว่าการใช้ WHO prognostic scoring system มากกว่า 5<sup>5</sup>, การใช้ B-hCG มากกว่าหรือเท่ากับ

5,000 IU/L<sup>3</sup>, การล้มเหลวต่อยาเคมีบำบัดตัวแรก, ระยะเวลาการดำเนินโรคที่มากกว่า 4 เดือน, การมีมะเร็งแพร่กระจายรวมถึงการแพร่กระจายที่ตำแหน่งนอกเหนือจากที่ปอดหรือช่องคลอด<sup>4</sup> และผลทางพยาธิวิทยาเป็น choriocarcinoma<sup>6</sup> เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษามะเร็งเนื้อรกล้มเหลว ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ บางส่วนมาจากกลุ่มประเทศรายได้ต่ำการศึกษาในประเทศไทยมีน้อยมาก และพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาก็ค่อนข้างดีมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่<sup>2</sup> ดังนั้น ผู้ทำวิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก เพื่อนำไปใช้ทางคลินิกต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

รูปแบบการทำวิจัย Retrospective cohort study โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเนื้อรกที่กลุ่มความเสี่ยงต่ำโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 30 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดระหว่างวันที่ 1 พ.ศ. ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 และมีผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น hydatidiform mole, invasive mole หรือ choriocarcinoma หากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อนและมาให้การรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หรือเวชระเบียนที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการตรวจรักษา ไม่นำเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ของการศึกษานี้ จากคำถามวิจัยว่า “ร้อยละการรักษาหายขาดของผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อรกความเสี่ยงต่ำที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นเท่าไร” จากการศึกษาก่อนหน้านี้โดย Gueye M, et al.<sup>1</sup>

พบว่าอัตราการรักษาสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำมีค่าเท่ากับร้อยละ 94.3 ( $p = 0.943$ ) หากยอมให้มีความคลาดเคลื่อน 10 % ของค่าดังกล่าว คือ 0.094 ต้องการขนาดตัวอย่างเท่ากับ 24 คนที่ความเชื่อมั่น 95% และ power 80% เมื่อพิจารณาโอกาสที่ข้อมูลเวชระเบียนอาจไม่สมบูรณ์ 20 %

นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = 24$$

ดังนั้นจำนวน-ขนาดของประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ 24 ราย

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ในกรณีที่อาจเกิดการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นขนาดตัวอย่างของประชากรคือ 30 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนทะเบียนการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ไขปลาอกและมะเร็งเนื้อรก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปและการคลอดบุตร การตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ ระยะเวลาจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ เกณฑ์ในการวินิจฉัยมะเร็งเนื้อรก อาการ อาการแสดงที่ตรวจพบ ระดับของฮอร์โมน B-hCG ผลทางพยาธิวิทยา stage WHO prognostic score การตรวจติดตาม และผลการรักษา มะเร็งเนื้อรกด้วยยาเคมีบำบัด อาการและอาการแสดงที่พบป่วยในผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์ความสำเร็จในการรักษาโดยใช้ สถิติ Kaplan-Meier Cox regression และรายงานผลเป็น Odds ratio, 95% confidence interval และ survival curve



### ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 032/2561

ผลการวิจัยโดยสรุป จากการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกคือ 32.6 ปี (32.36±12.03 ปี) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 33.33 การตั้งครรภ์ก่อนหน้าจะเป็นมะเร็งเนื้อรกพบว่าเป็น complete hydatidiform mole (CHM) สูงร้อยละ 76.67 ระยะเวลาห่างจากการตั้งครรภ์ก่อนหน้านั้น เฉลี่ย 24.03 เดือน (24.03±54.48 เดือน) ระยะ

เวลาในการวินิจฉัยมะเร็งเนื้อรก เฉลี่ย 10.30 สัปดาห์ (10.30±6.98สัปดาห์) เกณฑ์การวินิจฉัยมะเร็งเนื้อรกส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.33 พบว่าใช้ค่าฮอร์โมน B-hCG ที่สูงขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ไม่มีอาการ กลุ่มที่มีอาการร้อยละ 20 คือเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด ผลทางพยาธิวิทยาเป็น CHM ร้อยละ 76.67 ค่าฮอร์โมน B-hCG เมื่อวินิจฉัยมะเร็งเนื้อรกมีค่าไม่เกิน 1,000 mIU/ml ร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างเป็น stage 1 ทั้งหมด WHO prognostic score ส่วนใหญ่คือคะแนน 2 ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ 1 ร้อยละ 30 แสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** Clinical characteristics of gestational trophoblastic neoplasia

Characteristics	Total (N=30)
Age (years), mean (SD)	32.36 ±12.03
Parity, median (range)	1 (0-4)
Antecedent pregnancy (%)	
Complete hydatidiform mole	76.67
Partial hydatidiform mole	6.67
Term pregnancy	13.33
Abortion	3.33
Pregnancy event to treatment interval (months), mean (range)	24.03±1-216
Duration to diagnosis GTN (months), mean (range)	
Presenting signs and symptom (%)	10.30 ±2-28
Asymptomatic	80
Abnormal vaginal bleeding	20
Histologic diagnosis (%)	
Complete hydatidiform mole	76.67
Partial hydatidiform mole	6.67
Invasive mole	6.67
choriocarcinoma	10.00
Pre-treatment serum B-hCG (mIU/mL) median (range)	29,910.92 ±15-496,844
Criteria for diagnosis GTN (%)	
serum B-hCG plateau	30.00
serum B-hCG rising	53.33
serum B-hCG persist	0.00

## ตารางต่อ ตาราง 1 Clinical characteristics of gestational trophoblastic neoplasia

Characteristics	Total (N=30)
Histology invasive mole	6.67
Histology choriocarcinoma	10.00
Evidence of metastasis	0.00
Stage I (%)	100.00
WHO prognostic score N (%)	
0	5 (16.67)
1	9 (30.00)
2	10 (33.33)
3	0 (0.00)
4	3 (10.00)
5	1 (3.33)
6	2 (6.67)
Pre-treatment B-hCG (mIU/mL)	
1-1,000	14 (46.67)
1,001-2,000	1 (3.33)
2,001-3,000	5 (16.67)
3,001-4,000	2 (6.67)
4,001-5,000	0 (0.00)
5,001-6,000	1 (3.33)
6,001-7,000	1 (3.33)
7,001-8,000	1 (3.33)
8,001-9,000	1 (3.33)
> 10,000	5 (16.67)

ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรกได้ยา methotrexate และ actinomycin-D ในจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ร้อยละ 26.7 ได้ยาเคมีบำบัดชนิดแรกจำนวน 5 cycles การวินิจฉัยว่าหายจากโรคส่วนใหญ่อยู่ที่สัปดาห์ที่ 6, 7 และ 8 เท่ากันคือร้อยละ 13.3 มีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดตัวแรก ในจำนวนนี้ได้ยาตัวที่สองเป็น actinomycin-D 4 ราย และ EMA-CO 1 ราย แม้ว่าการให้ยาเคมีบำบัดตัว

แรกจะมีภาวะไม่ตอบสนอง แต่เมื่อเปลี่ยนมาให้ยาเคมีบำบัดตัวที่สอง ผู้ป่วยทั้งหมด 5 ราย ตอบสนองต่อการรักษา ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 80 ช่วงเวลาในการติดตามอาการเฉลี่ยคือ 49.80 ±24.51 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ให้ยาสูตรแรกคือ actinomycin D มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 46.67 ในขณะที่เมื่อให้ยาสูตรแรกคือ methotrexate มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 36.66 ดังในตาราง 2


**ตาราง 2** Treatment and clinical outcomes of gestational trophoblastic neoplasia patients

treatments and clinical outcomes	N 30 (%)
primary treatment Chemotherapy (%)	
actinomycin-D	15 (50)
methotrexate	15 (50)
Surgery followed by adjuvant chemotherapy	
TAH	2 (6.67)
TAH with BSO	2 (6.67)
Response to primary treatment (%)	
Remission	25 (83.33)
actinomycin-D	14 (46.67)
methotrexate	11 (36.66)
Resistant	5 (16.67)
actinomycin-D	1 (3.33)
methotrexate	4 (13.4)
treatment of resistant GTN Second-line chemotherapy (%)	
Actinomycin-D	4 (13.33)
EMA-CO	1 (3.33)
Response to Second-line chemotherapy (%)	5 (16.67)
Total number of chemotherapies	
5	8 (26.7)
6	6 (20)
7	3 (10)
8	1 (3.3)
9	4 (13.4)
10	2 (6.7)
11	1 (3.3)
12	2 (6.7)
13	1 (3.3)
14	1 (3.3)
15	1 (3.3)

การหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีกับผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma, invasive mole) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุดังกล่าวมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเนื้อรกด้วย

ผลทางพยาธิวิทยาเป็น 16 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี (Odds ratio 16, 95% CI 1.09-234.25, p=0.01) ดังในตาราง 3

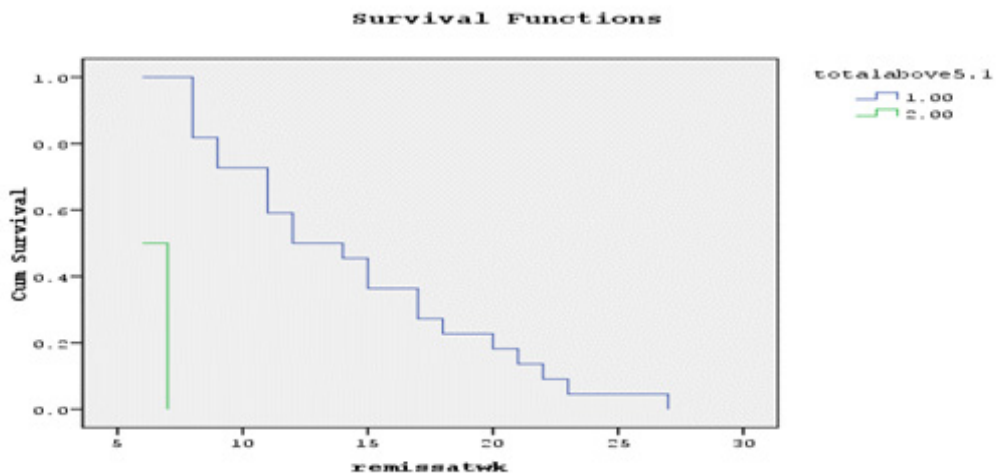
**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีกับผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma, invasive mole)

	ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	น้อยกว่า 50 ปี	Odd ratio	95%CI	p
ผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเนื้อรก	2	3	16	1.09-234.25	0.01
ผลทางพยาธิวิทยาไม่เป็นมะเร็งเนื้อรก	1	24			

ไม่ว่าในช่วงเวลาใด กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกจำนวนไม่เกิน 5 รอบ จะมีอัตราการหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 989.76 เท่า

ของกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกมากกว่า 5 รอบเสมอ [Hazard ratio 989.76 (95% CI, 0.021-47,726,095.55)  $p < 0.01$ ] แสดงในกราฟที่ 1

**กราฟที่ 1** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกจำนวนไม่เกิน 5 รอบกับอัตราการหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ

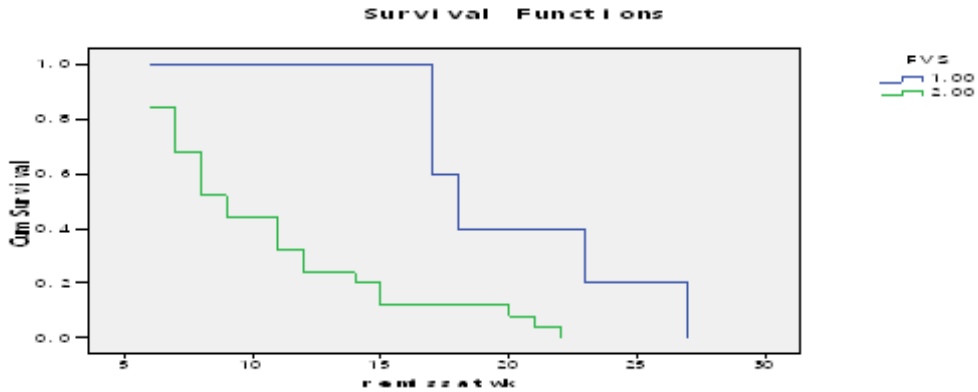


ไม่ว่าในช่วงเวลาใด กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกตัวเดียว จะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 4.78 เท่าของกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัด

สองตัวขึ้นไปเสมอ [Hazard ratio 4.78 (95% CI, 1.39-16.37)  $p < 0.01$ ] แสดงในกราฟที่ 2



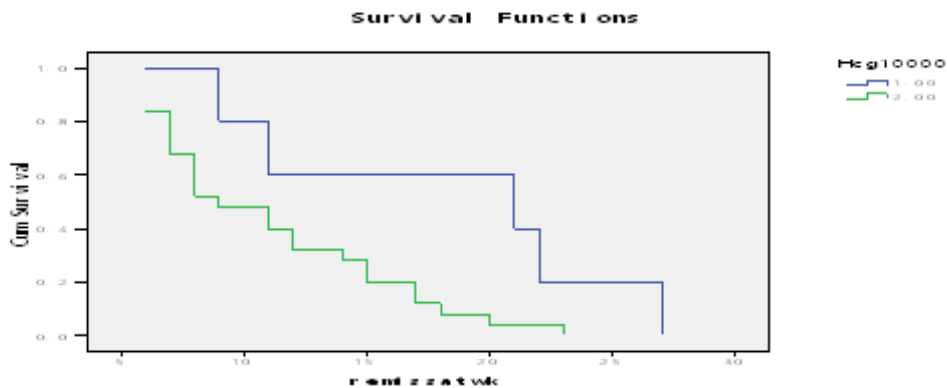
กราฟที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกตัวเดียว กับอัตราการ  
หายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ



ไม่ว่าในช่วงเวลาใด กลุ่มที่มีค่า HCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml จะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในช่วงเวลาต่อไปเท่ากับ 3.04 เท่าของกลุ่มที่มีค่า

HCG ตั้งแต่ 1,000 mIU/ml ขึ้นไปเสมอ [Hazard ratio 3.04 (95% CI, 1.003-9.198) p=0.03] แสดงในกราฟที่ 3

กราฟที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่า HCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml กับอัตราการ  
หายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำ



สรุป ผลการรักษาโรคมะเร็งเนื้อรกของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วยทั้งหมดมีอัตราการหายทุกราย (ร้อยละ 100) โดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการหายจากโรค คือ กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกจำนวนไม่เกิน 5 รอบ ( $p < 0.01$ ) กลุ่มที่ได้ยาเคมีบำบัดตัวแรกตัวเดียว ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มที่มีค่า HCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml ( $p=0.03$ )

นอกจากนี้ยังพบว่า การหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีกับผลทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma, invasive mole) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุดังกล่าวมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเนื้อรกจากผลทางพยาธิวิทยาเป็น 16 เท่าของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ( $p=0.01$ )

## อภิปรายผล

จากผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำด้วยยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบว่า ได้ผลการรักษาที่ดีมาก ถึงแม้ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดแรกจะมีผู้ป่วยจำนวน 5 รายจาก 30 ราย (ร้อยละ 16.67) ที่ไม่ตอบสนอง แต่เมื่อเปลี่ยนมาให้ยาเคมีบำบัดตัวที่สอง ผู้ป่วยทั้งหมดตอบสนองต่อการรักษา พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำคือร้อยละ 100 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mamour และคณะ<sup>1</sup> เรื่องผลการรักษาของโรคมะเร็งเนื้อรกในประเทศรายได้น้อย ในช่วงปี ค.ศ. 2006-2015 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม low risk ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็น single agent chemotherapy อัตราการตายจากโรคมะเร็งเนื้อรกเป็นร้อยละ 94.3 มีการศึกษาของ Marut และคณะ<sup>2</sup> ถึงโรคของเนื้อรกที่โรงพยาบาลราชวิถีในช่วงเวลา 10 ปี (ค.ศ. 2001-2010) พบว่า ในกลุ่ม low risk ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรแรกซึ่งมีความหลากหลายของสูตรยาเคมีบำบัด มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 84.5 การตอบสนองต่อยาสูตรที่สองเป็นอัตราร้อยละ 100 คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่สองมีการตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 100 และพบว่าการมี WHO prognostic scoring system มากกว่า 5 เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษา มะเร็งเนื้อรกล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี คะแนนที่ 2 คะแนน ทำให้การรักษา มะเร็งเนื้อรกได้ผลดี

การศึกษาของ Turkmen และคณะ<sup>3</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา มะเร็งเนื้อรกกลุ่ม low risk พบว่า การมี B-hCG มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 IU/L เป็นปัจจัยที่ลดการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยที่มีค่า B-hCG น้อยกว่า 1,000 mIU/ml มีอัตราการตายของโรคดีกว่า และการศึกษาของ Anna และคณะ<sup>4</sup> เรื่องผลการรักษา มะเร็งเนื้อรกในช่วงปี ค.ศ. 1962-1978 เทียบกับช่วง ค.ศ. 1979-2006 พบว่า การตอบสนองต่อการรักษา ในกลุ่มที่ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่นนอกเหนือจากมดลูก ในช่วงหลังเป็นเพิ่มเป็นอัตราร้อยละ 97.8 และพบว่าปัจจัยบางอย่าง เช่น การล้มเหลวต่อยาเคมีบำบัดตัวแรก ระยะ

เวลาการดำเนินโรคที่มากกว่า 4 เดือน และการมีมะเร็งแพร่กระจายรวมถึงการแพร่กระจายที่ตำแหน่งนอกเหนือจากที่ปอดหรือช่องคลอดทำให้การรักษา มะเร็งเนื้อรกล้มเหลว สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า การตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดตัวแรกมีอัตราการตายของโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดตัวแรก จากการศึกษาของ Alaa และคณะ<sup>6</sup> เรื่องผลการรักษา มะเร็งเนื้อรกในช่วงปี ค.ศ. 1999-2008 พบว่า การตอบสนองต่อการรักษาในกลุ่ม low risk เป็นอัตราร้อยละ 86.5 แต่การศึกษานี้พบว่าผลการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 100 และการศึกษาของ Alaa และคณะ<sup>6</sup> พบว่า ผลทางพยาธิวิทยาเป็น choriocarcinoma, Stage III-IV, กลุ่ม high risk, การมีมะเร็งแพร่กระจายหรือการได้ยาเคมีบำบัดชนิดเดียว เป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษา มะเร็งเนื้อรกล้มเหลว

จากการศึกษาของ H.AI-Husaini และคณะ<sup>7</sup> เรื่องผลการรักษา มะเร็งเนื้อรก ในช่วงปี ค.ศ. 1979-2010 พบว่า ในกลุ่ม low risk ที่ได้รับยาสูตรแรกคือ methotrexate มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 53 ส่วนยาสูตรแรกคือ actinomycin D มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 87 และพบว่า stage III-IV, กลุ่ม high risk และการมีมะเร็งแพร่กระจายนอกเหนือจากที่ปอดหรือช่องคลอดเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษา มะเร็งเนื้อรกล้มเหลว คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Prapaporn และคณะ<sup>8</sup> เรื่องผลการรักษา มะเร็งเนื้อรกกลุ่มไม่มีการแพร่กระจายที่โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคเหนือ ประเทศไทยช่วงปี ค.ศ. 1999-2013 พบว่า ร้อยละ 95 ได้รับยาสูตร methotrexate และผลการตอบสนอง เป็นอัตราร้อยละ 73.8 และมีการศึกษาของ Lisaane และคณะ<sup>9</sup> เรื่องผลการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งเนื้อรกกลุ่ม low risk ช่วงปี ค.ศ. 2012-2015 พบว่า ในกลุ่มที่ให้ยาสูตรแรกคือ actinomycin D มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตรา ร้อยละ 85.3 ในขณะที่เมื่อให้ยาสูตรแรกคือ methotrexate มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 25 แต่การวิจัยนี้ในกลุ่มที่ให้ยาสูตรแรกคือ actinomycin D มีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอัตราร้อยละ 46.67 ในขณะที่เมื่อให้ยาสูตรแรกคือ methotrexate มีการตอบสนองต่อการ



รักษาเป็นอัตราร้อยละ 36.66 มีการศึกษาของ Hussain และคณะ<sup>10</sup> เรื่องประสบการณ์การรักษามะเร็งเนื้อรกในประเทศอินเดีย ในช่วงปี 2008-2014 พบว่าในกลุ่ม low risk ที่ได้ยา methotrexate ร่วมกับ actinomycin D ได้ผลการตอบสนองร้อยละ 100 สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่ผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกมีการตอบสนองต่อการรักษาร้อยละ 100 แต่การศึกษาเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาไม่นาน จำนวนไม่มาก เนื่องจากข้อจำกัดจากข้อมูลทางเวชระเบียนและเป็นการศึกษาย้อนหลัง ควรมีการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำนี้ทุกรายที่เข้ามารับการรักษาและติดตามเป็นระยะเวลานานขึ้น เพื่อทราบข้อมูลด้านต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำทั้งหมดที่มารับการรักษา อัตราการรอดชีวิตที่ 3 ปี (three-year survival rate) และ 5 ปี (five-year survival rate) ของผู้ป่วยมะเร็งเนื้อรกกลุ่มความเสี่ยงต่ำรวมทั้งอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ 3 ปี (three-year remission rate) และ 5 ปี (five-year remission rate) ด้วย

นอกจากนี้แล้ว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีอัตราความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งเนื้อรกจากผลทางพยาธิวิทยา ซึ่งสามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคของเนื้อรก (gestational trophoblastic disease) ในสตรีกลุ่มนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Gueye M, Ndiaye-Gueye MD, Kane-Gueye SM, Gassama O, Diallo M, Moreau JC. Diagnosis, Treatment and Outcome of Gestational Trophoblastic Neoplasia in a Low Resource Income Country. *Int J MCH AIDS*. 2016;5(2): 112-8.
2. Yanaranop M, Potikul C, Tuipae S. A 10-Year Clinical Experience of Gestational Trophoblastic Disease at Rajavithi Hospital, 2001-2010. *J Med Assoc Thai*. 2016 Feb;99 Suppl 2:S17-27.
3. Turkmen O, Basaran D, Karalok A, Kimyon GC, Tasci T, Ureyen I, et al. Factors related to treatment outcomes in low-risk gestational neoplasia. *Tumori*. 2017 Mar 24;103(2):177-81.
4. Hoekstra AV, Lurain JR, Rademaker AW, Schink JC. Gestational trophoblastic neoplasia: treatment outcomes. *Obstet Gynecol*. 2008 Aug;112(2 Pt 1):251-8.
5. Wairachpanich V, Limpongsanurak S, Lertkhachonsuk R. Epidemiology of Hydatidiform Moles in a Tertiary Hospital in Thailand over Two Decades: Impact of the National Health Policy. *APJCP*. 2015;16(18): 8321-5.
6. Maria A., Shebiney ME, Sadaka E, Ramadan M. Treatment Outcome of Gestational Trophoblastic Neoplasia. *J Am Sci*. 2012; 8(11):261-7.
7. Al-Husaini H, Soudy H, Darwish A, Ahmed M, Eltigani A, Edesa W, et al. Gestational trophoblastic neoplasia: treatment outcomes from a single institutional experience. *Clin Transl Oncol Off Publ Fed Span Oncol Soc Natl Cancer Inst Mex*. 2015 May;17(5):409-15.
8. Suprasert P, Siriaree S, Manopunya M. Outcomes of Metastatic Gestational Trophoblastic Neoplasia: Fourteen Year Experience from a Northern Thailand Tertiary Care Center. *Asian Pac J Cancer Prev [Internet]*. 2016 [cited 2017 Jul 2];17. Available from: <http://www.readcube.com/articles/10.7314/APJCP.2016.17.3.1357>



9. Verhoef L, Baartz D, Morrison S, Sanday K, Garrett AJ. Outcomes of women diagnosed and treated for low-risk gestational trophoblastic neoplasia at the Queensland Trophoblast Centre (QTC). *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017 Aug;57(4):458-463.
10. Hussain A, Aziz SA, Bhatt GM, Lone AR, Hussain HI, Wani B, et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia: Experience from a Tertiary Care Center of India. *J Obstet Gynaecol India*. 2016 Dec;66(6):404-8.
11. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfer F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2015 Oct;131 Suppl 2:S123-126.
12. Berek JS, Hacker NF. *Berek&hacker's GYNECOLOGIC ONCOLOGY*. 6<sup>th</sup> ed. Vol. 2015. China; 2015.
13. ชีระพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, ประภาพร สู่ประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา, และคณะ. *นรีเวชวิทยา ฉบับสอบบอร์ด*. 4th ed. Vol. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2559.



## บทความวิจัย

# ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน Factors Predicting Caring Behaviors of Caregivers for Chronic Schizophrenic Patients at Home

ลำเจียก กำธร<sup>1</sup>, โสภิต สุวรรณเวลา<sup>2</sup> และเนาวรัตน์ สิงห์สนัน<sup>3</sup>  
Lamchiek Khumtorn<sup>1</sup>, Sopit Suwanvela<sup>2</sup> and Naowarat Singsanun<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

**วิธีดำเนินการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่ง จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

**ผลวิจัย** พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการดูแลด้านจิตสังคม ( $M=3.22, SD=.26$ ) รองลงมา คือ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย ( $M=3.22, SD=.26$ ) และกลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ( $M=2.85, SD=.56$ ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศและอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25

**สรุป** การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้ความสำคัญดูแลทั้งร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณล้วนเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการดูแลที่เป็นความเฉพาะของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญในการดูแลบุคคลในครอบครัว ด้วยความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรและมีจิตสำนึกในการดูแล ไม่ใช่เพียงแค่การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเท่านั้น

**คำสำคัญ** : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, พฤติกรรมการดูแล

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

## ABSTRACT

**Objectives :** The purpose of this study was to examine the caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenia patients at home, and the factors predicting the caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenia patients at home.

**Methods :** The study used a correlational predictive research design. The sample consisted of 180 caregivers of chronic schizophrenia patients selected by a simple random sampling technique at the Psychiatric Outpatient Department, Trang Hospital. The instruments included a questionnaire of personal data and a questionnaire of caregivers caring behaviors. Data collection was conducted in July 2017. Data was analysed by descriptive statistics and multiple regression analysis.

**Results :** The overall mean score of caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenic patients was at a high level. The aspect of the psychosocial care was at the highest ( $\bar{X}$  = 3.22, SD= .26) and the physical care accounted for the second ( $\bar{X}$  =3.22, SD=.26), whereas the spiritual care was at the lowest ( $\bar{X}$  =2.85, SD = .56). Multiple regression analysis revealed that the sex and age could predict the caring behaviors of caregivers at 25 %.

**Conclusion :** Caregivers taking care of schizophrenia patient's in health care providers, may also concern on chronic schizophrenia patients at home based on holism care in Thai culture. Good caregivers must have not only to know the illness and caring well but also to provide love and concern to the patients.

**Keywords :** Caregivers, Chronic Schizophrenia Patients, Caring Behaviors

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตรายงานในปี พ.ศ.2556 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด<sup>1</sup>

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญเพราะนอกจากจะมีอัตราการเกิดโรคสูงแล้วยังมีลักษณะเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และมีอาการกำเริบของโรคสูง<sup>2</sup> โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ไม่ตรงความเป็นจริง อารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม และบกพร่องในการดูแลตัวเอง<sup>3</sup>จาก

ความผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทั้งในด้านครอบครัว ด้านการทำงาน และด้านการทำหน้าที่ในสังคม<sup>4</sup> อีกทั้งผู้ป่วยต้องทรมานในภาวะไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ สภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีอาการกำเริบของโรค การเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก<sup>5</sup>

จากความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมียาหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลานานอย่างต่อเนื่องยาวนาน และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องเข้ารับ



การรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยครั้ง<sup>6</sup> เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่มักกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ทำให้สูญเสียงบประมาณและเป็นภาระในการดูแลรักษาทั้งกับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลและรัฐบาลซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้าน มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ยิ่งจะทำให้ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระรวมทั้งอาการและอาการแสดงที่ยังคงเหลืออยู่และความบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่องกระตุ้นให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลมีความตึงเครียด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วย<sup>7</sup>

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 494 คน ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม<sup>8</sup> ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ดีมากขึ้นและไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และพบว่าตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามในพื้นที่จังหวัดตรังยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน จะเป็น

ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตและอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณค่าและความสุขตามอัตภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน และเพื่อปัจจัยทำนายพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน

### ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรัง ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมในการดูแล

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนาย (correlational predictive research)

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช (schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ป่วยมารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตรังจำนวน 494 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้นำผู้ป่วยเข้ามารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลต่ง มีจำนวน 214 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan<sup>9</sup> เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีจำนวน 49 ข้อ จำแนกพฤติกรรมการดูแลเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย จำนวน 22 ข้อ การดูแลด้านจิตสังคม จำนวน 24 ข้อ การดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าคะแนนดังนี้

- 4 คะแนน ปฏิบัติทุกวัน
- 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 คะแนน ปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ท่าน

2. หลังจากได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ 0.5

**วิธีดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่งแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายและเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

3. ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาคความลับและบอกให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเองและผู้อื่น

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาคนละประมาณ 30-40 นาที ระยะเวลาดำเนินการเดือนกรกฎาคม 2559 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 214 ชุด จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จริยธรรมการศึกษา งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลต่ง ได้หมายเลขรับรอง 6/2559 ลงวันที่ 7 เมษายน 2559 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองภายหลังการชี้แจง ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งผู้มีส่วนร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยและ



ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งได้ตั้งชี้แจงถึงวิธีและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตั้งกลางเบื้องต้น (assumption) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

1.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

1.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ต้องมีความเป็นเอกภาพ (homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง  $\pm 3$

1.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่าง .30 - .68 จากเกณฑ์ไม่เกิน .85 (Singchungchai, 2006)

1.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson จากเกณฑ์ 1.5 - 2.5

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ โดยหาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา เพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ซึ่งมีปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยทั่วไปประกอบด้วย

2.1.1 เพศ และอายุ นำมาคำนวณหาร้อยละ และค่าเฉลี่ย (M) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต นำมาหาค่าร้อยละ และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ นำมาหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.1.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ นำมาหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Stepwise

## ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 180 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 42.2 อายุน้อยที่สุดคือ 16 ปี และอายุมากที่สุดคือ 68 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น สามี หรือภรรยา หรือพ่อแม่ ร้อยละ 63.3 รองลงมาไม่ใช่สามีหรือภรรยา หรือไม่ใช่พ่อแม่ ร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 33.9 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือ ปริญญาโท ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มากที่สุดคือ 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 6,000-6,999 บาท ร้อยละ 36.1 และน้อยที่สุดคือ รายได้ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ทำการเกษตร ร้อยละ 25.0 รองลงมาคือ ค่าขายและพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 19.4 และน้อยที่สุดคือ ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้าน ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 67.2 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ

ร้อยละ 0.6 ตามลำดับระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดคือมากกว่า 3-5 ปี ร้อยละ 27.8 รองลงมาคือ มากกว่า 1-3 ปี ร้อยละ 27.8 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่า 1 ปีร้อยละ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตว่า สามารถหาย/สามารถดูแลเองได้ร้อยละ 95.0 และมีความเชื่อว่า ไม่สามารถหาย/ไม่สามารถดูแลตนเองได้ร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ นอกจากครอบครัว ร้อยละ 78.3 และมีการรับรู้แหล่งช่วยเหลือมีแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ร้อยละ 21.7

2) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 180 คน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลโดยรวม ด้านจิตสังคม มากที่สุด ( $M = 3.68, SD = .19$ ) รองลงมาคือ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย ( $M = 3.22, SD = .26$ ) และน้อยที่สุดคือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ( $M = 2.85, SD = .56$ ) ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจำแนกตามพฤติกรรมรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลโดยรวมด้านจิตสังคมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ข้อที่ 31) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน ( $M = 3.87, SD = .36$ ) รองลงมาคือ ข้อที่ 32) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ( $M = 3.85, SD = .35$ ) และข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 46) เปิดโอกาสในการสร้างงาน สร้างอาชีพตาม

ศักยภาพของผู้ป่วย ( $M = 3.46, SD = .64$ ) รองลงมาคือ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ข้อที่ 3) ดูแลให้ผู้ป่วยกินอาหาร เช่นเดียวกับคนในบ้าน ( $M = 3.73, SD = .48$ ) รองลงมาคือข้อที่ 6) ดูแลการกินอาหารให้ครบทุกมื้อ ( $M = 3.69, SD = .47$ ) และข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 22) ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ ( $M = 2.84, SD = .72$ ) และน้อยที่สุดคือการดูแลด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดคือ ข้อที่ 48) ดูแลให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ( $M = 2.87, SD = .67$ ) รองลงมาคือข้อที่ 47) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และข้อที่ 49) กระตุ้นและร่วมให้ปฏิบัติศาสนากิจกับผู้ป่วย ( $M = 2.86, SD = .68$ ) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน



**ตาราง 1** วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน(n=180)

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	F	P-value
เพศ	0.16	0.35	0.35	0.11	0.12	24.83	.000
อายุ	-0.04	-0.17	0.17	0.26	0.32	5.80	.01
ระดับการศึกษา	.01	.74	.07	.00	.00	.98	.32
รายได้	.02	.11	.11	.00	.01	2.5	.11
อาชีพ	.00	.00	.00	-.00	.00	.00	.98
สถานภาพ	-.01	-.07	.07	.00	.00	1.10	.29
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.01	-.04	.04	-.00	.00	.29	.59
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	.01	.08	.08	.00	.00	1.31	.25
ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	-.10	-.11	.11	.00	.01	2.22	.13
การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ	.00	.01	.01	-.00	.00	.03	.85

### อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน สามารถนำผลการศึกษามาอภิปราย ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาพบว่า โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับมากอธิบายได้ว่าลักษณะครอบครัวของคนในจังหวัดตรง ส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวครอบครัวใหญ่ที่อยู่รวมกันหลายคน มีพ่อแม่ ลูก หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติอื่นๆ รวมอยู่ด้วย ซึ่งเป็นระบบเครือญาติ เกิดความผูกพันห่วงใยดูแลทุกข์สุขกัน เป็นสายสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นที่ต้องอุปการะเกื้อกูลกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับมากอาจมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะในสังคมชนบท ที่ยังให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป โดยพยายามพัฒนาทักษะ

ความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธภาพที่ดี<sup>11</sup> และจากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี หรือภรรยา หรือพ่อ แม่ ร้อยละ 63.3 จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสมาชิกภายในครอบครัวเป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลนั้นจะดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ

พฤติกรรมการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลพฤติกรรมด้านจิตสังคม พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน รองลงมา คือ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและน้อยที่สุด คือ เปิดโอกาสในการสร้างงาน สร้างอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวอาจมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ยังให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ โดยเฉพาะในชนบทของประเทศไทย ที่ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหาแม้กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกเครียดหรือรู้สึกคุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป

โดยพยายามพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธภาพที่ดี<sup>8</sup> และยังพบว่าความเข้มแข็งทางจิตสังคมมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นความเข้มแข็งทางใจที่จะช่วยขับเคลื่อนให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ สามารถต่อสู้ด้วยหัวใจที่เข้มแข็งเพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเผชิญหน้าและเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดีมีความสามารถในการพัฒนาวิถีลดความตึงเครียด<sup>11</sup> ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่า การให้ความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้น อาจมีสาเหตุจากความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีสาเหตุจากความไม่สบายใจอย่างมาก จึงให้การดูแลผู้ป่วยในด้านที่ตนเองมีความเชื่อ สอดคล้องกับแนวคิดหลักทฤษฎีการรู้การเข้าใจ (Cognitive Theories) ที่ว่า ตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อความมุ่งหวังและความคาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตเช่นเดียวกับ กาแลนติ อังอิงในบุญวาทิ เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ที่อธิบายว่า การเข้าใจกับพฤติกรรมใดๆที่สำคัญต้องให้ความสำคัญกับความสนใจความเชื่อมั่นและมุมมองต่อเรื่องนั้นๆ ของบุคคลเสมอ

พฤติกรรมการดูแลรองลงมา คือ การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลางพบว่า กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ การดูแลให้ผู้ป่วยกินอาหารเช่นเดียวกับคนในบ้าน รองลงมาคือ การดูแลให้กินอาหารให้ครบทุกมื้อ และน้อยที่สุด คือ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับ

ประทานอาหารเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากการสัมพันธภาพจากกลุ่มตัวอย่าง การสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมักจะสังเกตได้จากพฤติกรรมารับประทานอาหารที่สามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการรับประทานอาหารร่วมกันกับสมาชิกในบ้านจะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการพูดคุย และใช้เวลาร่วมกับครอบครัวโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกหรือแตกต่างไปจากคนทั่วไป และยังมีส่วนสัมพันธ์กับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรดา จันดีกระยอม<sup>12</sup> ที่ศึกษาเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 82 คน พบว่าภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นสาเหตุ สำคัญอย่างหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ซึ่งพบภาวะนี้ได้ มากกว่าถึงร้อยละ 50 สาเหตุของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากหลายๆ ปัจจัย เช่น การมีวิถีชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายจากธรรมชาติของ การเจ็บป่วยทางจิตในบางช่วงเวลา การไม่ระมัดระวัง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและแนวโน้มใหม่ที่เกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาอาการทางจิต ในด้านที่น้อยที่สุดคือ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ อธิบายได้ว่า ปัญหาการขับถ่ายถือเป็นเรื่องส่วนตัวของคนทั่วไปรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยบางรายสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือให้ความสำคัญในการดูแล หรือสังเกตพฤติกรรมการขับถ่าย และประกอบกับขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาทางจิตเวชซึ่งมีผลข้างเคียงของยาต่อการขับถ่าย ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัย



ขอบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษา เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) โดยผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่า บุคคลทั่วไปมักไม่รู้ตัว ผู้ป่วยจิตเวชมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ รวมทั้งปัญหาการขับถ่ายเป็นเรื่องที่สังเกตยาก คนส่วนใหญ่จึงมักถือเป็นเรื่องส่วนตัว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของยาต้านโรคจิต (Anti-Psychotic Drug) ส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายได้ จึงทำให้ละเลยการดูแลหรือให้การดูแลในด้านการขับถ่ายน้อยกว่าเรื่องอื่นๆ

ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การดูแลในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับน้อย พบว่า กิจกรรมที่ดูแลมากที่สุด คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และน้อยที่สุดคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และกระตุ้นและร่วมให้ปฏิบัติศาสนากิจกับผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ในสังคมไทยปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์มีความก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับในสังคมมากขึ้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย การรักษาและบำบัดทางการแพทย์มากกว่าที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ หรือกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติศาสนากิจ ทั้งนี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดในด้านเวลา การประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่างที่จะส่งเสริมในด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า

เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) โดยผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความหวังในการบำบัดรักษาทางการแพทย์รวมทั้งประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่นำผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษาทุกครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ทุกครั้ง ทำให้มีความหวังกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่ไม่เห็นผลการรักษาที่เป็นรูปธรรม ซึ่งการเสาะแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือที่พึ่งทางจิตวิญญาณของบุคคล มักกระทำเมื่อบุคคลหมดหนทางแก้ปัญหา รวมทั้งประสบการณ์การรับการรักษาและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยน้อยลงได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจากผลการวิเคราะห์พหุคูณแบบถดถอย (Multiple Regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างได้ ได้แก่ อายุและเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีมากที่สุดถึงร้อยละ 42.2 เห็นได้ว่าในช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับภาระมากและต้องใช้พลังสุขภาพจิตอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่ออูภูมิกะตาด้านอารมณ์ที่สูงสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ดวงโยธา<sup>11</sup> ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาและพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของความหยุนตัว เพื่อสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และ เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่

ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของความหุนตัวจำนวน 500 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหุนตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวในการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีและสอดคล้องกับงานวิจัยของเทียนทอง ทาระบุตรี<sup>13</sup> ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุระยะเวลาในการดูแลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างระดับความเครียดการเห็นคุณค่าในตนเองความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตรวม 4 ภาคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 และ 50-59 ปี ที่มีถึงร้อยละ 29.8 และ 28.6 เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเห็นได้ว่าอายุช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับภาระมากและต้องใช้พลังสุขภาพจิตระดับสูงในการดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้อายุที่มากขึ้นของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อคุณภาพทางอารมณ์ที่สูง

ส่วนปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย อธิบายได้ว่า ผู้ที่รับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมักมีบทบาทเป็นแม่ของผู้ป่วยด้วย อาจเนื่องจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยที่ผู้หญิงมีบทบาทในครอบครัว โดยเป็นแม่บ้านเป็นผู้ดูแลบุตรและสมาชิกในบ้านตามที่นาถฤดี เคนดวง<sup>14</sup> กล่าวว่า บทบาทและความเป็นหญิงเป็นชายในแต่ละสังคมจะถูกหล่อหลอมออกมาตามลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม ครอบครัว และยังเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับอายุชนชั้น เชื้อชาติเผ่าพันธุ์ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม สภาพภูมิศาสตร์ของสังคมนั้นๆ อีกด้วย บทบาทและความเป็น

หญิงเป็นชายทางสังคมจึงไม่หยุดนิ่ง และเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัยกาลเวลา ทำให้ในบางสังคมแนวความคิดเกี่ยวกับความเป็นหญิงเป็นชายเปลี่ยนแปลงได้ยากหรือเปลี่ยนแปลงได้น้อยทำให้ไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือแม้แต่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย บทบาทและความคาดหวังบางอย่างก็ยังคงแน่นและไม่เปลี่ยนแปลง หรือแม้ก็นำไปผูกโยงยึดติดกับบทบาทเพศทางร่างกาย จนหลงลืมกันไปว่าบทบาทความเป็นหญิงชายเหล่านี้ถูกกำหนดโดยสังคม ในสังคมชายเป็นใหญ่เช่นสังคมของเรา ตามประเพณีแล้วชายมีอำนาจเหนือหญิง ซึ่งรวมถึงภายในครอบครัวด้วย ตามประเพณี ผู้เป็นสามีจะเป็นผู้หาเลี้ยงและเป็นผู้มีอำนาจสิทธิ์ขาดในบ้าน และฝ่ายผู้เป็นภรรยาที่มักรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลครอบครัว รับผิดชอบดูแลอารมณ์ความรู้สึกของคนในครอบครัว เป็นผู้ประสานให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันและทำบทบาทได้อย่างราบรื่น

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเหล่านี้สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลได้น้อย อธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาด้วยเช่น ความเหนื่อยล้า และความเบื่อหน่าย เป็นต้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างชัดเจน ( $p < .05$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆมากมาย เป็นเรื่องนามธรรมยากต่อการเข้าใจหรืออธิบายได้ชัดเจน มีความเป็นเฉพาะรายสูง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานการหายจากการเจ็บป่วยก็ไม่สมบูรณ์มักทิ้งร่องรอยของความเจ็บป่วยไว้ มีสติการกลับเป็นซ้ำสูง และที่สำคัญอาการเจ็บป่วยทางจิตมักทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคุกคาม ถูกข่มขู่ และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำ ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยเสียขวัญบ่อยครั้งเป็นที่อับอายต่อ



สาธารณสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งต้องกักขังปิด ผู้ป่วยไว้ในบ้าน หรือขาดอิสรภาพในการดำรงชีวิตเนื่องจาก ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องมีความรัก มีความอดทนอดกลั้น มีความรับผิดชอบและมีจิตสำนึกในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก น่าจะทำให้ตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเช่นนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ชัดเจนต่างจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ด้านจิตวิญญาณน้อยที่สุด ดังนั้นควรนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และในรายวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้มีการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยกับกลุ่มที่ไม่สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาติดตามผลที่โรงพยาบาลเช่น ศึกษาเชิงคุณภาพจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่บ้านของผู้ดูแลโดยตรง

2) ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา แต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามที่ตนมีความรู้

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้ป่วยจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- มานิช หล่อตระกูล. โรควิตกกังวล(Schizophrenia). สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2559, จาก <http://med.mahidol.ac.th>
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยะพันธ์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
- นงลักษณ์ วรวิทย์ธนาพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
- เกษศิริพันธ์ ภูเพชร อรวรรณ หนูแก้ว และศรีสุดาวนาลีสิน. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า : การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขเครือข่ายภาคใต้ 2559; 5(1): 15-34.
- ยาใจ สิทธิมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีความร่วมมือในการทานยาตามแผนการรักษา. นครปฐม: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิตมหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
- United Nations Population Fund. The Impact of Demographic Changes in Thailand: the Situation and Policy Recommendations. Bangkok: United Nations Population Fund; 2010.
- โรงพยาบาลตรัง. สถิติผู้ป่วยจิตเวช แผนกจิตเวช. ตรัง: ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง; 2559.
- รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์; 2551.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ. ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2554 : 19(3): 181-190
- ต้นติมา ด้วงโยธา. การศึกษาและพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2553.



12. สุรดา จันดีกระยอม. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2559 : 9(1): 716 -726.
13. เทียนทอง หาระบุตร. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.
14. นาถฤดี เด่นดวง. เพศ (SEX) ความเป็นหญิงความเป็นชาย (GENDER) การขัดเกลาทางสังคม (SOCIALIZATION) และความเสมอภาคหญิงชาย (GANDER EQUALITY). สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.owf.go.th/wofa>



## บทความวิจัย

### ปัจจัยที่สัมพันธ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มาคลอด

#### โรงพยาบาลมหาสารคาม

#### Associated Factors and Pregnancy Outcomes in Pregnant women with Diabetes mellitus who delivered at Mahasarakham Hospital

ศิริพร พรแสน<sup>1</sup>, พร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim<sup>2</sup> และชลธิลา ราขบุรี<sup>3</sup>

Siriporn Pornsan<sup>1</sup>, Promjit Hornboonherm<sup>2</sup> and Chontila Raburee<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ในการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มาคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2557 - 2559 จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและระบบบันทึกของโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการทดสอบไคสแควร์

**ผลการศึกษา** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี อายุระหว่าง 20-35 ปี สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เป็นครรภ์หลัง ฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ร้อยละ 46.9 ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 32.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักมาก ร้อยละ 13.6 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.5 ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 60.5 ชนิดของโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $\chi^2=7.740$ ,  $p=.005$ ) และ ( $\chi^2=8.023$ ,  $p=.005$ ) ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $\chi^2=4.811$ ,  $p=.028$ )

**คำสำคัญ** : ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, สตรีตั้งครรภ์, โรคเบาหวาน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

<sup>2,3</sup>อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

## ABSTRACT

**Objective :** To investigate factors related and pregnancy outcomes in pregnant women with diabetes mellitus who delivered at Mahasarakham hospital.

**Method :** This study was a retrospective research which used purposive sampling of 88 pregnant women with diabetes mellitus who delivered at Mahasarakham hospital between the year 2014 and 2016. Data were collected from documents and hospital database by using the record form. Descriptive statistics and Chi-square test were applied to analyze data.

**Result :** Majority of samples aged between 20-35 years, were married and farmers. Most samples were gestational diabetes mellitus and multigravida. Delayed first and unmet visited criteria were found 46.9 and 32.4 percent, respectively. Cesarean section were found 60.5 percent, 13.6 percent were newborn with large for gestational age, and 10.5 percent were preterm birth. The results of Chi-square test found that birth weight and gestational age at delivery were significantly associated with type of diabetes mellitus at .01 ( $\chi^2=7.740$ ,  $p=.005$ ) and ( $\chi^2=8.023$ ,  $p=.005$ ), respectively. Quality of antenatal visit was significantly associated with type of diabetes mellitus at .05 ( $\chi^2=4.811$ ,  $p=.028$ ).

**Keywords :** pregnancy outcomes, pregnant woman, diabetes mellitus.

### ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่มีความสำคัญและ ถือเป็นภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์การประเมินภาวะเสี่ยงขององค์การอนามัยโลกเพื่อการฝากครรภ์แนวใหม่<sup>1</sup> และเป็นเกณฑ์การประเมินเสี่ยงสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องทำและบันทึกตามแบบฟอร์มในสมุดสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ หรือ Overt Diabetes Mellitus (Overt DM) และโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ หรือ Gestational Diabetes Mellitus (GDM)

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มักพบในสตรีที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม<sup>2</sup> หรือมีภาวะอ้วน<sup>3</sup> บางรายงานวิจัยมีความเสี่ยงเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม<sup>2</sup> และมีภาวะอื่น คือระดับของความดันโลหิตสูงหรือภาวะก่อนจะมีความดันโลหิตสูง รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงของเมตาบอลิซึมของหัวใจ<sup>4</sup> การศึกษาของซไนเดอร์ และคณะ<sup>5</sup> พบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรค

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ สตรีอายุมาก ไม่เคยคลอด และตั้งครรภ์หลายครั้ง ส่วนกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ก็พบได้ในปัจจุบัน

โรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องไปถึงระยะหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมาก่อนชนิดที่ 1 คือความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า เบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy) ในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง<sup>6</sup> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อทารก เช่น large-for-gestational age infants, neonatal hyperinsulinism, neonatal hypoglycaemia caudal regression syndrome เสียชีวิตในครรภ์<sup>7</sup> และต่อมารดา คือ preeclampsia<sup>8</sup> ติดเชื้อในระบบต่างๆ การคลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การบาดเจ็บจากการคลอด และการตกเลือดหลังคลอด<sup>7</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>9</sup> ระยะหลังคลอด หลังคลอดทารกอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (neonatal hypoglycemia)



ภาวะเลือดข้นและหนีตเกินไป (polycythemia and hyperviscosity) ตัวเหลืองหลังคลอด (hyperbilirubi-nemia) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) <sup>7</sup>

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น สำหรับแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากสถิติ ปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 พบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย เท่ากับ 55, 46 และ 55 ราย ตามลำดับ สำหรับสถิติห้องคลอด ปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยที่มากตลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวน 100, 102 และ 113 ตามลำดับ<sup>10,11,12</sup> ในจำนวนนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลอื่นๆ

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามชนิดที่เป็น ในสตรีที่ป็นก่อนตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการเตรียมก่อนที่จะตั้งครรภ์โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยที่จะตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่ตรวจพบครั้งแรกจะตั้งครรภ์ ควรคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ นอกจากจะต้องฝากครรภ์ทันทีและฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ยังต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ทั้งตนเองและ/หรือทารกในครรภ์ และรีบมาฝากครรภ์ก่อนนัดหากพบอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติ เพื่อป้องกัน/ลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการวิจัยย้อนหลังเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ฝากครรภ์และมาคลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ใน

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มากตลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มากตลอด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ย้อนหลัง 3 ปี คือระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 เดือน คือระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560-เมษายน 2561

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective research) ศึกษาจากเอกสารและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่มากตลอด ณ โรงพยาบาลมหาสารคามและเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2557 - 2559 จำนวน 88 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ส่วนที่ 3 ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และส่วนที่ 4 ประวัติการคลอดระยะหลังคลอด คณะผู้วิจัยได้ทดลอง ใช้โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากระบบบันทึกของโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายภายในองค์กร (intranet) จากนั้นนำผลการทดลองเข้ามาพิจารณาร่วมกัน และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

เพื่อการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MKH-CE-60-01-028

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20 – 35 ปี (ร้อยละ 67.0) อายุเฉลี่ย 31.97 ปี สถานภาพคู่ (ร้อยละ 89.8) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 30.7)

กลุ่มตัวอย่าง มีประวัติเคยแท้ง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.0 ส่วนใหญ่เคยคลอดบุตร 1 ครั้ง ร้อยละ 49.3 มีประวัติคลอด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละใกล้เคียงกับไม่เคยคลอด ไม่มีประวัติคลอดน้ำหนักเกิน 4000 กรัม ประวัติตายคลอด และประวัติการคลอดติดไหล่ ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 43.2) พบการตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ขึ้นไปร้อยละ 13.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 81.8) เป็นชนิด GDM A1 มากกว่า GDM A2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 53.1) การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ > 16 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละ 24.7 ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 32.4 น้ำหนักเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 40.5-105 กิโลกรัม น้ำหนักมากกว่า 70 กิโลกรัม พบร้อยละ 41.2 น้ำหนักเฉลี่ย 67.52 กิโลกรัม ส่วนใหญ่ BMI 30 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป ร้อยละ 39.8 ความดันโลหิตเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ร้อยละ 3.4

มีมาโตคริตจากการตรวจครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 น้อยกว่า 33 % พบร้อยละ 5.7 และ 9.6 ตามลำดับ มีการรักษาด้วยอินสุลิน ร้อยละ 55.2 (n=29) พบการติดเชื้อซิฟิลิส 1 ราย ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี พบประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานร้อยละ 53.1 (n=64)

ประวัติการคลอดและระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 31.6-41 สัปดาห์ ร้อยละ 6.8 คลอดก่อนกำหนดคิดเป็น ร้อยละ 10.5 ทารกที่มีน้ำหนักน้อย 2,500 กรัมคิดเป็นร้อยละ 6.6 และคลอดทารกน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 14.8 น้ำหนักเฉลี่ย 3,273.13 กรัม APGAR Score นาทีที่ 1, 5 และ 10 ที่คะแนนน้อยกว่าและเท่ากับ 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 4.6, 3.4 และ 3.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 60.5) คลอดทารกแฝด 1 ราย น้ำหนักสตรีขณะมาคลอดเฉลี่ย 74.9 กิโลกรัม ค่าระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงที่ห้องคลอดเจาะครั้งที่ 1 พบข้อมูลเพียงร้อยละ 28.4 และการเจาะครั้งที่ 2 พบข้อมูลร้อยละ 20.5 การเจาะครั้งที่ 3 ขึ้นไปพบข้อมูลน้อยกว่าร้อยละ 10 การเจาะขณะมาตรวจหลังคลอดพบข้อมูลร้อยละ 64.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 มก/ดล ร้อยละ 35.09 ได้รับอินสุลินหลังคลอดร้อยละ 10.3 ผลดังตาราง 1



**ตาราง 1** ประวัติการคลอดและระยะหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักแรกเกิด		
< 2,500 กรัม	6	6.8
2,500 – 3,999 กรัม	70	79.5
4,000 กรัมขึ้นไป	12	13.6
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,273.13 กรัม	88	100.0
*อายุครรภ์เมื่อคลอด		
< 37 สัปดาห์	9	10.5
> 37 สัปดาห์	77	89.5
อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 38 สัปดาห์	86	100.0
*วิธีการคลอด		
ทางช่องคลอด	34	38.4
-NL	33	37.5
- V/E	1	1.1
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S)	52	60.5
	86	100.0

### ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ชนิดของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $X^2 = 4.811, p = .028$ ) มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $X^2 = 9.063, p = .003$ ) มีความสัมพันธ์กับ

น้ำหนักของทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $X^2 = 8.023, p = .005$ ) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอายุของสตรีตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และ APGAR Score ผลดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ( $X^2$ =test)

	ชนิดของ DM		รวม
	Overt DM	GDM	
การฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ			
ครบ	6 (12.0)	44 (88.0)	50 (100.0)
ไม่ครบ	8 (33.3)	16 (66.7)	24 (100.0)
	$X^2= 4.811, df=1, p=.028$		
อายุครรภ์เมื่อคลอด			
< 37 สัปดาห์	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100.0)
> 37 สัปดาห์	11 (14.3)	66 (85.7)	77 (100.0)
	$X^2=7.740, df=1, p=.005$		
น้ำหนักทารกแรกเกิด			
- น้อยกว่า 4,000 กรัม	10 (13.3)	65 (86.7)	75 (100.0)
- น้ำหนัก > 4,000 กรัม	6 (46.2)	7(53.8)	13 (100.0)
	$X^2= 8.023, df=1, p=.005$		

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี มากกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ทั้งกลุ่มที่เป็น GDM และ Overt และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปมากกว่าครรภ์แรก ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ คือ อายุของสตรีที่มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์มากขึ้น ขณะที่การตั้งครรภ์หลายครั้งก็มีโอกาสพบมากเช่นเดียวกัน<sup>5</sup> การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด GDM มากกว่า Overt DM ถึง 4 เท่า อาจสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่พบถึงร้อยละ 69.3 มีดัชนีมวลกายเกิน และพบว่ากลุ่ม GDM มีร้อยละของดัชนีมวลกายเกินและภาวะอ้วนมากกว่ากลุ่ม Overt DM มากกว่า 2 เท่า ซึ่งพบลักษณะเช่นนี้ในการศึกษาของซิมมอนส์<sup>3</sup> สตรีที่มีน้ำหนักมากหรืออ้วนมีโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต และการนำน้ำตาลไปใช้ของอินซูลินที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในส่วนของความผิดปกติหรือโรคร่วม พบประวัติของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.4 แต่ไม่พบความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของหัวใจ ดังที่ปรากฏในงานของเฮนเดอร์สัน<sup>4</sup>

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่ามีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 38.6 ทั้งนี้ข้อมูลจากระบบบันทึกที่ปรากฏมีร้อยละ 72.7 กลุ่ม Overt DM และ GDMA<sub>2</sub> พบประวัติว่ามีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ญาติสายตรงไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่ม GDMA 1 พบว่ากลุ่มที่ญาติสายตรงไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่เป็น ในกลุ่ม GDM พบว่ากลุ่มที่ญาติสายตรงไม่เป็นโรคเบาหวานถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงตามการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน<sup>13</sup>

ประวัติการแท้งในครรภ์ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่ม Overt DM สตรีที่มีประวัติการแท้ง 1 ครั้ง มีร้อยละเท่ากับผู้ที่ไม่มีประวัติ ขณะที่กลุ่ม GDM พบว่า Overt DM เป็นกลุ่มสตรีที่ไม่เคยแท้งบุตรมากกว่ากลุ่มที่เคยแท้ง ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่ม Overt DM ที่มีสัดส่วนสูงกว่า บ่งชี้ถึงผลกระทบของโรคเบาหวานที่มีต่อการตั้งครรภ์ ที่พบว่าในไตรมาสต้นๆ สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแท้ง โดยเฉพาะใน Overt DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีซึ่งสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ต้องได้รับการแนะนำให้ฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ หรือฝากเมื่ออายุครรภ์น้อย



กว่า 12 สัปดาห์ ในช่วงที่เป็นมารดาหลังคลอดและวางแผนที่จะมีบุตรคนต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่ม GDMA2 ฝากครรภ์เร็วคิดเป็นร้อยละสูงกว่าฝากครรภ์ช้า สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของกลุ่ม Overt DM ที่จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รวมถึงการคัดกรองความเสี่ยงอื่นๆ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อทารกตั้งครรภ์ เพราะในกลุ่ม Overt DM การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถตั้งครรภ์ได้เป็นสิ่งจำเป็นที่สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลอย่างเคร่งครัด<sup>14</sup> ในขณะที่กลุ่มเสี่ยง เช่น มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน อ้วนมาก หรือเคยเป็น GDM ต้องรีบฝากครรภ์เพื่อรับการตรวจคัดกรองการเป็นโรคเบาหวานโดยเร็วที่สุดหรือเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก<sup>13</sup> หากตรวจแล้วไม่เป็นจะได้รับการตรวจซ้ำ เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หากสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้ามากก็จะเกิดผลกระทบในทางลบได้มากกว่า เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะของ GDM จะนำไปสู่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มารดาและทารกมีความเสี่ยงต่ออันตรายทั้งระยะสั้นและระยะยาวมากขึ้นจากภาวะของโรคเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ร้อยละ 15.9

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า มีร้อยละของการคลอดทารกตัวโตคือน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไปถึงร้อยละ 13.6 ในกลุ่มนี้มี 1 รายที่เป็นการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการคลอดทารกตัวโตเป็นผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่พบมากในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน<sup>7</sup> ภาวะที่ทารกตัวโตจะส่งผลต่อวิธีการคลอด ทารกตัวโตคือน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไปมีโอกาสคลอดติดไหล่หากคลอดทางช่องคลอด หรือทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอด จึงทำให้การผ่าตัดคลอดเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าการคลอดทางช่องคลอด<sup>7</sup>

ในส่วนของอายุครรภ์เมื่อคลอด พบว่าเป็นการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.5 ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>15</sup> ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจากมารดาที่เป็นโรค

เบาหวาน ย่อมมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากภาวะที่ปอดและอวัยวะต่างๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และในการวิจัยครั้งนี้พบทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในนาที่ที่ 5 ถึงร้อยละ 3.3 ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตและเป็นผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว และภาวะนี้พบได้ในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่นอกเหนือจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด<sup>7</sup> การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิด

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างชนิดของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งพบว่าในกลุ่ม Overt DM สตรีที่ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพมากกว่าสตรีที่ฝากครรภ์ครบเกณฑ์ ขณะที่สตรีที่เป็น GDM มีการฝากครรภ์ครบเกณฑ์มากกว่าฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบเกณฑ์ มีร้อยละของการฝากครรภ์ช้าน้อยกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์เร็ว ขณะที่กลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์มีร้อยละของการฝากครรภ์เร็ว้น้อยมาก โดยกลุ่มที่ฝากครรภ์ช้าคิดเป็นร้อยละที่สูง โดยเฉพาะฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์ การฝากครรภ์ช้าจึงเป็นสาเหตุหลักของการฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ แต่หากฝากครรภ์เร็วหากฝากไม่ต่อเนื่องก็มีโอกาสที่จะไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งพบในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 2.9 ที่ฝากครรภ์เร็วแต่ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ

พบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคเบาหวานขณะในสตรีตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อคลอด และพบความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยพบว่า กลุ่ม Overt DM มีการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นสัดส่วนสูงกว่า GDM ซึ่งอธิบายได้จากความรุนแรงของโรคตามพยาธิสภาพ เนื่องจาก Overt DM สตรีมีความผิดปกติของหลอดเลือดจากการเป็นโรคเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่ม GDM พบการเกิดโรคครั้งแรกเมื่อตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่เกิดความผิดปกติจากโรคเบาหวานจึงเกิดขึ้นช่วงสั้นกว่า และตามพยาธิสภาพระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงใน Overt DM เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานกว่าและขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ ส่วนน้ำหนักทารกแรกเกิดพบว่า

ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักเกินหรือน้ำหนัก 4,000 กรัมขึ้นไปในกลุ่ม Overt DM ใกล้เคียงกับกลุ่ม GDM ขณะที่ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักที่น้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม กลุ่ม Overt DM น้อยกว่ากลุ่ม GDM มากกว่า 6 เท่า กลุ่ม Overt DM เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ สตรีมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตมาก่อน และบางรายอาจเป็นเวลานาน ทารกที่เกิดจากสตรีกลุ่มนี้จะมีเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตมีการสะสมของไขมันที่แตกต่างจากทารกที่มารดาไม่ได้รับอินซูลิน และมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยย้อนหลังครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากบันทึกในระบบเวชระเบียน ทำให้จำนวนตัวอย่างในแต่ละตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ไม่เท่ากัน ซึ่งส่งผลต่อการนำไปสรุป

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาสารคามที่สนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีแนวปฏิบัติในการเตรียมสตรีที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ที่เอื้อให้สตรีและครอบครัวได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับสถานะของโรคและมีความพร้อมด้านสุขภาพก่อนที่จะตั้งครรภ์
2. ควรมีแนวปฏิบัติในการคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีความชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและติดตามสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งชนิด Overt DM และ GDM ให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

4. ควรมีการติดตามระดับน้ำตาลในสตรีที่เป็น GDM เพื่อประเมินความเสี่ยงที่สตรีจะเป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม

5. ควรมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้สมบูรณ์เพื่อประโยชน์ต่อการจัดการดูแลผู้รับบริการ

### อ้างอิง

1. WHO Programme to map best reproductive health practices. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Geneva. World Health Organization 2002. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42513/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf;jsessionid=A882A25CE34F60FD4FE00474625CD20B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42513/WHO_RHR_01.30.pdf;jsessionid=A882A25CE34F60FD4FE00474625CD20B?sequence=1)
2. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2557; 4-12. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. Simmons D. Diabetes and obesity in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2011; 25: 25-36.
4. Hedderson MM, Darbinian JA, Quesenberry CP, Ferrara A. Pregavid cardiometabolic risk profile and risk for gestational diabetes mellitus. Gynecology 2011; 55: e1-e7.
5. Schneider S, Freerksen N, Röhrig S, Hoefft B, Maul H. Gestational diabetes and preeclampsia - Similar risk fac Pinto ME, Villena JE. Diabetic ketoacidosis during gestational diabetes. A case report. Diabetes Research and Clinical Practice 2011; 93: e92-e4.
6. Kaaja R. Vascular complications in diabetic pregnancy. Thrombosis Research 2011; 127: S53-S5.



7. ประเสริฐ คັນสนียวิทย์กุล, นลัท สมภักดี. โรคเบาหวาน  
ขณะตั้งครรภ์ในตำราสูติศาสตร์. Modern Textbook  
of Obstetrics 2560; 152-165 กรุงเทพฯ โรงพิมพ์  
บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
8. Nolan CJ. Controversies in gestational diabetes.  
Best Practice & Research Clinical Obstetrics  
and Gynaecology 2011; 25: 31-49.
9. Marcinkevage JA, Narayan KV. Gestational  
diabetes mellitus: Taking it to heart. Primary  
Care Diabetes 2011; 5: 81-8
10. โรงพยาบาลมหาสารคาม.สถิติคลอด พ.ศ. 2557.  
เอกสารอัดสำเนางานห้องคลอด โรงพยาบาล  
มหาสารคาม, 2557.
11. โรงพยาบาลมหาสารคาม.สถิติคลอด พ.ศ. 2558.  
เอกสารอัดสำเนางานห้องคลอด โรงพยาบาล  
มหาสารคาม, 2558.
12. โรงพยาบาลมหาสารคาม.สถิติคลอด พ.ศ. 2559.  
เอกสารอัดสำเนางานห้องคลอด โรงพยาบาล  
มหาสารคาม, 2559.
13. Cunningham, F Gary Williams, Whitridge J (John  
Whitridge) 1866-1931. Williams obstetrics.  
23<sup>rd</sup> ed c2010 ;United States New York :  
McGraw-Hill, Medical.
14. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. Clinical  
Practice Guideline for Diabetes 2017: 1-111.
15. David MR. Diabetes in pregnancy. Best practice  
& Research clinical Obstetrics and Gynaecology  
2015; 29: 685-699.

## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

## Factors affecting to quality of In-patient medical records by interdisciplinary team in Detudom crown prince hospital, Detudom district, Ubonratchatani province

สวารส แก้วศรีทัศน์<sup>1</sup>, นิรุวรรณ เทรินโบล<sup>2</sup> และอรุณ บุญสร้าง<sup>3</sup>  
Savaros Kaewsritus<sup>1</sup>, Niruwan Turnbull<sup>2</sup> and Arun Boonsang<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 คน โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน และเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 ฉบับ โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

**ผลการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.40, 71.30 และ 46.50 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรประสบการณ์ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .941, p = 0.00$ ) และมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ( $r = -.202, p = 0.04$ ) ส่วนตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .299, p = 0.02$ )

**คำสำคัญ :** ความรู้, ทัศนคติ, การปฏิบัติ, คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

<sup>1</sup>นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>3</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



## ABSTRACT

**Objective :** To study the factors affecting to quality of In-patient medical records by interdisciplinary team in Detudom crown prince hospital, Detudom district, Ubonratchatani province

**Methods :** The study design used a descriptive research. The sample consisted of 101 workers were involved the recording of In-patient medical records using multi-stage random sampling, and 101 In-patient medical records were selected using the systemic random sampling method between February 2018 to March 2018. The research instruments were the medical record audit form and the questionnaires on knowledge in recording in-patient medical records, attitude towards recording in-patient medical records and practice in recording in-patient medical records. The data were analyzed by average, standard deviation and Pearson's correlation coefficient test.

**Results :** The finding showed that most of them have knowledge in recording in-patient medical records, attitude towards recording in-patient medical records and practice in recording in-patient medical records at a moderate level at 57.40%, 71.30% and 46.50% respectively. So, the factor of that significantly affected quality of In-patient medical records by interdisciplinary team is were the relationship between age and work experience were positive correlation significant, at 0.05 ( $r = .941, p = 0.00$ ) that it is inverse to variable of practice in recording in-patient medical records were negative correlation significant, at 0.05 ( $r = -.202, p = 0.04$ ). By the way, the relationship between practice in recording in-patient medical records and quality of In-patient medical records were positive correlation significant, at 0.05 ( $r = .299, p = 0.02$ )

**Keyword :** knowledge, attitude, practice, quality of In-patient medical records

### บทนำ

การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพนั้น สามารถนำมาใช้ เป็นหลักฐานทางการแพทย์ ใช้สื่อสารในการวางแผน ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนใช้ทบทวนผลการดูแลรักษาของแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาครั้งต่อไปได้

ตามที่สถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์มาตรฐานของการบันทึก การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การมีข้อมูลและรายละเอียดการบันทึกที่เพียงพอสำหรับการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ความต่อเนื่องของการรักษาและประเมินคุณภาพ โดยถือว่าความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน

เป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมรายงานไว้ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยใน จำนวน 26,695 ครั้ง อัตราการครองเตียง ร้อยละ 113.18 และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.86 วัน ในปีงบประมาณ 2558 ผลการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในภายนอก (External audit) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 พบว่ามีคุณภาพ ร้อยละ 65.33 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าเอกสารที่ควรมีในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ History มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 69.20 Physical examination มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 78.80 Progress note มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 37.80 Nurses' Note มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.50 ซึ่งเอกสารที่ควรมีในเวชระเบียนผู้ป่วยในบาง

ส่วน มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพเวชระเบียน และมาตรฐาน HA (Hospital accreditation) และต่ำกว่า ตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 85.00 ซึ่งสาเหตุของปัญหาดังกล่าวอาจเป็นได้ดังนี้ ทีมสหวิชาชีพยังขาดความรู้, ทักษะ และความตระหนักในการปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้อง และในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในสมบูรณ์และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสภาพการณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์กับหน่วยงานในการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินชดเชยครบถ้วนสมบูรณ์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษา ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทักษะต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 - มีนาคม พ.ศ. 2561 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 181 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 29 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 146 คน และนักกายภาพบำบัด 6 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของอรุณ จิรวัดน์กุล<sup>2</sup> ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multis-stage random sampling) และคำนวณสัดส่วนแต่ละวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 15 คน พยาบาลวิชาชีพ 82 คน และนักกายภาพบำบัด

4 คน 2) แพ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 101 ฉบับ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>3</sup> แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพมีทั้งหมด 30 ข้อ รวมเป็น 30 คะแนนโดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบชนิด 2 ตัวเลือกคือให้เลือกตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดระดับความรู้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม<sup>4</sup> แบบสอบถามทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบชนิด 5 ตัวเลือกคือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด ผู้วิจัยได้กำหนดระดับทัศนคติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์<sup>5</sup>

แบบสอบถามการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีทั้งหมด 30 ข้อ 10 คะแนน ประกอบด้วย แพทย์ 10 ข้อ พยาบาลวิชาชีพ 10 ข้อ และนักกายภาพบำบัด 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบชนิด 2 ตัวเลือกคือปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดระดับความรู้การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม<sup>4</sup>

การตรวจสอบความตรง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective congruence) มีค่าเท่ากับ 0.81

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยที่แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.81, 2) ทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ



0.86 และ 3) การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.81

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง PH 036/2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนำไปแปลงรหัสก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p = 0.05$

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยด้านข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.35 ปี (SD. = 6.722) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 58.40 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95.00 โดยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7.12 ปี (SD. = 6.325) ส่วนใหญ่มีสถานภาพการปฏิบัติงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 55.40 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการบริการ ร้อยละ 95.00

ผลการวิจัยระดับความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.40, ระดับทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.30 และระดับการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.50 ดังแสดงในตาราง 1

**ตาราง 1** การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน, ระดับทัศนคติ ต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และระดับการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ทั้ง 3 ระดับ

ระดับ	พฤติกรรมการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน					
	ความรู้		ทัศนคติ		การปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ/ไม่ดี	40	39.60	27	26.70	46	45.50
ปานกลาง	58	57.40	72	71.30	47	46.50
สูง/ดี	3	3.00	2	2.00	8	7.90
รวม	101	100	101	100	101	100

ผลการวิจัยด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ตัวแปรอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรประสบการณ์ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .941, p = 0.00$ ) และมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ( $r = -.202, p = 0.04$ ) ส่วนตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .299, p = 0.02$ ) ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2** วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระหว่างตัวแปรด้านอายุ ประสบการณ์ทำงาน ความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ตัวแปร	ประสบการณ์ทำงาน	ความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	การปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
อายุ	.941*	-.078	.071	-.202*	.096
.941*	1.000	-.118	.025	-.184	.035
-.078	-.118	1.000	.180	.128	.193
.071	.025	.180	1.000	.052	.169
-.202*	-.184	.128	.052	1.000	.299*
.096	.035	.193	.169	.299*	1.000

### อภิปรายผล

ด้านความรู้ด้านการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีความรู้ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทีมสหวิชาชีพยังขาดความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในส่วนสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น ในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal diagnosis) สามารถสรุปได้มากกว่า 1 โรค และเวชระเบียนสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการได้ ซึ่งหากขาดการบันทึกในส่วนสำคัญนี้ไป จะก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ให้กับโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจหลักเกณฑ์การบันทึกทั้งหมดและยังขาดการอบรมให้ความรู้ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณีนี ศิริวัลย์<sup>6</sup> ศึกษาการพัฒนา

กระบวนการรื้อฟื้นการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาล พบพระ พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลประจำการ ก่อนการพัฒนา มีคะแนนความรู้เฉลี่ยในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของพรชนก ชันชะระ<sup>7</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ประจำการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า พยาบาลประจำการส่วนมาก มีระดับความรู้เฉลี่ยในระดับปานกลาง ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่มีการจัดอบรมหรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการประเมินความรู้

ด้านทักษะคิดต่อการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ส่วนใหญ่ทีมสหวิชาชีพมีทักษะคิดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าทักษะคิดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านคิดว่าเมื่อเกิดคดีความหรือข้อร้องเรียน เวชระเบียนมีความสำคัญในการ



เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ที่ส่งผลให้เกิดการจูงใจ อารมณ์ ทศนคติที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรพร โคตะมี<sup>9</sup> ศึกษาการพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ทิมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของจิตรศิริ ชันเงิน<sup>9</sup> พบว่าทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการแพทย์ถึงแม้จะจัดโครงการให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วย แต่เนื่องจากตัวอย่างการบันทึกทางการแพทย์ที่จัดทำขึ้นไม่มีตัวอย่างครอบคลุมการเขียนปัญหาทางด้านจิตใจ จึงอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติการ ไม่สามารถเขียนบันทึกได้อย่างครบถ้วน

ด้านการปฏิบัติในบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกรบันทึกเวชระเบียนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเล็ด ศรีมุกดา<sup>10</sup> ศึกษาความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติกรบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาล โรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า การปฏิบัติกรบันทึกทางการแพทย์ตามแบบฟอร์มการบันทึกมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้แต่ยังไม่ครบถ้วนและถูกต้องตามรายละเอียดของแบบประเมินการบันทึก

ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทิมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลตัวแปรด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรประสบการณ์ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .941, p = 0.00$ ) อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีอายุมาก ประสบการณ์ในการทำงานก็มากไปด้วย เนื่องจากมีการได้เพิ่มพูนความรู้และสมรรถนะ และมีความสัมพันธ์ตรงข้ามกับตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ( $r = -.202, p =$

0.04) อาจเนื่องมาจาก ทิมสหวิชาชีพที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นบุคลากรที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่ ที่มีความอดทน กระตือรือร้น ตั้งใจทำงาน และได้รับการเรียนการสอนและการปลูกฝังตั้งแต่อยู่ในสถาบัน ทำให้มีการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนตัวแปรการปฏิบัติในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .299, p = 0.02$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ อุดมสุข<sup>11</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์วิชาชีพพยาบาลกับ ความรู้ เจตคติ และ ทักษะ ในการบันทึกทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหล่มสัก พบว่า อัตมโนทัศน์วิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับทักษะในการบันทึกทางการแพทย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.01$  ( $r = .587$ ) ตามแนวคิดของสุรีย์ ธรรมิกบวร<sup>11</sup> กล่าวว่า ทักษะในการบันทึกทางการแพทย์สามารถเรียนรู้ และพัฒนาได้ ผู้ที่จะสามารถบันทึกได้ดี ควรมีความสามารถ ศึกษาข้อมูล การค้นหาข้อมูลได้ครบถ้วน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รกัญญา วิเชียรพัทธร<sup>12</sup> ศึกษา องค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11 พบว่า องค์ประกอบ ด้านทักษะการบันทึกมีความสำคัญในระดับมาก และให้ข้อเสนอแนะว่า ปัจจัยด้านทักษะการบันทึก ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรส่งเสริมเพิ่มพูน ทักษะการบันทึกด้านต่างๆ โดยการฝึกอบรม หรือ การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชำนาญ สามารถรวบรวมข้อมูลมาบันทึกการพยาบาลให้มีคุณภาพได้

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: หนังสือ วันดี จำกัด; 2558.



2. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2534.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ บันทึกเวชระเบียนฉบับปรับปรุง ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2557.
4. Bloom, BS. Mastery learning. Evaluation Comment, 1(2). Los Angeles: University of California at Los Angeles, Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs; 1968.
5. Best, JW. Research in Education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Clift, N.J.: Prentice Hall; 1977.
6. ธารินี ศิริวัลย์. การพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2557; 8(3) (ฉบับพิเศษ): 187-199.
7. พรชนก ชันชะรุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
8. อุไรพร โคตะมี. การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี [ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.
9. จิตรศิริ ชันเงิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเขียนบันทึกทางการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. โอลีต ศิริมุกดา. ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. พยาบาลสาร 2558; 42(1) : 141-152.
11. พิมพ์พรรณ อุดมสุข. ความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์วิชาชีพพยาบาลกับ ความรู้ เจตคติ และทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหล่มสัก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
12. รกัญญา วิเชียรพัทธ์, วรรณชนก จันทชุม และ บุศรกาญจนบัตร. องค์ประกอบปัจจัยในการบันทึกการพยาบาลที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 11. วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2551; 1(3) : 59-73.



## บทความวิจัย

### สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล

#### วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

#### Midwifery Nursing Competencies among Nursing Students of

#### Srimahasarakham Nursing College

อรุณี ศรีสุย<sup>1</sup>, สิวาพร พานเมือง<sup>2</sup>, กัญญา ทูลธรรม<sup>3</sup>, สุปิยา วิริไฟ<sup>4</sup> และปาริชาติ วันชูเสริม<sup>5</sup>

Arune Srisuying<sup>1</sup>, Siwaporn Phanmuang<sup>2</sup>, Kanya Toontum<sup>3</sup>

Supiya Wirifai<sup>4</sup> and Parichat Wunchooserm<sup>5</sup>

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

**วิธีการดำเนินการวิจัย :** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปี 4 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 151 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

**ผลวิจัย :** นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.51, SD = .48$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.16, SD = .72$ ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ( $M = 3.56, SD = .52$ ) และด้านความรู้ ( $M = 3.52, SD = .53$ ) อยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป :** ความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติการพยาบาลก่อให้เกิดสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

**คำสำคัญ :** สมรรถนะ, การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

## ABSTRACT

**Objective :** To study the nursing and midwifery competencies among nursing students of Srimahasarakham Nursing College.

**Methods :** A descriptive design was applied for 151 with fourth year nursing students in Srimahasarakham Nursing College in academic year 2016. The data was collected from January to September 2017 by using two questionnaires- the demographic characteristic questionnaire, the nursing and midwifery competency questionnaire. Data analysis was conducted using descriptive statistics and t-test.

**Results :** The nursing and midwifery competency of the nursing students was at the high level (M = 3.51, SD = .48). The attitude domain was at the highest level (M = 4.16, SD = .72), whereas the practice and knowledge domains were at high level (M = 3.56, SD = .52; M = 3.52, SD = .53, respectively). Comparing with the standard criteria 70%, the nursing students had higher score of nursing and midwifery competency than standard criteria ( $p < .05$ ).

**Conclusion :** Knowledge, attitude, and practice are all contributes to effective nursing and midwifery competencies and could use to develop nursing instruction for enhancing competency of nursing students

**Keywords :** Competency, Nursing and midwifery, Nursing student

### ความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาลและมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการในระบบสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ บุคคลเจ็บป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน วิชาชีพพยาบาลมีความเชื่อมโยงโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลมีความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะด้าน มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของคุณภาพด้านการพยาบาล<sup>1-2</sup>

ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามได้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยมีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ได้แก่ รายวิชาการพยาบาลมารดา

ทารกและการผดุงครรภ์ 1 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 8 หน่วยกิต และรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 5 หน่วยกิต สำหรับรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์<sup>1</sup> มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด หลักการและกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร การพยาบาลมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในภาวะปกติ โดยยึดหลักจริยธรรม กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน เลือกใช้ทรัพยากรเทคโนโลยีที่เหมาะสม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น และมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัวในการดูแลตนเอง และฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์<sup>1</sup> มีลักษณะรายวิชาคือ ให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทร



ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติกรสร้างเสริม ป้องกัน รักษา บำบัด บรรเทาอาการ และฟื้นฟูสุขภาพในระยยะตั้งครรรค์ ระยยะคลอดและระยยะหลังคลอดและ การให้บริการวางแผนครอบครัวและปัญหา มีบุตรยากทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนตามสภาพจริง ในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ตามหลักวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรรค์ค้ำึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ด้วยความเมตตา กรุณา สามารถแสดงภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกับทีม การพยาบาลในหน่วยบริการทุกระดับทั้งในและนอกสถาบัน โดยใช้ความคิดวิเคราะห์ในเชิงสร้างสรรค์ด้วยจิตสาธารณะ โดยมีกิจกรรมที่นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติในห้องคลอดคือ การเฝ้าคลอด การทำคลอด การพยาบาลทารกแรกเกิดทันที หลังคลอด และการพยาบาลหลังคลอด

สำหรับรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์ 1, 2 ได้จัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด หลักการและกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทรในการพยาบาลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยยะตั้งครรรค์ ระยยะคลอด และระยยะหลังคลอด ภายใต้อห้หลักจริยธรรม กฎหมาย จรรยาบรรณวิชาชีพ และหลักสิทธิมนุษยชน เลือ้ใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีที่เหมาะสม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น และมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัวในการดูแลตนเอง โดยให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในสภาพการณ์จริงในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลยโสธร โดยมีกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับมารดาที่ได้รับการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือการคลอดโดยใช้เครื่องสูญญากาศ และปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน อันจะเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรรค์มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนคลอดลดความวิตกกังวล และสามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม การศึกษาในรายวิชาดังกล่าวข้างต้นได้มีการออกแบบและ

จัดการเรียนการสอนหลากหลายวิธีภาคทฤษฎีมีการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยการบรรยาย อภิปราย สาธิต สาธิตย้อนกลับ การศึกษาวิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ในวิชาพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรรค์ 1 จำนวน 4 หน่วยกิตระยยะเวลา 16 สัปดาห์ และรายวิชาปฏิบัติพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์ 1 จำนวน 4 หน่วยกิตระยยะเวลา 8 สัปดาห์ และสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในวิชาพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรรค์ 2 จำนวน 3 หน่วยกิตระยยะเวลา 12 สัปดาห์ และรายวิชาปฏิบัติพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์ 2 จำนวน 2 หน่วยกิตระยยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว คณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์มีความเชื่อว่าการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ก่อนลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง จะช่วยให้นักศึกษามั่นใจมากขึ้น และปรับตัวในสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น กิจกรรมต่างๆ ก่อให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ทดลองทำตามทำตามแบบที่อาจารย์สาธิตให้ดู มีอาจารย์คอยดูแลเอาใจใส่ การฝึกภาคปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์ 1 ซึ่งเป็นประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติในการดูแลมารดาทารก โดยการทำคลอดครั้งแรกของนักศึกษา มีความสำคัญต่อการก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรรค์ ประสบการณ์ที่ประทับใจในการฝึกภาคปฏิบัติด้านการผดุงครรรค์ครั้งแรกในการดูแลมารดาทารกในระยยะคลอด การทำคลอด จะช่วยปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรรค์ และสามารถสร้างพยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพ เพื่อให้ นักศึกษามีสมรรถนะด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรรค์<sup>3-4</sup>

สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรรค์ ประกอบด้วย ความรู้ด้านการพยาบาลในการดูแลมารดา ทารกและผดุงครรรค์ และทักษะด้านการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรรค์ ทั้งนี้ในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกระยยะตั้งครรรค์ประกอบด้วย การดูแลการตั้งครรรค์ และ ทารกในครรรค์ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของหญิง ตั้งครรรค์ เพื่อเฝ้าระวัง และติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้น

ขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้ความรู้ และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลมารดา ทารกระยะคลอด การพยาบาลมารดาทารกหลังคลอด ทักษะการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ความสามารถด้านทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพทักษะด้านการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ พร้อมค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางการแก้ไข ป้องกัน และลดอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองโรค เพื่อลดอัตราการตายของมารดา และทารกในครรภ์ เช่น การคลอดผิดปกติ การเสียเลือด การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด เพื่อช่วยให้ทารกคลอด และมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อลดความกังวล และส่งเสริมสุขภาพมารดาทารกในขณะตั้งครรภ์ สมรรถนะการพยาบาลในระยะคลอด ประกอบด้วยการปฏิบัติพยาบาลต่อมารดาในระยะคลอด ประกอบด้วยทักษะการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลมารดาทารกในระยะที่ 1 2 3 และ 4 ของการคลอด ความรู้การพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เป็นภาวะที่ทำให้หญิงที่ตั้งครรภ์และบุตร มีโอกาสได้รับอันตรายและมีโอกาสตายสูงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภาวะเสี่ยงหรือภาวะผิดปกติทางสูติศาสตร์

อย่างไรก็ตามจากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาพบว่านักศึกษามีความกลัวและความวิตกกังวลมีความเครียดต่อบรรยากาศในการฝึกปฏิบัติงาน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งไม่สามารถนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในห้องคลอดได้ ทั้งการนำทฤษฎีเกี่ยวกับการเฝ้าคลอด การดูแลมารดาในระยะรอคลอด ในระยะคลอด กลไกการคลอด การช่วยเหลือการคลอดปกติและการคลอดผิดปกติ การพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอดไปใช้ได้<sup>5</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นใน

การพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ต่อไป เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนและผู้สอนมีความสุขรวมทั้งมารดาและทารกได้รับการดูแลที่ดีในระยะคลอดส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน

**วิธีดำเนินการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2560

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 รุ่นที่ 31 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ทุกคน จำนวน 151 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1-2 2) มีผลการเรียนผ่านในรายวิชาภาคทฤษฎีการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ในปีการศึกษาที่ผ่านมา และ 3) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และคะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร
- 2) แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์วิชาชีพประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 84 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่



2.1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกและ  
ผดุงครรภ์ จำนวน 31 ข้อ 2.2) ด้านปฏิบัติการพยาบาล  
มารดาทารกและผดุงครรภ์ จำนวน 49 ข้อ และ 2.3) ด้าน  
ทัศนคติต่อการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์  
จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกเป็นมาตราวัดแบบ  
มาตราส่วน 5 ระดับ ( $5 =$  มีสมรรถนะระดับมากที่สุด,  $1 =$   
มีสมรรถนะระดับน้อยที่สุด) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบ  
ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า  
ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ  
.86 ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ปรับภาษา  
ให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย และจัดเรียงความสำคัญของข้อ  
คำถาม จากนั้นนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่อง  
มือ (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ  
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย  
วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับสถิติสัมประสิทธิ์  
ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้  
เท่ากับ .84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

#### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการ  
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัย  
พยาบาลศรีมหาสารคาม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง  
ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ  
และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อผลการเรียนและข้อมูลจะ  
เป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การอภิปรายจะ  
แสดงถึงผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วม

โครงการเป็นไปตามความสมัครใจและสามารถถอนตัวออก  
จากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ  
วิจัยของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการ  
การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่ม  
ตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ที่คาด  
ว่าจะได้รับ โดยให้นักศึกษาลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลัง  
นักศึกษาตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบ  
ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล  
ต่อไป

#### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะการ  
พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์กับเกณฑ์มาตรฐาน  
ด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ .05

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.75) และมี  
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรส่วนใหญ่อยู่ในระดับ  
ดี (ร้อยละ 53.64) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	11.25
	หญิง	134	88.75
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร			
	2.00 - 2.50	16	10.60
	2.51 - 2.99	53	35.10
	3.00 - 3.50	81	53.64
	3.51 - 4.00	1	0.66

2. สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการ  
ผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการ  
พยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับ  
มาก ( $M = 3.51, SD = .48$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายวิชา  
พบว่า ทั้งรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการ  
ผดุงครรภ์ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ

อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.62, SD = .46, M = 3.51, SD =$   
.58) (ตาราง 2)

เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านทัศนคติอยู่ในระดับ  
มากที่สุด ( $M = 4.16, SD = .72$ ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล  
( $M = 3.56, SD = .52$ ) และด้านความรู้ ( $M = 3.52, SD =$   
.53) อยู่ในระดับดี (ตาราง 3)

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ โดยรวมและจำแนก  
ตามรายวิชา

สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์	M	SD	การแปลผล
สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์โดยรวม	3.51	.48	มาก
สมรรถนะรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1	3.62	.46	มาก
การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์	3.61	.46	มาก
การพยาบาลมารดาทารกในระยะคลอด	3.61	.47	มาก
การพยาบาลมารดาทารกในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด	3.66	.45	มาก
สมรรถนะรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2	3.51	.58	มาก
การพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ระยะตั้งครรภ์	3.46	.64	ปานกลาง
การพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนใน ระยะคลอด	3.41	.57	ปานกลาง
การพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ในระยะหลังคลอด	3.72	.53	มาก

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำแนกเป็นรายด้าน

สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์	M	SD	การแปลผล
ด้านความรู้	3.52	.53	มาก
ด้านทัศนคติ	4.16	.72	มากที่สุด
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	3.56	.52	มาก
โดยรวม	3.51	.48	มาก



3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 70) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาล

มารดาทารกและการผดุงครรภ์โดยรวมมีค่าเท่ากับ 300.43 คะแนน (SD = 34.71) คิดเป็นร้อยละ 100 ที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 70) พบว่า สมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.276$ ,  $p = .024$ ) (ตาราง 4)

**ตาราง 4** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน

สมรรถนะการพยาบาล	ช่วงคะแนน	เกณฑ์มาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ย	t	p-value
มารดาทารกและการผดุงครรภ์	ที่เป็นไปได้	(ร้อยละ 70)	ของสมรรถนะ		
ด้านความรู้	31-155	108.5	109.34 (14.56)	.707	.481
ด้านทัศนคติ	4-20	14.0	14.74 (1.82)	5.008	.000*
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	49-245	171.5	176.55 (20.23)	3.067	.003*
โดยรวม	84-420	294.0	300.43 (34.71)	2.276	.024*

\*p-value < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.51$ ,  $SD = .48$ ) เมื่อพิจารณาสมรรถนะเป็นรายวิชาพบว่า ทั้งรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะอยู่ในระดับมากด้วยเช่นกัน ( $M = 3.62$ ,  $SD = .46$ ,  $M = 3.51$ ,  $SD = .58$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลนั้น จะเป็นการนำองค์ความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในภาคทฤษฎี

และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ ผู้คลอดและมารดาหลังคลอดในสถานการณ์จริง ภายใต้การดูแลและการสอนภาคปฏิบัติโดยอาจารย์พยาบาล ทั้งในการตั้งครรภ์ปกติ และการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ภาคปฏิบัตินั้นประกอบด้วยการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากทฤษฎีสู่การดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมายจากอาจารย์ผู้สอน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้รับบริการ การวางแผนกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับอาจารย์ผู้สอน วิเคราะห์และกำหนดปัญหาในการดูแลที่สำคัญด้วยการประชุมปรึกษาก่อนการให้การพยาบาลประจำวัน (pre-conference) โดยอาจารย์ผู้สอนจะเป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยอาจารย์ผู้สอนจะมีการติดตามและประเมินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและประเมินผลการปฏิบัติการ

พยาบาลประจำวัน<sup>6-7</sup> เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.16, SD = .72$ ) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ( $M = 3.56, SD = .52$ ) และด้านความรู้ ( $M = 3.52, SD = .53$ ) อยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่าในกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 และ 2 นั้น มีรูปแบบและกระบวนการในการจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้บริบทการเรียนรู้ตามสภาพจริง มีอัตราส่วนของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนที่เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐาน ช่วยให้อาจารย์ผู้สอนสามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างทั่วถึง การเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่เน้น อาจารย์ผู้สอนมีองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่สอน มีการสอนและการสาธิตย้อนกลับในทักษะปฏิบัติที่จำเป็นอย่างยิ่ง มีการสอดแทรกเนื้อหาและองค์ความรู้ใหม่ ปลูกฝังค่านิยม และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดองค์ความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ที่ดียิ่งขึ้น<sup>6-8</sup>

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 70) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่เน้น ผู้เรียนได้เรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ภายใต้บริบทและสถานการณ์จริง ผู้เรียนได้นำองค์ความรู้จากทฤษฎีไปประยุกต์ในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม รวมถึงมีการสะท้อนคิดและการให้คำแนะนำจากอาจารย์ผู้สอนในการเขียนแผนการพยาบาลผู้ป่วยประจำวัน (nursing care plan) การแนะนำประเด็นปัญหาที่สำคัญ หรือแหล่งองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยในรายที่ได้รับมอบหมาย

(case study)<sup>9-10</sup> การค้นคว้าด้วยตนเอง รวมถึงการค้นคว้าจากจากหนังสือและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิด วิเคราะห์ รวมถึงการสืบค้นข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและวางแผนการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น<sup>6-7</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวดี แถวเพ็ญ และคณะ (ที่พบว่าการจัดการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 4 ประการ ได้แก่ 1) การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ 2) ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์แบบเอื้ออาทร 3) การนำเสนอพัฒนาการของผู้เรียนผ่านหลักฐาน 4) เชื่อมโยงกิจกรรมโดยบูรณาการพันธกิจอื่นกับการเรียนการสอนตามสภาพจริง สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะด้านการผดุงครรภ์หลังการเรียนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะสูงกว่าเกณฑ์ ยกเว้นด้านความรู้ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากเนื้อหาความรู้โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 ซึ่งมุ่งเน้นการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ในรายที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีความยากและความซับซ้อน อาจารย์ผู้สอนจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ หรือวิธีการในการจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นในประเด็นที่มีความยากและความซับซ้อน

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดรูปแบบหรือกิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้และความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอด
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรืออิทธิพลต่อสมรรถนะการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์



### เอกสารอ้างอิง

1. พิริยา ศุภศรี. (2547). การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากปรัชญาสู่การปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 12(3), 1-11.
2. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา 25 เมษายน 2551.
3. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. คู่มือการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2559. มหาสารคาม: วิทยาลัย; 2559.
4. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. คู่มือการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ปีการศึกษา 2559. มหาสารคาม: วิทยาลัย; 2559.
5. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. รายงานการประเมินตนเองด้านการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2559. มหาสารคาม: วิทยาลัย; 2559.
6. มลิวัด เลิศสาครศิริ, วรณิ เตียววิเศษ, สุดารัตน์ สุวาริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติการพยาบาลสูติศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2): 91-9.
7. ธาวิวรรณ ไชยบุญเรือง, สุสันหา ยิ้มแย้ม. สมรรถนะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรนานาชาติ. วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28(3): 55-67
8. ศุภวดี แก้วเพี้ย และคณะ. รูปแบบการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการผดุงครรภ์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558; 33(supply 1): 27-36.
9. ธัญพร ชื่นกลิ่น, วัชรภา เล่าเรียนดี. การพัฒนารูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2555;4(1):112-30.
10. ชัชวาล วงษ์ซารี. การสอนบนคลินิกในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนิสิต Generation Z. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2558; 31(2):130-40.



## บทความวิชาการ

# การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด PAIN MANAGEMENT FOR PERINEAL PAIN RELIEF DURING THE POSTPARTUM PERIOD

พัชรา สมชื่อ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)<sup>1</sup>

อุมาสวรรค์ ชูหา พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)<sup>2</sup>

สุภาวดี นาคสุขุม พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)<sup>3</sup>

Patchara Somchoe M.N.S. (Maternal And Child Nursing)<sup>1</sup>

Umasawan Choocha, M.N.S. (Advance Midwifery)<sup>2</sup>

Supawadee Naksukum M.N.S. (Family Nursing)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายในมารดาหลังคลอด ความเจ็บปวดมักเกิดขึ้นในช่วง 1 – 2 วันหลังคลอดและอาจคงอยู่นานถึง 3 เดือน ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอาจเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น การจัดการความเจ็บปวดที่ดีย่อมส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความสุขสบายพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

**คำสำคัญ :** แผลฝีเย็บ, การจัดการความเจ็บปวด, ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ

## ABSTRACTS

Perineal pain from labor causes soreness and discomfort in postpartum mothers. Perineal pain usually occurs in 1-2 days after delivery and may persist as long as three months. Pain influences postpartum mothers physically and psychologically. It can also create negative attitudes toward labor in addition to higher treatment costs. Good pain management results in postpartum mothers having comfort and freedom from soreness.

**Keywords :** Episiotomy wound, pain management, perineal pain

<sup>1</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Thailand E-mail: Patchara.sc@gmail.com

<sup>2</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร Thailand E-mail: umasawan2016@gmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร Thailand E-mail: Supawadee2511@gmail.com

<sup>1</sup>Lecturer, Faculty of Nursing, Kasembundit University, Bangkok, Thailand E-mail: Patchara.sc@gmail.com

<sup>2</sup>Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathumthani, Thailand E-mail: umasawan2016@gmail.com



## บทนำ

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด เป็นการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นเองจากการฉีกขาดตามธรรมชาติของกระบวนการคลอดหรือจากการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) เพื่อช่วยคลอดหรือทั้งสองอย่างรวมกัน<sup>1</sup> ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ฝีเย็บสั้น การคลอดครั้งแรก ขนาดของทารก ลักษณะการเบ่งคลอด ท่าของทารกในครรภ์ ท่าคลอด วิธีคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด การใช้เข็มช่วยคลอดมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ถึงระดับ 3 และ 4<sup>2</sup> การบาดเจ็บของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย ซึ่งระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ความทนต่อความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอด ความเจ็บปวดมักเกิดขึ้นในช่วง 1 - 2 วันหลังคลอด พบว่าร้อยละ 92 มีอาการเจ็บปวดฝีเย็บในวันแรกหลังคลอด ร้อยละ 8 มีอาการปวดฝีเย็บจนถึง 2 - 3 เดือนหลังคลอด<sup>3,14</sup> ดังนั้น การจัดการความเจ็บปวดที่ดีจะช่วยให้มารดาหลังคลอดพ้นจากความทุกข์ทรมานและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดได้

## การบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด

การฉีกขาดและการบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อส่วนล่างของช่องคลอด ฝีเย็บ เกิดจากกระบวนการคลอดทางช่องคลอด ที่เกิดขึ้นในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งระดับความรุนแรงของการฉีกขาดและการบาดเจ็บของฝีเย็บจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่น ของกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บนอกจากนี้ระดับการฉีกขาดยังขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ทำคลอดในการใช้เทคนิคป้องกันการฉีกขาดในระยะคลอด เช่น เทคนิคการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดและทักษะการประเมนฝีเย็บก่อนตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ดังเช่น ถ้าฝีเย็บของผู้คลอดมีความยืดหยุ่นดี ขนาดของทารกในครรภ์ไม่โตมาก ก็ไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด เพียงแต่ผู้ทำคลอดต้องมึเทคนิคในการ safe perineum ที่ดี ทารกก็สามารถคลอดออกมาได้โดยไม่ต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด<sup>4,5</sup>

การบาดเจ็บของฝีเย็บพบได้ร้อยละ 85 ของการคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด ซึ่งพบในมารดาครรภ์แรกมากกว่ามารดาครรภ์หลัง และมีมารดาครรภ์หลังส่วนน้อยที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด<sup>6</sup> ซึ่งการบาดเจ็บของฝีเย็บ เกิดจากการที่ฝีเย็บได้รับอันตรายหรือเกิดการฉีกขาดในบริเวณเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อด้านหน้าของฝีเย็บ (Anterior perineal trauma) บริเวณ แคมส่วนบน (Anterior labia) ผนังช่องคลอด (Vaginal wall) ท่อปัสสาวะ (Urethra) และปมกระสุน (Clitoris) และการบาดเจ็บด้านหลังฝีเย็บได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ ผนังช่องคลอดทางด้านหลัง กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน (External and internal anus sphincter) จนถึงผิวหนังด้านหน้าของทวารหนัก<sup>5</sup> จากการศึกษาของสุริย์พร และคณะ<sup>7</sup> เปรียบเทียบผลของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรกพบว่า ความแตกต่างของคะแนนระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ และกลุ่มที่การคลอดปกติ พบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่คลอดวิธีธรรมชาติ มีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่คลอดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## การแบ่งระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

การฉีกขาดและการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติจากกระบวนการคลอด หรือ การตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด (Episiotomy) ซึ่งการฉีกขาดของฝีเย็บแบ่งตามระดับความรุนแรงของความรู้สึกเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อที่ฉีกขาดแบ่งได้ 4 ระดับ 1,5,8,9 คือ 1. การฉีกขาดระดับ 1 (First degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอด (Vaginal wall) และฉีกขาดถึงชั้นผิวหนังฝีเย็บ (Perineal skin) เท่านั้น เช่น เกิดรอยถลอก หรือ ฉีกขาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร และไม่มีเลือดออก ส่วนที่ได้รับความเสียหายจะเป็น Fourchette และผิวหนัง 2. การฉีกขาดระดับ 2 (Second degree tear) เป็นการฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดและกล้ามเนื้อของฝีเย็บ แต่ยังไม่ถึงหูรูดทวารหนัก (Anal sphincter) พบได้ทั้งการฉีกขาดเองและการตัดฝีเย็บ 3. การฉีกขาดระดับ 3 (Third degree tear) เป็นการ

ฉีกขาดของผิวหนังผนังช่องคลอดจนถึงกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก แบ่งเป็น 3 ระดับ

3.1 ระดับ 3a หมายถึง การฉีกขาดน้อยกว่าร้อยละ 50 ของความหนาของกล้ามเนื้อหูรูดด้านนอก (External anal sphincter)

3.2 ระดับ 3b หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูด และทวารหนักด้านนอก มากกว่าร้อยละ 50 (External and sphincter)

3.3 ระดับ 3c หมายถึง การฉีกขาดถึงหูรูด และทวารหนักมากทั้งด้านในและด้านนอก (External and Internal anal sphincter) 4. การฉีกขาดระดับ 4 (Fourth degree tear) เป็นการฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดและทวารหนักด้านในจนถึงเยื่ออุทวารหนัก (Anal epithelium)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฉีกขาดและการบาดเจ็บของแผลฝีเย็บ ดังนี้คือ

1. ฝีเย็บสั้น (Short perineal) ฝีเย็บเริ่มวัดจาก Fourchette ถึงทวารหนักปกติจะยาวประมาณ  $4.6 \pm 0.9$  เซนติเมตร และลึกจากผิวหนังลงไปประมาณ 4 เซนติเมตร ฝีเย็บสั้นส่วนมากจะพบในคนเอเชียซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรงได้ร้อยละ 3.31 ดังนั้น การตัดฝีเย็บแบบตรง (Midline episiotomy) ในผู้คลอดที่มีฝีเย็บสั้นจึงมีโอกาที่ฝีเย็บจะฉีกขาดถึงระดับ 3 และ 4 ได้<sup>1</sup>

2. การคลอดครั้งแรก (Nulliparity) ผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่เคยผ่านการคลอด ฝีเย็บและพื้น เเชิงการจะแข็งตึงและยืดขยายได้น้อย ในการคลอดครั้งแรกผู้คลอดจะได้รับการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง จากการศึกษาของ เสียรชัช ชัมวิจิตรและคณะ<sup>11</sup> ในโรงพยาบาลกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 920 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกหรือเคยคลอดทารกมีชีวิตเพียง 1 ครั้ง พบว่า การตัดฝีเย็บทำให้เกิดการฉีกขาดระดับ 3 มากกว่ามารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

3. ลักษณะการเบ่งคลอด (Bearing down pushing) การเบ่งคลอดที่ไม่รุนแรงจะลดความตึงตัวของช่องทางคลอด เพราะกล้ามเนื้อฝีเย็บค่อยๆ ยืดขยาย การยืดขยาย

แบบคงที่และซ้ำๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากขึ้น การเบ่งคลอดแรงๆ จะทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บได้มากขึ้น ในการคลอดผู้ทำคลอดจะใช้วิธี Modified Ritgen's maneuver โดยใช้มือข้างที่ถนัดประคองและดัน (guard) บริเวณฝีเย็บพร้อมทั้งใช้มืออีกข้างหนึ่งกดเบาๆ บริเวณใต้ท้ายทอยของทารก ให้ก้มและโดยศีรษะทารกให้เงยขึ้นขณะที่ส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกกำลังคลอดออกมา ทำให้ศีรษะทารก คลอดออกมาช้าๆ เป็นแนวทางในการป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดของสูติแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์<sup>12</sup>

4. ทารกในครรภ์ตัวโต (Macrosomia) ทารกตัวโต หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมขึ้นไป ซึ่งจะทำให้สัดส่วนของศีรษะทารกและช่องทางคลอดไม่สมดุลกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บชนิดรุนแรงในมารดาครรภ์แรก

5. ท่าของทารกในครรภ์ (Malpresentation) ทารกในครรภ์ที่เป็นท่าก้น (Breech presentation) ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง (Occiput posterior position) ท่าหน้า (Face presentation) ท่าหน้าผาก (Brow presentation) เป็นท่าที่เสี่ยงต่อการคลอดยากและคลอดยาวนาน จึงทำให้ฝีเย็บเกิดการบาดเจ็บจากการคลอดยาวนาน

6. ท่าคลอด (Position) ท่าคลอดที่ส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำและทำให้คลอดง่าย ลดการบาดเจ็บของฝีเย็บคือ ท่าคลอดศีรษะสูงและลำตัวตั้งขึ้น เช่น ท่านั่ง (Sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (Semi - sitting position) ท่านั่งคุกเข่า (Kneeling position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ท่ายืน (Standing position) ท่าคลอดศีรษะสูงช่วยทำให้คลอดง่าย ลดการตัดฝีเย็บและลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพาพร ผิวอ่อนและคณะ<sup>13</sup> ศึกษาเกี่ยวกับ การจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 52 ราย โดยเมื่อปากมดลูกเปิดหมดผู้ทำคลอดจัดทำผู้คลอดในท่ากึ่งนั่งชันเข่า ร่วมกับการจัดการฝีเย็บในระยะคลอดพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกในกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บของช่องทางคลอดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทาง



สถิติ ( $p < 0.001$ )

7. วิธีการคลอดและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Method of labor) ผู้คลอดที่คลอดยากและคลอดยาวนาน ที่เกิดปัญหาจากการคลอด เช่น แม่ไม่มีแรงเบ่ง ซึ่งจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด จำพวกการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum) การใช้คีม (Forceps) จำเป็นต้องตัดฝีเย็บให้กว้าง ซึ่งเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและฉีกขาดของฝีเย็บเพิ่มขึ้น<sup>2</sup>

### ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บเกิดจากการชอกช้ำ บาดเจ็บ อักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บจากการฉีกขาดตามธรรมชาติหรือการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ความเจ็บปวดเกิดได้ทั้งเวลาสั้นๆหลังคลอด 1 - 2 วัน หรือนานเป็นเดือน<sup>3</sup> ทำให้มารดาหลังคลอด ลูก นั่งลำบาก ไม่สุขสบายขณะนั่งให้นมบุตร ปัสสาวะ อุจจาระลำบาก เพราะกลัวแผลฝีเย็บแฉก โดยเฉพาะแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 ทำให้มารดาหลังคลอดเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่สุด ส่วนมารดาที่แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1 หรือ 2 จะเจ็บปวดน้อยกว่า ทั้งนี้ระดับความเจ็บปวดยังขึ้นอยู่กับความทนต่อความเจ็บปวดของมารดาในแต่ละรายด้วย กรณีที่ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บมารดาหลังคลอดจะรู้สึกเจ็บปวดได้เช่นกัน เนื่องจากการกระทบกระเทือนจากการคลอด ในมารดาที่ใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น คีม (Forceps) หัวดูด (Vacuum) จำเป็นจะต้องตัดฝีเย็บให้กว้างเพื่อช่วยคลอด ยิ่งทำให้กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บเกิดแผลกว้างและลึก เกิดการบอบช้ำ บวม เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่าการคลอดในรายปกติ จากการศึกษาของ Shoeai, Dawati, & Zayeri<sup>14</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดในมารดาครรภ์แรก ผู้คลอดติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บใน 1 วันแรกหลังคลอด ร้อยละ 96.4 ใน 10 วันหลังคลอดพบร้อยละ 63 ใน 40 วันหลังคลอด พบร้อยละ 25 และ 3 เดือนหลังคลอดพบมากถึงร้อยละ 12

การขับถ่ายลำบาก มารดาหลังคลอด 1 - 2 วันแรก จะขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระลำบาก เนื่องจากอาการเจ็บปวด

ฝีเย็บ ทำให้มารดาหลังคลอดไม่กล้าขับถ่าย ก่อให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก อุจจาระลำบาก ส่งผลในระยะยาวทำให้กล้ามเนื้อช่องคลอดหย่อนยาน การควบคุมการขับถ่ายบกพร่อง ร้อยละ 36.6 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urine incontinence) เกิดปัสสาวะเล็ด (Stress urinary incontinence) ร้อยละ 53.8 กลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) ร้อยละ 9.9 และช่องคลอดหย่อนยาน (vaginal prolapse) ร้อยละ 2.215

ปัญหาเพศสัมพันธ์ การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอดจะทำให้มารดา เกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากคลอดใน 10 วัน 40 วัน และ 3 เดือน ร้อยละ 100 66 31.2 ตามลำดับ<sup>14</sup> และจากการศึกษา ติดตามในช่วง 2 ปีหลังคลอด พบว่า การตัดฝีเย็บขณะคลอด ทำให้ช่องคลอดแห้งและเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์<sup>16</sup>

สัมพันธ์ภาพมารดาและทารกลดลง หลังคลอด 1-2 วันแรก มารดายังคงมีความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ การเคลื่อนไหวลำบาก ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง การเดิน การยืน การนอน การช่วยเหลือตนเองลดลงทำให้มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย รวมถึงความสามารถในการดูแลทารก การให้นมแม่ลดลง และล่าช้า สัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกลดลง ทำให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลและเครียดมากยิ่งขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการดูแลบุตรตามมา

สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แผลฝีเย็บที่ฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 จะสิ้นเปลืองวัสดุในการเย็บมากและมารดาหลังคลอดจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากต้องรักษาต่อเนื่องจนหาย เพิ่มระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการนอนในโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองและบุตร

ทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด ผลกระทบจากความเจ็บปวดฝีเย็บต่อผู้คลอด ไม่ว่าจะจะเป็นความเจ็บปวด การขับถ่ายลำบาก ปัญหาเพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพมารดาและทารก ลดลง ตลอดจนสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอดทั้งสิ้น

การบาดเจ็บของฝีเย็บก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่

สุขสบายหลังคลอด การฉีกขาดระดับ 3 หรือ 4 ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจะมากกว่าระดับ 1 หรือ 2 ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการฉีกขาดแผลฝีเย็บที่รุนแรง จะช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแผลฝีเย็บลงได้

### การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บ

การจัดการความเจ็บปวดฝีเย็บหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มความสุขสบายให้มารดาหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมารดาหลังคลอดมากที่สุด วิธีการเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บมีหลายวิธี ดังนี้

1. การลดแรงกดที่ฝีเย็บ ท่านั่ง ควรนั่งลงแก้มก้นด้านใดด้านหนึ่ง หรือนั่งพับเพียบ ไม่ควรนั่งทับแผลฝีเย็บโดยตรง มารดาหลังคลอดควรรักษาห้วงยางเล็กๆหรือหมอนโดนัทรองนั่ง เพื่อไม่ให้แผลฝีเย็บถูกกดทับ ทำให้การไหลเวียนของเลือดปกติ ส่งเสริมการหายของแผล และหลีกเลี่ยงการนั่งท่าที่ทำให้ขาหนีบแยกออกจากกัน เช่น ท่านั่งขัดสมาธิ เพราะทำให้แผลถูกดึงรั้ง เกิดการเจ็บปวดแม้จะไม่ทำให้แผลแยกก็ตาม ท่านอนตะแคงไปในด้านฝั่งตรงข้ามกับแผลฝีเย็บ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดแรงกดทับบริเวณแผลฝีเย็บได้

2. การใช้ความเย็น ประคบเย็นมักทำในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยเฉพาะหลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ การประคบเย็น จะช่วยลดอาการบวม ลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลงได้<sup>1</sup> เพราะความเย็นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ประคบเกิดการหดตัว และยังช่วยลดการนำกระแสประสาท ลดการถูกกระตุ้นของปลายประสาทจึงทำให้ความเจ็บปวดลดลง มีรายงานหลายฉบับที่ใช้ความเย็นเพื่อลดบวมและลดปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด เช่น การศึกษาของ นริชชญา หาดแก้ว และ ปราณี ธีรโสภณ<sup>17</sup> ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบแผลฝีเย็บที่ตัดแบบเฉียงและฉีกขาดระดับสองในมารดาหลังคลอดทันที โดย นำแผ่นเจลไปแช่ตู้เย็น อุณหภูมิที่ใช้ประคบแผลฝีเย็บคือ 10 - 12 องศาเซลเซียส ประคบนาน 15 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยก่อนประคบทำความสะอาดแผลฝีเย็บและปิดด้วยก๊อชปราศจากเชื้อ ก่อนวางแผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นทับ พบว่าค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการประคบทันที

หลังการประคบ 30 นาที หลังการประคบ 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง หลังคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบและกลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ พบว่ากลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์เย็นประคบมีค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มที่ใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ไม่เย็นประคบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชย์ นิมไซยพันธ์และคณะ<sup>18</sup> ใช้ถุงน้ำเย็นผลิตเองโดยใช้ ซองบรรจุชุด IV Set ที่ใช้แล้วตัดขนาด 2 x 4 นิ้ว บรรจุน้ำ 80 มิลลิลิตรปิดผนึกแล้วนำไปแช่เย็นที่อุณหภูมิ 3 - 5 องศาเซลเซียส ห่อถุงน้ำเย็นด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อแล้วใส่ในผ้าอนามัย ก่อนนำไปประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดทันทีหลังเย็บแผลเสร็จเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นแผลฝีเย็บมีอัตราการลดบวม ลดปวดและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประคบเย็น จากการศึกษาของ สุภาพร พรารมย์ และคณะ<sup>19</sup> ศึกษาเปรียบเทียบในมารดาหลังคลอด 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดโดยใช้ผ้าอนามัยขนาด 6 x 12 เซนติเมตร ชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อ 20 ซีซี แล้วนำไปแช่ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียสอย่างน้อย 20 นาที อุณหภูมิที่ผ้าอนามัยก่อนประคบ 10 - 14 องศาเซลเซียส กลุ่มที่ 2 ได้รับการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น 20 ซีซี อุณหภูมิที่ผ้าอนามัยก่อนประคบ 10 - 14 องศาเซลเซียส เช่นกัน ประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดทันที 30 นาทีหลังประคบครั้งที่ 1 และ 60 นาทีหลังประคบครั้งที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับการประคบเย็น พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประคบเย็น และการศึกษาของ รังสิณี พูลเพิ่ม<sup>20</sup> ใช้ผ้าอนามัย (Female Pad) ตัดครึ่งชุบ sterile water ใส่ในห่อพลาสติก sterile แล้วนำไปแช่ในช่องแข็งของตู้เย็น เมื่อรกรคลอดแล้วให้ นำออกมาจากตู้เย็นวางไว้ที่อุณหภูมิห้อง เพื่อให้อุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 10 - 15 องศาเซลเซียส เมื่อเย็บแผลเสร็จเรียบร้อยแล้วรองแผลด้วยแผ่นผ้า sterile gauze แล้ววางผ้าอนามัยเย็นตามแนวของแผลฝีเย็บด้านนอกและ



ใช้ผ้าอนามัยอีก 2 ผืน วางทับผ้าอนามัยเย็นเพื่อกันหลุด ประมาณ 15 นาที และประคบทุก 15 นาทีต่อเนื่องจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดประเมินความเจ็บปวด พบว่า ลดอาการบวมของแผลฝีเย็บ ลดอาการปวด และลดการใช้ยาแก้ปวด

สรุปได้ว่า การประคบเย็นทันทีหลังเย็บแผลเสร็จ ความเย็นที่อุณหภูมิ 10 - 14 องศาเซลเซียส โดยประคบนาน 15 นาที และประคบทุก 15 นาทีต่อเนื่องจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่เป็นอันตรายต่อมารดาหลังคลอด ทำให้แผลฝีเย็บลดบวม ลดปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดหลังคลอดได้

3. การใช้ความร้อน ความร้อนจะทำให้แผลฝีเย็บแห้ง ลดบวม ลดปวดและส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น นิยมอบแผลฝีเย็บหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยใช้โคมไฟแสงอินฟราเรด ส่องที่แผลฝีเย็บโดยตรง ระยะห่าง 1 ฟุตครึ่ง อบอุ่น 15 นาที<sup>21</sup> การนั่งแช่น้ำอุ่น (Hot sitz bath) ควรทำหลังคลอด 3 วันเป็นต้นไป โดยนั่งแช่น้ำอุ่น วันละ 2 ครั้งๆ ละ 10 - 20 นาที เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ดี ในน้ำอาจผสมน้ำมันหอมระเหยเพื่อให้ผ่อนคลาย เช่น ลาเวนเดอร์ (Lavender) หรือ คาโมมาย (Chamomile)

4. การบริหารฝีเย็บ เช่น การทำ Kegel exercise โดยการขมิบช่องคลอด ควรทำวันละ 100 - 300 ครั้ง จะช่วยส่งเสริมการหายของแผล และช่วยให้กล้ามเนื้อรอบช่องคลอดและฝีเย็บหดตัวดี และแข็งแรง

5. การรับประทานยาแก้ปวด paracetamol<sup>22</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าช่วยลดอาการปวดแผลฝีเย็บได้ และผลข้างเคียงน้อยกว่า non-steroidal anti-inflammatory drug.

6. การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) เหน็บทางทวารหนัก<sup>23</sup> เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ระงับปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดได้

7. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง<sup>24</sup> มีความเชื่อว่าสามารถทำให้กระบวนการอักเสบของแผลดีขึ้น ลดการบวม ลดการคั่งของเลือดที่แผลฝีเย็บ จึงทำให้บรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดทันทีได้ แต่หลักฐานที่มียังจำกัดอยู่คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

สรุป การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยมารดาหลังคลอดให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด พยาบาลไม่ว่าจะอยู่ในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดหรือหลังคลอด ล้วนมีความสำคัญที่จะเตรียมหรือดูแล บรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บให้กับมารดาทั้งสิ้น ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บของฝีเย็บ และการจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด

### ข้อเสนอแนะ

การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้และผลการวิจัยมาสร้างแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด และเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

### เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D. & Spong C.. William Obstetrics. 24<sup>th</sup> ed. New York : McGraw-Hill, 2014: 1101-1148.
2. ปวีตร สุจริตพงศ์. สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด. ใน ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญและตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี. เอ.ลีฟวิง จำกัด, 2560: 384 - 396.
3. Andrews V., Thekar R., Sultan AH., Jones PW. Evaluation: postpartum perineal pain and dyspareunia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2008; 137:152-156.
4. Ommolbanin Z., Hajar P. & Mahbobeh F. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. Retrieved November 25, 2018, from <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.61003>



5. Vicky C. & Cathy C..The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3<sup>rd</sup> ed.. Singapore: Ho Printing. 2013; 64 – 82.
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The management of third and fourth-degree perineal tears. Guideline no. 29. London: RCOG. 2015; 2 – 19.
7. สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์และ ปราณี พงศ์ไพบูลย์. ผลของการคลอดวิธีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก. Songkla Med J 2555; 30(4):179-187.
8. Vicky C. & Cathy C..The Midwife's Labour and Birth Handbook. 3<sup>rd</sup> ed.. Singapore: Ho Printing. 2013; 66 – 88.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Limitations of Perineal Lacerations as an Obstetric Quality Measure 2015. Committee Opinion No. 647, Obstet Gynecot.; 126 (5): 108-111.
10. Dahlen HG, Homer C, Cooke M, Upton AM, Nunn R & Brodrick B.. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor Birth. Birth 2007; 34(4):282-90.
11. เจียรชัย ชันวิจิตร. ภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดที่ได้รับการตัดหรือไม่ตัดฝีเย็บโรงพยาบาลกระบี่. วารสารกรมการแพทย์ 2559; 41(5):108-112.
12. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D. & Spong C.. William Obstetrics. 23<sup>th</sup> ed., New York : McGraw-Hill. 2010; 189 – 214.
13. อำพาพร ผิวอ่อน, ฉวี เบาทรวง และนันทร แสนศิริพันธ์. ผลของการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวด ของช่องทางคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. Nursing Journal 2558; 42(2):93 - 103.
14. Shojaei KK, Dawati A & Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy inPrimiparous women: a three-month longitudinal survey. J Qom Univer Med Scien 2009; 3: 47-50.
15. Williams A, Herron-Marx S & Hicks C.. The prevalence of enduring postnatal perinea morbidity and its relationship to perineal trauma. Midwifery. 23<sup>th</sup>ed, 2007: 392-403.
16. Ejegard H, Ryding EL & Sjogren B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow up. Gynecol Obstet Invest 2008; 66: 1 - 7.
17. นริชชญา หาดแก้ว และ ปราณี ชีโรโสภณ. ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด. Journal of Phrapokkiao Nursing College 2558; 26 Suppl.1 September: 1 - 13
18. จิรัชัย นิ้มไชยนันท์, ชุติพร การะภักดี และพวงนีย์ สังข์เงิน. ผลการประคบแผลฝีเย็บผู้คลอดด้วยถุงน้ำเย็นผลิตเองเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2555; 9(3): 127 - 141.
19. สุภาพร ประรามย์ และคณะ.ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็นและผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 25(1): 133 – 143.
20. รังสินี พูลเพิ่ม. ผ้าอนามัยเย็น : วิธีลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3): 32 - 37.
21. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. การดูแลสตรีระยะหลังคลอด (Puerperium care). เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2518. จาก [http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=473:postpartum-care&catid=38&Itemid=480](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=473:postpartum-care&catid=38&Itemid=480)



22. Chou D, Abalos E, Gyte GM & Gulmezoglu AM. Paracetamol / acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238369>
23. Hedayati H, Parsons J & Crowther CA.. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth 2003. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917995>
24. Hay-Smith EJ.. Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia 2000. Retrieved November 25, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796210>

## บทความวิชาการ

# นวัตกรรมทางการพยาบาลในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

## Evidence-Based Nursing Innovations to Support and Promote Self-Care Ability for Patients with Head and Neck Cancer Receiving Radiation

อนุชา ไทวงษ์<sup>1</sup>, กัญญาพัชร เบ้าทอง<sup>2</sup>, กานต์รวี โบราณมูล<sup>3</sup>, มลฤดี แสนจันทร์<sup>4</sup> และวัชรภรณ์ ศรีโสภ<sup>5</sup>  
Anucha Taiwong<sup>1</sup>, Kanyapat Baothong<sup>2</sup>, Gantrawee Boranmoon<sup>3</sup>,  
Monrudee Sanchan<sup>4</sup> and Watcharaporn Srisopa<sup>5</sup>

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มักเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาที่สำคัญได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ภาวะน้ำลายแห้ง ปัญหาในการเคี้ยวกลืน และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบายรับประทานอาหารได้น้อยลง และมีการติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อลดหรือป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอนวัตกรรมทางการพยาบาลในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนานวัตกรรม และ 4) การนำนวัตกรรมไปใช้ นวัตกรรมพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) แฟ้มการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง 4) สิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และ 5) แอปพลิเคชันไลน์แอดสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

**คำสำคัญ :** นวัตกรรมพยาบาล, หลักฐานเชิงประจักษ์, รังสีรักษา

<sup>1,2</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



## ABSTRACT

Patients with head and neck cancer undertaken radiation therapy often encounter critical complications including mucositis, xerostomia, chewing and swallowing difficulties, and skin changes, resulting in uncomfortable and painful condition, anorexia, and easy infection. These negatively affect patients' daily life and quality of life. Thus, these patients need well-established self-care ability to reduce or prevent potential complications. This article aimed to propose the development of evidence-based nursing innovations to support and promote self-care ability for patients with head and neck cancer receiving radiation. Nursing innovations were developed by applying Soukup's evidence-based practice model, consisting of 1) Evidence triggered phase, 2) Evidence supported phase, 3 Evidence observed phase, and 4) Evidence-based phase. The developed nursing innovations included 1) Radiation Patient Care Plan, 2) Self-Care Manual for Patients, 3 Self-Care Information File, 4) Skin Change Assessment Wheel, and 5) Line@ Application for Patient and Caregiver Education.

**Keywords :** Nursing innovation, Evidence-base practice, Radiation

### บทนำ

โรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย พบอุบัติการณ์ 15.7 ต่อประชากรแสนรายในเพศชาย และ 10.7 ในเพศหญิง และยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทย<sup>1</sup> การรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งอาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงของโรค การใช้รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเซลล์มะเร็งศีรษะและคอส่วนใหญ่เป็นเซลล์ชนิดสควมัส (squamous cell carcinoma; SCC) ซึ่งตอบสนองต่อรังสีรักษา โดยปกติจะใช้ปริมาณรังสีวันละ 180-200 เซนติเกรย์ 5 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 6-8 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถควบคุมขนาดและทำลายเซลล์ผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2,3</sup> รังสีรักษาจะไปทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง รวมถึงเซลล์ปกติและเนื้อเยื่อที่อยู่บริเวณข้างเคียง ทำให้ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของรังสีรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและระยะหลังได้รับรังสีรักษา ทั้งจากเยื่อช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้ง การรับรสผิดปกติ การเคี้ยวและกลืนมีปัญหา การพูดหรือการสื่อสารที่ผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ในรายที่มีอาการข้าง

เคียงรุนแรงอาจจำเป็นต้องชะลอหรือหยุดการได้รับรังสีรักษาซึ่งส่งผลต่อการรักษาและการควบคุมโรค<sup>4-5</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้สามารถควบคุมและลดความรุนแรงของผลข้างเคียงดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากรายงานสรุปผลการสนทนากลุ่ม<sup>7</sup> ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (3 ราย, 3 ราย) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา (3 ราย) สามารถสรุปประเด็นปัญหาทางคลินิกที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ มีแผลในช่องปาก เยื่อช่องปากอักเสบ ริมฝีปาก น้ำลายแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง (3 ราย) ไม่รู้สึกลอยจากอาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง (2 ราย) กล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรตึงแข็ง ทำให้ไม่สามารถอ้าปากหรือองศาการอ้าปากลดลง ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีปัญหาคัดเย็บลิ้น และสำลักได้ง่าย (1 ราย) ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงแห้ง และลอกเป็นขุย (2 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่ผ่านมา<sup>4-6</sup> สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน กระทั่งต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต การป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถทำได้ด้วย

การส่งเสริมความสามารถผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>8</sup>

ตามทฤษฎีของโอเรียมได้มุ่งเน้นการดูแลตนเองระดับบุคคล โดยมีระบบการพยาบาลที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>9</sup> ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคล<sup>9</sup> การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่เชื่อว่าจะสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต้องได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่สำคัญ 4 ด้าน<sup>4-6</sup> ได้แก่ 1) ด้านการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา 2) ด้านการดูแลความสะอาดปากและฟัน 3) ด้านการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม และ 4) ด้านการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา จึงนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และสร้างนวัตกรรมในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

### การพัฒนานวัตกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล (evidence based nursing: EBN) เป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์/รายงานการวิจัย ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ มาปรับและประยุกต์ใช้ร่วมกับปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก เพื่อมุ่งหวังผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี<sup>10</sup> นำประเด็นสำคัญมาสร้างและพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยยึดหลักการสำคัญ

4 ประการ คือ 1) สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทในการดูแลผู้ป่วย (situation; S) 2) ปรับปรุงและพัฒนาจากสิ่งเดิมเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมกับการใช้ (modified; M) 3) ใช้ศาสตร์และความรู้ของวิชาชีพพยาบาล (nurse; N) และ 4) ความคิดสร้างสรรค์และมุ่งผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ดี (creative & clinical outcome; C)<sup>11</sup> ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ<sup>12</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase) ค้นหาได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ 1) จากตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice triggers) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานทั้งจากด้านพยาบาลผู้ให้การดูแลด้านผู้ป่วย และด้านระบบการดูแล ค้นหาปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิก พยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องชาวด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา (clinical experience) และ 2) จากตัวกระตุ้นจากองค์ความรู้ (knowledge triggers) ค้นหาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา บทความ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทั้งจากตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากองค์ความรู้ (knowledge triggers) แบ่งออกเป็น 6 ประเด็น<sup>13-17</sup> ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมักเกิดอาการไม่สบายในช่องปากได้แก่ มีแผลในช่องปาก เยื่อช่องปากอักเสบ ริมฝีปากและน้ำลายแห้ง 2) รับประทานอาหารได้น้อยลงและมีการรับรสเปลี่ยนแปลง 3) อนุภาคการอักเสบลดลง มีปัญหาการเคี้ยวและกลืน 4) มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา ผิวหนังแห้งและลอกเป็นขุย 5) ขาดความรู้/มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง และ 6) แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณคอและศีรษะยังไม่ชัดเจน

2) การสืบหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase) เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องโดย

2.1) ตั้งคำถามตามหลัก PICO Framework เพื่อ



กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ มะเร็งศีรษะและคอ, ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา, การดูแลตนเองหลังการได้รับรังสีรักษา การพยาบาลรังสีรักษา, Radiation, Radiation nursing และ Self-care radiation

2.2) สืบค้นหลักฐานทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย และจากวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา บรรยายงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 24 เรื่อง

2.3) ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับใหม่ของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing; AACN) คือ ระดับ A การวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมหรือการสังเคราะห์อภิมานของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผลการศึกษาสอดคล้องกับกิจกรรม การจัดการกิจกรรม หรือการรักษา ระดับ B งานวิจัยเชิงทดลองที่มีทั้งการสุ่ม (randomized controlled trial) และไม่มีทั้งการสุ่ม กลุ่มทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี และมีผลการศึกษาสอดคล้องกับกิจกรรมการจัด

การกระทำหรือการรักษา ระดับ C งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative studies) งานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive studies) หรือการศึกษาความสัมพันธ์ (correlational studies) การทบทวนวรรณกรรมแบบ บูรณาการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มทดลองที่มีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ระดับ D มาตรฐานขององค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีการศึกษาทางคลินิกสนับสนุนคำแนะนำ ระดับ E ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่อ้างอิงบนพื้นฐานของทฤษฎีหรือการรายงานกรณีศึกษา และระดับ M คำแนะนำจากผู้ผลิตเท่านั้น พบงานรายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้สร้างนวัตกรรมได้จำนวน 9 เรื่องประกอบด้วยระดับ B และ C จำนวน 6 และ 3 เรื่อง (ตาราง 1)

2.4) สรุปประเด็นสำคัญในการดูแลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 13-19 ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา 2) การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน 3) การรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเหมาะสม 4) การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณที่ฉายรังสี และ 5) การดูแลผิวหนังบริเวณที่รับรังสีรักษา

**ตาราง 1** แสดงรายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์และระดับหลักฐาน

รายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับหลักฐาน
A randomized preventive rehabilitation trial in advanced head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy: feasibility, compliance, and short-term effects. <sup>6</sup>	ระดับ B
Randomized controlled trial comparing virgin coconut oil and salt and soda mouthwash versus salt and soda mouthwash alone in preventing grade 2 and above radiation-induced mucositis in patients with nasopharyngeal neoplasm. <sup>18</sup>	ระดับ B
ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลีวปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัด <sup>15</sup>	ระดับ B
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลีวปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือร่วมกับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก <sup>16</sup>	ระดับ B
ผลของการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด <sup>14</sup>	ระดับ B
ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีวิทยา <sup>13</sup>	ระดับ B
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา <sup>8</sup>	ระดับ C
Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. <sup>19</sup>	ระดับ C
Oral and dental management for head and neck cancer patients treated by chemotherapy and radiotherapy. <sup>16</sup>	ระดับ C

3) การพัฒนานวัตกรรม (evidence-observe phase) น้ำมันมะพร้าว (virgin coconut oil) เป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่มีสรรพคุณทางการแพทย์มากมาย ประกอบด้วยกรดฟีนอลิก (phenolic acid) และสารจำพวกฟลาโวนอยด์ (flavonoid) ออกฤทธิ์ยับยั้งการออกซิเดชัน (anti-oxidant) ลดการอักเสบ (inflammation) สารโมโนลอรีน (monolaurin) มีฤทธิ์ยับยั้งและต้านจุลินทรีย์ในช่องปาก วิตามินอีช่วยลดและต้านอนุมูลอิสระ ส่งเสริมการหายของแผลในช่องปาก โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไม่เกินระดับที่ 2 และมีแนวโน้มในการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบทั้งจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการได้รับรังสีรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้

นี้ น้ำมันมะพร้าวยังช่วยให้ริมฝีปากและเยื่อช่องปากมีความชุ่มชื้น สามารถลดและบรรเทาอาการริมฝีปากแห้งและน้ำลายแห้งได้เป็นอย่างดี<sup>16-17, 19</sup>

วิเคราะห์และตัดสินใจนำประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสังเคราะห์ร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิก แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลของพยาบาล ตามตัวอักษรย่อ “H-E-A-D” ได้แก่ การสอนและการให้ความรู้ (H: Health education) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (E: Experience exchange) การประเมินช่องปากและผิวหนัง (A: Assessment of oral and skin)<sup>13-15</sup> และการสาธิตย้อนกลับ (D: Demonstration)<sup>14, 16</sup> และ



ประเด็นเฉพาะสำหรับการดูแล ตามตัวอักษรย่อ “N-E-C-K” ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ (N: Nutrition)<sup>14</sup> การบริหารกรามและช่องปาก (E: Exercise) การดูแลสุขภาพของช่องปากและฟัน (C: Care of oral and mouth)<sup>13-14</sup> และการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา (K: Keeping of skin) เกิดเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 2) แฟ้มประกอบการสอนและการให้ข้อมูล 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย<sup>15</sup> 4) สิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และ 5) แอปพลิเคชันไลน์แอดสำหรับให้ความรู้

1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พัฒนาจากแผนการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร่วมกับการประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวในการกลั้วปาก<sup>15-16</sup> ครอบคลุมประเด็นเฉพาะสำหรับการดูแลตามตัวอักษรย่อ “N-E-C-K” และบทบาทของพยาบาล ตามตัวอักษรย่อ “H-E-A-D” ตั้งแต่ในระยะเวลาเริ่มต้นนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาก่อนการรับรังสีรักษา ระยะเวลาหลังการรับรังสีรักษา และระยะจำหน่ายกลับบ้าน ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสำหรับพยาบาล (ตาราง 2)

2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย และ 3) แฟ้มการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การเลือกชนิดของแปรงและยาสีฟัน<sup>13, 15</sup> การแปรงฟันด้วยวิธีมอดิไฟด์เบส (Modified base)<sup>13-14</sup> การบริหารกรามและช่องปาก การกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าว<sup>15-16</sup> การรับประทานอาหารที่เหมาะสม<sup>14</sup> การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา การบันทึกและการสังเกตอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล และการมาตรวจรักษาตามนัดเพื่อใช้ประกอบการสอน นอกจากนี้ยังมี QR code คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย และแฟ้มการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง สามารถเปิดผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สามารถลดการใช้กระดาษ และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล (ภาพที่ 1, 2 และ 3)

4) สิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ประดิษฐ์และพัฒนาจากสิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมิน

อาการปวด (Universal Circle Scale)<sup>11</sup> มีลักษณะเป็นแผ่นวงกลมวงบนฐาน เจาะรูตรงกลางสามารถหมุนรอบได้ ทำจากพลาสติกลูกฟูก (corrugated plastic) มีสีสันทนสวยงาม ชัดเจนและคงทน มีรูปและการแบ่งระดับความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงผิวหนังจากรังสีรักษา เป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยรูปและคำอธิบาย ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ ระดับ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ระดับ 1 ผิวหนังแดง แห้ง เป็นขุย คัน ระดับ 2 ผิวหนังลอก ค้ำ แดงเป็นแผล มีน้ำซีรั่มซึมเป็นบางจุด ระดับ 3 ผิวหนังแตกเป็นแผล และมีน้ำซีรั่มซึมมากและระดับ 4 มีเลือดออก เนื้อตาย ใช้เป็นสื่อประกอบการสอนและการประเมินระดับความรุนแรงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยและพยาบาล รวมถึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลที่เหมาะสมกับระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังต่อไป (ภาพที่ 4)

5) แอปพลิเคชันไลน์แอดสำหรับให้ความรู้ในปัจจุบัน สื่อโซเชียลมีเดีย มีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งความรู้ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น เช่นเดียวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยผ่านทางช่องทางไลน์แอดพลิเคชันจะเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้สามารถติดต่อได้เร็วขึ้น รวดเร็ว สามารถพูดคุยโต้ตอบ หรือสอบถามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย รวมการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (ภาพที่ 5)

4) การนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ (evidence-base phase) คณะผู้จัดทำได้นำผลงานนวัตกรรม ไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ และพยาบาลเฉพาะทางด้านรังสีรักษา จำนวน 3 ท่าน และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ให้การดูแล เพื่อประเมินความเป็นไปได้ต่อการนำนวัตกรรมไปใช้จริงในคลินิก

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษานี้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุดฯ เป็นกรอบแนวคิด นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 2) คู่มือการดูแล

ตนเองสำหรับผู้ป่วย 3) แพ้มีการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง  
 4) สิ่งประดิษฐ์วงล้อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง  
 และ 5) แอปพลิเคชันไลน์แอดสำหรับให้ความรู้ ผลจากการ  
 พัฒนานวัตกรรมจะก่อให้เกิดคุณค่าต่อการพยาบาลและ  
 ผลลัพธ์การดูแลที่ดีทั้ง 1) ด้านผู้ป่วย โดยภาวะแทรกซ้อนที่  
 เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษาได้รับจัดการและดูแลอย่าง  
 เหมาะสม ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นและเกิดความ  
 พึงพอใจ และ 2) ด้านพยาบาลผู้ดูแล เกิดระบบและแนวทาง  
 ในการดูแลผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาอย่างชัดเจน ครอบคลุมใน  
 ทุกระยะของการดูแล กระตุ้นหรือรื้อฟื้นต่อการแสวงหาหลักฐาน  
 เชิงประจักษ์เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนกับทีมพยาบาลที่ให้การ

ดูแล อย่างไรก็ตามควรมีการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการ  
 การดูแลผู้ป่วยจริง และควรมีการศึกษาในรูปแบบของวิจัย  
 เชิงพัฒนาเพื่อพัฒนานวัตกรรมนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม  
 2 และ 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์  
 ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม 2  
 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เป็นกำลังสำคัญในการสร้างสรรค์  
 นวัตกรรมการพยาบาลนี้จนสำเร็จ

ตาราง 2 แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

ประเด็นการดูแล	กิจกรรมการพยาบาล			
	ระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาล	ระยะก่อนการรับรังสีรักษา	ระยะหลังการรับรังสีรักษา	ระยะจำหน่ายกลับบ้าน
การพยาบาลทั่วไป (General nursing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจความพร้อมของโรงพยาบาล</li> <li>- ชักประวัติ และประเมินสัญญาณชีพ</li> <li>- สังเกตทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา</li> <li>- มอบคู่มือการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย</li> <li>- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ก่อนการรับรังสีรักษา (E)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายขั้นตอน และวิธีการรักษาด้วยรังสีรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการพักผ่อนหลักการได้รับรังสีรักษา (H)</li> <li>- แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล (H)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับความพร้อมก่อนกลับบ้าน</li> <li>- ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุน การมาตรวจตามนัด</li> <li>- ติดตามเยี่ยมเมื่อกลับบ้านผ่าน line @</li> </ul>
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ (N: Nutrition)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร</li> <li>- แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่อาหารประเภทโปรตีน อาหารที่ให้อาหารสูง (H)</li> <li>- แนะนำการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด แห้ง และเคี้ยวลำบาก (H)</li> <li>- แนะนำญาติในการจัดเตรียมอาหารที่ปรุงใหม่ สะอาด ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร (H)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกรเลือกรับประทานอาหาร</li> <li>- เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น</li> </ul>
การบริหารการและช่องปาก (E: Exercise)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะการกลืน</li> <li>- สอนและสาธิตย้อนกลับการบริหารช่องปากและกรามในท่าที่ 1-7 ทำละ 3 ครั้ง 3 ครั้งต่อวัน โดยใช้แฟ้มเป็นสื่อการสอน (H) (D)</li> <li>- เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการจัดเจ้าหน้าที่การบริหารการและช่องปาก รวมถึงกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนและสาธิตย้อนกลับการบริหารการและช่องปาก (D)</li> </ul>
การดูแลสุขภาพของช่องปากและฟัน (C: Care of oral and mouth)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสภาพช่องปาก และสอนการประเมินสภาพช่องปากด้วยตนเอง (A)</li> <li>- สอนการบันทึกข้อมูลลงในคู่มือ (H)</li> <li>- ประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะน้ำลายแห้ง (A)</li> <li>- ประเมินการเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟัน</li> <li>- สอนและสาธิตย้อนกลับการแปรงฟันด้วยวิธีมอดิฟายด์เบส (D)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลให้กลืนปากด้วยน้ำมันมะพร้าว 15-15 มิลลิลิตร วันละ 2 ครั้ง เช้าก่อนรับรังสีรักษาและก่อนนอนหลังรับรังสีรักษาต่อเนื่องกัน 5 วันในช่วงที่ได้รับรังสีรักษา</li> <li>- แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เมื่อมีภาวะช่องปากอักเสบในระดับต่างๆ โดยใช้แฟ้มเป็นสื่อการสอน (H)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนและสาธิตย้อนกลับการประเมินสภาพช่องปาก การแปรงฟันด้วยวิธีมอดิฟายด์เบส (D)</li> <li>- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกรดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน</li> <li>- แนะนำการกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่อเนื่องที่บ้าน (H)</li> </ul>
การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา (K: Keeping of skin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังหลังได้รับรังสีรักษา</li> <li>- แนะนำการดูแลตนเองเมื่อผิวหนังเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ โดยใช้แฟ้มและวอลเป็นสื่อ (H)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำให้ทำความสะอาดและดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาตามปกติ งดเว้นการใช้ครีมและ การถูสบู่ หลีกเลี่ยงการทาแป้ง ครีม ผลิตภัณฑ์ที่มีกลิ่นหอม บริเวณที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งอาจมีสารเคมีระคายเคือง (H)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกรดูแลผิวหนัง</li> <li>- แนะนำการดูแลผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา (H)</li> </ul>

หลักการสำคัญในการดูแลของพยาบาล : การสอนและการให้ความรู้ (H: Health education) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (E: Experience exchange) การประเมินช่องปากและผิวหนัง (A: Assessment of oral and skin) และการสาธิตย้อนกลับ (D: Demonstration)



ภาพที่ 1 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย



ภาพที่ 2 แผ่้มการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง



ภาพที่ 3 QR code คู่มือการดูแลตนเอง

 **คู้งสี่ (รักษา)**  
@vhv3369d



ภาพที่ 5 แอปพลิเคชันไลน์แอดสำหรับให้ความรู้



ภาพที่ 4 วงล้อสำหรับประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

## เอกสารอ้างอิง

1. Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 2018;14(1):16-22.
2. Wang Y, Wu L. Prospective radiotherapy for patients with oropharyngeal carcinoma. *The Lancet Oncology* 2017;18(8): e425.
3. De Felice F, Polimeni A, Valentini V, Brugnoletti O, Cassoni A, Greco A, et al. Radiotherapy controversies and prospective in head and neck cancer: a literature-based critical review. *Neoplasia* 2018;20(3):227-32.
4. De Sanctis V, Bossi P, Sanguineti G, Trippa F, Ferrari D, Bacigalupo A, et al. Mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: literature review and consensus statements. *Critical reviews in oncology/hematology* 2016;100: 147-66.
5. Ashraf M, Biswas J, Dam A, Bhowmick A, Jha JK, Sing V, Et al. Results of treatment of squamous cell carcinoma of maxillary sinus: a 26-year experience. *World Journal of Oncology* 2010; 1(1):28-34.
6. Van der Molen L, Van Rossum MA, Burkhead LM, Smeele LE, Rasch CRN, Hilgers FJM. A randomized preventive rehabilitation trial in advanced head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy: feasibility, compliance, and short-term effects. *Dysphagia* 2011;26(2):155-70.
7. Srimahasarakham College of Nursing. Report of group discussion for developing evidence-based nursing innovations for supporting and promoting necessary self-care for radiation patients. mahasarakham province; 2018. (in Thai)
8. Meejak A, Therawiwat M, Imamee N, Seeherunwong A. Relationship between perceived self-efficacy, social support, and self-care behavior of patients with the head and neck cancer receiving radiotherapy [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai)
9. Orem DE. *Nursing: concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
10. Krirkgulthorn T, Ratchawat P, Naraphong W. Utilization of evidence-based pedagogy towards graduate identity at Boromarajonani College of Nursing Saraburi. *EAU Heritage Journal* 2013; 7(2): 108-19.
11. Taiwong A, Tilakarayasrup S, Srichanchai J, Jantasin B, Relachati C, Kakarndee A, et al. Innovative development for the assessment and management of pain using the evidence based practice. *Mahasarakham Hospital Journal* 2018;15(1):167-75. (in Thai)
12. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinic of North America* 2000;35:301-09.
13. Duangkaew W, Petpichedchain W, Saesia W. Effects of supportive-educative nursing intervention on xerostomia and mucositis of patients with head and neck cancer receiving radiation. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2011; 3(3):1-16. (in Thai)



14. Ratchawong W, Chayaput P, Kimpee S. Impact of a self-management oral care program on stomatitis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy or radio-chemotherapy. Thai Journal of Nursing Council 2017;28(1):34-48. (in Thai)
15. Suwanpiwat A, Petpichetchian W, Maneewat K. The effect of the self-care program combining coconut oil pulling on oral mucositis in cancer patients receiving chemotherapy. Thai Journal of Nursing Council 2017;32(1):18-31. (in Thai)
16. Deklee N. Effect of oral self-care promoting program and virgin coconut oil pulling on oral mucositis in head and neck cancer patients receiving concurrent chemoradiotherapy [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University;2015. (in Thai)
17. Lorna KM. Dental management of head and neck cancer patients treated with radiotherapy and chemotherapy. Dental Update 2012;39:135-40.
18. Cruz MC. Randomized controlled trial comparing virgin coconut oil and salt and soda mouthwash versus salt and soda mouthwash alone in preventing grade 2 and above radiation-induced mucositis in patients with nasopharyngeal neoplasm (VCO-PRIM STUDY). International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 2014;90(1):179-80.
19. Deborah BM, Janet SF, Jumin P, Carlton GB, M. Elvira PC, June E, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer 2013;21:3165-77.



## บทความวิชาการ

# แนวทางการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Guidelines for internal auditing the collection of medical expenses, service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

อุไร ศรีทุมขันธ์\*

Urai Srithumkhant

### บทคัดย่อ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม บัญญัติให้รัฐต้องรักษาวินัยการเงินการคลังเพื่อให้ฐานะการเงินการคลังมีเสถียรภาพมั่นคงและยั่งยืน โดยกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกรอบการดำเนินงานการคลัง งบประมาณ วินัยรายได้ รายจ่าย ทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ การรับทรัพย์สิน เงินคงคลังและหนี้สาธารณะ<sup>1</sup> จึงกำหนดพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 การบัญชี การรายงาน และการตรวจสอบ มาตรา 79 ให้หน่วยงานของรัฐมีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด<sup>2</sup> และพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม<sup>3</sup> ระบบแรกก็คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลำดับต่อมาคือระบบประกันสังคมในการคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตน และกองทุนสุดท้ายเป็นกองทุนที่ให้การดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ หน่วยงานที่รับผิดชอบก็คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงอาจกล่าวได้ว่า “ไม่มีคนไทยคนใดไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้”<sup>4</sup> ดังนั้นสถานพยาบาลรัฐจึงมีระบบการจัดเก็บรายได้รายได้คำรักษาพยาบาลสอดคล้องกับระบบการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษาพยาบาล ลดขั้นตอนการดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** การตรวจสอบการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล

\*นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## บทนำ

การตรวจสอบภายในจึงเป็นเครื่องมือและกลไกที่สำคัญในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและระบบควบคุมภายในขององค์กร<sup>๑</sup> โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การตรวจสอบ บริหารจัดการ และการควบคุมของกระบวนการจุดที่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่เป็นปัจจุบัน เสี่ยงต่อถูกตรวจสอบและการคืนเงิน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้หน่วยบริการเกิดสถานะวิกฤตขาดสภาพคล่องทางการเงินต่อเนื่อง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีหน่วยบริการ โรงพยาบาลมากที่สุด มีบางแห่งไม่สามารถรู้ปัญหาที่แท้จริงว่าเกิดที่จุดใด จากการวิเคราะห์ข้างต้น ผู้เขียนจึงมีแนวคิดพัฒนาจัดทำแนวทางการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเนื้อหาจากประเด็นข้อตรวจพบที่สำคัญตลอดจนข้อเสนอแนะจากรายงานผลการตรวจสอบ เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมือใหม่และที่มีประสบการณ์น้อยไม่เคยตรวจสอบใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับหน่วยรับตรวจ สำหรับหน่วยรับตรวจเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงาน ผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง ก็สามารถนำแนวทางเล่มนี้ไปปรับปรุงพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน การตรวจสอบตลอดจนการบริหารจัดการด้านอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมกำกับหน่วยบริการตนเองให้มีประสิทธิผลประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีเนื้อหาในการจัดทำแนวปฏิบัติประกอบด้วย

1. วิธีการจัดทำ/แนวทางปฏิบัติ วางระบบกระบวนการควบคุมภายใน<sup>๒</sup> ด้านปฏิบัติงาน (Flow chart) การจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลครอบคลุมทุกกิจกรรมการบริรักษพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. วิธีการจัดทำ/แนวทางปฏิบัติ กระบวนการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บเงินคำรักษาพยาบาลกรณีการเบิกจ่ายตรงเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ตามสิทธิด้านสวัสดิการรักษพยาบาลแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการให้บริการสามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษพยาบาล

ข้าราชการ ระบบประกันสังคมในการคุ้มครองลูกจ้าง ผู้ประกันตน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้อง ทันเวลาตามเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางได้กำหนด

3. วิธีการจัดทำ/แนวทางปฏิบัติ กระบวนการสรุปค่าบริการรักษพยาบาล และการปิดการให้บริการสุดท้าย (Visit end) จากการใช้โปรแกรมบันทึกค่าบริการทางการแพทย์หน่วยบริการ เพื่อบันทึกตั้งลูกหนี้/รายได้คำรักษาพยาบาลตามมาตรฐานบัญชีภาครัฐ

4. วิธีการจัดทำ/แนวทางปฏิบัติ การรายงานผลการตรวจสอบตรวจสอบภายใน และรายงานทางการเงินที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานบัญชีภาครัฐและเกณฑ์ที่กำหนด<sup>๓</sup>

5. สรุปประเด็น ปัญหา/ข้อตรวจพบ จากการตรวจสอบและควบคุมภายในด้านการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ประเด็น/ข้อตรวจพบ

จากการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบประจำปี กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขของหน่วยรับตรวจโรงพยาบาลที่เกิดภาวะวิกฤตขาดสภาพคล่องทางการเงินวิกฤตการเงิน รวบรวมสรุปประเด็นข้อตรวจพบที่สำคัญตลอดจนข้อเสนอแนะจากรายงานผลการตรวจสอบ ดังนี้

1. ด้านระบบการควบคุมภายใน (Internal Control) หน่วยรับตรวจมีระบบการควบคุมภายในปฏิบัติไม่เป็นตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กำหนดด้านการดำเนินงาน ไม่ครบถ้วนทุกกิจกรรมและส่วนงานย่อย ศูนย์และคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ บัตรผู้ป่วยนอกไม่มีลายมือชื่อแพทย์สั่งรักษา เขียนไม่ชัดเจน ไม่มีใบสั่งยา หักผลการบันทึกรายการ/ราคาครบถ้วนเป็นปัจจุบัน เรียกเก็บคำรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน สิทธิไม่ตรงตามที่มีรับบริการ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart) ไม่ครบทุกกิจกรรม ดังภาพแผนผัง (รูป) ด้านการรายงานทางการเงินและรายงานที่ไม่ใช่ทางการเงิน ลำช้า การตรวจสอบด้านการปฏิบัติตาม

กฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บ รายได้ค่ารักษาพยาบาล ไม่ครบถ้วน ถูกตรวจสอบและ ชะลอหรือระงับการจ่ายจากกรมบัญชีกลางสาเหตุจากหลัก ฐานการเบิกจ่ายไม่เป็นตามกำหนด

## 2. ด้านกระบวนการงานวิธีการเรียกเก็บเงินค่ารักษา พยาบาล

2.1 การบันทึกการเกิด การเปลี่ยนสิทธิและการใช้ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล ไม่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

2.2 การบันทึกการให้บริการรักษาผู้ป่วยแต่เริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดการให้บริการ บันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ค่าบริการสาธารณสุขเพื่อ การเบิกจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์ โรค และอื่นๆ ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ และเมื่อผู้ป่วยรับ บริการจากสถานพยาบาลแล้วมีรายการค่าบริการ ทางการแพทย์ ค่ายาไม่เป็นตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ผู้มีสิทธิจะเบิกได้สูงสุดไม่เกิน อัตราที่กำหนด ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค และ อวัยวะเทียมรวมทั้งค่าซ่อมแซมไม่เป็นตามรายการที่กำหนด

2.3 การปฏิบัติด้านการใช้โปรแกรมบันทึกค่าใช้จ่าย จากการรักษา ไม่มีระบบการสำรองข้อมูลสำคัญ ไม่มีผู้รับผิดชอบการดูแลระบบ IT ผู้ตรวจสอบเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ปฏิบัติงานบันทึกข้อมูลการรักษายาพยาบาลล่าช้า ไม่ ครบถ้วน เมื่อให้บริการผู้ป่วยนอกสิ้นสุดแล้วไม่ปิดการให้ บริการสุดท้ายในระบบโปรแกรมการให้บริการ Visit end ส่งผลให้ข้อมูลการรักษาไม่ถูกสรุปและไม่ได้ส่งเรียกเก็บ ไม่ได้บันทึกบัญชีเป็นรายวันทำให้สูญเสียรายได้ที่พึงได้ จำนวนมาก

2.4 การบันทึกตั้งการรักษายาไม่มีระบบการตรวจสอบ การบันทึกการบริหารการรักษายาพยาบาลทำให้ พบว่าไม่ สัมพันธ์กับแพทย์สั่งการรักษา หักลดการ การจ่ายยา และ บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง การให้รหัสโรคไม่ ตรงกับการสรุปของแพทย์ สรุปหักลดการไม่สัมพันธ์กับ โรค ขาดการตรวจสอบข้อมูลการรักษา ค่าใช้จ่ายวัสดุ อุปกรณ์ คิดค่าบริการด้วยวิชาชีพ ไม่ครบถ้วน ไม่เป็น ปัจจุบัน ไม่ถูกต้องสอดคล้องกันระหว่างฐานข้อมูลใน โปรแกรมและใบสั่งยา แพ้มประวัติผู้ป่วยใน ใบสั่งยาไม่

พบคำสั่งแพทย์ และลายมือชื่อ ไม่ครบถ้วนของเจ้าหน้าที่ผู้ ทำการรักษาของวิชาชีพแพทย์ เกสซ์ และพยาบาล กรณีให้ บริการรักษาผู้ป่วยสิ้นสุดแล้ว ผู้ป่วยไม่รอรับยา แพทย์สั่ง แล้วไม่ได้ใช้วัสดุในการบริการ มีการคิดราคาโดยไม่ได้ให้ บริการจริง และไม่คืนยาเวชภัณฑ์มีไซยาและวัสดุเหลือใช้ หรือไม่ได้ใช้กับผู้ป่วยคืนคลังพัสดุ

2.5 ส่งเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขเพื่อการเบิก จ่ายล่าช้าเกินกำหนด (โดยให้ยื่นเบิกได้ภายใน 1 ปี นับถัด จากวันที่ปรากฏในหลักฐานการรับเงินของสถานพยาบาล) เบิกจ่ายเงินผู้ป่วยใน โดยระบบ DRG ไม่เป็นตามกำหนด การเบิกจ่ายตรงค่ารถ REFER ค่าห้อง และค่าอาหาร ไม่ เป็นตามกำหนด การเบิกค่ารักษา (กรณี พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535) ทำให้หน่วยรับตรวจสูญเสีย รายได้ไม่สามารถเรียกชดเชยจากที่ใดได้อีก

2.6 บุคลากรผู้รับผิดชอบหลัก ไม่มีความรู้ทางด้าน วิชาชีพสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องด้านการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล ไม่มีความเข้าใจขาดประสบการณ์และ เครื่องมือการศึกษา ผู้บริหารขาดข้อมูลความเสี่ยงที่แท้จริง ประกอบการปรับปรุงบริหารความเสี่ยงตรงจุด ฝ่ายที่ เกี่ยวข้องไม่สนับสนุนกิจกรรมการบันทึกข้อมูลให้มีความ ครบถ้วนสมบูรณ์ ขาดการตรวจสอบจากผู้มีความรู้ทาง วิชาชีพด้านสาธารณสุข ก่อนส่งเรียกชดเชยค่ารักษา พยาบาล ทำให้สูญเสียรายได้ที่พึงได้

3. ด้านการตรวจสอบและรายงานทางการเงินที่ เกี่ยวข้อง รายงานทางบัญชีมีข้อมูลคลาดเคลื่อน สาเหตุจาก สรุปรายงานค่ารักษาพยาบาลล่าช้า ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ฝ่ายจัดเก็บรายได้ส่งข้อมูลให้ฝ่ายบัญชีตั้งลูกหนี้ ค่ารักษา พยาบาลล่าช้า ขาดการตรวจสอบระหว่างกัน ไม่จัดทำ ทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายตัว ไม่ระบอบายลูก หนี้ มีลูกหนี้ค้างนาน โดยไม่สามารถพิสูจน์ความมีตัวตน ได้ ขาดการตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้คงเหลือจากฝ่าย ที่ เกี่ยวข้องและขาดการสอบทานยืนยันยอดลูกหนี้กับ กองทุนต่างๆ ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ยอดลูกหนี้คงเหลือใน รายงานทางการเงินคลาดเคลื่อนจากความจริง ส่งผลให้นำไป ใช้วิเคราะห์ทางการเงินคลาดเคลื่อนตาม



## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารกำหนดนโยบายให้การปฏิบัติงานทุกส่วนงานย่อยมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลครบถ้วนทั้งกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการตรวจสอบระบบการควบคุมภายในด้านการดำเนินงาน (Operations Objectives) เกี่ยวกับการดำเนินงานตามภารกิจมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ประหยัด รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงาน ด้านการเงิน การใช้ทรัพยากร การดูแลทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากการผิดพลาด ความเสียหาย ความสูญเปล่า ตลอดจนการรั่วไหลของทรัพย์สิน ด้านการรายงาน (Reporting Objectives) เกี่ยวกับรายงานทางการเงินและรายงานที่ไม่ใช่ทางการเงิน ใช้จ่ายภายในและภายนอกหน่วยงาน รายงานที่เชื่อถือได้ ทันเวลา โปร่งใส ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ (Compliance Objectives) การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล ระบบการควบคุมภายใน การจัดเก็บรายได้ ทุกกิจกรรมและทุกส่วนงานย่อย มีผังการปฏิบัติงาน (Flow chart) ที่ยอมรับกันทุกฝ่าย

2. มีระบบแจ้งจุดอ่อนของการปฏิบัติงานโดยไม่คิดว่าเป็นข้อบกพร่องในงานที่รับผิดชอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้อันอย่างสม่ำเสมอในรูปแบบศูนย์การเรียกเก็บ คณะกรรมการและรายงานหัวหน้าหน่วยงานเป็นปกติ คณะกรรมการต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านวิชาชีพสาธารณสุขครบทุกด้าน กลุ่มแพทย์ เภสัชกร และการพยาบาล

3. มอบหมายผู้รับผิดชอบด้านโปรแกรมการบันทึกการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลระบบ ผู้ตรวจสอบและผู้ใช้งานเป็นลายลักษณ์อักษร มีการตรวจสอบเป็นปัจจุบัน และสรุปรายงานให้ฝ่ายเรียกเก็บและฝ่ายบัญชีให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา บันทึกข้อมูลลูกหนี้/รายได้คำรักษาพยาบาลสิ้นวันทำการให้มีการตรวจสอบ

4. ให้มีระบบการควบคุมและการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล รายงานประเด็นตรวจพบและข้อเสนอแนะ รวมทั้งรายงานหัวหน้าหน่วยงานเพื่อสั่งการและทบทวนกระบวนการงานให้เหมาะสมกับองค์กรอยู่เสมอ

คนให้เหมาะสมงาน (Put the right man on the right job)  
จึงจะบรรลุผลสำเร็จมีประสิทธิภาพ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มือใหม่ ผู้ตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด สามารถนำไปศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัด

2. ผู้รับผิดชอบการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหาร ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถเป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการปฏิบัติงาน และควบคุมกำกับจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลให้ครบถ้วนทันเวลา มีความถูกต้อง เป็นไปตามนโยบายและระเบียบที่กำหนด

3. หน่วยบริการสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเพิ่มรายได้และลดความเสี่ยงเกิดจากกระบวนการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล เป็นช่องทางเสริมสภาพคล่องทางการเงิน และพัฒนาวิธีการปฏิบัติงาน วางแผนการควบคุม ให้การจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน และสร้างความเชื่อมั่นต่อข้อมูลบัญชีสามารถตรวจสอบความมีตัวตนลูกหนี้คำรักษาพยาบาลรายได้ ได้ มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง เพิ่มมูลค่าให้จัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาลมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเสริมสภาพคล่องทางการเงินในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## เอกสารอ้างอิง

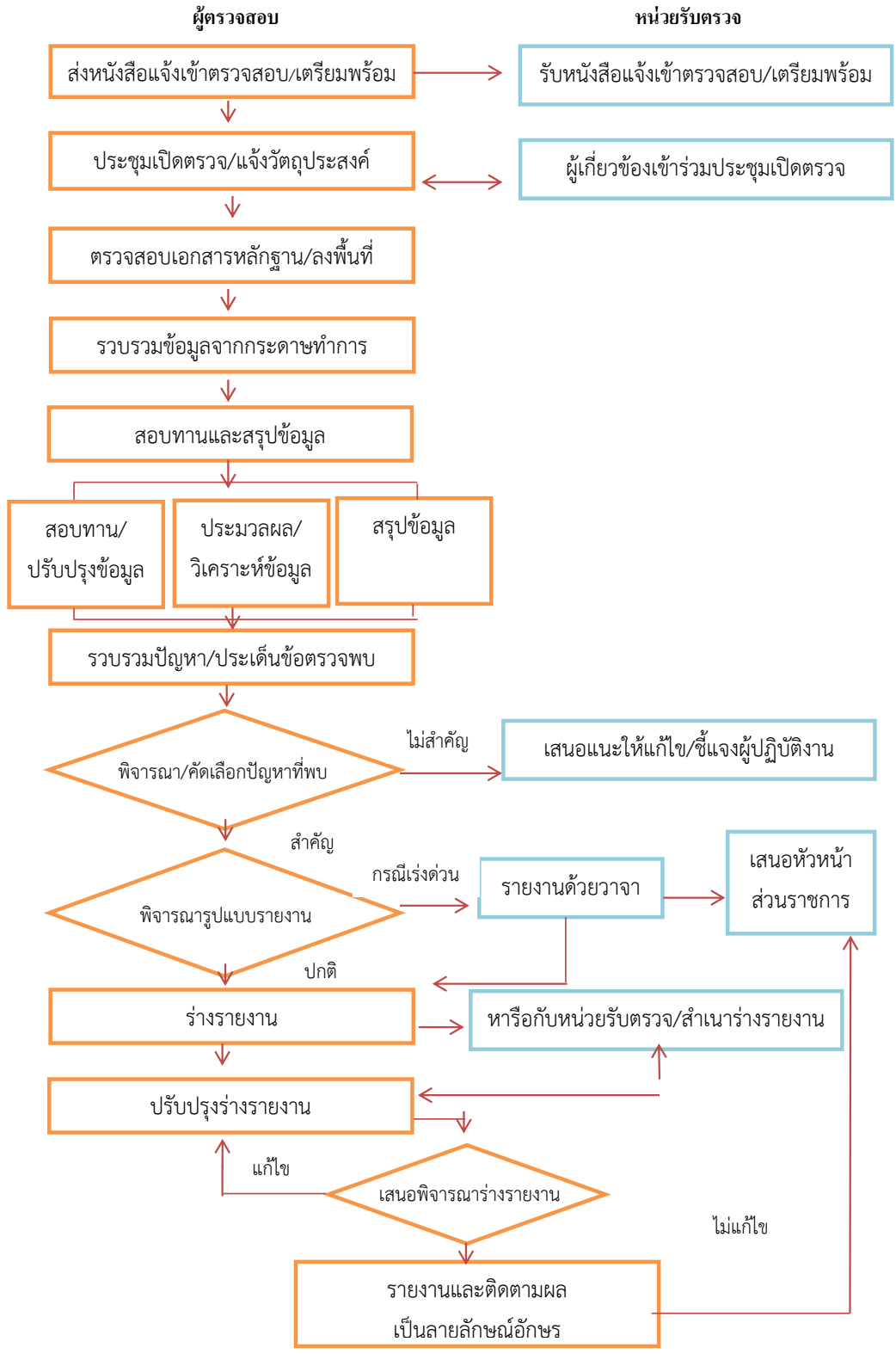
1. กระทรวงการคลัง. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561.
2. พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 (2559, 19 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135: ตอนที่ 37 ก, 1 – 22.



3. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 (2553, 24 มีนาคม). ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร., ปีที่ 65 ในราชการปัจจุบัน
4. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 (2555, 2 พฤศจิกายน). ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร., ปีที่ 67 ในราชการปัจจุบัน
5. กรมบัญชีกลาง. แนวปฏิบัติการตรวจสอบภายในภาครัฐการ. 2546.
6. ระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2546.
7. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการบัญชีภาครัฐสำหรับส่วนราชการ. 2558.



### แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล





## บทความวิชาการ

# แนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

## Guidelines auditing the spending of the national health Insurance Coverage According to the notification of the Ministry of Public Health

อุไร ศรีทุมขันธ์\*

Urai Srithumkhant

### บทคัดย่อ

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษา และรายงานการใช้จ่ายเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ ให้เป็นไปตามระเบียบกำหนด<sup>1</sup> การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง (Compliance Audit) เป็นเครื่องมือ ช่วยฝ่ายบริหารติดตามว่า ได้ปฏิบัติเป็นไปตามข้อกำหนด เพียงใด มีกระบวนการป้องกันหรือระบบการควบคุมด้วยการตรวจพบจุดอ่อนที่ทันกาล แก้ไขได้ทันที ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่เป็นจำนวนมาก ได้รับงบประมาณหลักมาจากงบประมาณที่ได้รับจัดประจำปี และเงินนอกงบประมาณที่ได้จากการดำเนินงานที่ได้รับอนุญาตไม่ต้องนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน รับเป็นรายได้เงินบำรุงสถานบริการ<sup>3</sup> ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ละปีงบประมาณ เมื่อรับเงินมาที่หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติแนวเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขจึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงินรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 ดังนั้นการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง (Compliance Audit) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ มีเอกสารหลักฐานประกอบการจ่ายเงินถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ไว้ให้ตรวจสอบ ผู้เขียนจึงได้จัดทำแนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้ตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด สำหรับหน่วยรับตรวจ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านการใช้จ่ายการเงิน การบัญชี และผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามกำหนด

**คำสำคัญ :** การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินประกันสุขภาพแห่งชาติ Auditing the spending money of national health Insurance Coverage.

\*นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## บทนำ

การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง (Compliance Audit) เป็นเครื่องมือ ช่วยฝ่ายบริหารติดตามว่าได้ปฏิบัติเป็นไปตามข้อกำหนด มีกระบวนการป้องกัน/ลดข้อผิดพลาดหรือระบบการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพจากระบบผลการตรวจสอบที่ผู้เขียนได้พบมา หน่วยรับตรวจมีประเด็น ข้อตรวจพบ/ข้อสังเกต เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามระเบียบกำหนดในการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีแนวคิดสร้างแนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขขึ้น ซึ่งได้รวบรวมประเด็นข้อตรวจพบที่เป็นสาระสำคัญเกิดขึ้นบ่อยครั้งและข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือแนวทางการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในตามกฎหมายระเบียบกำหนดและที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารได้นำผลผลิตของงานตรวจสอบภายใน ไปใช้ในการบริหารจัดการควบคุม ป้องกัน/ควบคุมลดความเสี่ยงข้อผิดพลาดของการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานนำไปปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. แนวทางการตรวจสอบตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559

- ด้านการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ด้านการรับเงินเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ด้านการจ่ายเงินและรายการของค่าใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ด้านการรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. แนวทางการตรวจสอบรายงานเงินบำรุงของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของ

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561, ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2561, ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังในหน้าที่ของอำเภอและกิ่งอำเภอ พ.ศ. 2520

3. แนวทางการตรวจสอบบัญชีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการตามนโยบาย/คู่มือการบัญชีภาครัฐ

## ประเด็น/ข้อตรวจพบ

1. การมอบหมายผู้ปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่ง/ระเบียบไม่เป็นปัจจุบันและไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร คำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบด้านหลักประกันสุขภาพ การรับเงินจ่ายเงิน จัดทำทะเบียนและรายงาน ไม่มีคำสั่งหรือมีไม่ปัจจุบัน มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart) ไม่ครบทุกกิจกรรม

2. การรับเงินออกใบเสร็จรับเงินล่าช้าและไม่รับเข้าบัญชีเงินบำรุงหน่วยบริการ

3. ไม่มีกรณารายงานการดำเนินงานและการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อหัวหน้าหน่วยงานและไม่จัดทำทะเบียน

4. การใช้จ่ายเงินไม่เป็นตามวัตถุประสงค์ มีการจ่ายก่อนอนุมัติ ไม่ได้ขอขยายเวลากรณีดำเนินการไม่ทันตามกำหนด และไม่รายงานหัวหน้าหน่วยงานทราบ

5. เอกสารหลักฐานการเบิกจ่าย ไม่ถูกต้องครบถ้วนและจัดทำทะเบียนคุมใบสำคัญการจ่ายไว้ตรวจสอบ

6. เมื่อสิ้นเวลาการรับจ่ายเงินไม่มีการตรวจสอบและไม่มอบหมายให้ผู้ตรวจสอบรายงานการ ใช้จ่ายเงิน ที่บันทึกในระบบบัญชีกับหลักฐานการรับจ่ายในวันนั้น

7. การเก็บรักษาเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกินกว่าที่ระเบียบกำหนด การดำเนินการเสร็จแล้ว มีเงินเหลือไม่ดำเนินการส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือรับเป็นรายได้ของหน่วยบริการ

8. การจัดทำบัญชี/ทะเบียนคุม ไม่ถูกต้องครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบันและขาดการตรวจสอบข้อมูลทางบัญชี

9. การรายงานผลการดำเนินงาน ไม่จัดทำทุกเดือน รวม

ทั้งไม่รายงานการรับจ่ายเงินบำรุงเสนอหัวหน้าหน่วยงาน และไม่ส่งสำเนารายงานประจำเดือนมีนาคมและกันยายน ส่งกรมบัญชีกลางหรือสำนักงานประมาณทราบภายในวันสิ้นเดือนถัดไปตามระเบียบกำหนด

### ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีระบบการควบคุมภายใน มีคำสั่งมอบหมาย ผู้รับผิดชอบและผู้ตรวจสอบเป็นปัจจุบัน มีระบบควบคุม กำกับและการตรวจสอบภายใน ให้การใช้จ่ายเงินถูกต้อง ตามวัตถุประสงค์ของเงินตามระเบียบกำหนด เขียนผังการ ปฏิบัติงาน (Flow chart) ครบทุกกิจกรรม

2. ผู้รับผิดชอบด้านการใช้จ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บ รักษาเงิน การบัญชี และผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบ ควรหมั่นศึกษาค้นคว้า กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง และได้รับการฝึกอบรม สัมมนา เกี่ยวกับ กฎหมายระเบียบ ฯลฯ อย่างต่อเนื่อง

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือพัฒนาจากการที่มีการตรวจสอบภายใน หรือผู้ตรวจสอบภายในจังหวัด (สังกัดกระทรวงมหาดไทย) หรือผู้ตรวจสอบภายในนอกเข้ามาตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงการปฏิบัติให้ถูกต้อง

4. ให้มีการตรวจสอบข้อมูลระหว่างกันของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบรายงานทางการเงินและบัญชีจัดทำทะเบียนคุมและรายงานหัวหน้าหน่วยงานทันเวลาตามกำหนด หากพบข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อน แก้ไขให้ทันเวลา และรายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานเพื่อทราบและพิจารณาสั่งการ และกำกับให้ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด

5. ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณ ให้เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบและผู้ตรวจสอบภายในหน่วยงาน สามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎข้อบังคับ และระเบียบ คำสั่งของภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

2. สามารถใช้เป็นคู่มือการปฏิบัติงานให้กับผู้ปฏิบัติ

งานการเงิน งานการบัญชี งานประกันสุขภาพและงานอื่นที่เกี่ยวข้องของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้

3. ฝ่ายบริหารใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยติดตามการดำเนินงานว่าได้ปฏิบัติเป็นไปตามข้อกำหนด ช่วยป้องกัน/ควบคุมลดความเสี่ยงข้อผิดพลาดของการปฏิบัติงาน

4. สร้างความเชื่อมั่นและผู้บริหารได้นำผลผลิตของงานตรวจสอบภายในไปใช้ในการบริหารงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.ตามประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559 (2559, 12 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 : ตอนพิเศษ 223 ง, หน้า 22 - 31.
2. พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 (2559, 19 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา.เล่มที่ 135: ตอนที่ 37 ก, หน้า 1 – 22.
3. กระทรวงสาธารณสุข.ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 (2561, 29 มกราคม).
4. กระทรวงการคลัง.ระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551 (2551, 7 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 124: ตอนพิเศษ 50 ง, หน้า 1 – 23.
5. กระทรวงการคลัง.หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561.
6. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการบัญชีภาครัฐสำหรับส่วนราชการ พ.ศ. 2558. (2558, 3 สิงหาคม)



## กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for Acute Myeloblastic Leukemia receiving Chemotherapy

: 2 case studies

ปัทมา เพชรไพรินทร์<sup>\*</sup>, พยบ.

Patama Petpirin, BNS.

### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา** โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต การรักษาที่สำคัญคือการได้รับยาเคมีบำบัด และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานและอาจถึงเสียชีวิตได้

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

**วิธีการศึกษา** ศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยการพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**ผลการศึกษา** กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทยอายุ 15 ปี ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 39 ปี ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ระยะแรก ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเหนี่ยวนำให้โรคสงบ (Induction treatment) หลังได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นคือมีภาวะไขกระดูกถูกกดทำให้มีภาวะซีด เม็ดเลือดขาวต่ำและเกล็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยรายที่ 2 มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) มีท้องร่วง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม พร้อมทั้งได้รับการแก้ไขภาวะต่างอย่างรวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิต

**สรุป** การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์เพื่อรับยาเคมีบำบัด การประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด และลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญการเป็นพิเศษและมีแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ** : การพยาบาล มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ยาเคมีบำบัด

<sup>\*</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

## ABSTRACT

**Background :** Acute Myeloid Leukemia is a critical threat of human. The most important for treatment by using chemotherapy that may cause complications effected with patient stay longer in the hospital and might be death.

**Objectives :** The study is comparative study of two patients with acute myeloid leukemia.

**Methodology :** The study of specific two patients with acute myeloid leukemia who receiving chemotherapy in Khon Kaen Hospital. Collecting data from patient history, medical treatment, medical record, patient and family. Nursing Diagnostic by using health model of 11 Gordon's. Nursing implementation follow nursing diagnosis, evaluation and evaluation nursing outcome.

**Case studies :** The first case Thai female was 15 years old. The second case Thai female was 39 years old who had diagnosis of Acute Myeloblastic Leukemia in the first stage for induction treatment with complications of bone marrow compression, anemia, low white blood cell, low platelet count, The second case has febrile neutropenia and acute diarrhea after receiving Chemotherapy. Providing Holistic care for patients to resolve severe complication and mortality.

**Results :** Providing chemotherapy with rapid assessment including effective of nursing care for acute myeloid leukemia to reduce severe complication and mortality rate due to nursing knowledge with specialized nursing skill follow standardized nursing practice for effective of nursing care.

**Keywords :** Nursing care, Acute myeloid Leukemia (AML), Chemotherapy

### บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันเกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็งขึ้นอย่างรวดเร็วในไขกระดูกและเลือด เซลล์มะเร็งเหล่านี้จะแทนที่และยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ซึ่งสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดตามปกติ อุบัติการณ์ของโรคเกิด 2 -3 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาพบอุบัติการณ์ที่แน่นอน แต่พบว่ามียุทธการเพิ่ม 10 เท่า ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup> จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2558 - 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ จำนวน 129, 105 และ 118 รายตามลำดับ<sup>2</sup> สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งยังไม่แน่ชัด แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พันธุกรรม สารเคมี สารรังสี บุหรี่และยาเคมี

บำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชืด เหนื่อยง่าย มีเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ มีไข้และการติดเชื้อ มีตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลืองโต อีกทั้งพบปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมและสารเกลือแร่ในเลือด เช่น Hyperuricemia Hyperkalemia Hypokalemia เป็นต้น<sup>3</sup> รวมถึงมีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ สังคม มีความวิตกกังวลหรือกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกกลับมาทำงานได้ตามปกติ และการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น<sup>4</sup> ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ชืด ปากเป็นแผล เลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำมีการติดเชื้อเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งปัญหาสำคัญนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ฉะนั้นการควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะ



ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระณีศึกษากการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย 2 ราย

**วิธีการศึกษา** กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด มัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงเดือน ตุลาคม 2560 ถึง มกราคม 2561 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล ของโรงพยาบาลขอนแก่น หลังจากนั้นนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของ กรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้**

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 15 ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง1 โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2560 เวลา 09.00 น. มาโดยเปลื้อง ให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมา มีอาการชืด เหนื่อยง่าย 1 เดือนก่อนมา มีไข้ต่ำตอนกลางคืน ไอแห้งๆ กินได้น้อย 1 สัปดาห์ก่อนมา มีไข้สูง ชืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 9 กิโลกรัมภายใน 2 เดือน ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป ตรวจพบเม็ดเลือดขาวผิดปกติ จึงส่งต่อมา แรกรับรู้สึกตัวดี มีไข้ ชืด เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส

สัญญาณชีพชัดเจนดี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloblastic leukemia) ร่วมกับการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 gm. ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ได้รับเม็ดเลือดแดง(PRC)และเกล็ดเลือดเข้มข้นทางหลอดเลือดดำ หลังการติดเชื้อดีขึ้น ผู้ป่วยพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Induction treatment ดูแลก่อน ขณะและหลังให้ยาเคมีบำบัดโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พยาบาลบริหารยาเคมีบำบัดตามหลัก การให้ยา หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการไข้กระตุกถูกกด พบมีอาการชืด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ มีเบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย พยาบาลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะไข้ ติดเชื้อ ภาวะSeptic shock เยื่อช่องปากอักเสบ เป็นต้น หลังจากนั้นอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ แต่ยังมีภาวะไขกระดูกถูกกด ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านและการมาตรวจตามนัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลการรักษา รวมวันนอนรักษา 32 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 39 ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง1 โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2560 เวลา 21.56 น. มาโดยเปลื้อง ให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อนมา มีไข้สูง หนาวสั่น ไอแห้งๆ เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีประจำเดือนออกมาก ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้ยาฉืดแล้วให้กลับบ้าน 3 วันก่อนมา ยังมีไอแห้งๆ และเจ็บคอ วันนี้มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมาก เป็นลม 1 ครั้ง ไปโรงพยาบาลชุมชน ตรวจพบเม็ดเลือดขาวผิดปกติ จึงส่งต่อมา แรกรับรู้สึกตัวดี มีไข้ต่ำๆ ผิวชืดมาก เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส สัญญาณชีพชัดเจนดี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloblastic leukemia) และติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แพทย์ได้ให้การรักษาโดยให้ ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 gm.ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ให้เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดเข้มข้นทางหลอดเลือดดำ

เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Induction treatment การดูแลก่อน ขณะและหลังให้ยาเคมีบำบัดโดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ยาบาลบริหารยาเคมีบำบัดตามหลักการให้ยา หลังได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น พบว่ามีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) มีภาวะไขกระดูกถูกกด พบมีอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย

พยาบาลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะติดเชื้อที่ระบบต่างๆ ภาวะSeptic shock เยื่อช่องปากอักเสบ เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดเข้มข้นทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน การเสริมพลังอำนาจ และการมาตรวจตามนัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจอีก 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลการรักษา รวมวันนอนรักษา 33 วัน

### ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา /สารต่างๆ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคเลือด โรคมะเร็งในครอบครัว	บิดา และมารดามีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
แผนการรักษาของแพทย์	ได้รับยาเคมีบำบัด Induction treatment ได้แก่ 3+7 regimen ประกอบด้วย ยา Doxorubicin (Idarubicin) ให้ 3 วัน ร่วมกับ Cytarabine (Ara-C) ให้ 7 วัน	ได้รับยาเคมีบำบัด Induction treatment ได้แก่ 3+7 regimen ประกอบด้วยยา Doxorubicin (Idarubicin) ให้ 3 วัน ร่วมกับ Cytarabine (Ara-C) ให้ 7 วัน
ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาขณะได้รับยาเคมีบำบัด	มีภาวะไขกระดูกถูกกด พบมีอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ คลื่นไส้ เบื่ออาหารและผมร่วน	มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) มีภาวะไขกระดูกถูกกด พบมีอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ มีท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหารและผมร่วน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ	WBC 70,800 cell/cu. mm. Hemo- globin 5.4 g/dL	WBC 33,700 cell/cu. mm. Hemoglobin 6.7 g/dL
พบค่า	Hematocrit 16.3% Platelet count 26,000 cell/cu. mm. Blast cell 41 %	Hematocrit 24.2% Platelet count 26,000 cell/cu. mm. Blast cell 53.7 %
ค่า Chemistry พบค่า	Cretinin = 0.61 mg/dL Uric acid = 4.0 mg/dL	Cretinin = 0.62 mg/dL Uric acid = 4.1 mg/dL



### ตารางต่อ ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ	อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร = 95 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ = 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/75 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร = 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ = 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101 / 70 มิลลิเมตรปรอท
ระยะเวลาอยู่รักษา	32 วัน	33 วัน

### ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
1.ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ</li> <li>2. ผู้ป่วยมีภาวะชืดและเหนียว อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ</li> <li>3. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร</li> <li>4. ผู้ป่วยและญาติ มีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย</li> <li>4. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ</li> <li>2. ผู้ป่วยมีภาวะชืด เหนียว อ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ</li> <li>3. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้และเบื่ออาหาร</li> <li>4. ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย</li> <li>5. ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด</li> </ol>
2.ระยะให้ยาเคมีบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะชืด เหนียวอ่อนเพลีย เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าค่าปกติ</li> <li>2. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) จากยาเคมีบำบัด</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ</li> <li>4. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ และเบื่ออาหาร จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) จากยาเคมีบำบัด</li> <li>2. มีภาวะชืด เหนียวอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ</li> <li>3. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ</li> <li>4. มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอและเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในเลือด เนื่องจาก มีอาการท้องร่วง คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร</li> </ol>

**ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์**

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Tumor Lysis syndrome) และไตวายเฉียบพลัน	5. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Tumor Lysis syndrome) และไตวายเฉียบพลัน
	6. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด	6. มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณได้รับยาอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด
3. ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่าย	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 2. วิดกกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีผมร่วง 3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด 2. วิดกกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมีผมร่วง 3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

**การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด**

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

**1. ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด**

การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพึงรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ จึงมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปลอดภัยอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.2 ดูแลและแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย โปรตีนสูง มีสารอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง เน้นการรับประทานอาหารที่มีเชื้อ

แบคทีเรียต่ำ (Low- bacterial diet) ได้แก่ อาหารที่ถูกสุก อนามัยปรุงสุก ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ผักดิบ

1.3 ดูแลและแนะนำการป้องกันการติดเชื้อ โดยการทำความสะอาดของร่างกาย ซ่องปาก และล้างมือบ่อยๆ มีการแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

1.4 ผู้ป่วยมีภาวะชืด อ่อนเพลีย ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ระมัดระวังป้องกันการพลัดตก หกล้ม

1.5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลสภาพร่างกายให้เหมาะสม พร้อมรับยาเคมีบำบัด และป้องกันการตกตะกอนของกรดยูริกในไต ป้องกันเกิดภาวะไตวาย โดยการดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การรับประทานยา Allopurinol พร้อมทั้งมีการประเมินโดยการตวงปริมาณน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย (Intake - Output) ทุก 8 ชั่วโมง

1.6 การประเมินการทำงานของหัวใจ โดยการทำให้ EKG เนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัด (Doxorubicin) ที่มีผลต่อหัวใจ

1.7 ประเมินการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ โดยติดตามค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าผลการ



ตรวจอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ เช่น ตรวจ CBC พบ ANC > 1500 cell/cu mm<sup>3</sup> สมรรถนะของไต พบ Creatinine < 1.5 mg /dL เป็นต้น เนื่องจากยาเคมีบำบัดถูกขับออกจากร่างกายทางตับและไต เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากยาเคมีบำบัด

1.8 การประเมินภาวะไข้ และอาการเปลี่ยนแปลง เช่น หายใจเร็ว หอบ ซึมลง เป็นต้น หากพบต้องรีบรายงานแพทย์และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาทันที

1.9 ผู้ป่วยและญาติ มีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเมเร็ง กลัวรักษาไม่หาย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ มีการให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการรักษา ระยะเวลาการรักษา ผลดีและผลเสียของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้รับรู้ถึงสิ่งที่จะต้องประสบล่วงหน้า เพื่อลดกลัวและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปได้

1.10 ผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด มีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล รายกลุ่มและการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมทั้งให้สมุดประจำตัว มีการเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

2. ระยะเวลาให้ยาเคมีบำบัด การบริหารยาต้องทำอย่างระมัดระวัง มีการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว พร้อมให้การบำบัดแก้ไขปัญหาลูกเห็บ ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การบริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอนโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (Infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงตามแผนการรักษา

2.1 ดูแลให้ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย โดยตรวจก่อนให้ยาว่าบริเวณที่แทงเข็มว่ามีอาการบวม แดงร้อนหรือไม่ ถ้าพบต้องแทงเข็มใหม่ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยให้สารน้ำมาก่อน ขณะให้ยาไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนบ่อยๆ เพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด เพราะการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือด ทำให้เกิดการอักเสบของ

เนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างรุนแรง อาจเกิดเป็นแผลเรื้อรังและมีเนื้อตายได้ มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาทีขณะให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และประเมินบริเวณที่ให้ยาว่ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่

2.2 ผู้ป่วยอาจมีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) ได้ ประกอบกับการวินิจฉัยการติดเชื้อทำได้ยาก เนื่องจากอาการบ่งชี้ไม่ชัดเจน ทำให้การดำเนินโรค เข้าสู่ภาวะช็อคและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การป้องกันการติดเชื้อจึงสำคัญมาก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเชื้อแบคทีเรียต่ำ (low-bacterial diet) ดูแลทำความสะอาดของช่องปาก เน้นให้ล้างมือบ่อยๆ มีการแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยติดเชื้อ ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ร่วมกับมีการประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีวัดอุณหภูมิทางรักแร้ได้เท่ากับ 38 องศาเซลเซียส จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง หรืออุณหภูมิ มากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ควรรายงานแพทย์ทันที และรีบให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (septic shock) เช่น ตัวเย็น ซึมลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

2.3 การป้องกันการเกิดเยื่อปากอักเสบ โดยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย จิบน้ำเย็นบ่อยๆ บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ได้แก่ อาการปวดแสบ ปวดร้อน ริมฝีปากแห้ง หากเกิดเยื่อปากอักเสบ ควรดการประพรม บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมยาชา (xylocaine) เพื่อลดความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้และทำความสะอาดปากได้ดีขึ้น

2.4 การดูแลป้องกันอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ใช้น้ำเกลือบ้วนปากบ่อยๆ ทุก 2 - 4 ชั่วโมง รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง และดูแลให้ยาแก้อาเจียน (Ondanzetron) ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาทีและให้ยาต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมงเพื่อควบคุมอาการ

2.5 มีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ดูแลให้ใช้น้ำเกลือบัวปากทุก 2-4 ชั่วโมง แทนการแปรงฟัน ไม่แคะจมูก ระวังการพลัดตกหกล้ม ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวัง (Platelet concentrate) ตามมาตรฐานการให้เลือด และสังเกตอาการผิดปกติ

2.6 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Tumor Lysis syndrome) และไตวายเฉียบพลัน การป้องกันโดยการดูแลให้ไตสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ดูแลให้ได้รับยาลดระดับกรดยูริก(ยาAllopurinol) มีการเฝ้าระวังภาวะเมตาบอลิกที่ผิดปกติ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขทันที

2.7 จัดเตรียมชุด Spill kit สำหรับกำจัดขยะจากเคมีบำบัดที่อาจหกหรือขดยาแตก ขณะบริหารยาเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง

3. ระยะเวลาหลังให้ยาเคมีบำบัดและจำหน่ายควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันกลับบ้าน โดยพยาบาลได้ทบทวนข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลให้คำแนะนำการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านพร้อมให้สมุดประจำตัวส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการรักษา การเสริมพลังอำนาจ รวมถึงการเข้ากลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความสามารถ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม มีความเข้าใจแนวทางการรักษา และมีกำลังใจพร้อมที่จะมารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา

3.2 ประเมินด้านจิตใจ จิตสังคม พร้อมให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้

3.2 แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ คลื่นไส้อาเจียนมาก ท้องผูก ท้องเสีย ปากเป็นแผล เจ็บคอ เป็นต้น

### สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเหมือนกัน แต่

มีความแตกต่างกันวัย สภาพของโรคและร่างกาย ความสำเร็จของการรักษาโรคนี้นขึ้นอยู่กับการรักษาโรคมะเร็งและการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นตั้งนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วมีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ อาจจะเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มารับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. ธนกฤต สมประเสริฐกุลและคณะ. เปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ระหว่างการปลูกถ่ายไขกระดูกกับการให้ยาเคมีบำบัด ในขนาดสูง.วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์ บริการโลหิต ; 2554 : 21 (4) 253 - 259.
2. งานจัดการสารสนเทศ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น : (เข้าถึงเมื่อ12 มกราคม 2561).
3. วีระศักดิ์ นาวารวงศ์. Acute Myeloid Leukemia ในวิชัย ประยูรวิวัฒน์ แสงสุรีย์ จุฑา และถนอมศรีศรีชัยกุล บรรณาธิการ.ตำราโลหิตวิทยา - การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: น้าอักษรการพิมพ์; 2550 : 331-359.
4. ธานีรินทร์ อินทรกำธรชัยและธัญญาพัช ฒ นคร. Acute Myeloid Leukemia.ในอุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์ บรรณาธิการ.โลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2551 : 271 - 281.



5. นกชาณ เอื้อประเสริฐ.Chulalongkorn hematology handbook.กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555 : 82 - 87.



## กรณีศึกษา

### การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อค

### จากการเสียชีวิต กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock Case study 2 case

อนงค์ คำบุตตา\*, พย.บ.

Anong Kumbudda, BNS.

#### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา** ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม การวินิจฉัยภาวะเลือดออกได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและลดอัตราการเสียชีวิตได้

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียชีวิต

**วิธีดำเนินงาน** การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียชีวิต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2560 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่าย

**ผลการศึกษา** เปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียชีวิต กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 70 ปี มาด้วยอาการถ่ายดำประมาณ 4 ครั้งต่อวัน ก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock และหลังการส่องกล้องผู้ป่วยมี re-bleeding อาการทรุดลง ทำให้ต้องทำการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อหยุดเลือด ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 79 ปี มาด้วยถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลียมา 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ให้การ resuscitation และใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งต่อมา ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่องกล้องเมื่ออาการคงที่ และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

**สรุป** กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิดของพยาบาลจนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

**คำสำคัญ** : ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน, ช็อคจากการเสียชีวิต, ภาวะเลือดออกซ้ำ



## ABSTRACT

**Background :** Acute Upper gastrointestinal bleeding is a major surgical emergency where patients need immediate help. Proper nursing care Rapid diagnosis of bleeding It can make patients safe from shock and reduce mortality rate.

**Objectives :** The purpose of study to nursing care of patients were Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock

**Methods :** This study was comparisons of two case patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock and admitted to the female surgical ward. Mahasarakham Hospital from November to December 2017. The data collections were from medical record, interview there relative and patient observation. The data analysis were compared functional health pattern, clinical, sign and symptom, treatment, problem and nursing diagnosis, nursing care of patients with critical period, continuing care and discharge planning

**Result :** The comparisons of two case patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock

Case 1, Thai female 70 years old and have hematochezia 4 time a day before came to hospital 5 day. Diagnosis of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding with Hypovolemic shock and postoperative patients with re-bleeding symptoms have resulted in open abdominal surgery to stop bleeding. Patient clinical improve and discharge to home.

Case 2 Thai female 79 years old with hematochezia, tired exhausted for 2 days, the patient has collapsed since the community hospital resuscitation. And insert endotracheal tube . This patient has been undergoing permanent stabilization.

**Conclusion :** This study shows the process of caring for patients from community hospitals. In crisis, physicians need to make the right decisions, including referrals. Patient care using a multidisciplinary team of physicians, nurses and physical therapists. Potential in each role leads the patient to overcome the critical period of life. Safe and able to return home. However, the perception of the severity of these two patients is delayed, so the pre-sales must focus on surveillance and knowledge in self care.

**Keywords :** Acute Upper Gastrointestinal bleeding, Hypovolemic shock, Rebleeding

### บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทันที<sup>1</sup> สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติก กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดหรือกระเพาะอาหาร มีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด<sup>2</sup> การฉีกขาดของ

เยื่อหุ้มหลอดเลือดอาหาร มีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ<sup>3</sup> และแผลที่เกิดจากความเครียด นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรค พบอุบัติการณ์การเกิดปีละประมาณ 100 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 50-70 อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 10<sup>4</sup> ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือด

ออกซาลิคร็อกซิม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)<sup>5</sup> ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมยุคปัจจุบันเกิดความแตกต่างทั้งในเรื่องของการประกอบอาชีพ การรับประทานอาหารและการดูแลสุขภาพ

สำหรับการรักษา นอกจากการ resuscitation และการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว จากงานวิจัยพบว่าการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงนับจากที่มีอาการ จะสามารถทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราตาย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้<sup>6</sup> หากการรักษาโดยวิธีการส่องกล้องไม่ได้ผลคือไม่สามารถหยุดเลือดที่ออกหรือผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างเร่งด่วนเพื่อหาตำแหน่งเลือดออกและหยุดเลือด จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาปัญหาและความต้องการในการนำมาวางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีภาวะความเป็นผู้นำในการเตรียมทีม เตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้มีความพร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

จากสถิติแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม พบผู้ป่วยในปี 2558 – 2560 จำนวน 420, 405 และ 678 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 38, 38 และ 28 ราย ตามลำดับ นอกจากนั้นในกลุ่มผู้ป่วยนี้พบอัตราการ re-admit สูงมากขึ้น คือ 1.8, 1.9 และ 2.06 สาเหตุจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำและผลจากการใช้ยาประจำตัว ข้อมูลสะท้อนให้เห็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน

จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระดับการศึกษา 2 ราย ในโรงพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด

**วิธีการดำเนินงาน** เป็นการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2560 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยยะวิกฤตระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้  
ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทยอายุ 70 ปี มาด้วยถ่ายเป็นสีดำ เหนียว 4 ครั้ง/วัน ครั้งละประมาณ 100 ml ก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน มีโรคประจำตัวคือโรคเก๊าท์ ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยอาการแบบนี้เมื่อ 3 ปีก่อน รักษาด้วยวิธีการให้ยาไม่ได้รับการส่องกล้อง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 109/93 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 23.5 %, Plt 348000 cel/mm<sup>3</sup>, INR 1.1 วินาที, BUN 14 mg/dl, Cr 1.1 mg/dl ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml/hr



PRC 1 unit iv drip in 3 hr. Losec 40 mg iv q 12 hr. และ Set OR EGD ผลการส่องกล้องพบ Gastritis แพทย์พิจารณาให้ยา Controloc แต่ Hct หลังให้เลือด 24vol% แพทย์วางแผนส่องกล้องซ้ำ หลังจากส่องกล้องครั้งแรกไปประมาณ 5 ชั่วโมง ผู้ป่วยมี Hypovolemic shock จากถ่ายเป็นเลือดสด 1 ครั้ง Hct ลดลงเหลือ 22 vol% ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที แพทย์ Resuscitate ด้วย PRC 6 unit load NSS 300 ml ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินน้ำและอาการช็อค ใส่สายสวนจมูกร่วมกับสวนล้าง 2 ครั้ง ได้ NG content เป็นสีน้ำตาล ให้ O2 canular 3 lit/min support ทำการส่องกล้องครั้งที่ 2 พบ Ulcer spurting oozing ทำ Adrenaline injection with Thermol coagulation ผู้ป่วยดูเหนื่อยถามตอบรู้เรื่อง หลังจากส่องกล้องครั้งที่ 2 Hct ยัง drop ต่อเนื่อง พยาบาลได้ดูแลการให้เลือดต่ออีก 5 unit ผู้ป่วยทรุดลง Re-bleed+active อาเจียนเป็นเลือดสด 500 ml ผู้ป่วยซีดลง On O2 mask with bag 10 lit/min ความดันโลหิต 76/33 มม.ปรอท ชีพจร 114ครั้ง/นาที เปิด IV 2 เส้น load NSS+push เลือด แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ จอง ICU และ Set OR Emergency พบ Active Duodenal bleeding และทำผ่าตัด Explor laparotomy with duodenostomy with suture stop bleed. ย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ย้ายออกมาตึกสามัญ พยาบาลได้ให้การพยาบาลเพื่อดูแลภาวะน้ำเกิน การดูแลแผลผ่าตัด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และอาการปวดจากภาวะ Acute gouty arthritis รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยสามารถดัดใหม่ ถอดท่อระบาย รับประทานอาหารอ่อน ambulation ได้ ทำให้ผู้ป่วยจำหน่ายได้หลังจากนอนโรงพยาบาล 12 วัน นัดติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทยอายุ 79 ปี Refer มาจากโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย ด้วยอาการถ่ายดำ เหนื่อย

อ่อนเพลียมา 2 วัน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง และได้รับยาในกลุ่ม NSAID คือ ASA และมีประวัติไข้ยาสมุนไพร ที่โรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยซีดอ่อนเพลีย สับสน Hct 13 vol% O2sat 84% ความดันโลหิต 70/50 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที load NSS 2,000 ml, Heamacel 500 ml, On ET tube, On Dopamine (2:1) iv 10 ml/hr. Retain foley's cath และให้ PRC 1 unit ก่อนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม แรกรับผู้ป่วย Hct 18 vol% ให้ PRC 2 unit iv drip unit ละ 3 hr. พยาบาลประเมินอาการตามมาตรฐาน ผู้ป่วย Hypovolemic shock ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที หลังแพทย์เพิ่มยา Levophed (4:250) iv 10 ml/hr ขณะนั้นพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเหนื่อยหอบมาก O2 sat drop 80-85% แพทย์ประเมินซ้ำพบว่า Lung; Bilateral pulmonary infiltration พยาบาลได้เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ C-line หลังแพทย์ advice ดูแลพ่นยา Beradual ย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม แต่ยังมีปัญหาน้ำเกิน ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดความดันกำหนดรอบ จึงย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตรกำหนดรอบ เนื่องจากปัญหาเรื่อง Hypovolemic shock แต่ยังมีน้ำเกิน ทำให้พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ดูแลให้ยา กลุ่มสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำและลดปริมาณยาลงเรื่อยๆจนหยุดยา นอกจากนั้นยังพบปัญหาเรื่องไข้ ซึ่งเกิดจากปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจไป 4 วัน มีความสมดุลของน้ำเข้าและออก เมื่ออาการเริ่มคงที่ผู้ป่วยย้ายออกมาที่หอผู้ป่วยสามัญ และได้รับการส่องกล้อง ซึ่งพบว่าไม่มีจุดเลือดออก เริ่ม step diet พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาสมุนไพร การสังเกตอาการผิดปกติ อาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยสามารถย้ายเข้าห้องพิเศษและจำหน่ายกลับบ้านหลังจากนอนโรงพยาบาล 11 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ถ่ายดำก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์	ถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลีย ซีด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการถ่ายดำ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับเลือดชนิด PRC ทั้งหมด 5 unit	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายเหลวสีดำ เหนียว ทุกวันแต่ไม่ทราบปริมาณ ไม่ได้มาโรงพยาบาล ก่อนมา รพ. 2 วัน ผู้ป่วยมีอาการถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลีย มากขึ้นที่โรงพยาบาล ชุมชนผู้ป่วยซิด อ่อนเพลีย สับสน Hct 13 vol% O <sub>2</sub> sat 84% ความดันโลหิต 70/50 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที load NSS 2,000 ml, Heamacel 500 ml, On ET tube, On Dopamine (2:1) iv 10 ml/hr. Retain foley's cath และให้ PRC 1 unit ก่อนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	3 ปีก่อนเคยมีประวัติถ่ายดำ รักษาด้วยการใช้ยา ไม่เคยส่องกล้อง	ปี 2555 มีประวัติถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ รับการส่องกล้อง
โรคประจำตัว	โรคเก๊าท์	เบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับยากลุ่ม NSAID คือ ASA
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการใช้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์/สมุนไพรรักษา	ปฏิเสธการใช้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์/ใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด	ปฏิเสธการใช้เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ มีประวัติใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการปวดขา
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 109/93 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส Hct 23.5 %, NG content เป็นสีน้ำตาล	ผู้ป่วยปลุกตื่น ซีด เหนื่อยหอบ On ET tube, On Dopamine (2:1) iv 10 ml/hr Hct 18 vol% DTX 193 mg% สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 135/73 มม.ปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส
การวินิจฉัยครั้งแรก	UGIB with hypovolemic shock	UGIB with hypovolemic shock with respiratory failure



### ตารางต่อ ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Duodenal ulcer bleeding	Acute Upper Gastrointestinal bleeding
การผ่าตัด/หัตถการ	EGD 2 ครั้ง และ Explore laparotomy with gastroduodenostomy with suture stop bleed.	EGD

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (กรณีศึกษา)

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิต

วิญญูณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งในกรณีศึกษาแรกพบปัญหา Hypovolemic shock และ Re-bleed แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 พบปัญหา Hypovolemic shock และ Respiratory failure การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 รายจึงแบ่งเป็นระยะวิกฤติและระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลและโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ตามตามรางที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น</li> <li>เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดเป็นปริมาณมากและสูงอายุ</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น</li> <li>เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดเป็นปริมาณมากและสูงอายุ</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>Hypokalemia</li> <li>ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่สุขสบายปวดแผล</li> <li>2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากมีทางเปิดของแผล</li> <li>3. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว</li> <li>4. เผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว</li> <li>2. เผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ</li> </ol>

**ตาราง 3** การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p><b>1. ระยะวิกฤต</b></p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย เพื่อประเมินอาการช็อค</li> <li>2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยการให้ออกซิเจนทางสายยางชนิด canular, Mask with bag ตามแผนการรักษาเพื่อลดการทำงานของหัวใจ และลดภาวะความเป็นกรดในเลือด (Acidosis) จากการที่เซลล์ขาดออกซิเจน</li> <li>3. เตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจหรือการทำหัตถการ Cut down, C-line เป็นต้น</li> <li>4. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษา</li> <li>5. ดูแลให้ยา Dopamine 200 mg.+ 5%D/W 100 ml ให้ 10 µd/hr. และ titrate ทีละ 2 µd/hr. keep BP &gt; 90/60 mmHg.</li> <li>6. ตรวจสอบความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทุก 30 นาที เพื่อประเมินสารน้ำในร่างกาย keep 8 – 12 cmH2O</li> <li>7. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที เพื่อสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ทันที</li> <li>8. เจาะเลือดตรวจค่าฮีมาโตคริตทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะซีด หากน้อยกว่า 25 vol% หรือลดลง &gt; 3 vol% รายงานแพทย์</li> <li>9. สังเกตและบันทึกภาวะเลือดออก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด content จาก NG tube</li> <li>10. สวนล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำเกลือ 0.9 % NSSในกรณี Active bleed</li> </ol>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock และในภาวะวิกฤตพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะ Hypovolemic shock ภายหลังจากการส่องกล้อง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังส่องกล้อง จากการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด ทำให้พยาบาลสามารถรายงานแพทย์ได้รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการ resuscitation ด้วยสารน้ำและเลือด ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และผ่าตัดช่องท้องในเวลาต่อมา</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะ Hypovolemic shock ร่วมกับมี respiratory failure มาจาก รพช. ทำให้แพทย์ต้องพิจารณาใส่ท่อช่วย</p>



**ตารางต่อ ตาราง 3** การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
<p>11. สังเกตภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังจากให้เลือด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มีผื่นคันหรือหนาวสั่น เป็นต้น</p> <p>12. จัดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลและภาวะน้ำเกิน</p> <p>13. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาในกลุ่ม PPIs, H2 Antagonist, sandostatin, vit K</p> <p>14. เตรียมผ่าตัดและจอง ICU</p> <p><b>การดูแลผู้ป่วยในระยะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</b></p> <p>ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโดยเฉพาะ ในสถานที่ระดับ ICU เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ดังนั้นจึงต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำให้อุณหภูมิในท่าที่สุขสบาย ไม่ว่าจะเป็นการนั่งหรือท่านอน ควรจัดส่วนที่ควรรองของผู้ป่วยให้ตรงกับส่วนที่งอของเตียง ไม่ควรให้คอหรือเอวอ แต่ส่วนที่งอควรเป็นสะพาน เป็นต้น นอกจากนี้การจัดท่าแต่ละท่า ต้องระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้</li> <li>- หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่ทำให้ไม่สบาย เช่น มีแสงแยงตา, เสียงหววกหู, อุณหภูมิที่หนาวเย็น (ไม่ควรให้ต่ำกว่า 20-22 องศาเซลเซียส)</li> <li>- ลดความเจ็บปวดที่อาจมี โดยใช้ opioids เช่น morphine</li> <li>- ลดความไม่สบายกายสบายใจที่มีจากการคา ETT การเจ็บคอ ไม่สามารถกลืนได้ ความไม่คุ้นเคยกับการถูกอัดอากาศเข้าปอด เป็นต้น สามารถทำโดยการให้ sedative เช่น diazepam</li> <li>- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลความสะอาดของร่างกายและช่องปาก เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปอดติดเชื้อได้</li> <li>- Intravenous line care ผู้ป่วยพวกนี้มักต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน และอาจต้องทำ central line เพื่อให้ยาที่มีความเข้มข้นสูงพร้อมกันหลายตัว หรือเพื่อใช้วัด CVP เปลี่ยน dressing ทุกวันโดย aseptic technique</li> </ul> <p><b>2. ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูกิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น</li> <li>2. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม</li> </ol>	<p>หายใจ ให้เลือด ให้ยา Innotop ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการส่องกล้องภายหลังจากถอดท่อช่วยหายใจและสัญญาณชีพคงที่</p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้ย้ายเข้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตคัดสรรเพื่อการดูแลที่ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น สำหรับภาวะ anemia ทำให้หัวใจต้องทำงานมาก เกิด Heart failure และ Pulmonary edema ได้หรืออาจเกิด tissue hypoxia เมื่อได้รับเลือดมากเกินไป เกิด hemoconcentration จะทำให้ blood viscosity เพิ่มมากขึ้น tissue perfusion แย่ลง หัวใจทำงานมากขึ้นทำให้เกิด tissue hypoxia ได้ง่าย ประกอบกับผู้ป่วยสูงอายุทำให้อาการทรุดลงผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อื่นๆเช่น ปอดอักเสบ ปอดติดเชื้อ เจ็บปวด กลั้ว เสมหะอุดตัน เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด<sup>7,8</sup></p> <p>สำหรับผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่อยู่ในวัยสูงอายุ เมื่อสามารถหยุดภาวะเลือดออกได้แล้ว แต่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระบบทางเดินหายใจต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและผ่าตัดช่องท้อง เนื่องจากอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการ</li> </ul>

**ตารางต่อ ตาราง 3** การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์	
<p>3. ดูแลช่วยเหลือในการดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปาก ผิวหนัง และหลังการขับถ่าย</p> <p>4. ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และอาการปวดตามปุ่มกระดูก</p> <p>5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในบางกิจกรรม</p>	<p>เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด atelectasis หลังจากย้ายเข้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้วันที่ 3 หลังผ่าตัด แต่จากความสามารถในการ ambulation ได้น้อย จากสภาพร่างกายและอาการปวดจากโรคเก๊าท์ ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัด รวมทั้งการส่งเสริมภาวะโภชนาการอย่างเหมาะสม</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่ามีปัญหาเรื่องปอดติดเชื้อ และน้ำเกิน การเฝ้าระวังความสมดุลของสารน้ำจึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม จึงสามารถทำให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 4 วัน แต่อาการเหนื่อยอ่อนเพลียยังคงมีอยู่เนื่องจากร่างกายเพิ่งผ่านพ้นระยะวิกฤต การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังล่าช้า ส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยเคยมีอาการมาก่อน และในผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยา ASA แต่มีพฤติกรรมกรกินยาสมุนไพร ยาชุด แสดงว่าการดูแลสุขภาพตนเองบกพร่อง</p> <p>- การเตรียมจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลต้องวิเคราะห์ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเจาะ</p>	
<p><b>การดูแลแผลผ่าตัดช่องท้อง</b></p> <p>1. ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่แพร่กระจายสู่ผู้ป่วย</p> <p>2. ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล</p> <p>3. สังเกตลักษณะแผลติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน สีคล้ำ ของสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ</p> <p>4. ประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิ เพื่อดูปัญหาเรื่องการติดเชื้อ</p> <p>5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา</p> <p>6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผล การส่งเสริมการหายของแผล การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเพียงพอ โดยเริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว และอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด</p> <p>7. กระตุ้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การฝึกการหายใจแบบลึก</p>		
<p><b>3. ระยะเวลาแผนจำหน่าย</b></p> <p>1. อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ญาติรับทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p> <p>2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่ม NSAID</p> <p>3. ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการหลังกรด</p>		



**ตารางต่อ ตาราง 3** การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
	ประเด็นปัญหาในเตรียมจำหน่ายให้ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ

### ผลลัพธ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นหญิงอายุ 70 - 79 ปี เป็นช่วงวัยสูงอายุ มาด้วยอาการถ่ายดำ เหนื่อยอ่อนเพลีย ทั้งคู่ เมื่อประเมิน Rockall score พบว่า รายที่ 1 ก่อนส่องกล้องได้ 1 คะแนนถือเป็น low risk แต่หลังส่องกล้องประเมินคะแนนได้ 5 คะแนน ถือเป็น high risk ประกอบกับหลังให้เลือดแต่ความเข้มข้นของเลือดไม่เพิ่มขึ้น มีภาวะ Rebleeding, Hypovolemic shock การส่องกล้องไม่สามารถหยุดเลือดได้ ทำให้ case นี้ได้รับการผ่าตัด Explor laparotomy with duodenostomy with suture stop bleed ผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมิน Rockall score พบว่า ก่อนส่องกล้องได้ 3 คะแนนแต่มี Hypovolemic shock ตั้งแต่แรกเริ่ม case นี้ได้รับการส่องกล้องเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมคือ สัญญาณชีพคงที่ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้แล้ว ซึ่งไม่พบจุดเลือดออก ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะไหลเวียนโลหิต ความไม่สมดุลของเกลือแร่ น้ำเกิน เฝ้ารอภาวะ Hypovolemic shock การดูแลเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ การดูแลเรื่องอาการปวด และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การพยาบาลที่ได้รับ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ทั้ง 2 ราย

### สรุป วิเคราะห์

จากกรณีศึกษาการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันนับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจ

อย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทาง ทำให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่ายประจำตัว การสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ หลังจำหน่ายพบว่าทั้งสองรายยังไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ

### ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือเกิดความเสี่ยงขึ้นได้อย่างรวดเร็ว หน่วยงานต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย shock อย่างต่อเนื่อง
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาคงกลับเป็นซ้ำจากการดื่มสุรา ควรมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมจิตเวช

## เอกสารอ้างอิง

1. บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และภาวนา กิริตยวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559; 24(1) 51-64.
2. Candid Villanueva, Alan Colomo, Alba Bosch, Mar Concepcion, Virginia Hernandez-Gea, Carles Aracil, et.al. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. The New England Journal of Medicine, 2013; 368, 11-21.
3. Zhang, C., Ciu, M., Xing, J., Shi, Y., & Su, X. Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report. International journal of Surgery Case Report, 2014; 571-573.
4. Valkhoff, V.E., & Sturkenboom, M.C. Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin. Best Practice and research Clinical Gastroenterology, 2012; 25(3), 125-140.
5. Fletcher EH., Johnston DE., Fisher CR., Koerner RJ., Newton JL., Gray CS. Systematic review: Helicobacter pylori and the risk of upper gastrointestinal bleeding risk in patients taking aspirin. Alimentary pharmacology & Therapeutic, 2010 ; 32(7) 831-9.
6. Thad Wilkins., Naiman Khan., Akash Nabh., & Robert R. Schade. Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding. American Family Physician, 2012; 85(5) 469-476.
7. สุนันทา พนมดวง, ชนกพร จิตปัญญา. การบำบัดทางการแพทย์ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องหายใจ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2554; 22(1) 58-71.
8. ทนชัย บุญบุรพงค์. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์, 2561; 431-452.