

การศึกษาระบาดวิทยาและผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง

Epidemiology and Treatment Outcome of Peritoneal Dialysis (PD)-Related Peritonitis

กฤตพงศ์ สมบูรณ์¹ และศิริพร คำสะอาด²

Krittapong Somboon¹ and Siriporn Kamsa-ard²

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยพบอุบัติการณ์ตั้งแต่ 0.24 ถึง 1.66 episodes per patient-year

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาระบาดวิทยา ชนิดของเชื้อ ลักษณะทางคลินิกของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรักษาล้มเหลว ในหน่วยล้างไตทางหน้าท้องทั้ง 5 หน่วยในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยทบทวนเวชระเบียนจากหน่วยล้างไตทางหน้าท้อง 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลกมลาไสยและโรงพยาบาลสมเด็จ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 014/2017E วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง คิดเป็น 0.35 episode per patient-year อายุเฉลี่ย 56 ปี (22-83 ปี) ระยะเวลาการล้างไตทางหน้าท้อง ตั้งแต่แรกจนเกิดติดเชื้อ คือ 647.5 วัน (12-2,918 วัน) โดย 128 เหตุการณ์ของการตรวจเพาะเชื้อพบว่า ไม่พบเชื้อ 70 (54.6%), พบเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก 29 (22.6%), เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ 27 (21.0%) เชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่พบบ่อยคือ *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* และ *Streptococcus group D-not enterococci* โดยพบ 9 (16.0%), 5 (8.9%) และ 5 (8.9%) ตามลำดับ ส่วนเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* โดยพบ 13 (23.2%), 8 (14.2%) ตามลำดับ ผลการรักษาพบว่าการรักษาล้มเหลว 42 เหตุการณ์ (32.3%) จากการวิเคราะห์แบบ multivariable analysis พบ 2 ปัจจัยที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อผลการรักษาล้มเหลว ได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาวจากการตรวจน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องในวันที่ 3 ที่ระดับตั้งแต่ 1,090 เซลล์ต่อลบ.มม. (Odd ratio 6.28; 95%CI 2.43-16.21, $p < 0.001$) และปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วยที่น้อยกว่า 200 ซีซีต่อวัน (Odd ratio 3.51; 95%CI 1.46-8.42, $p = 0.005$)

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หัวหน้าสาขาวิทยาการระบาด และชีวสถิติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ABSTRACT

Background : Peritoneal dialysis (PD)-related peritonitis is a common and serious complication of this modality which is ranging from 0.24 to 1.66 episodes per patient-year.

Objectives : This study were to describe demographic characteristics and identify factors contributed to PD-related peritonitis treatment failure from the five PD unit in Kalasin province.

Methods : Medical records of peritoneal dialysis patients in 5 centers in Kalasin province during October, 2016 to September, 2017 were reviewed. Patient's characteristics, laboratory and microorganism data as well as outcome of the treatment were recorded. Factors associated with treatment failure were identified by univariable and multivariable analysis with STATA computer.

Results : The overall peritonitis rate was 0.35 episodes per patient-year. The median age of patients was 56 years (rang 22 to 83 years). The median duration of peritoneal dialysis in this study was 647.5 days (range 12 to 2,918 days). Among 128 episodes of peritonitis, 70 (54.6%) were culture-negative, 29 (22.6%) were infected by Gram-positive organisms and 27 (21.0%) Staphylococcus aureus and Streptococcus group D-not enterococci identified in 9 (16.0%), 5 (8.9%) and 5 (8.9%) episodes, respectively while the most common Gram-negative organisms were Escherichia coli, Klebsiellapneumoniae identified in 13 (23.2%), 8 (14.2%) episodes, respectively. 42 episodes (32.3%) were considered to be treatment failure. On multivariable analysis, the number of peritoneal fluid white blood cell count of greater than or equal to 1,090 cells/mm³ at the 3rd day of treatment (Odd ratio 6.28; 95%CI 2.43 to 16.21, p<0.001) and residual urine output volume of less than 200 mL/day (Odd ratio 3.51; 95%CI 1.46 to 8.42, p=0.005)

Key words : Continuous ambulatory peritoneal dialysis, Peritonitis, Catheter removal, End-stage renal disease

บทนำ

การล้างไตทางหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹ อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง โดยมีอุบัติการณ์ในทุกหน่วยล้างไตทางหน้าท้องตั้งแต่ 0.24 ถึง 1.66 episodes per patient-year เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นส่วนใหญ่^{2,3} นอกจากนี้ยังพบการเกิดพังผืดของผนังหน้าท้อง (peritoneal fibrosis และ encapsulated peritoneal sclerosis) ที่ทำให้ไม่สามารถล้างไตทางหน้าท้องต่อไปได้^{4,5,6} ในประเทศไทยการล้างไตทางหน้าท้องเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่นับเป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{7,8,9} และ

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องก็เป็นภาวะแทรกซ้อน และเป็นปัญหาของหน่วยล้างไตทางหน้าท้องทั้งประเทศ^{1,10}

มีหลายการวิจัยที่ศึกษาาระบาดวิทยาลักษณะทางคลินิก ชนิดของเชื้อสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง นำมาซึ่งแนวทางการรักษา เทคนิคและการรักษาใหม่ๆ รวมถึงโปรแกรม COI ต่างๆ ในหน่วยล้างไตทางหน้าท้องเพื่อลดภาวะดังกล่าว^{2,11,12,14,14} การเอาสายล้างไตทางหน้าท้องออกหรือเสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลง แต่พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ มักเกิดจากภาวะดังกล่าว^{15,16} หลายการศึกษาจึงพยายามที่จะค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง¹⁶⁻²¹ แต่ในภูมิภาคตะวันออก

เฉียงเหนือของประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก^๑

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยนี้ เพื่อศึกษาระบาดวิทยา ชนิดของเชื้อ ลักษณะทางคลินิกของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรักษาล้มเหลว ในหน่วยล้างไตทางหน้าท้องทั้ง 5 หน่วยในจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยทบทวนเวชระเบียนจากหน่วยล้างไตทางหน้าท้อง 5 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ยางตลาด กมลาไสย และสมเด็จ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ 014/2017E เก็บรวบรวมเกี่ยวกับ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคเบาหวาน ประวัติภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง วันที่เริ่มล้างไตทางหน้าท้อง ปริมาณปัสสาวะต่อวัน อาการและอาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ชนิดของเชื้อสาเหตุ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด เอนไซม์กล้ามเนื้อ กลีโกลิแอคโพรแตสซีม ปริมาณไข่ขาวในเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องในวันแรก วันที่สาม และวันที่ห้า ผลการรักษาหาย หรือล้มเหลว (ถอดสายล้างไตทางหน้าท้องออก หรือเสียชีวิตจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง)

คำจำกัดความ จาก ISPD 2016 (International Society for Peritoneal Dialysisguidelines)¹³ ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง (peritonitis related CAPD) คือ มีอาการและอาการแสดงสองในสามข้อ ดังนี้¹ ปวดท้อง น้ำยาล้างไตทางหน้าท้องขุ่น อาจมีหรือไม่มีไขก็ได้² ตรวจพบปริมาณเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องมากกว่า 100 cell/mm³ และมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหลายนิวเคลียส (polymorphonuclearneutrophilic cells)³ เพาะเชื้อ

ขึ้นในน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง, Relapsing peritonitis หรือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อซ้ำ คือ การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องโดยเชื้อสาเหตุเดิม ในระยะเวลาที่เกิน 4 สัปดาห์ หลังจากมีการรักษาภาวะดังกล่าวครบ, Refractory peritonitis หรือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อที่ต่อการรักษา คือ ความล้มเหลวในการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมแล้วในการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อเกินห้าวัน, ความล้มเหลวในการรักษา หมายถึงการหยุดทำการล้างไตทางหน้าท้องจากสาเหตุใดๆ คือการเอาสายล้างไตทางหน้าท้องออก และการเสียชีวิตจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อ

การวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลลักษณะของประชากรทางคลินิก เชื้อสาเหตุ และผลการรักษา ถูกพรรณนาวิเคราะห์ด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด, ปัจจัยเสี่ยงของความล้มเหลวในการรักษานำมาคำนวณโดยใช้ univariate และ multivariate generalized estimating equation due to concerning of correlated outcomes เปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.05$

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องจำนวน 310 คน จาก 5 หน่วยล้างไตทางหน้าท้องจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 พบอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง 95 คน หรือ 130 เหตุการณ์ (คิดเป็น 30.6%)โดยผู้ป่วยทั้งหมดใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีล้างไตทางหน้าท้องแบบ CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) คิดอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องทั้งจังหวัดได้ 34 patient-month per episode หรือ 0.35 episodes per patient-year โดยสามารถแยกอุบัติการณ์ตามหน่วยล้างไตทางหน้าท้องได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ยางตลาด กมลาไสย และสมเด็จ คือ 36, 38, 27, 43 and 26 patient-month per episode ตามลำดับ, อายุเฉลี่ย คือ 56 ปี (22 ถึง 83 ปี), เป็นเพศชาย 62/130คน (47.7%), มีประวัติเป็นเบาหวาน 71/130 คน (54.6%), มีประวัติได้รับยาปฏิชีวนะมา



ก่อนภายใน 3 เดือน 33/130 คน (25.3%), จำนวนครั้งของการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง ได้แก่ หนึ่งครั้ง สองครั้ง และสามครั้ง คือ 95 (73%), 29 (22.3%) และ 6 (4.6%) ตามลำดับ, จำนวนวัน

เฉลี่ยของการล้างไตทางหน้าท้องก่อนติดเชื้อ คือ 647.5 วัน (12 ถึง 2,918 วัน) ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยถูกแสดงตามตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (จำนวน 95 คน, 130 เหตุการณ์)

ชนิดข้อมูล	
เพศชาย	62 (47.7%)
อายุ(ปี), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	54.6 +11.5
ระยะเวลาการล้างไตทางหน้าท้อง(วัน), ค่าเฉลี่ย+ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	799.3 +644.6
ประวัติเบาหวาน	71 (54.6%)
การได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนภายใน 3 เดือน 33 (25.3%)	
จำนวนครั้งที่ของการติดเชื้อ, จำนวน (%)	
ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2, ครั้งที่ 3	95 (73%), 29 (22.3%), 6 (4.6%)
BMI, ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.9 + 4.1
ระยะเวลานอน รพ.(วัน), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15.7 +9.3
ปัสสาวะ (ซีซีต่อวัน), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	293.6 +330.5
Hemoglobin (g/dl), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
เพศชาย	8.8 +1.5
เพศหญิง	9.5 + 1.5
Serum sodium (mEq/l), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	130.6 + 5.4
Serum potassium (mEq/l), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.5 +0.8
Serum phosphate (mg/dl), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.0+1.3
Serum albumin (g/dl), ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.2 + 0.9
PDF wbc(cells/mm3),ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
วันแรก	3,658.5 + 5,080.6
วันที่สาม	2,359.2 + 6,664.6
วันที่ห้า	894.5 +1628.2

PDF: peritoneal dialysate fluid, wbc : white blood cell

ตาราง 2 ผลตรวจการเพาะเชื้อน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง

ชนิดของเชื้อ	จำนวนเหตุการณ์ n = 128(100%)
เพาะเชื้อไม่พบเชื้อ (Culture-negative)	70/128(54.6)
พบหลายเชื้อ (Mix organism)	2/128(1.5)
1. <i>Escherichia coli</i> ร่วมกับ <i>Klebsiellaoxytoca</i>	
2. <i>Staphylococcus aureus</i> ร่วมกับ <i>Staphylococcus epidermidis</i>	
เชื้อรา (Fungus: <i>Fusarium</i> spp. n=1, yeast n= 2, fungus n=1)	4/128(3.1)
พบเชื้อชนิดเดียว (Single organism)	52/128(40.6)
แบคทีเรียชนิดแกรมบวก (n=29/128, 22.6%)	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	9/56(16.0)
<i>Staphylococcus aureus</i>	5/56 (8.9)
<i>Streptococcus group D- not enterococci</i>	5/56 (8.9)
<i>Bacillus</i> spp.	4/56 (7.1)
<i>Streptococcus viridans</i>	3/56 (5.3)
<i>Enterococcus faecium</i>	1/56 (1.7)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	1/56 (1.7)
<i>Micrococcus</i> spp.	1/56(1.7)
แบคทีเรียชนิดแกรมลบ (n=27/128, 21.0 %)	
<i>Escherichia coli</i>	13/56 (23.2)
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	8/56 (14.2)
ESBL <i>Escherichia coli</i> and <i>Klebsiellapneumonia</i>	2/56 (3.5)
<i>Klebsiellaoxytoca</i>	1/56(1.7)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1/56 (1.7)
<i>Acinetobacterbaumani</i> MDR	1/56 (1.7)
<i>Burkholderiapseudomallei</i> MDR	1/56 (1.7)

ESBL : Extended-spectrum Beta-lactamase, MDR : multidrug resistance

เชื้อที่เป็นสาเหตุถูกแสดงตามตาราง 2 โดยมี 2 เหตุการณ์ ไม่มีการส่งตรวจเพาะเชื้อ มี 128 เหตุการณ์มาวิเคราะห์พบว่า ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ 70/128 (54.6%), เพาะเชื้อเป็นชนิดแกรมบวก 29/128 (22.6%), เพาะเชื้อเป็นชนิดแกรมลบ 27/128 (21.0%) โดยเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มแกรมบวกที่พบบ่อยคือ *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* และ *Streptococcus group D-not enterococci*

โดยพบอุบัติการณ์ 9/56 (16.0%), 5/56 (8.9%) และ 5/56 (8.9%) ตามลำดับ ในขณะที่พบบ่อยเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มแกรมลบที่พบบ่อยคือ *Escherichia coli* และ *Klebsiellapneumoniae* โดยพบอุบัติการณ์ 13/56 (23.2%), 8/56 (14.2%) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และเชื้อจากภายในโรงพยาบาล คือ กลุ่ม ESBL, MDR และ *Pseudomonas* spp. รวม 5/56 (8.6%)



ผลการรักษาแสดงตามตาราง 3 พบว่าการรักษาสำเร็จ โดยได้รับยาปฏิชีวนะ 88/130 (67.7%), การรักษาล้มเหลว 42/130 (32.3%) โดยจากการเอาสายล้างไตทางหน้าท้อง

ออก 34 (26.2%) และเสียชีวิตจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง 8 (6.1%)

ตาราง 3 ผลการรักษา

	จำนวนผู้ป่วย 95 (%)	จำนวนเหตุการณ์ 130 (%)
การรักษาสำเร็จ	65 (68.4)	88 (67.7)
การเอาสายออก	24 (25.3)	34 (26.2)
เสียชีวิต	6 (6.3)	8 (6.1)

ภายหลังการวิเคราะห์แบบ multivariable พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลว คือ จำนวนเม็ดเลือดขาว ในวันที่สามที่พบตั้งแต่ $1,090 \text{ cells/m}^3$ หลังการรักษา (OR 6.28; 95%CI 2.43 to 16.21, $p < 0.001$) และปริมาณ

ปัสสาวะที่น้อยกว่า 200 ซีซีต่อวัน (OR 3.51; 95%CI 1.46 to 8.42, $p = 0.005$) ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่ล้างไตทางหน้าท้อง และชนิดของเชื้อไม่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลว

ปัจจัย	การรักษาล้มเหลว n (%)	OR (crude)	OR (adjust)	95%CI of OR (adjust)	p-value
1. ระยะเวลาการล้างไตทางหน้าท้อง					0.872
0.01 – 0.99 year	8/35 (22.9)	1.00	1.00		
≥ 1.00 year	34/95 (35.8)	1.57	0.93	0.38 to 2.27	
2. ชนิดของเชื้อที่พบ					0.507
ไม่พบเชื้อ	21/70 (30.0)	1.00	1.00		
พบเชื้อ	21/58 (36.2)	1.53	1.34	0.57 to 3.15	
3. PDF WBC วันที่สาม					<0.001
$< 1,090 \text{ cells/mm}^3$	13/75 (17.3)	1.00	1.00		
$\geq 1,090 \text{ cells/mm}^3$	25/45 (55.6)	5.90	6.28	2.43 to 16.21	
4. ปริมาณปัสสาวะ					0.005
$\geq 200 \text{ mL/day}$	13/64 (20.3)	1.00	1.00		
$< 200 \text{ mL/day}$	29/66 (43.9)	3.03	3.51	1.46 to 8.42	

อภิปรายผลการศึกษา

แม้ว่าอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องจะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (0.5 episodes per year)¹³ ที่ 34 patient-month per episode หรือ 0.35 episodes perpatient-year ซึ่งมีหลายสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าอายุเฉลี่ยที่ 54 ปี ซึ่งน้อยกว่าหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{19,21,22} แม้ว่าจะระยะเวลาการล้างไตทางหน้าท้องยาวนาน¹⁹ คือ เฉลี่ยประมาณ 26 เดือน แต่เมื่อมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง ผลการรักษาล้มเหลวถึงหนึ่งในสามสาเหตุของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนในขั้นตอนการล้างไตทางหน้าท้อง โดยพบเชื้อสาเหตุจากผิวหนัง *Staphylococcus spp.* 15/56 (26.7%) เป็นส่วนใหญ่ และรองลงมา คือ เชื้อจากภายในลำไส้ *Escherichia coli* 13/56(23.2%) พบอุบัติการณ์เชื้อดื้อยาที่สูง 5/56 (8.6%) ได้แก่ แบคทีเรีย ESBL, MDR และการติดเชื้อในโรงพยาบาล *Pseudomonas aeruginosa* จากการวิเคราะห์สาเหตุส่วนหนึ่งจากการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนมากกว่าหนึ่งในสี่ 33/130 (25.3%) มี 4 เหตุการณ์ที่ติดเชื้อจากเชื้อราพบว่ามี ความรุนแรงเหมือนการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งหมดผลการรักษาล้มเหลว คือ 2 เหตุการณ์เอาสายล้างไตทางหน้าท้องออก และอีก 2 เหตุการณ์เอาสายล้างไตทางหน้าท้องออกร่วมกับสุดท้ายเสียชีวิต¹⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบอุบัติการณ์สูงของการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ (culture negative) 70/128 (54.6%) อุบัติการณ์ที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา และเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานที่ไม่เกิน 20%¹³ ความสำเร็จจากการรักษา 88/130 (67.7%) ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^{19,23,24} (74%,69%,74.6%) อย่างไรก็ตามกลุ่มชนิดของเชื้อทั้งที่เพาะพบเชื้อ และเพาะไม่พบเชื้อ ไม่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบเพียงสองปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

จำนวนเม็ดเลือดขาวในวันที่สามที่พบตั้งแต่ 1,090 cells/mm³ หลังการรักษา และปริมาณปัสสาวะที่น้อยกว่า 200 ซีซีต่อวัน ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งกลุ่มตัวอย่างน้อย และระยะเวลาการศึกษาเพียงหนึ่งปี นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของผลเพาะเชื้อที่ไม่พบเชื้อจำนวนมากข้อเสนอนแนะ ควรมีการ CQI ในหน่วยล้างไตทางหน้าท้อง ในเรื่องภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้อง และการลดอุบัติการณ์ผลการเพาะเชื้อที่ไม่พบเชื้อ นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยเป็นชนิดแกรมบวก ซึ่งส่วนใหญ่มาจากผิวหนังจึงควรมีการติดตาม หรือการทบทวนขั้นตอนการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยว่าทำได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่สรุปผลการศึกษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อจากการล้างไตทางหน้าท้องเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการล้างไตทางหน้าท้อง การศึกษานี้พบอุบัติการณ์การเพาะเชื้อที่ไม่พบเชื้อ (culture negative) จำนวนมาก จำนวนเม็ดเลือดขาวในวันที่สาม และปริมาณปัสสาวะที่น้อยอาจจะมีผลต่อการรักษาล้มเหลว

คำย่อ PD (peritoneal dialysis); CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis); BMI (body mass index); ISPD (International Society for Peritoneal Dialysis); OR (Odds ratio); CI (confidence interval).

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ศิริพร คำสะอาด หัวหน้าสาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้การช่วยเหลือวิเคราะห์ข้อมูล, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางสาวอารีย์ ภูยาตาว (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์), นางสาวกัญจน์นิษฐ์ศิริโส (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุณินารายณ์), นางสุภาวดี ผางงษา (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกุณินารายณ์), นางเดือนใจ ภูทองกลม (โรงพยาบาลยางตลาด), นางดอกจันทร์ ทองรัตน์ (โรงพยาบาลกมลาไสย), นางนงลักษณ์ นพคุณ (โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า) ในการช่วยลงข้อมูลผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด



เอกสารอ้างอิง

1. Liu FX, Gao X, Inglese G, Chuengsaman P, Pecoits-Filho R, Yu A. A global overview of the impact of peritoneal dialysis first or favored policies: An opinion. *Perit Dial Int* 2015;35(4): 406–20.
2. Akoh JA. Peritoneal dialysis associated infections: An update on diagnosis and management. *World J Nephrol* 2012; 1(4): 106.
3. Higuchi C, Ito M, Masakane I, Sakura H. Peritonitis in peritoneal dialysis patients in Japan: a 2013 retrospective questionnaire survey of Japanese Society for Peritoneal Dialysis member institutions. *Ren Replace Ther* 2016; 2(1) :2.
4. De Vriese AS, Mortier S, Lameire NH. What happens to the peritoneal membrane in long-term peritoneal dialysis? *Perit Dial Int* 2001;21(SUPPL. 3):12–5.
5. Davies SJ, Bryan J, Phillips L, Russell GI. Longitudinal changes in peritoneal kinetics : the effects of peritoneal dialysis and peritonitis. *Nephrol Dial Transpl* 1996;11(3): 498–506.
6. Brown EA, Van Biesen W, Finkelstein FO, Hurst H, Johnson DW, Kawanishi H, et al. Length of time on peritoneal dialysis and encapsulating peritoneal sclerosis: position paper for ISPD. *Perit Dial Int* 2009;29(6):595–600.
7. Tantivess S, Werayingyong P, Chuengsaman P, Teerawattananon Y. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: Promise, progress, and prospects. *BMJ* 2013;346(1):1–6.
8. Kanjanabuch T, Chancharoenthana W, Katavetin P, Sritippayawan S, Praditpornsilpa K, Ariyapitipan S, et al. The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: a nationwide survey. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 4 (9):s7–12.
9. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018;391(10126):1205–23.
10. Changsirikulchai S, Sriprach S, Thokanit NS, Janma J, Chuengsaman P, Sirivongs D. Survival Analysis and Associated Factors in Thai Patients on Peritoneal Dialysis Under the PD-First Policy. *Perit Dial Int* 2018;38(3):172–8.
11. Fang W, Ni Z, Qian J. Key factors for a high-quality peritoneal dialysis program -The role of the pd team and continuous quality improvement. *Perit Dial Int* 2014;34:S35–42.
12. Barretti P, Doles JVP, Pinotti DG, El Dib R. Efficacy of antibiotic therapy for peritoneal dialysis-associated peritonitis: A proportional meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2014;14(1).
13. Li PK, Szeto CC, Piraino B, Arteaga J De, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD Guidelines / Recommendations Ispd Peritonitis Recommendations : 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int* 2016;36(5):481–508.
14. Rope R, Nanayakkara N, Wazil A, Dickowita S, Abeyeskera R, Gunerathne L, et al. Expanding CAPD in Low-Resource Settings: A Distance Learning Approach. *Perit Dial Int*, 2018;38(5): 343–8.

15. Ye H, Zhou Q, Fan L, Guo Q, Mao H, Huang F, et al. The impact of peritoneal dialysis-related peritonitis on mortality in peritoneal dialysis patients. *BMC Nephrol* 2017;18(1):1-9.
16. Tian Y, Xie X, Xiang S, Yang X, Lin J, Zhang X, et al. Risk factors and outcomes of early-onset peritonitis in Chinese peritoneal dialysis patients. *Kidney Blood Press Res* 2017; 42(6):1266-76.
17. Nessim SJ, Bargman JM, Austin PC, Nisenbaum R, Jassal S V. Predictors of peritonitis in patients on peritoneal dialysis: Results of a large, prospective Canadian database. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4(7):1195-200.
18. Miles R, Hawley CM, McDonald SP, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, et al. Predictors and outcomes of fungal peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int* 2009;76(6):622-8.
19. Kofteridis DP, Valachis A, Perakis K, Maraki S, Daphnis E, Samonis G. Peritoneal dialysis-associated peritonitis: clinical features and predictors of outcome. *Int J Infect Dis* 2010;14(6):e489-93.
20. Tian Y, Xie X, Xiang S, Yang X, Zhang X, Shou Z, et al. Risk factors and outcomes of high peritonitis rate in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(49):e5569.
21. Chow KM, Szeto CC, Cheung KK, Leung CB, Wong SS, Law MC, et al. Predictive Value of Dialysate Cell Counts in Peritonitis Complicating Peritoneal Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2006;1(4):768-73.
22. Tantiyavarong P, Traitanon O, Chuengsaman P, Patumanond J, Tasanarong A. Dialysate White Blood Cell Change after Initial Antibiotic Treatment Represented the Patterns of Response in Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis. *Int J Nephrol*, 2016;8.
23. Htay H, Cho Y, Pascoe EM, Darssan D, Nadeau-Fredette A-C, Hawley C, et al. Center Effects and Peritoneal Dialysis Peritonitis Outcomes: Analysis of a National Registry. *Am J Kidney Dis* 2018;71(6):814-21.
24. Brown MC, Simpson K, Oshawa LH, Kerssens JJ, Mactier RA. Peritoneal Dialysis-Associated Peritonitis Rates and Outcomes in a National Cohort Are Not Improving in the Post-Millennium (2000 - 2007). *Perit Dial Int*, 2011;6(11): 639-50.



การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The development of competencies practice in training program for mentoring Village Health Volunteers

กฤษณา ภูพลผัน¹, นวลละออ แสงสุข², ชมสุภัค ครุฑทกะ³ และบุญมี พันธุ์ไทย⁴

Kritsana Phuponpan¹, Nounlaor Saengsook², Chomsupak Cruthaka³ and Boonmee Punthai⁴

บทคัดย่อ

บทนำ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการเป็นแกนนำ โดยเฉพาะเป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัคร การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็งขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะ ในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะ การปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนา

วิธีดำเนินการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจงคือ หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 93 คน และคัดเลือก จำนวน 30 คน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 สถิติที่ใช้ แบบ Paired-Samples t- test

ผลการศึกษา : ผลการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านความเป็นผู้นำ การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ สมรรถนะความเหมาะสมของแต่ละองค์ประกอบ โครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.60-4.80 และความสอดคล้องของโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.60-1.00 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญในโครงร่างโปรแกรมทุกองค์ประกอบของการฝึกอบรม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และมีความสอดคล้องกัน โดยผลการประเมิน เปรียบเทียบสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 3 ด้าน ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านสมรรถนะมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : สมรรถนะพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุข, โปรแกรมการฝึกอบรม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น Nurse of Public Health Bureau Khon Kaen Municipality

²รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำ คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Assoc.Prof.Dr.Faculty of Human resources development. Ramkhamhaeng university.

³รองศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท หญิง ดร. อาจารย์ประจำ คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Assoc.Prof.Wg.Cdr.Dr. Faculty of Human resources development. Ramkhamhaeng university

⁴รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Assoc.Prof.Dr.Faculty of Education. Ramkhamhaeng university.

ABSTRACT

Introduction : The village health volunteers are the important personnel and required have the knowledge, understanding, and ability to be the mainstay in the aspect of the health and especially to be the mentor in the work performance for the village health volunteers.

Objective : This study and develop of competencies practice in a training program for mentoring village health volunteers.

Method : Research and Development (R&D). The specific sample groups was the head of the village health volunteers with practical experience Role of not less than 5 years, 93 persons and 30 people in Mueang District, Khon Kaen Province. In between January, 2018 - March, 2019. The statistic t-test in form of Pajred-samples.

Result : The evaluating after using the performance training program of according to the opinions of the experts, the average value is from 3.60-4.80. The consistency of the training program outline has a consistency index (0.60-1.00). Expert opinion in the program outline, all elements of training very element of training is appropriate to the highest level to the highest and are consistent. The evaluation results compare the performance of the village health volunteer mentors all 3 aspects at high level with statistical significance a .01 level. The performance was different. Without statistical significance and satisfaction high level.

Keywords : competencies practice , training program

ความเป็นมาของปัญหา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำเป็นต้องมีสมรรถนะ ทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ตามที่ภาครัฐกำหนด เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย เช่นเดียวกับบุคลากรองค์กรอื่นๆ การที่บุคลากรจะปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับคุณภาพของบุคลากรในองค์กร หรือที่เรียกว่า “ทุนมนุษย์” ซึ่งหมายถึง สมรรถนะของบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กร องค์กรใดที่มีทุนมนุษย์ที่ดีเลิศ ย่อมมีโอกาสที่จะบรรลุผลสำเร็จได้ดีและเร็วกว่าคู่แข่ง¹ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรอันเป็นฟันเฟืองสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะช่วยสนับสนุนหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นตามนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข และพัฒนาประเทศชาติ

อาสาสมัครสาธารณสุข จึงต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเอง ให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติ เทคนิคที่ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ มี 7 เทคนิค¹ คือ การเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Action learning) มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking) แฟ้มงานเพื่อการพัฒนา (portfolio) ศูนย์การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning center) การเรียนการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วย (Computer assisted learning and teaching) การสอนงาน (Coaching) และการเป็นที่เลี้ยง (Mentoring) เพื่อให้อาสาสมัครเกิดความมั่นใจในศักยภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี และสามารถเป็นที่ปรึกษา ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนในท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตาม



บทบาทการเป็นที่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากสมรรถนะ คือการมีความสามารถตามความต้องการในแต่ละบทบาท ในองค์กรด้านสุขภาพที่หลากหลาย² โดยเชื่อว่า เมื่อบุคลากรมีสมรรถนะจะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่กำหนดขององค์กร สมรรถนะจึงเป็นคุณสมบัติหรือปัจจัยการประเมินที่นิยมนำมาใช้วัดความสามารถของบุคลากรในปัจจุบัน และเป็นการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในอนาคต³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการเป็นที่เลี้ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ ที่สามารถชี้แนะ แนะนำและส่งเสริม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมตามบทบาทและความรับผิดชอบ ทำให้ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

ของการวิจัยนี้ เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างโปรแกรมฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ประเมินโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข และหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มละ 3 คน ที่คัดเลือกตามคุณสมบัติในการวิจัย 2) นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบร่างโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติ

งานของพี่เลี้ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการกำหนดส่วนประกอบสำคัญของโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะ ประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็น หลักการ จุดมุ่งหมาย หน่วยอบรม เนื้อหา กิจกรรม และวิธีการอบรม สื่อประกอบการอบรม การวัดและประเมินผล ประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของโครงร่างฝึกอบรมสมรรถนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับปรุงโครงร่าง ตามข้อเสนอแนะ จึงนำไปทดลองใช้และ 3) ประเมินโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือคือ แบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.889 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่า ที

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาและพัฒนสมรรถนะการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 10 ข้อ ดังนี้ วางแผนงานโครงการอย่างมีส่วนร่วม, ประสานความร่วมมือทั้งในชุมชน และหน่วยงานภายนอกได้, บริหารความสัมพันธ์ที่ดีภายในทีมให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน, มีทักษะในการบริหารงบประมาณเพื่อจัดแผนงานและกิจกรรมในการปฏิบัติงาน, ระดมการสนับสนุนต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยใช้ทุนทางสังคมดำเนินงาน, มีทักษะในการบริหารงานแบบบูรณาการโดยใช้ความร่วมมือจากทุกฝ่าย, มอบหมายงานให้ตรงกับความสามารถของแต่ละบุคคล, สนับสนุน และช่วยเหลือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการเรียนรู้, บริหารเวลา งาน งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นต้นแบบของผู้ที่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สมรรถนะด้านความเป็นผู้นำ

ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 10 ข้อ ดังนี้ เปิดโอกาสรับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ทางสาธารณสุข, กำหนดทิศทางและเป้าหมายในการปฏิบัติงานของตนเองและทีม, คิดริเริ่มและประสานความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม, นำทีมงานให้ปฏิบัติงานได้อย่างบรรลุเป้าหมาย, แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ, ตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้, เป็นแบบอย่างที่ดีในความมุ่งมั่นในการทำงาน, สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการทำงานที่มีผลสัมฤทธิ์, นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในงานที่รับผิดชอบ และมีความรอบรู้ในงานสามารถสอนงาน ฝึกทักษะและพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงาน สมรรถนะด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 10 ข้อ ดังนี้ ประนีประนอมให้เกิดความรู้สึกที่ดีทั้งสองฝ่าย, เลือกใช้สื่อในการสื่อสาร ในงานที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ, ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ ด้านสาธารณสุขให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการดูแลเข้าใจอย่างถูกต้อง, สื่อสารโดยใช้ภาษาท่าทางแทนคำพูดเพื่อสะท้อนความรู้สึกที่ดีกับผู้รับข่าวสาร, เลือกใช้การสื่อสารทางบวกเพื่อเสริมพลังการทำงาน, เลือกใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารข่าวสารกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์กลุ่ม, ฟังและจับประเด็นสำคัญในการสนทนาได้อย่างถูกต้องและชัดเจน, เลือกใช้ภาษาที่เหมาะสมในการสื่อสารตามกาลเทศะ, แสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลในการให้คำปรึกษาแนะนำและการสอนงานและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพี่เลี้ยงและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ผลการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมประกอบด้วยส่วนประกอบหรือองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ สภาพปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาและหลักการของโปรแกรม จุดมุ่งหมายของโปรแกรม โครงสร้างหน่วยการฝึกอบรมของโปรแกรม ซึ่งในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ประกอบด้วย หลักการและแนวคิด จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม ระยะเวลาของหน่วยการเรียนรู้ ขอบเขตเนื้อหาสาระของหน่วยการเรียนรู้ กิจกรรมและวิธีการฝึกอบรม สื่อประกอบการฝึกอบรม เครื่องมือ วิธีการวัด

และประเมินผล สื่อประกอบการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมาย เครื่องมือ การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม เกณฑ์การประเมินผล ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตร ด้านการวัดและประเมิน และด้านพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวม 5 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของโครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรม พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบของชุดฝึกอบรม มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .60-1.00 และมีความเหมาะสม ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าอยู่ระหว่าง 3.60-4.80

ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการนำไปทดลองใช้กับพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน มีดังนี้ ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงทั้ง 3 ด้าน หลังการใช้โปรแกรมฝึกอบรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม 8 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้าง สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคงทน และพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมอยู่ในระดับมากทุกรายการ

อภิปรายผล

หลังจากการศึกษาและจากการสนทนากลุ่ม สมรรถนะหลักทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าว ซึ่งทั้ง 3 สมรรถนะ มีความเกี่ยวข้องและสำคัญกับการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการปฏิบัติตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอภิปรายได้ว่าสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ เป็นสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ได้



รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ พี่เลี้ยงจึงต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการการปฏิบัติงานของตนเอง และของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควบคู่กัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองหรือองค์การกำหนดโดยเริ่มต้นตั้งแต่การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย วิธีดำเนินการ เป็นต้น สอดคล้องกับการวิจัยของ สุปราณี ยมพุก⁴ ศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 36 คน เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และยืนยันสมรรถนะโดยการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขด้านการบริหาร คือ การประสานงาน การวางแผนกลยุทธ์ และการคิดในเชิงวิเคราะห์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปรีทศ เจริญช่าง, สุวัฒน์ เกิดมะม่วง และสุรินทร์ กลั้มพากร⁵ ศึกษาสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (key stakeholders) จำนวน 20 คน พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีสมรรถนะที่สังเกตได้ด้านการบริหาร คือ การวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุขและประเมินสุขภาพของชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน การบริหารงานสาธารณสุข นอกเหนือจากนั้นยังสอดคล้องกับการวิจัยของ Wakahiu⁶ เรื่องสมรรถนะพี่เลี้ยงที่จำเป็นในการพัฒนาผู้หญิงในการเป็นผู้นำสตรีของเคนยา คือ การมอบหมายงาน การบริหารด้านการเงิน การบริหารเวลา การจัดการความเครียด และการเขียนรายงาน เป็นต้น ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้เป็นกลยุทธ์พื้นฐานในการที่จะช่วยให้ส่งเสริมสตรีเคนยาสามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ ด้านความเป็นผู้นำ เป็นสมรรถนะที่สำคัญของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจาก การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานกับกลุ่มบุคคล หรือบุคคลต่างๆ ที่มีกรรับรู้ ความรู้ ความเชื่อ และค่านิยมที่แตกต่างกัน การที่พี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพจึงต้องแสดงออกถึง

พฤติกรรมความเป็นผู้นำให้ปรากฏ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือไว้วางใจ และให้บุคคลเหล่านั้นปฏิบัติตามสอดคล้องกับ พิชญากร ศรีปะโค⁷ ความเป็นผู้นำจะสะท้อนให้เห็นอิทธิพล ความตั้งใจ ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลง การมีจุดหมายร่วมกัน และการมีแรงจูงใจผู้ตาม ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้มีความสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพต่อไป และสอดคล้องกับ รัตติกรณ์ จงวิศาล⁸ เรื่องของในชุมชนท้องถิ่น ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ และผู้นำที่ไม่เป็นทางการส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาชุมชน พัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ช่วยในการแก้ไข ป้องกัน หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชนโดยเฉพาะในยามวิกฤติหรือมีภัยพิบัติ สอดคล้องกับ การวิจัยของ Skarbaliene⁹ สมรรถนะความเป็นผู้นำของพี่เลี้ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหากพี่เลี้ยงที่มีสมรรถนะด้านความเป็นผู้นำ จะทำให้พวกเขาปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น และด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ เป็นสมรรถนะสำคัญอีกด้านหนึ่ง เนื่องจาก การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นการปฏิบัติงานกับกลุ่มบุคคลต่างๆ จึงต้องใช้ทักษะการสื่อสาร เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ เพราะการสื่อสารช่วยให้บุคคลได้รับรู้ และเกิดความเข้าใจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ¹⁰ ระบุ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน มีสมรรถนะสำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติงาน 5 สมรรถนะ ประกอบด้วย การสนับสนุนผู้ป่วย (patient advocacy) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (effective communication) การทำงานเป็นทีม (team work) การดูแลบุคคลเป็นศูนย์กลาง (people-centred care) และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (continuous learning) สอดคล้อง การศึกษาของ Mal carney¹¹ โดยการทบทวนสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน จากหน่วยงานด้านชุมชน 9 แห่งของสหรัฐอเมริกา คือ Minnesota, Michigan, Boston, Massachusetts, City of college of San Francisco, Texas , New York, New Mexico และ Ohio ได้ข้อสรุปสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน ที่เหมือนกันทั้ง 9 แห่ง คือ สมรรถนะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้าน

สาธารณสุขสามารถติดต่อ สื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประจักษ์ ก๊กก้อน¹² ที่พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น มี 4 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบ ด้านความรู้ทางกระบวนการสื่อสาร องค์ประกอบด้านทักษะ การสื่อสาร องค์ประกอบด้านแรงจูงใจในการสื่อสาร และ องค์ประกอบด้านการรู้จักตนเอง ซึ่งองค์ ประกอบที่พบ ช่วย เสริมสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

การสร้างโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ ในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการออกแบบขอบเขตเนื้อหาสาระของหน่วยการเรียนรู้ของโปรแกรม และพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมใช้หลัก การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)¹³ ประกอบด้วย รู้ในสิ่งที่จำเป็น (the need to know) เนื่องจากผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมคือพี่เลี้ยง อสม. จึงจำเป็นที่จะต้องมีความสมรรถนะ ในการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ที่รับผิดชอบ มโนภาพ แห่งตน (the learner's concept) ทำให้ผู้ใหญ่ประสบความสำเร็จ คือการอบรมด้วยความสมัครใจ การแสดง บทบาทของผู้เรียนที่เกิดจากประสบการณ์ (the role of learner's experience) กิจกรรมในการฝึกอบรม เป็น กิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และนำปัญหา จากการทำงานมาใช้ในการอภิปราย การระดมสมอง และ ฝึกปฏิบัติรายบุคคล ความพร้อมในการเรียนรู้ (readiness to learn) การฝึกอบรมตามโปรแกรม มีการจัดเตรียม กิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ประยุกต์ ประสบการณ์ และสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ได้อย่างเต็มความ สามารถ มีการนำเสนอ และสรุปผลการเรียนทุกหน่วยการ เรียน มุ่งเน้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม (orientation to learning) โดยใช้ปัญหาจากการปฏิบัติงาน หรือปัญหาที่เกิด ในชุมชนมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขอย่างเป็นระบบ และการสร้างแรงจูงใจ (motivation) ในการ ออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ใช้ความระมัด ระวังและเตรียมการอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้โปรแกรม สามารถสร้างเสริมสมรรถนะพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ ณรงค์วิทย์

แสนทอง¹⁴ ในการกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับ ความรู้และทักษะในงาน มีขั้นตอน ดังนี้ กำหนดสิ่งที่ต้องรู้ และต้องทำเป็น โดยการสอบถามว่าผู้ดำรงตำแหน่งงานนั้น ควรมีความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน กำหนดหัวข้อหรือหลักสูตรการฝึกอบรมที่เจาะจงลงไปว่า ความรู้หรือทักษะที่กำหนดไว้นั้นจะต้องอบรมหัวข้ออะไร บ้าง และ จัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนและกำหนดเวลาใน การฝึกอบรมในแต่ละหัวข้อ การกำหนดหลักสูตรการฝึก อบรมที่เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับความรู้และทักษะที่ ต้องการในตำแหน่งนั้นๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ สมคิด บางโม¹⁵ ที่ระบุว่า การที่องค์การจัดส่งบุคลากรเข้ารับการ ฝึกอบรม หรือจัดการฝึกอบรมขึ้นเอง เพราะมีความเชื่อว่าจะสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์การหรือสามารถ พัฒนาบุคลากรขององค์การให้มีความรู้ ความสามารถเพิ่ม มากขึ้น ถ้าการฝึกอบรมนั้นเป็นหลักสูตรที่ไม่มีความจำเป็น เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมแล้วผู้รับการฝึกอบรมก็ไม่สามารถ นำความรู้ ทักษะ และทัศนคติกลับมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมนอกเหนือจากการ กำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องการ พัฒนาแล้ว ยังมีการค้นหาสภาพปัญหาและความจำเป็นใน การพัฒนาโปรแกรม มีการกำหนดจุดมุ่งหมายของโปรแกรม การจัดกิจกรรมการฝึกอบรม เทคนิคการฝึกอบรม เครื่องมือ การวัด และประเมินผลการฝึกอบรม สอดคล้องกับ จำเนียร จวงตระกูล¹⁶ ที่ระบุว่า เมื่อวิเคราะห์ ประเมินและกำหนด ความจำเป็นในการฝึกอบรมที่แท้จริงแล้ว ลำดับต่อมา คือ การออกแบบโครงการและหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อใช้เป็น แนวทางในการดำเนิน การอบรม ซึ่งหลักสูตรฝึกอบรมมีส่วน ประกอบที่สำคัญ คือ ชื่อหลักสูตร หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ หัวข้อที่จะฝึกอบรม วัตถุประสงค์ของแต่ละ หัวข้อ วิธีการฝึกอบรม สื่อ เวลา และการวัดประเมินผล สอดคล้องกับ Blanchard and Thacker¹⁷ ที่ระบุว่า หลักสูตรที่ดีควรมีการนำเสนออย่างเป็นระบบ มีการกำหนด หน่วยงานฝึกอบรม รายวิชาที่จะใช้ วัตถุประสงค์ เทคนิค หรือวิธีการฝึกอบรม และระยะเวลาในการฝึกอบรม การ ออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะในการปฏิบัติงานของ



พี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติ การทำงานเป็นกลุ่ม เทคนิค หรือวิธีการฝึกอบรม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน และผู้เรียนกับวิทยากร จึงเป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ดวงกลมสินเพ็ง¹⁸ กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ต้องจัดเนื้อหาสาระ จัดกิจกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ให้ผู้เรียนฝึกการปฏิบัติให้ทำได้จริง สนับสนุนส่งเสริมให้บรรยากาศ สภาพแวดล้อม และอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และศึกษา แขนงมณี¹⁹ การจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นหลัก คำนี้ถึงความเหมาะสมและประโยชน์สูงสุดที่ผู้เรียนจะได้รับ และมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างตื่นตัวและได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ อันจะนำผู้เรียนไปสู่การเรียนรู้ที่แท้จริง สอดคล้องผู้สอนสามารถจัดการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมมีการบูรณาการแนวความคิดออกแบบและพัฒนาโครงการฝึกอบรมจากแนวคิดของนักวิชาการที่เริ่มต้นจากการหาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน และความจำเป็นในการพัฒนา^{20,16} เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสร้างโปรแกรมฝึกอบรม โดยมีการกำหนดองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม หลักการของโปรแกรม จุดมุ่งหมายของโปรแกรมฝึกอบรม โครงสร้างของโปรแกรมฝึกอบรมสมรรถนะ กิจกรรมการฝึกอบรม เทคนิคการฝึกอบรม เครื่องมือการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมและเกณฑ์การประเมินผล มีการประเมินโปรแกรมการฝึกอบรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการประเมินโครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมมีความเหมาะสมและความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้าง สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนา มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปทดลองใช้

ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการนำโปรแกรมฝึกอบรม

ที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขให้สอดคล้อง สมบูรณ์ตามข้อชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองจัดอบรมกับกลุ่มตัวอย่างคือ พี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน จังหวัดขอนแก่น แบบไปกลับ 3 วัน ในวันที่ 4-6 มกราคม พ.ศ. 2562 รวม 3 วัน พบว่า การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้เป็นไปตามเวลาที่กำหนด กลุ่มทดลองมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการอบรม และเข้าร่วมการอบรมครบตามเวลาที่กำหนด พี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของตนเองก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรมเป็นรายบุคคล สอดคล้องกับชาญ สวัสดิ์สวัสดิ์²¹ ที่ระบุว่า การประเมินผลการฝึกอบรมจะต้องทำอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง การประเมินผลการฝึกอบรม อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ (1) การประเมินผลการฝึกอบรมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ (end-of course evaluation) คือ ก่อนการฝึกอบรม ระหว่างการฝึกอบรม และหลังการฝึกอบรมทันที และ (2) การประเมินผลการฝึกอบรมหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้วระยะหนึ่งหรือการติดตามผลการฝึกอบรม (follow-up study) การติดตามผลการฝึกอบรมมีความสำคัญเพื่อให้ได้คำตอบที่สำคัญเกี่ยวกับโครงการฝึกอบรมที่ได้จัดไปแล้ว การประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของตนเอง หลังการใช้โปรแกรมฝึกอบรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรมชุดฝึกอบรม กับสิ้นสุดการอบรม 8 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับการวิจัย²² ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการประเมินตนเอง และจากการประเมินของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศาลารีไทยหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมมีระดับคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 และการประเมินความคงทน ของสมรรถนะ หลังผ่านการฝึกอบรม 8 สัปดาห์ พบว่า ระดับคะแนน สมรรถนะการปฏิบัติงานจากการประเมินตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจากการประเมินของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสตาร์ไทย หลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความคงทน ของสมรรถนะ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการพัฒนา สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน²³ โดยประเมินผลภายหลัง การทดลองใช้หลักสูตรการฝึกอบรมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะหลัก สมรรถนะเชิง เทคนิค และสมรรถนะบริหารสูงขึ้นทุกสมรรถนะอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ ของเฮติ ที่พบว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพ ในชุมชน 126 คน ที่ได้รับการพัฒนาตามโปรแกรม มีความรู้ และความสามารถ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมยังเสนอ ว่าควรมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้การทำงานของ พวกเขาต่อเนื่อง และควรมีการสร้างโปรแกรมหรือหลักสูตร ที่ช่วยพัฒนาผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพให้มีภาวะผู้นำที่มี ประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม และการยอมรับ ด้านวัฒนธรรม และสอดคล้องกับการวิจัยของขวัญใจ จิรัฐ จินดา²⁵ ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลัก สำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ได้ผลการทดลองใช้รูปแบบ บุคลากรสาธารณสุขมี ผลคะแนนของการได้รับความรู้ และทักษะการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะหลักสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมอยู่ในระดับ มากทุกรายการ สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมฝึกอบรม มีคุณภาพขององค์ประกอบที่ถูกกำหนดไว้ในโปรแกรมทั้งด้าน ความสอดคล้อง และความเหมาะสม เมื่อนำไปทดลองใช้ฝึ กอบรมจึงช่วยเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้กับพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเกิดความพึงพอใจ ในการเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรม สอดคล้องกับ

ผลการวิจัยของ สุตามณี บุญจรัส²⁶ ศึกษา ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองแก ตำบล จระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการ ทดลองใช้โปรแกรมค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านของความ พึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของขวัญใจ จิรัฐ จินดา²⁵ ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลักสำหรับ บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผล การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ดังนั้น ผลการประเมินการทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรม แสดง ให้เห็นว่า โปรแกรมฝึกอบรมมีประสิทธิภาพและสามารถนำ มาใช้พัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย สมितिไกร. การสรรหา คัดเลือก และการประเมิน ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ; 2552.
2. Marquis, B. L., & Huston, C. J.). Leadership roles and management function in nursing. Theory and application. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2006.
3. อภรณ์ ภูวิทยาพันธ์. Competency-based Training Road Map (TRM). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เอช อาร์เซ็นเตอร์จำกัด; 2555.
4. สุปราณี ยมพุก.สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขา วิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย คริสเตียน ; 2554.



5. ปรีทัศน์ เจริญช่าง, สุวัฒน์ เกิดม่วง และสุรินทร์ กลัมพากร. สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557 ; 26(1): 40-51.
6. Wakahiu, J. Mentoring: A model for cultivating leadership competencies in Kenyan women religious. *Advancing Women in Leadership*, 2011 (33):132-141.
7. พิษญากร ศรีปะโค. การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล: การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557 ; 15(3), 1-8.
8. รัตติกรณ์ จงวิศาล. ภาวะผู้นำ ทฤษฎี การวิจัย และแนวทางสู่การพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
9. Skarbalienė, A. K. The correlations between mentor's leadership competencies and the functions performance by the mentor. *European Scientific Journal*, 2016;12 (8), 1-13.
10. World Health Organization. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2015.
11. Malcarney, Mary-Beth., Pittman, P., Quigley, L., Horton, K., & Seiler, N. The Changing Roles of Community Health Workers. *Health Service Research*, 2017; 52(Suppl 1): 360-382.
12. ประจักษ์ ก๊กก้อง. สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. วารสารสักทอง มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2558 21 (2); 187-197.
13. Knowles, M. S., Holton, E. F., III., & Swanson, R. A. *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. 7th. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier. 2011.
14. ณรงค์วิทย์ แสนทอง. มารู้อัจฉริยภาพ Competency กันเถอะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เอช อาร์เซ็นเตอร์ จำกัด ; 2550.
15. สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ: Organization and management. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์การพิมพ์ ; 2553.
16. จำเริญร จวงตระกูล. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ศูนย์กฎหมายธุรกิจอินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล; 2553.
17. Blanchard, P. N., & Thacker, J. W. *Effective training: Systems, strategies, and practices*. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall; 2007.
18. ดวงกมล สิ้นเพ็ง. การพัฒนาผู้เรียนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้: การจัดการเรียนการสอน ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : บริษัท วี. พรินท์ จำกัด; 2553.
19. ทิศนา แชมมณี. รูปแบบการเรียนการสอน : ทางเลือกที่หลากหลาย. กรุงเทพฯ : แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2552.
20. ชูชัย สมितिไกร. การฝึกอบรมบุคลากรในองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2551.
21. ชาญ สวัสดิ์สาลี. คู่มือการประเมินและติดตามผลการฝึกอบรมสำหรับผู้รับผิดชอบโครงการฝึกอบรมสัมมนา. กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักงาน ก.พ ; 2551.



22. พรกุล สุขสด. การพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์), มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2556.
23. ยุพิน หงส์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญภา กุลนภาค และวราภรณ์ ไตรติลานันท์. การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ, 2556; 5(2): 1-13.
24. Knette, B. K., Slifko, S. E., Inman, A. G., & Silova, I. Training community health workers : an evaluation of effectiveness, sustainable continuity, and cultural humility in an educational program in rural Haiti. International Journal of Health Promotion and Education, 2017. 55(4), 177-188.
25. ขวัญใจ จิรัฐจินดา. รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2557.
26. สุดาภรณ์ บุญจรัส. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองแกตำบลจระแม่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 2557; 1 (3) :78-86



ลักษณะผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร Electrodiagnosis findings in Guillain-Barré syndrome

กาญจนา เจริญธัญรักษ์¹, อภิรดี สิงห์แจ่ม² และจิตติมา แสงสุวรรณ³
Kanchana Charoentanyarak¹, Apiradee Singjam² and Jittima Saengsuwan³

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร หรือ Guillain-Barré syndrome (GBS) มักมาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลันในรายที่มีอาการรุนแรง ต้องรักษาเร็วจึงจะมีประสิทธิภาพที่ดีการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย GBS แยกออกจากโรคที่มีอาการคล้ายคลึง ช่วยแบ่งชนิดย่อย และบอกพยากรณ์โรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาลักษณะความผิดปกติของผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วย GBS และจำแนกชนิดย่อยของ GBS โดยใช้เกณฑ์ไฟฟ้าวินิจฉัย

รูปแบบและวิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลชนิดย้อนหลัง โดยทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GBS ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ตุลาคม 2561 และได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยอย่างน้อยหนึ่งครั้งระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับโรค GBS และข้อมูลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย GBS จำนวน 94 ราย เป็นเพศชาย 52 ราย เพศหญิง 42 ราย อายุเฉลี่ย 45.1 ± 19.2 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงทั้งแขนขาร้อยละ 92.6 ชาทั้งแขนขาร้อยละ 75.5 ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 26.6 ค่า GBS disability score ก่อนการรักษาเฉลี่ย 3.9 ± 0.8 ค่า GBS disability score หลังรักษาเฉลี่ย 3.5 ± 1.4 มีผู้เสียชีวิต 8 ราย (ร้อยละ 8.5) ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุดคือความผิดปกติในการชักนำกระแสประสาทสั่งการ จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 92.6) จากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ 81 ราย พบความผิดปกติที่มี axonal denervation ร้อยละ 29.6 การจำแนก GBS ชนิดย่อยโดยใช้เกณฑ์ไฟฟ้าวินิจฉัย พบว่าชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ Axonal GBS ร้อยละ 51.1, Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy ร้อยละ 30.9, ไม่สามารถจำแนกเข้ากลุ่มใดได้ ร้อยละ 10.6 และผลตรวจปกติร้อยละ 7.4

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วย GBS ที่พบบ่อยในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นชนิด axonal GBS และการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเร็วภายใน 7 วันแรกให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคและการจำแนกชนิดของ GBS

คำสำคัญ : กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร, การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

¹นายแพทย์ชำนาญการ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น

²นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขอนแก่น

³อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Introduction : Patients with Guillain-Barré syndrome (GBS) usually present with acute flaccid paralysis. For good outcome, severely affected patients need early and specific treatment. Electrodiagnosis study is a tool for diagnosis, differentiating GBS subtypes and predict outcome of GBS.

Objective : To identify electrodiagnosis findings and classify GBS subtypes using electrodiagnostic criteria.

Material and methods : A retrospective descriptive study enrolled GBS patients admitting in Khon Kaen hospital and underwent electrodiagnostic study (EDx) between January 1, 2013 and October 31, 2018 was done. Demographic data, clinical data and electrodiagnosis data were obtained from patient's medical record.

Results : 94 patients with GBS were recruited, 52 were male and 42 were female. Their mean age was 45.1 ± 19.2 years. Clinical presentations were tetraparesis (92.6%), glove and stocking numbness (75.5%) and dyspnea with ventilator needed (26.6%). GBS disability score at admission was 3.9 ± 0.8 . GBS disability score before discharge was 3.5 ± 1.4 . Eight patients died (8.5%). Most common EDx finding is an abnormal motor nerve conduction study 92.6% (87patients). Needle EMG study was perform in 81 patients and 29.6% showed signs of axonal denervation. GBS subtypes classified by electrodiagnostic criteria demonstrated axonal GBS 51.1%, Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy 30.9%, equivocal 10.6% and normal 7.4%.

Conclusions : An axonal GBS subtype is the most common type of GBS in Khon Kaen hospital. Early electrodiagnostic study within the first 7 days after onset of symptoms is useful for diagnosis and classify GBS subtypes.

Keywords : Guillain-Barré syndrome, Electrodiagnosis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร หรือ Guillain-Barré syndrome (GBS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายระบบประสาทส่วนปลายของร่างกายตนเองอย่างเฉียบพลัน พบอุบัติการณ์ได้ประมาณปีละ 1-2 รายต่อประชากรแสนราย^{1,2}

GBS ถูกจัดอยู่ในกลุ่มพยาธิสภาพของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) และยังแบ่งออกเป็นหลายชนิดย่อยมีการใช้เกณฑ์การวินิจฉัย GBS โดยใช้ Brighton criteria³ แต่ก็มีคามยุ่งยากซับซ้อน และยังขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยย่อยในแต่ละชนิดของ GBS อีก ดังนั้นการวินิจฉัยสุดท้ายจึงขึ้นอยู่กับแพทย์อายุรกรรมสาขา

ประสาทวิทยา โดยอาการหลักๆ คือ มีอาการเฉียบพลันของการอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง หรือมีอาการชา หรือ มีเส้นประสาทใบหน้าผิดปกติร่วมด้วย ซึ่งอาการนำของโรคก็อาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากเส้นประสาทส่วนปลายจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีโรคในระบบประสาทและกล้ามเนื้ออื่นที่อาจทำให้สับสนในการวินิจฉัย โดยการที่ตรวจพบการหายไปของรีเฟล็กซ์ (deep tendon reflex), ตรวจน้ำไขสันหลังพบโปรตีนสูงขึ้นโดยที่จำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ (albuminocytologic dissociation) และตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (electrodiagnosis) เข้าได้กับกลุ่มอาการของผู้ป่วย จึงเป็นตัวช่วยในการวินิจฉัย

GBS แบ่งออกเป็นหลายชนิดย่อย ชนิดที่พบได้บ่อยมี



3 ชนิดด้วยกัน ชนิดที่พบมากที่สุดทั่วโลก คือ Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP) โดยในอเมริกาเหนือและยุโรปแทบจะเป็นชนิดนี้ทั้งนั้น รองลงมาเป็นชนิด Acute motor axonal neuropathy (AMAN) ซึ่งชนิดนี้พบได้ถึง 1 ของ 3 ในประเทศแถบอเมริกาใต้ จีนและญี่ปุ่นนอกจาก 2 ชนิดที่กล่าวไปข้างต้นยังมี acute motor and sensory axonal neuropathy (AMSAN) อีกที่พบได้บ่อยจากการศึกษาในไทยนั้นยังมีไม่มากนัก แต่พบว่าเป็นชนิด axonal type ร้อยละ 13 ถึง 46⁴⁻⁷

อาการแสดงของโรค มักมาด้วยอาการอ่อนแรงของแขนขาทั้ง 2 ข้างหรือมีอาการชาร่วมด้วย โดยอาการจะดำเนินไปเรื่อยๆ และหยุดภายใน 4 สัปดาห์³ อาการของโรคอาจมีตั้งแต่เล็กน้อยมาก หรือบางคนที่มีอาการรุนแรงอาจจะมีภาวะการหายใจล้มเหลว มีความพิการและเสียชีวิตได้ การรักษาในผู้ป่วย GBS ที่มีอาการรุนแรง คือ การให้อิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือดดำ (intravenous immunoglobulin, IVIg) หรือ การเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (plasmapheresis) ร่วมกับการรักษาประคับประคอง (supportive treatment) และต้องรักษาภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการรักษา จึงจะมีประสิทธิภาพที่ดี⁸⁻¹⁰ ดังนั้นการวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็วจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต

การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นการตรวจโดยนำเทคนิคประสาทสรีรวิทยามาใช้ทางคลินิก เพื่อตรวจการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ จะช่วยแยกลักษณะพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน คือชนิด demyelination หรือ axonopathy หรือทั้ง 2 ชนิด และสามารถระบุได้ว่ามีความผิดปกติในเส้นประสาทใด ซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย GBS แยกออกจากโรคที่มีอาการคล้ายคลึง ช่วยแบ่งชนิดย่อยและบอกพยากรณ์โรคได้¹¹⁻¹⁴ เนื่องจากเรื่องนี้มีการศึกษาในไทยน้อยและยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงลักษณะความผิดปกติของผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วย GBS ของโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะความผิดปกติของผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วย GBS และจำแนกชนิดย่อยของ GBS โดยใช้เกณฑ์ไฟฟ้าวินิจฉัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลชนิดย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและรายงานผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย GBS (ICD10: G610) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ตุลาคม 2561 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนว่าเป็น GBS (ICD10: G610)

- ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยอย่างน้อยหนึ่งครั้งระหว่างการรักษา GBS

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่อาจมีความผิดปกติระบบประสาทส่วนปลายจากสาเหตุอื่นร่วม เช่น diabetic polyneuropathy, alcoholic neuropathy

- ผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้ออื่นร่วม เช่น myopathy, familial polyneuropathy, poliomyelitis, porphyria

- ติดตามประวัติไม่พบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบ

บันทึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ภูมิลำเนา, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติการดื่มสุรา, โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับโรค GBS ได้แก่ วันที่มารักษา รพ.ขอนแก่น, ระยะเวลาที่มีอาการ, ประวัติที่นำมาก่อน, อาการและอาการแสดง, การทดสอบรีเฟล็กซ์เอ็นส่วนลึก, ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง, วิธีการรักษา, ประเมินระดับความรุนแรงของโรคตาม Hughes's GBS disability score¹⁵ ทั้งก่อนและหลังการรักษา โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 โดย ระดับ 0 คือ ปกติ ระดับ 1 คือ

มืออาการเล็กน้อย สามารถวิ่งได้ ระดับ 2 เดินได้ 5 เมตร โดยไม่มีคนหรืออุปกรณ์ช่วย ระดับ 3 คือ เดินได้ 5 เมตร โดยต้องมีคนช่วย 1 คน หรือ มีอุปกรณ์ช่วย ระดับ 4 คือ ต้องนั่งรถเข็นหรือนอนเปล ระดับ 5 คือ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจใช้ตลอดเวลาหรือเฉพาะบางช่วงเวลา ระดับ 6 คือ ถึงแก่กรรม โดยผู้ป่วยที่ได้ระดับคะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มที่มีอาการรุนแรง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ได้แก่ วันที่ตรวจ, ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงวันตรวจและผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย โดยแยกเป็นรายละเอียดค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ในการตรวจการชักนำเส้นประสาทสั่งการ, การชักนำเส้นประสาทรับความรู้สึก, การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ รวมถึงผลสรุปการตรวจ

เครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นเครื่องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย Nicolet Biomedical Viking quest ผู้ป่วยทั้งหมดตรวจและแปลผลโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

การวิเคราะห์ข้อมูลไฟฟ้าวินิจฉัย เป็นเกณฑ์การแบ่งชนิดย่อยของ GBS โดยใช้ลักษณะไฟฟ้าวินิจฉัย (Electrodiagnostic criteria) ของ Rajabally¹⁶ สำหรับการแบ่งออกเป็นชนิด AIDP, Axonal GBS, Equivocal และ normal และใน Axonal GBS ยังแบ่งย่อยออกเป็น AMAN, AMSAN, Inexcitable โดย AMSAN จะพบว่า Sensory

nerve action potential amplitudes <50% ของค่า lower limit normal ในเส้นประสาทอย่างน้อย 2 เส้นร่วมด้วย¹⁷

การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยนำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่เป็น continuous data, ค่าความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลที่เป็น categorical data และใช้สถิติ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางไฟฟ้าวินิจฉัยสำหรับกลุ่มที่ได้ตรวจภายใน 7 วันและภายหลัง 7 วันนับตั้งแต่มีอาการแสดง หากมีข้อมูลในตารางที่ค่าน้อยกว่า 5 จะใช้สถิติ Fisher's exact test แทน และจะถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหากค่า P-value < 0.05

ผลการศึกษา

พบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 94 ราย พบเป็นเพศชาย 52 ราย (ร้อยละ 55.3) มีอายุตั้งแต่ 2 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 45.1 ± 19.2 ปี ฤดูที่ป่วยเรียงจากมากไปน้อยคือ ฤดูฝน (ร้อยละ 41.5) ฤดูหนาว (ร้อยละ 35.1) และ ฤดูร้อน (ร้อยละ 23.4) ประวัติที่นำมาก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการ 3 อันดับแรกคือ ไข้ไอน้ำมูก (ร้อยละ 33.0) ไข้อย่างเดียว (ร้อยละ 13.8) ท้องเสีย (ร้อยละ 12.8) ดังตาราง 1



ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (94ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	55.3
หญิง	42	44.7
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย	45.1 ± 19.2 (2-79 ปี)	
โรคประจำตัว		
ติดเชื้อเอชไอวี	3	3.2
ติดเชื้อไวรัสตับ	4	4.4
โรคแพ้ภูมิตัวเอง	3	3.2
ฤดูที่มีอาการ		
ฤดูร้อน	22	23.4
ฤดูฝน	39	41.5
ฤดูหนาว	33	35.1
ประวัติที่นำมาก่อนแสดงอาการ		
ท้องเสีย	12	12.8
ไข้ ไอ น้ำมูก	31	33.0
ได้รับวัคซีน	2	2.1
ไข้อย่างเดียว	13	13.8

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการของผู้ป่วยที่พบบ่อยสุด 5 อาการคืออ่อนแรงทั้งแขนขา 87 ราย (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือมีอาการชาแขนขา 71 ราย (ร้อยละ 75.5) มีอาการใบหน้าอ่อนแรง 34 ราย (ร้อยละ 36.2) กลืนลำบาก พูดลำบาก 34 ราย (ร้อยละ 36.2) และมีอาการหายใจลำบาก 30 ราย (ร้อยละ 31.9) โดยมีผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 83.3 ของผู้ป่วยที่หายใจลำบากหรือร้อยละ 26.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จากตรวจร่างกายพบว่าความผิดปกติที่ตรวจพบมากที่สุดคืออาการอ่อนแรงส่วนต้นของรยางค์ส่วนล่าง 90 ราย (ร้อยละ 95.7) และมีการลดลงหรือหายไปของรีเฟล็กซ์ของรยางค์ส่วนล่าง 90 ราย (ร้อยละ 95.7) บริเวณที่ตรวจการรับความรู้สึกผิด

ปกติมากที่สุดคือปลายมือปลายเท้า 52 ราย (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือ ไตเข้าทั้ง 2 ข้าง 13 ราย (ร้อยละ 14.8) จากการตรวจโดยการเจาะน้ำไขสันหลังพบว่า มีโปรตีนสูงขึ้น โดยที่จำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ 76 ราย (ร้อยละ 80.9) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงค่า GBS Disability score ก่อนรักษาเฉลี่ย 3.9 ± 0.8 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอิมมูโนโกลบูลินร้อยละ 79.8 อิมมูโนโกลบูลิน และการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา ร้อยละ 4.3 และการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 16 โดยค่า GBS Disability score หลังรักษาเฉลี่ย 3.5 ± 1.4 มีผู้เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 8.5 ดังตาราง 2



ตาราง 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค GBS

อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
อาการอ่อนแรง		
เฉพาะรยางค์ส่วนล่าง	4	4.3
ทั้งรยางค์ส่วนบนและล่าง	87	92.6
อาการชา		
เฉพาะรยางค์ส่วนล่าง	8	8.5
ทั้งรยางค์ส่วนบนและล่าง	71	75.5
หายใจลำบาก	30	31.9
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	25	26.6
กลืนลำบาก, พูดลำบาก	34	36.2
ใบหน้าอ่อนแรง	34	36.2
อัมพาตกล้ามเนื้อลูกตา	10	10.6
ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ	10	10.6
เดินเซ	16	17
ผิดปกติทางระบบประสาทอัตโนมัติ	6	6.4
การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ		
อ่อนแรงส่วนต้นของรยางค์ส่วนบน	82	87.2
อ่อนแรงส่วนปลายของรยางค์ส่วนบน	65	72.2
อ่อนแรงส่วนต้นของรยางค์ส่วนล่าง	90	95.7
อ่อนแรงส่วนปลายของรยางค์ส่วนล่าง	83	88.3
ลดลงหรือหายไปของรีเฟล็กซ์ในรยางค์ส่วนบน	82	87.2
ลดลงหรือหายไปของรีเฟล็กซ์ในรยางค์ส่วนล่าง	90	95.7
การตรวจการรับความรู้สึกลดลงหรือหายไป	65	69.1
บริเวณปลายมือ และ ปลายเท้า	52	55.3
บริเวณใต้เข่าลงไปทั้ง 2 ข้าง	13	14.8
ตรวจน้ำไขสันหลังพบโปรตีนสูงขึ้น	76	80.9
GBS Disability score ก่อนรักษาเฉลี่ย	3.9 ± 0.8 (2-5)	
คะแนน 2	8	8.5
คะแนน 3	14	14.9
คะแนน 4	54	57.4
คะแนน 5	17	18.1



ตารางต่อ ตาราง 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค GBS

อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
GBS Disability score หลังรักษาเฉื่อย	3.5 ± 1.4 (1-6)	
คะแนน 1	3	3.2
คะแนน 2	17	18.1
คะแนน 3	13	13.8
คะแนน 4	25	26.6
คะแนน 5	7	7.4
คะแนน 6	8	8.5
วิธีการรักษา		
อิมมูโนโกลบูลิน	75	79.8
อิมมูโนโกลบูลินและการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา	4	4.3
ประคับประคอง	15	16.0

จากผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย จำนวน 94 ราย พบความผิดปกติ 87 ราย (ร้อยละ 92.6) ในการตรวจการชักนำกระแสประสาทสังการ

การตรวจการชักนำกระแสประสาทสังการส่วนต้นหรือคลื่นเอฟ (F-wave) เส้นประสาทที่พบความผิดปกติบ่อยสุดคือ Peroneal พบว่า Absent F wave ร้อยละ 67.6 และ Delayed F latency ร้อยละ 6.7

การตรวจการชักนำกระแสประสาทสังการ (motor nerve conduction study [motor NCS]) พบว่าเส้นประสาทที่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่พบบ่อยที่สุดคือเส้นประสาท Peroneal (ร้อยละ 37.6) รองลงมาคือเส้นประสาท Tibial (ร้อยละ 16) และ Median (ร้อยละ 14) ตามลำดับ ในเส้นประสาทที่มีการตอบสนองพบว่าการลดของ compound action muscle potential (CMAP) บ่อยที่สุดคือ เส้นประสาท Ulnar (ร้อยละ 89.5), Tibial (ร้อยละ 63.4) และ Median (ร้อยละ 63.0) เส้นประสาทที่พบว่ามี Delayed latency บ่อยที่สุดคือเส้นประสาท Median (ร้อยละ 37.0), Tibial (ร้อยละ 36.6) และ Ulnar (ร้อยละ 26.7) เส้นประสาทที่พบว่ามี Slow nerve conduction velocity (NCV) บ่อยที่สุดคือเส้นประสาท Median (ร้อยละ 19.8), Tibial (ร้อยละ 11.1) และ Peroneal

(ร้อยละ 9.4) พบว่ามี Conduction block (CB) หรือ Temporal dispersion (TD) บ่อยที่สุดในเส้นประสาท Peroneal (ร้อยละ 38.5) Tibial (ร้อยละ 36.6) และ Ulnar (ร้อยละ 16.3) การตรวจการชักนำกระแสประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve conduction study [sensory NCS]) พบว่ามีการไม่การตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าบ่อยที่สุดในเส้นประสาท Median (ร้อยละ 55.4), Sural (ร้อยละ 51.2) และ Ulnar (ร้อยละ 45.6) ในเส้นประสาทที่มีการตอบสนองพบว่ามี Delayed latency บ่อยที่สุดในเส้นประสาท Median (ร้อยละ 54.8), Ulnar (ร้อยละ 35.8) และ Sural (ร้อยละ 8.9)

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยภายใน 7 วันแรก หลังมีอาการจำนวน 47 ราย และ ภายหลังจาก 7 วันจำนวน 47 ราย เมื่อทำการเทียบผลการตรวจวินิจฉัยในค่าพารามิเตอร์ต่างๆของทั้ง 2 กลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้น Slow NCV ในการตรวจการชักนำกระแสประสาทสังการของเส้นประสาท Tibial และในการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อโดยใช้เข็ม พบลักษณะความผิดปกติแบบ axonal denervation จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 29.6) พบความอัตรส่วนผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยภายใน 7 วันแรกจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 21.1) และ

พบความผิดปกติในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยภายหลัง 7 วันจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 37.2) ทั้งนี้แม้ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยภายหลัง 7 วันมีอัตราส่วนที่

พบความผิดปกติมากกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ผลตรวจการชักนำกระแสประสาท	ทั้งหมด (94 ราย)	ตรวจภายใน 7 วัน (47 ราย)	ตรวจหลัง 7 วัน (47 ราย)	P-value
F wave Median				
Absent F wave	20/44 (45.5)	9/23 (39.1)	11/21 (52.4)	0.55
Delayed F wave latency	19/26 (73.1)	12/14 (85.7)	7/12 (58.3)	0.19
F wave Ulnar				
Absent F wave	6/38 (15.8)	4/22 (18.2)	2/16 (12.5)	0.50
Delayed F wave latency	8/33 (24.2)	3/18 (16.7)	5/15 (33.3)	0.24
F wave Peroneal				
Absent F wave	25/37 (67.6)	13/21 (61.9)	12/16 (75)	0.49
Delayed F wave latency	1/15 (6.7)	0/9 (0)	1/6 (16.7)	0.40
F wave Tibial				
Absent F wave	22/45 (48.9)	14/25 (56)	8/20 (40)	0.37
Delayed F wave latency	2/24 (8.3)	1/12 (8.3)	1/12 (8.3)	1.00
Motor Median NCS				
Delayed latency	30/81 (37.0)	15/41 (36.6)	15/40 (37.5)	1.00
Slow NCV	16/81 (19.8)	6/41 (14.6)	10/40 (25.0)	0.28
No response	13/93 (14)	5/46 (10.9)	8/47 (17.0)	0.55
CB or TD	13/81 (16.0)	7/41 (17.1)	6/40 (15.0)	1.00
CMAP drop	51/81 (63.0)	24/41 (58.5)	27/40 (67.5)	0.49
Motor Ulnar NCS				
Delayed latency	23/86 (26.7)	11/41 (26.8)	12/45 (26.7)	1.00
Slow NCV	7/86 (8.1)	1/41 (2.4)	6/45 (13.3)	0.11
No response	6/92 (6.5)	4/45 (8.9)	2/47 (4.3)	0.43
CB or TD	14/86 (16.3)	8/41 (19.5)	6/45 (13.3)	0.56
CMAP drop	77/86 (89.5)	37/41 (90.2)	40/45 (88.9)	1.00
Motor Tibial NCS				
Delayed latency	30/82 (36.6)	15/41 (36.6)	15/41 (36.6)	1.00
Slow NCV	9/81 (11.1)	1/40 (2.5)	8/41 (19.5)	0.029
No response	15/94 (16.0)	6/47 (12.8)	9/47 (19.1)	0.57



ตารางต่อ ตาราง 3 ผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

ผลตรวจการชักนำกระแสประสาท	ทั้งหมด (94 ราย)	ตรวจภายใน 7 วัน (47 ราย)	ตรวจหลัง 7 วัน (47 ราย)	P-value
CB or TD	30/82 (36.6)	15/41 (32)	15/41 (31.9)	1.00
CMAP drop	30/82 (63.4)	23/41 (56.1)	29/41 (70.7)	0.25
Motor Peroneal NCS				
Delayed latency	9/65 (13.8)	6/36 (16.7)	3/29 (10.3)	0.72
Slow NCV	6/64 (9.4)	1/35 (2.9)	5/29 (17.2)	0.08
No response	35/93 (37.6)	15/47 (31.9)	20/46 (43.5)	0.29
CB or TD	25/65 (38.5)	13/36 (36.1)	12/29 (41.4)	0.80
CMAP drop	23/65 (35.4)	9/36 (25.0)	14/29 (48.3)	0.07
Sensory Median NCS				
No response	51/92 (55.4)	22/45 (48.9)	29/47 (61.7)	0.29
Delayed latency	23/42 (54.8)	13/23 (56.5)	10/19 (52.6)	1.00
Sensory Ulnar NCS				
No response	41/90 (45.6)	19/45 (42.2)	22/45 (48.9)	0.67
Delayed latency	19/53 (35.8)	10/27 (37.0)	9/26 (34.6)	1.00
Sensory Sural NCS				
No response	43/84 (51.2)	21/43 (48.8)	22/41 (53.7)	0.67
Delayed latency	4/45 (8.9)	1/25 (4.0)	3/20 (15.0)	0.31
ตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อโดยใช้เข็ม				
axonal denervation	81/94 (86.2)	37/47 (78.7)	43/47 (91.5)	0.19
Subtypes GBS				
AIDP	29/94 (30.9)	10/47 (21.3)	19/47 (40.4)	
Axonal GBS	48/94 (51.1)	24/47 (51.1)	24/47 (51.1)	
AMAN	27/94 (28.7)	14/47 (29.8)	13/47 (27.7)	
AMSAN	17/94 (18.1)	7/47 (14.9)	10/47 (21.3)	
Inexcitable	4/94 (4.3)	3/47 (6.4)	1/47 (2.1)	
Equivocal	10/94 (10.6)	7/47 (14.9)	3/47 (6.4)	
Normal	7/94 (7.4)	6/47 (12.8)	1/47 (2.1)	

คำย่อ: NCS (Nerve conduction study), NCV (nerve conduction velocity), CB (Conduction block), TD (Temporal dispersion), CMAP (compound action motor potential), GBS (Guillain-Barré syndrome), AIDP (Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy), AMAN (Acute motor axonal neuropathy), AMSAN (acute motor and sensory axonal neuropathy)

นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่ตรวจภายหลัง 7 วัน พบ axonal denervation ในกลุ่มผู้ป่วย GBS ชนิด AIDP ด้วย ดังตาราง 4

การจำแนก GBS ชนิดย่อยโดยใช้เกณฑ์ไฟฟ้าวินิจฉัย

พบเป็นชนิด Axonal GBS 48 ราย (ร้อยละ 51.1) ชนิด AIDP 29 ราย (ร้อยละ 30.9) ไม่สามารถจำแนกเข้ากลุ่มใด ได้จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 10.6) และผลตรวจพบว่าปกติ 7 ราย (ร้อยละ 7.4) (ดังตาราง 3)

ตาราง 4 การแบ่งชนิดย่อยของ GBS เทียบกับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อโดยใช้เข็ม

การจำแนก ชนิด GBS	พบ Axonal denervation จากตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อโดยใช้เข็ม			P-value
	ตรวจทั้งหมด (n=81)	ตรวจใน 7 วันแรก (n=38)	ตรวจหลัง 7 วัน (n=43)	
GBS ทั้งหมด	24/81 (29.6)	8/38 (21.1)	16/43 (37.2)	0.11
AIDP	4/26 (15.4)	0/9 (0)	4/13 (30.8)	0.11
Axonal GBS	19/43 (44.2)	7/21 (33.3)	12/22 (54.5)	0.16
Equivocal	1/8 (12.5)	1/5 (20.0)	0/3 (0)	0.41
Normal	0/4 (0)	0/3 (0)	0/1 (0)	NA

คำย่อ: NCS (Guillain-Barré syndrome), AIDP (Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy) AMAN (Acute motor axonal neuropathy), AMSAN (acute motor and sensory axonal neuropathy)

อภิปราย

ผลการศึกษานี้พบว่าข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดงของโรคค่อนข้างคล้ายกับการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศ¹⁻⁷ ดังนั้นการวินิจฉัยที่สำคัญจึงขึ้นกับอาการแสดงร่วมกับตรวจพบการหายไปของรีเฟล็กซ์ เมื่อสงสัยจึงส่งตรวจน้ำไขสันหลังและตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเข้าเพื่อเป็นตัวช่วยและยืนยันในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยในการศึกษาส่วนมากอยู่ในเกณฑ์รุนแรง เนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลส่งต่อของผู้ป่วยอาการรุนแรงจากจังหวัดใกล้เคียงจึงทำให้มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำนวนสูงขึ้น และมีผู้ป่วยถึง 79 ราย (ร้อยละ 84) ที่ได้รับการรักษาโดยอิมมูโนโกลบูลินหรือการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา นอกจากนี้หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยให้อิมมูโนโกลบูลินครบมักจะส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัดเพื่อทำการรักษาต่อ ถ้ามาจากโรงพยาบาลจังหวัดก็อาจจะส่งกลับไปรักษาตัวทั้งที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ และเพื่อฝึกการช่วยเหลือตัวเอง เช่น การลุกขึ้นยืนเดิน ทั้งนี้ระดับ GBS Disability score หลังการรักษาขึ้นอยู่กับระดับที่รุนแรง อาจอธิบายได้เนื่องจาก

การศึกษานี้ศึกษาระดับ GBS Disability score ถึงเวลาที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแต่ไม่มีการติดตามระยะยาว 3-6 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการฟื้นตัวของผู้ป่วย¹⁸

ชนิดย่อยของ GBS ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 51.1 เป็นชนิด axonal GBS โดยแบ่งย่อยลงไปอีกเป็น AMAN, AMSAN และ Inexcitable ร้อยละ 28.7, 18.7 และ 4.3 ตามลำดับ รองลงมาคือชนิด AIDP ร้อยละ 30.9 ไม่สามารถระบุชนิดได้ร้อยละ 10.6 และตรวจได้ผลปกติร้อยละ 7.4 โดยผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาทั้งในไทยและในต่างประเทศซึ่งพบว่าความผิดปกติที่พบบ่อยสุดเป็นชนิด AIDP^{1,2,4-7} แม้ว่าจากศึกษาในแถบประเทศทางเอเชียรวมถึงไทย เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์¹ มีสัดส่วนของ axonal GBS มากกว่าต่างประเทศ แต่ชนิดที่พบบ่อยสุดยังเป็น AIDP ถึงร้อยละ 54 และ axonal GBS ร้อยละ 46 และยังคงจากการศึกษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์⁷ ซึ่งพบชนิด AIDP ถึงร้อยละ 66.7 และ axonal GBS ร้อยละ 13.3 สัดส่วนการ



วินิจฉัย AIDP ที่สูงและ axonal GBS ที่ค่อนข้างต่ำในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ อาจสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้มีเฉพาะประชากรในเอเชีย จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยชาวยุโรปและสัญชาติอื่นอยู่ในการศึกษาถึงร้อยละ 20 จึงอาจทำให้สัดส่วนที่พบแตกต่างกัน⁷ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งรับผู้ป่วยส่งต่อจากจังหวัดอื่นที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้ และผู้ป่วยที่มีอาการหนักมักเป็นกลุ่ม axonal GBS จึงทำให้การศึกษานี้พบสัดส่วนผู้ป่วย axonal GBS มากกว่า รวมถึงในการศึกษานี้มีการใช้เกณฑ์คลื่นไฟฟ้าวินิจฉัย¹⁶ ที่แตกต่างกันจากการศึกษาที่อื่น ซึ่งอาจมีผลทำให้จำแนกชนิดต่างกันได้^{19,20} เนื่องจากผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉพาะในการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยซึ่งมีการระบุรายละเอียดมากขึ้นเกี่ยวกับการที่ตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยไม่พบการตอบสนองในทุกเส้นประสาทที่ตรวจ โดยจะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม inexcitable ซึ่งในการศึกษานี้พบได้ 4 รายไปเป็นชนิดย่อยหนึ่งใน Axonal GBS

การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในการศึกษานี้ที่ตรวจภายใน 7 วันแรกหลังมีอาการ พบว่าตรวจไม่พบความผิดปกติได้ถึงร้อยละ 12.8 ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย โดยตรวจวิธีพิเศษ ได้แก่ H-reflex, blink reflex อาจพบความผิดปกติได้²¹ แต่ก็ยังไม่เป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและไม่อยู่ในเกณฑ์การจำแนกชนิดย่อย GBS ด้วยการตรวจวินิจฉัยทางไฟฟ้า รวมถึงในงานวิจัยนี้ก็ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ได้รับการตรวจพิเศษด้วยวิธีเหล่านี้ แต่อาจจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในอนาคตสำหรับผู้ป่วยที่ตรวจเบื้องต้นยังไม่พบความผิดปกติ

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ การเก็บข้อมูลการศึกษาแบบย้อนหลังอาจจะมีการบันทึกไม่ครบถ้วน เช่นการติดตามอาการผู้ป่วย การประเมิน GBS disability score หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงการพยากรณ์โรค นอกจากนี้การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้ตรวจในการวางแผนการตรวจให้เหมาะสม ซึ่งทำให้ข้อมูลไฟฟ้าวินิจฉัยของผู้ป่วยแต่ละรายทำในเส้นประสาทที่แตกต่างและจำนวนเส้นไม่เท่ากัน การเลือกตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อแตกต่างกันทั้ง

จำนวนและการเลือกมัดกล้ามเนื้อ รวมถึงสภาวะผู้ป่วยที่อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ตรวจ เมื่อพบความผิดปกติเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยเพียงพอก็จะไม่ได้ตรวจเส้นประสาทอื่นเพิ่มเติม

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วย GBS ที่พบบ่อยในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นชนิด axonal GBS และส่วนมากมีอาการในเกณฑ์รุนแรงที่ต้องรับการรักษาด้วยอิมมูโนโกลบูลินหรือการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาในการศึกษารั้งนี้พบว่า การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเร็วตั้งแต่ภายใน 7 วันแรกให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคและการจำแนกชนิดของ GBS เพื่อให้ได้รับการรักษาเฉพาะได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome Worldwide. *Neuroepidemiology*. 2009; 32:150-63.
2. Kuwabara S. Guillain-Barré Syndrome. *Drugs*. 2004;64 (6) :597-610.
3. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn P, Jacobs B. Diagnosis of Guillain-Barre syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain*. 2013;137 (1) :33-43.
4. Areeyapinan P, Phanthumchinda K. Guillain-Barre Syndrome: A Clinical Study in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2010;93 (10):1150-4.
5. Ekwitayawechnukul C. Guillain-Barre Syndrome in Lampang Hospital. *Lampang Med J*. 2010 ; 31 (3):105-14.
6. Ruengwongroj P. Electrodiagnosis study of guillain – Barré syndrome inchiangrai regional hospital. *Chiangrai Medical journal*. 2013;5 (1):9-21.

7. Kulkantrakorn K, Sukphullop P. Outcome of Guillain-Barré Syndrome in Tertiary Care Centers in Thailand. *J ClinNeuromusc Dis.* 2017;19 (2):51-6.
8. Willison H, Jacobs B, van Doorn P. Guillain-Barré syndrome. *Lancet.* 2016;388(10045):717-27.
9. Cortese I, Chaudhry V, So Y, Cantor F, Cornblath D, Rae-Grant A. Evidence-based guideline update: Plasmapheresis in neurologic disorders: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2011;76(3):294-300.
10. Bae JS, Yuki N, Kuwabara S, Kim JK, Vucic S, Lin CS, et al. Guillain-Barré syndrome in Asia. *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 2014;85:905-11.
11. Zaitoun AM, Kamel A, Aziz SA, Azem HA, Salah H. Early Clinical and Electrodiagnostic Assessment of GuillainBarré Syndrome: Predictors for Prognosis. *Egypt J NeurolP sychiat Neurosurg.* 2009;46 (1):169-76.
12. . Kim CT, Strommen JA, Johns Js, Weiss JM, Weiss LD, Williams FH, et al. Neuromuscular rehabilitation and electrodiagnosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86 (3 Suppl 1) :S28-32
13. Miller RG, Peterson GW, Daube JR, Albers JW. Prognostic value of electrodiagnosis in Guillain-Barré syndrome. *Muscle & Nerve.* 1988;11(7):769-74.
14. Mc Khann GM. Guillain-Barré syndrome: clinical and therapeutic observations. *AnnNeurol.* 1990;27(suppl):S13-6.
15. Hughes RA, Newson-Davis JM, Perkin GD, Pierce JM. Controlled trial prednisolone in acute polyneuropathy. *Lancet.* 1978;2:750-3.
16. Rajabally Y, Durand MC, Mitchell J, Orlikowski D, Nicolas G. Electrophysiological diagnosis of Guillain-Barré syndrome subtype: could a single study suffice? *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 2015;86:115-9.
17. Uncini A, Ippoliti L, Shahrizaila N, Sekiguchi Y, Kuwabara S. Optimizing the electrodiagnostic accuracy in Guillain-Barré syndrome subtypes: criteria sets and sparse linear discriminant analysis. *ClinNeurophysiol.* 2017;128:1176-83.
18. Amin B, Meghnathi H, Gajjar MD, Patel T, Vanani J, Gupta N et al. Impact of Electrophysiological and Clinical Variants, and Timing of Plasmapheresis on Outcome of Guillain-Barré Syndrome. *J Assoc Physicians India.* 2017;65(11):14-5.
19. Uncini A, Manzoli C, Notturmo F, Capasso M. Pitfalls in electrodiagnosis of Guillain - Barré syndrome subtypes. *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 2010;81(10):1157-63.
20. Uncini A, Kuwabara S. Electrodiagnostic criteria for Guillain - Barré syndrome: a critical revision and the need for an update. *ClinNeurophysiol.* 2012;123(8):1487- 95.
21. Wali A, Kanwar D, Khan SA, Khan S. Early electrophysiological findings in acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy variant of Guillain-Barre syndrome in the Pakistani population - a comparison with global data. *J PeripherNerv Syst.* 2017;22(4): 451-4.



การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

The Study of the Relationship between Personal Health Care Behaviors and Quality of Working Life of Ambulance Drivers in Maha Sarakham province.

กัญตา คำพอ*

Kanta Khampor*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พนักงานขับรถพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 94 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หาค่าความเที่ยงใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน หาค่าความเที่ยงใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา : ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มีมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี (ร้อยละ 31.9) ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล (ร้อยละ 74.47) พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ สามารถปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้งที่ขับรถพยาบาล (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 70.2) และขับรถพยาบาลด้วยความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (ร้อยละ 97.9) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพนักงานขับรถพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53$, $SD = .43$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, $SD = .59$) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29$, $SD = .77$) คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = .69$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = .67$) รองลงมาด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .79$) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = .98$) ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ 0.479 และมีความสัมพันธ์ในลำดับแรกคือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458$, $p<.01$) รองลงมาคือ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454$, $p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203$, $p<.05$)

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคาม

*General Administration Officer, Maha Sarakham Hospital



สรุป : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถพยาบาล

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การดูแลสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

Objective : to study the relationship between personal health care behaviors and quality of work life of ambulance drivers in Maha Sarakham province.

Methods : This research is descriptive research. The subjects of the study were 94 drivers in general hospitals and community hospitals in Maha Sarakham. The research instruments were general information questionnaire, ambulance safety standard questionnaire, personal health care behaviors questionnaire, and quality of working life questionnaire. Validity of personal health care behaviors questionnaire and quality of working life questionnaire were analyzed by using Cronbach's Alpha Coefficient, and the validity indices of the questionnaires were 0.8 and 0.94, respectively. Data were analyzed by using statistical analyses including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient.

Results : For general information of the subjects, the subjects were male. 35.1% were between 41-50 years old. 77.7% were married. 57.4% graduated upper secondary school. 74.5% got less than 15,000-baht salary. 31.9% got ambulance driving experience between 11-15 years. 74.47% had never got accident from driving ambulance. For ambulance safety standard, the results revealed that drivers take good care for preparation process before driving such as fastening belt before driving and following the traffic rules (100%), checking alcohol level before driving (70.2%), and driving less than 80 km/hr speed limit (97.9%). For personal health care behaviors, the overall personal health care behaviors was in high level ($\bar{x} = 3.53$, SD = .43). Considering each aspect, the personal health care behaviors in food and medication aspect was in high level ($\bar{x} = 3.76$, SD = .59) and stress management aspect was in low level ($\bar{x} = 2.29$, SD = .77). For quality of working life, the overall quality of working life was in high level ($\bar{x} = 3.79$, SD = .69). Considering each aspect, the quality of working life in relationship with colleague aspect was in high level ($\bar{x} = 4.15$, SD = .67), work stability and progress aspect was in high level ($\bar{x} = 3.89$, SD = .79), and payment and benefits aspect was in moderate level ($\bar{x} = 3.33$, SD = .98). The personal health care behaviors and quality of working life showed significant positive correlation ($r=0.479$, $p < 0.01$). Considering each personal health care behaviors aspect, the results showed that the first three aspects that showed significant positive correlation were checkup aspect ($r=0.458$, $p<.01$), environment management aspect ($r=0.454$, $p<.01$), and stress management ($r=0.203$, $p<.05$), respectively



Conclusion : Personal health care behaviors and quality of working life of ambulance drivers in Maha Sarakham province. were significantly correlated, and the results of the study will be further used for developing ambulance drivers' operation.

Keywords : behaviors, personal health care, quality of working life

บทนำ

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคลากรในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะนำไปสู่ความปกติสุขในชีวิต ที่ทุกคนสามารถกระทำบทบาท ของตนได้เหมาะสม สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในความคิดของเพนเดอร์นั้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัย การพัฒนาทาง จิตวิญญาณ การมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด การที่แต่ละคนจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตนเองของครอบครัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีความเกี่ยวข้อง¹ ซึ่งพฤติกรรมภาวะสุขภาพที่ดีอาจมีผลต่อคุณภาพการทำงาน แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุข ของคนไทยที่เคยใช้ได้ผลในทศวรรษที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จึงต้องการนวัตกรรมใหม่ และต้องการภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้ง ในประเทศ ภูมิภาค และระดับโลกเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว² ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญในแง่ความผาสุก ของมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับ สวัสดิการมนุษย์และความสุข³ พัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของ คุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2493-2502 (ทศวรรษ 1950) มาสโลว์ 4 ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่นักการจัดการให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นการศึกษาความต้องการของพนักงาน โดยนำมา เป็นสิ่งจูงใจให้พนักงานมีความตั้งใจทำงาน อย่างเต็มที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร และส่วนหนึ่งเพื่อ

ตอบสนองความต้องการของ พนักงานเช่นกัน เนื่องจากมนุษย์ย่อมมีความต้องการ และเมื่อความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียด นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดแรง ขับเคลื่อน เพื่อหาวิธีการหรือพฤติกรรมที่นำไปสู่สิ่งที่ตนเองต้องการ เพื่อลดความตึงเครียดนั้น ซึ่งความต้องการของมนุษย์ ประกอบด้วย ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ความต้องการ ทางเพศ เป็นต้น ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เช่น ความ ต้องการความมั่นคง ความต้องการความคุ้มครองจากอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เช่น ความต้องการความรัก ความใส่ใจ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ เป็นต้น ความต้องการเกียรติยศ (Esteem Needs) เช่น ชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง อำนาจ การยกย่องสรรเสริญ เป็นต้น และ ความต้องการให้ความฝันของตนเป็นจริง (Self-Actualization Needs) เช่น ความเจริญรุ่งเรืองในสายอาชีพสรรเสริญ เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน คนทำงานในประเทศไทย ก็ต้องเผชิญกับการตั้งรับการรวมตัวเป็น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ดังนั้น ความต้องการข้อมูลด้านสถานการณ์คุณภาพชีวิตและความสุข ของคนทำงานในประเทศไทย จึงเป็นเรื่องสำคัญ ในการนำมาวิเคราะห์เพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ คนทำงานในประเทศไทยเมื่อเข้าสู่ การเป็นสมาชิกประชาคมอาเซียน ข้อสำคัญ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ด้านการทำงานที่มีคุณภาพทั้งธุรกิจภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และภาครัฐบาล ในการตั้งรับเสาหลักด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ภายใต้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนิน บทบาท

ในการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาเครือข่าย และพัฒนา นโยบาย สาธารณะ จนเกิดนวัตกรรมที่เป็นรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนและสร้างเสริม โครงการ Happy Workplace หรือ Happy^๑ จนสามารถเชื่อมโยงไป ยังสุขภาวะของบุคลากร ครอบครัว สังคม และชุมชนที่เกี่ยวข้องให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งยังมีการพัฒนาเครื่องมือในการทำงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อรองรับการเติบโต และการขยายตัวในการทำงานของกลุ่มองค์กรที่ สนใจเข้าร่วมโครงการในอนาคต บทบาทของสำนักสนับสนุนสุขภาวะ องค์กรดังกล่าวนี้ จึงเป็นการดำเนินการพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิต และความสุขคนทำงานในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็น ฐานรากสำคัญที่แข็งแกร่งในการเตรียมความพร้อม ทั้งในเชิงรับและ เชิงรุก อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะ นำไปสู่ สุขภาวะของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม^๒

พนักงานขับรถในโรงพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญต่อความ ผิดชอบชีวิตของผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่ร่วมเดินทาง ซึ่งปัจจุบันพบอุบัติเหตุจากรถพยาบาลมากขึ้น และสาเหตุเป็นผล มาจากความบกพร่องหรือความไม่ สมดุลกันของหลาย องค์ประกอบ โดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคคล หรือพนักงานขับรถในโรงพยาบาล^๓ ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุ แต่ละครั้งอาจมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกาย จิตใจ ความพร้อมของยานพาหนะและอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกัน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย โดยเน้นที่วิธีการขับและการปฏิบัติตามกฎหมาย แต่ยังไม่ม่มาตรการสนับสนุนในปัจจัยพื้นฐานบุคคล เท่าที่ควร ซึ่งจากงานทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตการทำงาน มีผล ต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับสูง^๔ และผลการ ศึกษาปัจจัยหลักเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับ รถของพนักงานขับรถพยาบาลได้กล่าวไว้คือความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและปัจจัยรองคือคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต้อง สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของ ภาครณี วสุเสถียร^๑ รวมถึงการศึกษา คุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งมีกรณีศึกษา ของพนักงานขับรถบริษัทค่าแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถอธิบายได้ ว่า พนักงานจะมีรายได้หรือ มีการศึกษาอยู่ในระดับใด ก็จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่ยุติธรรมเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและ ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านธรรมาภิบาลขององค์กร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานกับชีวิตส่วนตัวไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและต้องการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานขับรถ โรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งภาวะสุขภาพอาจมี ผลกระทบต่อสมรรถนะการปฏิบัติหน้าที่ในการขับรถ พยาบาลของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน พาหนะโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม และหน่วยงาน พาหนะโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 13 อำเภอ โดยมีพนักงาน ขับรถทั้งหมด 94 คน ซึ่งทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป ความ สัมพันธ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของพนักงาน ขับรถกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถ พยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็น ข้อมูลและแนวทางสู่การพัฒนาศักยภาพการทำงาน of พนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามด้วยความ ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พนักงานขับรถพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 94 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพรายได้ ต่อเดือน ประสบการณ์ในการขับรถพยาบาล ประวัติการเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล ข้อโดยคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมีหลายคำตอบให้เลือก (Multiple Choices Questions) และเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว (Best Answer)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้แบบสอบถามชุดนี้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.6 -1 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอร์นบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยแบบสอบถามสร้างขึ้นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) สร้าง ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียง

คำตอบเดียว และมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยแบบสอบถามมีคุณภาพชีวิตการทำงาน ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงาน ในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.6 -1 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอร์นบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ให้ตอบ ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัสโครงการ MSKH_REC 62-01-020 เลขที่รับรอง COA 62/18 โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถใช้ลายเซ็น แทนการลงชื่อได้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บ เป็นความลับ โดยไม่สามารถเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้และการรายงานผลการศึกษาระายงานในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน และผ่านการอบรม แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของ ข้อคำถาม ตลอดจนจนผ่านการทดลองเก็บข้อมูลอย่าง ถูกต้องมาแล้วจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาล และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อ ร้าง สัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของข้อคำถาม พร้อมทั้งสอบถาม ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอม เข้าร่วม

วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อโดยใช้ลายเซ็นในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ในขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือได้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เวลาคิดและตัดสินใจในการทำแบบสอบถามโดยไม่มีข้อจำกัด หรือการบังคับใดๆ และในระหว่างทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 40 นาทีต่อราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบแจกแจงของกลุ่มประชากรโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Z ได้ค่ามากกว่า 0.05 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยแปลงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม

เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส จำนวน 73 คน (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 31.9) ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.47) ในส่วนการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ สามารถปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้ง ที่ขับรถพยาบาล (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 70.2) และขับรถพยาบาลด้วยความเร็ว ไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 97.9) การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคามโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53, SD = .43$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยา ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, SD = .59$) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29, SD = .77$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการบริโภคอาหารและยา	3.76	.598	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.49	.869	ปานกลาง
ด้านการพักผ่อน	3.61	.691	มาก
ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	3.78	.697	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	2.29	.772	น้อย
ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ	4.22	.749	มาก
โดยรวม	3.53	.426	มาก



เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = .69$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = .67$) รองลงมาด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า ใน

ระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .79$) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = .98$) ตามลำดับ แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.33	.985	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.77	.843	มาก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	4.15	.676	มาก
ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า	3.89	.794	มาก
โดยรวม	3.79	.696	มาก

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ 0.479 และรายด้านที่มีความสัมพันธ์ใน

ลำดับแรกคือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458$, $p<.01$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454$, $p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203$, $p<.05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	คุณภาพชีวิตการทำงาน		ระดับความสัมพันธ์
	Pearson Correlation(r)	Sig. (2-tailed)	
ด้านการบริโภคอาหารและยา	0.267	0.007**	ต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	0.250	0.015*	ต่ำ
ด้านการพักผ่อน	0.322	0.002**	ต่ำ
ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	0.454	0.000**	ต่ำ
ด้านการจัดการความเครียด	0.203	0.049**	ต่ำ
ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ	0.458	0.000**	ต่ำ
ภาพรวม	0.479	0.000**	ต่ำ

**p<.01

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพนักงานขับรถพยาบาล 94 คน ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส จำนวน 73 คน (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 31.9) มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของภรณ์ วสุเสถียร¹ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รถพยาบาลปลอดภัย ของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 และจากผลของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคามโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53, SD = .43$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยา ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, SD = .59$) แต่ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29, SD = .77$) ในขณะที่การศึกษาของมงคล การณงาม พรรณ⁹ พบว่า พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียดด้านโภชนาการ และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยรวมมีความสัมพันธ์ที่ 0.479 และรายด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับแรก คือด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458, p<.01$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454, p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203, p<.05$) คุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากเป็นเพราะว่าพนักงานขับรถพยาบาล โดยทั่วไปจะอยู่ในระบบราชการที่มีความมั่นคงมีสวัสดิการ มีความปลอดภัย และมีความก้าวหน้าในงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนในรายด้านนั้น แม้ว่าคะแนนทุกด้านจะอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าคุณภาพชีวิต

ด้านผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอมีคะแนนต่ำที่สุดสะท้อนให้เห็นว่า ค่าตอบแทนที่เกิดขึ้นในมุมมองของพนักงานขับรถพยาบาล อาจยังไม่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจที่ได้เผชิญอยู่ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดในขณะออกปฏิบัติงานได้ เพราะปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม และในส่วนของผลการศึกษาด้านการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เป็นเพราะพนักงานขับรถต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ตามนโยบายและมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ซึ่งต่างกับการศึกษาของกิตติคุณ ชื่อสัตย์ดี¹⁰ ที่พบว่าพนักงานบริษัทเอกชนมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีแต่ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานของรัฐและเอกชนที่ต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานขับรถพยาบาล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของพนักงานขับรถจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร และเป็นแนวทางในการจัดการแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถพยาบาลทุกโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้อีกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุญาตให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณดร.ผดุงศิษย์ ชำนาญบริรักษ์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ช่วยแนะนำให้คำปรึกษา และที่สำคัญขอขอบคุณพนักงานขับรถในหน่วยงานยานพาหนะโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามครบถ้วน จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. ภาวณี วสุเสถียร. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รดพยาบาลปลอดภัย ของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 35; 2561 (1) :65-76.
2. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงาน. ทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555– 2564) :3-5.
3. Oliver, J.P.J. et al. Quality of Life and Mental Health Service. London: Routledge ; 1996.
4. ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์ A Theory of Human Motivation. URL: <https://th.wikipedia.org> (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2562)
5. สุรินธร กลัมพากร และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2555; 26 (2) : 14–21.
6. เฉลิมขวัญ เมฆสุข และประสพชัย พสุนนท์. ปัจจัยคุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ของพนักงานระดับปฏิบัติการ บริษัท สยามฟิตติ้งส์ จำกัด. วารสารธุรกิจปริทัศน์, 2560 ; 9 (1)
7. กฤษฏา พงษ์รัตน์. คุณภาพชีวิตการทำงาน กรณีศึกษา : พนักงานขับรถ พนักงานคุ้มกัน และหัวหน้า ประจำรถยนต์ กันทรัพย์สินมีค่าแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครฯ. คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2550.
8. นิรมล กุลพญา. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในธุรกิจน้ำอัดลม. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ; 2556.
9. มงคล การุณงาม พรรณ. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานใน สถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ .2555;32 (3) :55-65
10. Suesatdee K. Quality of working life and performance effectiveness of stenographer official of Secretariat of The House of Representatives [dissertation]. Bangkok: Krirk University ; 2014



การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

The Study of the Relationship between Personal Health Care Behaviors and Quality of Working Life of Ambulance Drivers in Maha Sarakham province.

กัญตา คำพอ*

Kanta Khampor*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พนักงานขับรถพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 94 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หาค่าความเที่ยงใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน หาค่าความเที่ยงใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา : ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มีมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี (ร้อยละ 31.9) ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล (ร้อยละ 74.47) พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ สามารถปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้งที่ขับรถพยาบาล (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 70.2) และขับรถพยาบาลด้วยความเร็วไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (ร้อยละ 97.9) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพนักงานขับรถพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53, SD = .43$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, SD = .59$) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29, SD = .77$) คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79, SD = .69$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15, SD = .67$) รองลงมาด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89, SD = .79$) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33, SD = .98$) ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ 0.479 และมีความสัมพันธ์ในลำดับแรกคือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458, p<.01$) รองลงมาคือ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454, p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203, p<.05$)

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคาม

*General Administration Officer, Maha Sarakham Hospital

สรุป : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถพยาบาล

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การดูแลสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

Objective : to study the relationship between personal health care behaviors and quality of work life of ambulance drivers in Maha Sarakham province.

Methods : This research is descriptive research. The subjects of the study were 94 drivers in general hospitals and community hospitals in Maha Sarakham. The research instruments were general information questionnaire, ambulance safety standard questionnaire, personal health care behaviors questionnaire, and quality of working life questionnaire. Validity of personal health care behaviors questionnaire and quality of working life questionnaire were analyzed by using Cronbach's Alpha Coefficient, and the validity indices of the questionnaires were 0.8 and 0.94, respectively. Data were analyzed by using statistical analyses including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Correlation Coefficient.

Results : For general information of the subjects, the subjects were male. 35.1% were between 41-50 years old. 77.7% were married. 57.4% graduated upper secondary school. 74.5% got less than 15,000-baht salary. 31.9% got ambulance driving experience between 11-15 years. 74.47% had never got accident from driving ambulance. For ambulance safety standard, the results revealed that drivers take good care for preparation process before driving such as fastening belt before driving and following the traffic rules (100%), checking alcohol level before driving (70.2%), and driving less than 80 km/hr speed limit (97.9%). For personal health care behaviors, the overall personal health care behaviors was in high level (\bar{x} = 3.53, SD = .43). Considering each aspect, the personal health care behaviors in food and medication aspect was in high level (\bar{x} = 3.76, SD = .59) and stress management aspect was in low level (\bar{x} = 2.29, SD = .77). For quality of working life, the overall quality of working life was in high level (\bar{x} = 3.79, SD = .69). Considering each aspect, the quality of working life in relationship with colleague aspect was in high level (\bar{x} = 4.15, SD = .67), work stability and progress aspect was in high level (\bar{x} = 3.89, SD = .79), and payment and benefits aspect was in moderate level (\bar{x} = 3.33, SD = .98). The personal health care behaviors and quality of working life showed significant positive correlation ($r=0.479$, $p < 0.01$). Considering each personal health care behaviors aspect, the results showed that the first three aspects that showed significant positive correlation were checkup aspect ($r=0.458$, $p<.01$), environment management aspect ($r=0.454$, $p<.01$), and stress management ($r=0.203$, $p<.05$), respectively



Conclusion : Personal health care behaviors and quality of working life of ambulance drivers in Maha Sarakham province. were significantly correlated, and the results of the study will be further used for developing ambulance drivers' operation.

Keywords : behaviors, personal health care, quality of working life

บทนำ

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคลากรในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะนำไปสู่ความปกติสุขในชีวิต ที่ทุกคนสามารถกระทำบทบาท ของตนได้เหมาะสม สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในความคิดของเพนเดอร์นั้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัย การพัฒนาทาง จิตวิญญาณ การมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด การที่แต่ละคนจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตนเองของครอบครัว และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีความเกี่ยวข้อง¹ ซึ่งพฤติกรรมภาวะสุขภาพที่ดีอาจมีผลต่อคุณภาพการทำงาน แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุข ของคนไทยที่เคยใช้ได้ผลในทศวรรษที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จึงต้องการนวัตกรรมใหม่ และต้องการภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้ง ในประเทศ ภูมิภาค และระดับโลกเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว² ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญในแง่ความผาสุก ของมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับ สวัสดิการมนุษย์และความสุข³ พัฒนาการทางด้านแนวคิดและความหมายของ คุณภาพชีวิตมีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2493-2502 (ทศวรรษ 1950) มาสโลว์ 4 ได้พัฒนาทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่นักการจัดการให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นการศึกษาความต้องการของพนักงาน โดยนำมา เป็นสิ่งจูงใจให้พนักงานมีความตั้งใจทำงาน อย่างเต็มที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร และส่วนหนึ่งเพื่อ

ตอบสนองความต้องการของ พนักงานเช่นกัน เนื่องจากมนุษย์ย่อมมีความต้องการ และเมื่อความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะเกิดความเครียด นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดแรง ขับเคลื่อน เพื่อหาวิธีการหรือพฤติกรรมที่นำไปสู่สิ่งที่ตนเองต้องการ เพื่อลดความตึงเครียดนั้น ซึ่งความต้องการของมนุษย์ ประกอบด้วย ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เช่น ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย ความต้องการ ทางเพศ เป็นต้น ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เช่น ความ ต้องการความมั่นคง ความต้องการความคุ้มครองจากอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น ความต้องการทางสังคม (Social Needs) เช่น ความต้องการความรัก ความใส่ใจ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ เป็นต้น ความต้องการเกียรติยศ (Esteem Needs) เช่น ชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง อำนาจ การยกย่องสรรเสริญ เป็นต้น และ ความต้องการให้ความฝันของตนเป็นจริง (Self-Actualization Needs) เช่น ความเจริญรุ่งเรืองในสายศรรเสริญ เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน คนทำงานในประเทศไทย ก็ต้องเผชิญกับการตั้งรับการรวมตัวเป็น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ดังนั้น ความต้องการข้อมูลด้านสถานการณ์คุณภาพชีวิตและความสุข ของคนทำงานในประเทศไทย จึงเป็นเรื่องสำคัญ ในการนำมาวิเคราะห์เพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ คนทำงานในประเทศไทยเมื่อเข้าสู่ การเป็นสมาชิกประชาคมอาเซียน ข้อสำคัญ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ด้านการทำงานที่มีคุณภาพทั้งธุรกิจภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และภาครัฐบาล ในการตั้งรับเสาหลักด้านประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร ภายใต้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนิน บทบาท

ในการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาเครือข่าย และพัฒนา นโยบาย สาธารณะ จนเกิดนวัตกรรมที่เป็นรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนและสร้างเสริม โครงการ Happy Workplace หรือ Happy^๑ จนสามารถเชื่อมโยงไป ยังสุขภาวะของบุคลากร ครอบครัว สังคม และชุมชนที่เกี่ยวข้องให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งยังมีการพัฒนาเครื่องมือในการทำงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อรองรับการเติบโต และการขยายตัวในการทำงานของกลุ่มองค์กรที่ สนใจเข้าร่วมโครงการในอนาคต บทบาทของสำนักสนับสนุนสุขภาวะ องค์กรดังกล่าวนี้ จึงเป็นการดำเนินการพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิต และความสุขคนทำงานในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็น ฐานรากสำคัญที่แข็งแกร่งในการเตรียมความพร้อม ทั้งในเชิงรับและ เชิงรุก อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะ นำไปสู่ สุขภาวะของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม^๒

พนักงานขับรถในโรงพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทที่สำคัญต่อความ ผิดชอบชีวิตของผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่ร่วมเดินทาง ซึ่งปัจจุบันพบอุบัติเหตุจากรถพยาบาลมากขึ้น และสาเหตุเป็นผล มาจากความบกพร่องหรือความไม่ สมดุลกันของหลาย องค์ประกอบ โดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคคล หรือพนักงานขับรถในโรงพยาบาล^๓ ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุ แต่ละครั้งอาจมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกาย จิตใจ ความพร้อมของยานพาหนะและอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกัน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการรถพยาบาล ปลอดภัย โดยเน้นที่วิธีการขับและการปฏิบัติตามกฎหมาย แต่ยังไม่มีการสนับสนุนในปัจจัยพื้นฐานบุคคล เท่าที่ควร ซึ่งจากงานทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตการทำงาน มีผล ต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับสูง^๔ และผลการ ศึกษาปัจจัยหลักเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับ รถของพนักงานขับรถพยาบาลได้กล่าวไว้คือความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและปัจจัยรองคือคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต้อง สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของ ภาครณี วสุเสถียร^๑ รวมถึงการศึกษา คุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งมีกรณีศึกษา ของพนักงานขับรถบริษัทค่าแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถอธิบายได้ ว่า พนักงานจะมีรายได้หรือ มีการศึกษาอยู่ในระดับใด ก็จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่ยุติธรรมเพียงพอ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและ ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านธรรมาภิบาลขององค์กร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานกับชีวิตส่วนตัวไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและต้องการศึกษา พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานขับรถ โรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งภาวะสุขภาพอาจมี ผลกระทบต่อสมรรถนะการปฏิบัติหน้าที่ในการขับรถ พยาบาลของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน พาหนะโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม และหน่วยงาน พาหนะโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 13 อำเภอ โดยมีพนักงาน ขับรถทั้งหมด 94 คน ซึ่งทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป ความ สัมพันธ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของพนักงาน ขับรถกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถ พยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็น ข้อมูลและแนวทางสู่การพัฒนาศักยภาพการทำงานของ พนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดมหาสารคามด้วยความ ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน ขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ พนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พนักงานขับรถพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 94 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับการตรวจ สอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพรายได้ ต่อเดือน ประสบการณ์ในการขับรถพยาบาล ประวัติการเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล ข้อโดยคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมีหลายคำตอบให้เลือก (Multiple Choices Questions) และเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว (Best Answer)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้แบบสอบถามชุดนี้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.6 -1 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอร์นบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยแบบสอบถามสร้างขึ้นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) สร้าง ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียง

คำตอบเดียว และมีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยแบบสอบถามมีคุณภาพชีวิตการทำงาน ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีคุณภาพชีวิตการทำงาน ในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมากค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามชุดนี้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.6 -1 และค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอร์นบาค เมื่อนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ให้ตอบ ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามรหัสโครงการ MSKH_REC 62-01-020 เลขที่รับรอง COA 62/18 โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถใช้ลายเซ็น แทนการลงชื่อได้ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บ เป็นความลับ โดยไม่สามารถเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้และการรายงานผลการศึกษาระายงานในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน และผ่านการอบรม แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของ ข้อคำถาม ตลอดจนจนผ่านการทดลองเก็บข้อมูลอย่าง ถูกต้องมาแล้วจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาล และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อ ร้าง สัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของข้อคำถาม พร้อมทั้งสอบถาม ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอม เข้าร่วม

วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อโดยใช้ลายเซ็นในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ในขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือได้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เวลาคิดและตัดสินใจในการทำแบบสอบถามโดยไม่มีข้อจำกัด หรือการบังคับใดๆ และในระหว่างทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 40 นาทีต่อราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบแจกแจงของกลุ่มประชากรโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Z ได้ค่ามากกว่า 0.05 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยแปลงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม

เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส จำนวน 73 คน (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 31.9) ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.47) ในส่วนการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของรถก่อนใช้งาน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถ สามารถปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้ง ที่ขับรถพยาบาล (ร้อยละ 100) มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในลมหายใจก่อนปฏิบัติงาน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 70.2) และขับรถพยาบาลด้วยความเร็ว ไม่เกิน 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 97.9) การศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคามโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53, SD = .43$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยา ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, SD = .59$) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29, SD = .77$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านการบริโภคอาหารและยา	3.76	.598	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.49	.869	ปานกลาง
ด้านการพักผ่อน	3.61	.691	มาก
ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	3.78	.697	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	2.29	.772	น้อย
ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ	4.22	.749	มาก
โดยรวม	3.53	.426	มาก



เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = .69$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = .67$) รองลงมาด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า ใน

ระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .79$) และด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = .98$) ตามลำดับ แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.33	.985	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.77	.843	มาก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	4.15	.676	มาก
ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า	3.89	.794	มาก
โดยรวม	3.79	.696	มาก

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ 0.479 และรายด้านที่มีความสัมพันธ์ใน

ลำดับแรกคือ ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458$, $p<.01$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454$, $p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203$, $p<.05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	คุณภาพชีวิตการทำงาน		ระดับความสัมพันธ์
	Pearson Correlation(r)	Sig. (2-tailed)	
ด้านการบริโภคอาหารและยา	0.267	0.007**	ต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	0.250	0.015*	ต่ำ
ด้านการพักผ่อน	0.322	0.002**	ต่ำ
ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	0.454	0.000**	ต่ำ
ด้านการจัดการความเครียด	0.203	0.049**	ต่ำ
ด้านการตรวจรักษาสุขภาพ	0.458	0.000**	ต่ำ
ภาพรวม	0.479	0.000**	ต่ำ

**p<.01

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพนักงานขับรถพยาบาล 94 คน ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.1) มีสถานะสมรส จำนวน 73 คน (ร้อยละ 77.7) มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 57.4) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จำนวน 70 คน (ร้อยละ 74.5) ประสบการณ์ในการขับรถ 11-15 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 31.9) มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของภรณ์ วสุเสถียร¹ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รถพยาบาลปลอดภัย ของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 และจากผลของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคามโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.53, SD = .43$) เมื่อพิจารณาเป็น รายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหารและยา ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, SD = .59$) แต่ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29, SD = .77$) ในขณะที่การศึกษาของมงคล การณงาม พรรณ⁹ พบว่า พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียดด้านโภชนาการ และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยรวมมีความสัมพันธ์ที่ 0.479 และรายด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับแรก คือด้านการตรวจรักษาสุขภาพ ($r=0.458, p<.01$) รองลงมาคือ ด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ($r=0.454, p<.01$) สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในลำดับสุดท้ายคือ ด้านการจัดการความเครียด ($r=0.203, p<.05$) คุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากเป็นเพราะว่าพนักงานขับรถพยาบาล โดยทั่วไปจะอยู่ในระบบราชการที่มีความมั่นคงมีสวัสดิการ มีความปลอดภัย และมีความก้าวหน้าในงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนในรายด้านนั้น แม้ว่าคะแนนทุกด้านจะอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าคุณภาพชีวิต

ด้านผลตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอมีคะแนนต่ำที่สุดสะท้อนให้เห็นว่า ค่าตอบแทนที่เกิดขึ้นในมุมมองของพนักงานขับรถพยาบาล อาจยังไม่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจที่ได้เผชิญอยู่ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดในขณะออกปฏิบัติงานได้ เพราะปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม และในส่วนของผลการศึกษาด้านการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เป็นเพราะพนักงานขับรถต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ตามนโยบายและมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยอย่างเคร่งครัด ซึ่งต่างกับการศึกษาของกิตติคุณ ชื่อสัตย์ดี¹⁰ ที่พบว่าพนักงานบริษัทเอกชนมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีแต่ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานของรัฐและเอกชนที่ต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานขับรถพยาบาล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของพนักงานขับรถจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร และเป็นแนวทางในการจัดการแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถพยาบาลทุกโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้อีกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุญาตให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณดร.ผดุงศิษย์ ขำนาญบริรักษ์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ช่วยแนะนำให้คำปรึกษา และที่สำคัญขอขอบคุณพนักงานขับรถในหน่วยงานยานพาหนะโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามครบถ้วน จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. ภาวณี วสุเสถียร. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รพพยาบาลปลอดภัย ของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 35; 2561 (1) :65-76.
2. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงาน. ทิศทางเป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555– 2564) :3-5.
3. Oliver, J.P.J. et al. Quality of Life and Mental Health Service. London: Routledge ; 1996.
4. ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์ A Theory of Human Motivation. URL: <https://th.wikipedia.org> (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2562)
5. สุรินธร กลัมพากร และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2555; 26 (2) : 14–21.
6. เถลิ้มขวัญ เมฆสุข และประสพชัย พสุนนท์. ปัจจัยคุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ของพนักงานระดับปฏิบัติการ บริษัท สยามฟิตติ้งส์ จำกัด. วารสารธุรกิจปริทัศน์ ,2560 ; 9 (1)
7. กฤษณา พงษ์รัตน์. คุณภาพชีวิตการทำงาน กรณีศึกษา : พนักงานขับรถ พนักงานคุ้มกัน และหัวหน้า ประจำรถยนต์ กันทรัพย์สินมีค่าแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครฯ. คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2550.
8. นิรมล กุลพญา. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานในธุรกิจน้ำอัดลม. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ; 2556.
9. มงคล การุณงาม พรรณ. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานใน สถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ .2555;32 (3) :55-65
10. Suesatdee K. Quality of working life and performance effectiveness of stenographer official of Secretariat of The House of Representatives [dissertation]. Bangkok: Krirk University ; 2014

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อขนาดต่ำเพื่อช่วยการใส่หน้ากากครอบ กล่องเสียงเพื่อระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Efficiency of mini-dose succinylcholine application and its effect on facilitating laryngeal mask airway insertion in elderly patients at operating room Kalasin hospital

กานดา เหง้าเกษ, พบ.*
Kanda Ngaoket. M.D.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อขนาดต่ำต่ออัตราความสำเร็จในการใส่หน้ากากครอบกล่องเสียง (LMA) ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุ ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม(Randomized Controlled Trial; RCT) ในผู้ป่วยอายุ 70 ปี ขึ้นไป ASA physical status 1-2 ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิดใส่ LMA จำนวนขนาดตัวอย่างได้จำนวน 44 รายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 22 รายคือ กลุ่มทดลอง (group S) และกลุ่มควบคุม (group C) โดยกลุ่มทดลองหลังนำสลบโดยให้ยาทางหลอดเลือดดำ คือ Propofol 1.5 mg/kg IV ให้ succinylcholine 0.1mg/kg diluted in 0.9% sodium chloride 2 ml ก่อนใส่ LMA ส่วนในกลุ่มควบคุมให้ 0.9% sodium chloride 2 ml จากนั้นทำการประเมินความสำเร็จในการใส่ เหตุการณ์ระหว่างใส่ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการระงับความรู้สึกโดยผู้ใส่ LMA

ผลการศึกษา อัตราความสำเร็จในการใส่ครั้งแรก ในกลุ่มทดลองเป็นร้อยละ 100 (22 ราย) และ ร้อยละ 68.2 (15 ราย) ในกลุ่มควบคุม พบการขยับตัวของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนความหย่อนตัวของขากรรไกรล่างและผลประเมินความพึงพอใจของผู้ใส่ LMA ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะกล่องเสียงหดเกร็งในส่วนของการไอ กลืน เบ่ง และปริมาณขนาดของ propofol ที่ใช้รวมพบว่ามีไม่ต่างกันทั้งสองกลุ่ม พบผู้ป่วยมี systolic blood pressure และอัตราการเต้นของหัวใจลดลงมากกว่า 20% ของค่าพื้นฐานในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีรายใดต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มความดันเลือดหรือยาเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แม้ว่าพบอาการเจ็บคอเล็กน้อย 1 ราย (4.5%) ในแต่ละกลุ่ม

สรุป การใช้ succinylcholine ขนาดต่ำ ร่วมกับ propofol ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุสามารถช่วยเพิ่มความสำเร็จในการใส่ LMA ได้อย่างมีนัยสำคัญโดยทำให้ความสำเร็จในการใส่ครั้งแรกเพิ่มขึ้น โดยที่ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : อัตราสำเร็จ, การใส่หน้ากากครอบกล่องเสียง, ยาหย่อนกล้ามเนื้อ, ผู้สูงอายุ



ABSTRACT

Objective : To evaluate the effects of mini dose succinylcholine(0.1mg/kg) on facilitation of laryngeal mask airway insertion in elderly patient who underwent general anesthesia in operating room Kalasin hospital.

Methods : Study to control trial, in patients aged over 70 years, ASA 1,2 scheduled for surgical procedures were included and choice of anesthesia was general anesthesia underwent LMA. 44 patients were divided in two groups. Twenty two patients received succinylcholine (group S) after propofol induction, and twenty two received 0.9% sodium chloride as a placebo (group C) then record number of attempt, all event and complications by applier

Result : The first successful attempt of LMA insertion were achieved in 100% in group S and 68.2% in group C ($p=0.009$) head and limb movement were more in control group. jaw relaxation, overall assessment were more in study group, but there were no different in cough and gagging, propofol consumption between group, systolic blood pressure and heart rate decrease from 20% baseline were more in control group but no one have to treat with medication hemodynamics disturbance and sore throat. There was no laryngospasm occurred, mild sore throat were found in each one in both group (4.5%)

Conclusion : The combination of propofol with mini-dose succinylcholine, provided a significantly better method for LMA insertion in elderly patients in increasing first attempt LMA insertion success rate, while not increase in complications.

Keywords : success rate, LMA insertion, mini-dose succinylcholine elderly

ความสำคัญของปัญหา

การใช้เทคนิคระงับความรู้สึกโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดหน้ากากครอบกล่องเสียง (Laryngeal mask airway; LMA) เป็นที่นิยมมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากרבกวนสัญญาณชีพและสร้างความระคายเคืองต่อทางเดินหายใจน้อย¹⁻⁴ การนำสลบ นิยมใช้ยา propofol 2.5mg/kg ทางเส้นเลือดดำ ร่วมกับยาอื่นๆ เช่น fentanyl หรือ midazolam เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยสลบ และกล้ามเนื้อขากรรไกรล่างหย่อนตัว (jaw relaxation) สามารถลดปฏิกิริยาต่อต้านของทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway reflex)⁵⁻⁸ ส่งผลให้การใส่ LMA สำเร็จและราบรื่นยิ่งขึ้น แต่ในผู้ป่วยบางกลุ่ม ยังพบปัญหาความดันโลหิตต่ำภายหลังการนำสลบด้วย propofol ในขนาดดังกล่าว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Enayet K.⁹ และคณะพบว่า การนำสลบด้วย propofol 2mg/kg ในผู้ป่วย อายุ 60-80 ปี

ทำให้เกิดการลดต่ำลงของความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70ปี⁽¹⁰⁾ จึงมีข้อแนะนำให้มีการปรับลดขนาดยา propofol เพื่อนำสลบในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ที่ 1-1.5 mg/kg¹⁰⁻¹² การใส่ LMA ให้สำเร็จ ถึงแม้ไม่ต้องการความหย่อนของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายก็จริง (full paralysis) แต่ก็ยังต้องการการกดปฏิกิริยาต่อต้านของทางเดินหายใจส่วนบนที่เพียงพอ¹⁹ นำมาสู่การใช้ยาร่วมในการนำสลบเช่น midazolam ซึ่งพบว่าช่วยลดปฏิกิริยาต่อต้านของทางเดินหายใจส่วนบนได้ดี^{1,9,13-19} แต่ก็ยังพบปัญหาเรื่องคุณภาพของการตื่น การกลืนหรือไอซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ป้องกันทางเดินหายใจ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการสูดสำลัก²⁰ มีผลการศึกษาที่นำการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในขนาดต่ำ (mini-dose succinylcholine) เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการใส่ LMA ร่วมกับการใช้ propofol ในการนำสลบ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นจากยาหย่อน

กล้ามเนื้อ¹⁴⁻¹⁹ ถึงแม้จะมีการศึกษาผลของการใช้ mini-dose succinylcholine ในการช่วยใส่ LMA มาก่อนแล้วแต่ยังขาดการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในขนาดต่ำร่วมกับ การนำสลบด้วย propofol ในขนาดที่ปรับลดลงในผู้สูงอายุ ต่ออัตราความสำเร็จในการใส่หน้ากากครอบกล่องเสียง ในการระงับความรู้สึก

รูปแบบและวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial or RCT) ซึ่งได้รับการอนุญาตให้ทำการศึกษาและผ่านการพิจารณาประเด็นจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากนั้นทำการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์รับเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 70 ปี
- ASA classification I-II
- ได้รับการวางแผนระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

โดยใช้ LMA ควบคุมทางเดินหายใจ

- รับการผ่าตัดตามตารางนัดหมายที่มีระยะเวลาการผ่าตัดไม่เกิน 45 นาที

เกณฑ์ไม่รับเข้าศึกษา (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจเองได้
- มีภาวะเสี่ยงต่อการสูดสำลักอาหารเช่น obesity

BMI>30, achalasia

- มีความผิดปกติทางกายวิภาคของทางเดินหายใจ

เหนือกล่องเสียงเช่น CA nasopharynx,

- มีความผิดปกติของระบบการหายใจและระบบ

ไหลเวียนเลือด

- มีประวัติแพ้ยาที่ทำการศึกษา

- มีประวัติสงสัยภาวะ malignant hyperthermia

หลังจากคำนวณหา sample size RCT for binary data,

จากการศึกษาของ Dawood A และคณะ¹⁵ พบอัตราสำเร็จ

ของการใส่ LMA ในกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 46.6 และ ประสิทธิภาพสำเร็จของกลุ่มศึกษาเป็นร้อยละ 90, $P(\text{outcome}/\text{control}) = 0.466$ $P(\text{outcome}/\text{treatment}) = 0.90$ Ratio = 1 ได้กลุ่มละ 22 ราย รวม 44 ราย

$$n_{trt} = \left[\frac{z_{1-\alpha} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$
$$p_1 = P(\text{outcome}|\text{treatment}), q_1 = 1 - p_1$$
$$p_2 = P(\text{outcome}|\text{control}), q_2 = 1 - p_2$$
$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

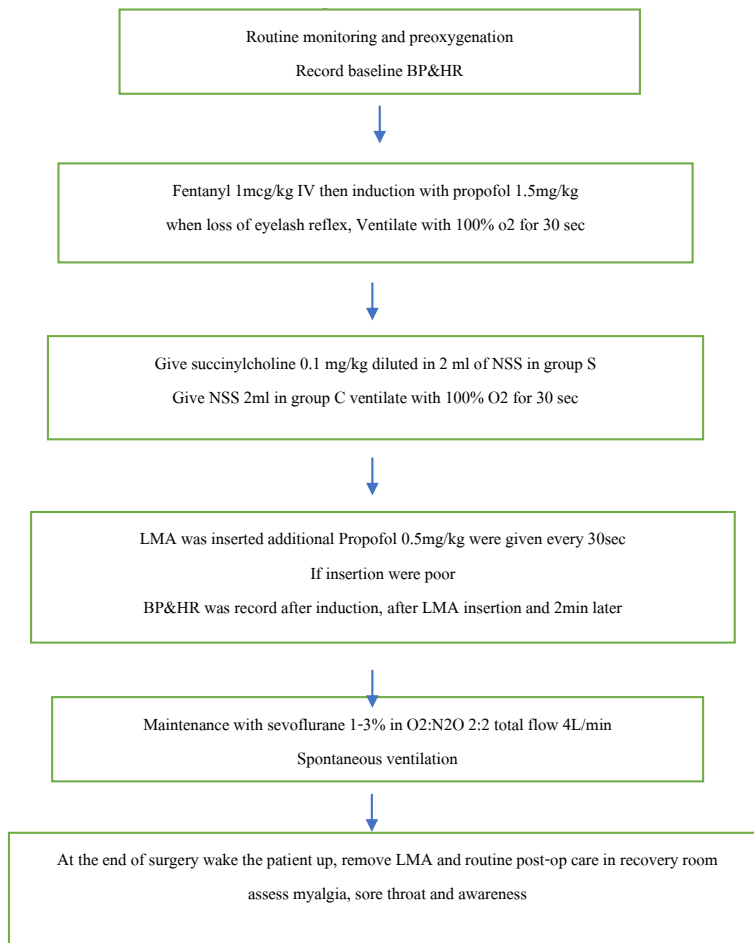
ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มด้วยการสุ่ม (blocked randomization) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 22 ราย คือกลุ่มทดลอง (group S) และกลุ่มควบคุม (group C) หลังจากได้รับความยินยอมตามหลัก inform consent เรียบร้อย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลภายใต้ standard monitoring บันทึกความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ไว้เป็นพื้นฐาน (baseline) ผู้วิจัยเป็นผู้เตรียมยาในการศึกษา ซึ่งคำนวณตามน้ำหนักผู้ป่วยและเตรียม placebo ใน syringe ที่มีสีและขนาดเดียวกัน ติด code กำกับ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลผู้จิตยานำสลบ ผู้ใส่ LMA และผู้ประเมินผลการใส่จะไม่ทราบประเภทของยาที่ให้ผู้ป่วย เริ่มการระงับความรู้สึกโดยให้ผู้ป่วยสูดดม 100% oxygen 6 ลิตรต่อนาที (LMP) ผ่านหน้ากากช่วยหายใจ (face mask) เป็นเวลา 3 นาที จากนั้น ให้ fentanyl 1 mcg/kg ทางหลอดเลือดดำ ตามด้วย propofol 1.5mg/kg เมื่อผู้ป่วย loss of eyelash reflex ช่วยหายใจด้วย 100% oxygen 6 LMP ผ่าน face mask เป็นเวลา 30 วินาที จากนั้นให้ succinylcholine 0.1mg/kg diluted in 2 ml of 0.9% sodium chloride ในกลุ่มทดลอง (group S) และให้ 0.9% sodium chloride 2 ml ในกลุ่มควบคุม (group C) จากนั้น ventilate ด้วย 100% oxygen 6 LPM ผ่าน face mask เป็นเวลา 30 วินาที จึงเริ่มทำการใส่ LMA ถ้ากล้ามเนื้อยังไม่หย่อนตัว หรือมี upper airway reflex จนทำให้ไม่สามารถใส่ LMA ได้ ให้ propofol 0.5 mg/kg IV เข้าได้ทุก 30 วินาที โดยมีเกณฑ์ว่าหากพยายามใส่ LMA เกิน 3 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการ



เปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยหายใจอื่น และจะถูกตัดออกจากงานวิจัย เมื่อใส่ LMA สำเร็จ ควบคุมการสลบด้วย sevoflurane 1-3% in Oxygen:nitrous oxide 2:2 total flow 4 LPM ให้ผู้ป่วยหายใจเอง (spontaneous ventilation) ผู้ใส่ LMA ทำการบันทึกจำนวนครั้งที่ใส่ ปริมาณยา propofol ที่ใช้ทั้งหมด เหตุการณ์ในระหว่างใส่ (เฉพาะ first attempt) ประเมินความยากง่ายในการใส่ การไอ กลืน เบ่ง ความหย้อนตัวของขากรรไกรล่าง หลอดลมหดเกร็ง ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) การขยับศีรษะหรือแขนขา โดยแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับคือ 1) ไม่พบภาวะดังกล่าว 2) พบปานกลาง และ 3) ภาวะดังกล่าวรุนแรงจนรบกวนการใส่ LMA บันทึกความดันเลือด จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจหลังใส่ LMA ทันที และจากนั้นทุก 2 นาที จนถึงเวลาเริ่มผ่าตัดถ้า

ความดันโลหิตขณะบีบตัว (systolic blood pressure=SBP) ลดลงมากกว่าร้อยละ 20 ของค่าเบื้องต้นแต่ไม่ต่ำกว่า 90 mmHg แก้ไขโดยให้สารน้ำ แต่ถ้าลดลงต่ำกว่า 90 mmHg ให้ใช้ยากระตุ้นความดันเลือด เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยถูกปลุกให้ตื่น และย้ายมาที่ห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระงับความรู้สึก จะมีการประเมินคะแนนการฟื้นสลบ (recovery score) ตามปกติ รวมถึงอาการเจ็บคอและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อได้รับยา succinylcholine และมีการประเมินการรับรู้เหตุการณ์ระหว่างการระงับความรู้สึก (awareness) หลังวันผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง วิทยาลัยพยาบาล ทำการเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก รวมถึงภาวะเจ็บคอและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

แผนภูมิการทำวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและสถิติที่ใช้ในงานวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงในรูปจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงในรูปค่ากลาง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean+SD) และเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการใส่ LMA ระหว่างสองกลุ่มโดยใช้ Chi-square test โดยถือค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 44 ราย อายุเฉลี่ย 74.39 ±

4.70 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.91 แต่พบเพศหญิงในกลุ่มควบคุม (Group C) มากกว่าในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและน้ำหนักเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(ตาราง 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดมาเข้ารับการผ่าตัด เช่น ล้างแผลตัดเนื้อตายหรือเย็บแผลที่แขน ขา ส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดฝีบริเวณทวารหนัก ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนมีรูปร่างใบหน้าและลำคอปกติ interincisor gap อยู่ในช่วง 3-4 ซม. Mallampati grade 1-2 และไม่มีข้อจำกัดของต้นคอในการเยกศีรษะ

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	Group S (N=22)	Group C (N=22)	P-value
เพศ			
1 ชาย	10 (45.5%)	7 (31.8%)	
2 หญิง	12 (54.5%)	17 (68.2%)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	77.05 ± 7.39	74.90 ± 4.12	0.243
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	53.90 ± 11.83	54.86 ± 9.13	0.766

ตาราง 2 ข้อมูลความสำเร็จในการใส่ LMA

การประเมิน	Group S (N=22)	Group C (N = 22)	P-value
Jaw opening			
ระดับ 1 เปิดปากเต็มที่	18 (81.8%)	7 (31.8%)	1.00
ระดับ 2 เปิดปากได้บางส่วน	4 (18.2%)	14 (63.6%)	
ระดับ 3 เปิดปากไม่ได้เลย	0 (4.5%)		
Cough and gagging			
ระดับ 1 ไม่มีไอ	20 (90.9%)	20 (90.9%)	*
ระดับ 2 ไอ เล็กน้อย	2 (9.1%)	2 (9.1%)	
ระดับ 3 ไอ รุนแรง	0	0	
Laryngospasm			
ระดับ 1 ไม่พบการเกร็งของกล่องเสียง	22 (100%)	22 (100%)	*
ระดับ 2 พบการเกร็งกล่องเสียงบางส่วน	0	0	
ระดับ 3 พบการเกร็งของกล่องเสียงรุนแรง	0	0	



ตารางต่อ ตาราง 2 ข้อมูลความสำเร็จในการใส่LMA

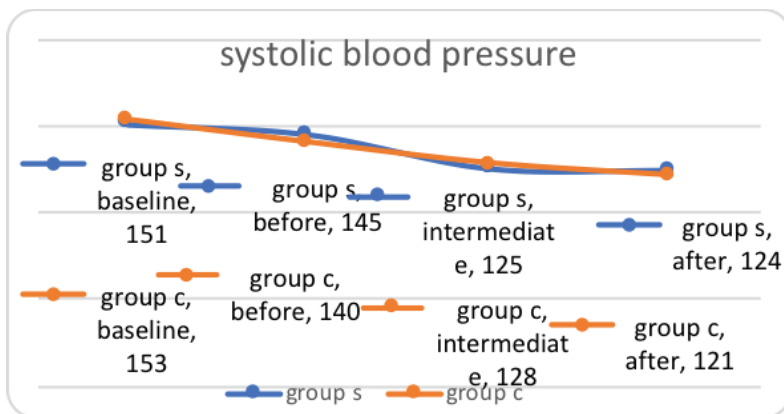
การประเมิน	Group S (N=22)	Group C (N = 22)	P-value
Head and limb movement			
ระดับ 1 ไม่พบการขยับของศีรษะและแขนขา	17 (77.3%)	15 (68.2%)	0.488
ระดับ 2 มีการขยับของศีรษะและแขนขาบางส่วน	5 (22.7%)	5 (22.7%)	
ระดับ 3 มีการขยับของศีรษะ และแขนขารุนแรง	0	2 (9.1%)	
Overall grading of LMA insertion			
ระดับ 1 ดีเยี่ยม	19(86.4%)	13 (59.1%)	1
ระดับ 2 ดีพอใช้	3(13.6%)	8 (36.4%)	
ระดับ 3 แย่	0	1 (4.5%)	
Attempt			
1	22 (100%)	15 (68.2%)	0.009**
2	0	5 (22.7%)	
3	0	2 (9.1%)	
>3	0	0	

* คำนวณp-value ไม่ได้เนื่องจากเป็นค่าคงที่

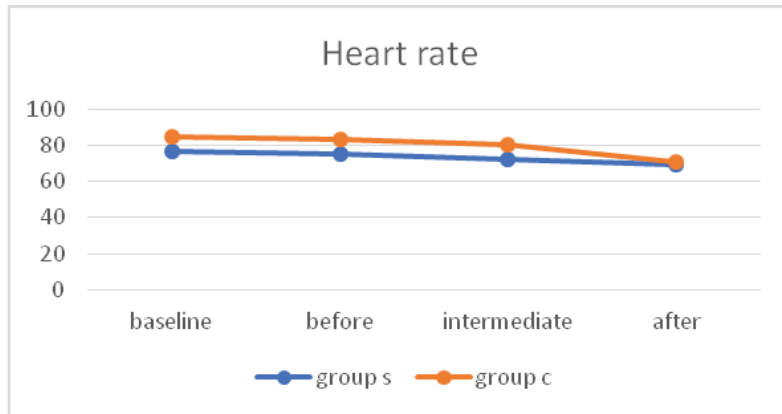
** มีนัยสำคัญทางสถิติ

พบอัตราสำเร็จของการใส่ LMA ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การไอ เบ่ง ความหยาบตัวของขากรรไกรล่าง การขยับตัวของคนไข้ และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมแตกต่างกันโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตามตาราง 2) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆในทั้งสองกลุ่ม (ตาราง 3)

สำหรับ ปริมาณยา propofol นั้นพบว่าปริมาณที่ใช้เฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 1.53 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ใช้เฉลี่ย 1.63 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยที่มีการลดลงของความดันโลหิตและชีพจร แต่ไม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (กราฟเส้น 1,2)



กราฟเส้น 1 mean systolic blood pressure baseline before intermediate and after induction



กราฟเส้น 2 heart rate baseline before intermediate and after induction

ตาราง 3 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังใส่ LMA

	Group S (N=22)	Group C (N=22)	P value
อัตราการเกิดเจ็บคอ			
ที่ห้องพักรฟื้น	1/22 (4.5%)	1/22 (4.5%)	1.00
ที่หอผู้ป่วย	0/22 (0%)	0/22(0%)	*
อัตราการเกิดปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ			
ที่ห้องพักรฟื้น	5/22 (22.7%)	9/22 (40.9%)	0.332
ที่หอผู้ป่วย	0/22 (0%)	2/22 (9.1%)	0.488

* คำนวณ p value ไม่ได้เนื่องจากเป็นค่าคงที่

** มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ตั้งแต่มีการนำ LMA เข้ามาใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดที่จำเป็นต้องระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย นำมาสู่ประโยชน์มากมายทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง และบุคลากรทางวิสัญญี เนื่องจากกระตุ้นระบบประสาท sympathetic น้อยกว่า endotracheal tube ระคายเคืองทางเดินหายใจน้อยกว่า³⁻⁴ มีวิธีการนำการสลบเพื่อใส่ LMA ที่มีการศึกษารูปแบบที่พยายามให้ใส่ LMA ได้อย่างราบรื่น และสำเร็จโดยง่าย หนึ่งในยานำสลบ ที่เป็นที่นิยมคือ propofol เนื่องจากกด ปฏิกริยาต่อต้านของทางเดินหายใจ ส่วนบน ทำให้เกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อแก้มและขากรรไกรเหนือกว่า thiopental และ sevoflurane^{1,2,5,13}

แต่ขนาดยามาตรฐานสำหรับนำการสลบ ของ propofol เพียงอย่างเดียวก็ยังสามารถใส่ LMA ไม่ราบรื่นเท่าที่ควร²¹⁻²⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุซึ่งมีความไวต่อยาเพิ่มขึ้นรวมถึงยานำการสลบทางเส้นเลือดดำ เช่น propofol ซึ่ง EnayetKamin และคณะพบว่า การนำสลบในผู้สูงอายุด้วย propofol 2mg/kg ส่งผลให้มีการลดลงของความดันเลือด systolic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ และจะลดต่ำลงมากในผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป¹⁰ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เอง ยังไม่ได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปรับลดขนาดยานำสลบและการเหนี่ยวนำการสลบเพื่อใส่ LMA ในผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงปรับใช้ propofol ปรับลดขนาดยาเพื่อนำการสลบเหลือเพียง 1.5mg/kg¹⁰⁻¹² การนำ



succinylcholine ขนาดต่ำ มาใช้ในการใส่ LMA ร่วมกับยานำการสลบ ช่วยให้การใส่ LMA เป็นไปอย่างราบรื่นขึ้น เพิ่มความสำเร็จในการใส่โดยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก succinylcholine เช่นปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อย่างชัดเจน⁽¹⁴⁻¹⁹⁾ ในการศึกษาครั้งนี้พบการใส่ LMA สำเร็จในครั้งแรก (first attempt) ถึง 100% ในกลุ่มทดลอง (group S) เทียบกับ 68.2% ในกลุ่มควบคุม (group C) (p 0.009) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับหลายการศึกษา¹⁴⁻¹⁹ โดยที่ระดับความพึงพอใจในการใส่ LMA (overall grading of LMA insertion) อยู่ในระดับ excellent ภาวะหย่อนตัวของขากรรไกรล่าง (jaw relaxation) ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบการขยับของศีรษะและแขนขา (head and limb movement) ในกลุ่มทดลอง (group S) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (group C) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีก ซึ่งได้ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁹ โดยในการศึกษาเหล่านั้นผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 15-60 ปี ความแตกต่างอาจเกิดเนื่องจากการศึกษาในผู้สูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาความเสื่อมของร่างกาย หลังจากอายุ 30 ปี การทำงานของระบบอวัยวะในร่างกายจะเริ่มลดลงเฉลี่ย 1% ต่อปี⁹ มีมวลกล้ามเนื้อที่ลดน้อยลง มีความไวต่อยานำสลบเพิ่มขึ้นทำให้ตอบสนองต่อ propofol และ fentanyl เพิ่มขึ้นในการเหนี่ยวนำการสลบ²⁶ ทำให้มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การใช้ propofol นำการสลบในขนาด 1.5mg/kg พบการลดลงของความดัน systolic ที่มากกว่า 20% baseline ในกลุ่มควบคุม (group C) มากกว่ากลุ่มทดลอง (group S) ในช่วงหลังการนำสลบก่อนใส่ LMA และหลังใส่ทันที และกลับมาใกล้เคียงกันหลังใส่ LMA 2 นาที ในส่วนของ อัตราการเต้นของหัวใจพบกลุ่มควบคุมมีการลดลงมากกว่า 20% baseline มากกว่า กลุ่มทดลอง (group S) ทั้งสองส่วนนี้อาจเกิดจากปริมาณ propofol ที่ได้รับในการนำการสลบในกลุ่มควบคุม (group C) มากกว่ากลุ่มทดลอง (group S) แต่อย่างไรก็ดีไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้งสองกลุ่มดีขึ้นจากการให้สารน้ำทดแทนไม่ต้องรับการให้ยาเพิ่มความดันเลือดหรือเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ

ส่วนภาวะปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่ห้องพักฟื้นพบ 40.9% ในกลุ่มควบคุม (group C) ส่วนกลุ่มทดลอง (group S) 22.7% แต่ลดลงใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เหลือเพียง 2 รายในกลุ่มควบคุมคิดเป็น 9.1% โดยทั้งหมดอยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งผลที่พบคล้ายกับการศึกษาของ Chui and Ho²⁵ ที่พบอาการเจ็บคอและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ succinylcholine ซึ่งในการศึกษานี้อาจเกิดได้จากผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุนั้นมีแนวโน้มที่จะปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออยู่เดิมหรือเกิดจากการจัดทำในการผ่าตัด

สรุป

การใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในขนาดต่ำหรือ mini-dose succinylcholine ร่วมกับ propofol เพื่อการนำสลบ และใส่หน้ากากครอบกล่องเสียงในการระงับความรู้สึกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ พบอัตราความสำเร็จของการใส่ LMA สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญโดยที่ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และใช้ขนาดยา propofol ลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. Sandip Roy Basunia, Kasturi Mukherjee, Sejuti Sen Dutta, Subrata Kumar Biswas, Souradeep Ray, Parthajit Mandal, Madhuri Ranjana Biswas, Subrata Kumar Mandal. A comparative Evaluation of Midazolam-Thiopentone with Propofol on Laryngeal Mask Airway Insertion Condition. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences, 2014; 10643-10651, 43 (3): DOI: 10.14260/jmeds/2014/3386.
2. Hassan Raza Rehman, Isfia Hassan, Tabish Hussain, Asifa Anwar Mir, Mehmood Ahmed Zahid. Comparison of propofol and sevoflurane for laryngeal mask airway insertion during elective surgeries. Rawal Medical Journal, 2015; 40 (2): 187-190.



3. Benjamin P Caughlin, Bharat Bhushan and John Maddalozzo. Laryngeal mask airway versus endotracheal tube intubation for repairing of nasal bone fracture: A 7 year single institution case – control study: surgery: current research.2015;5(2):1000223.
4. Vanilla Chopra, Vikas Gupta, Abdul Qayoom Lone, Imtiaz A Naqash. Comparison of haemodynamic changes in response to endotracheal intubation and laryngeal mask airway in controlled hypertensive patients- A randomized study: Jmeds.com.2017;6(17): 1313-1316.
5. YasmeenAfridi, Naheed Fatima, Suresh Kumar, Khawaja Kamal Nasir. Laryngeal mask airway placement: A comparison between propofol and thiopentone sodium in the day case surgery. Pak J Public Health, 2016; 6(4): 31-35
6. HamzehHosseinzadeh, Samad EJ Golzari, EffatTorabi, MarjanDehdilani. Hemodynamic changes following anesthesia induction and LMA insertion with propofol, Etomidate, and propofol+etomidate. Journal of cardiovascular and thoracic research,2013,5(3), 109-112.
7. SobhaSukumaraPilai, JamunaraniJagadamma. Comparative evaluation of fentanyl versus butorphanol during induction with propofol on LMA insertion conditions. J. Evolution Med. Dent. O6, 2017; 6(19).
8. SivaramakrishnanDhamocharan, Nongthom bamRatan Singh, SanasamSarat Singh, MaisnamBrajagopal Singh. Comparative evaluation of fentanyl and midazolam with propofol induction on laryngeal airway insertion conditions: A study. Journal of medical society/Sep-Dec, 2014; 28(3) 185-189.
9. MdEnayetKarim, Md Abdul Hye, Md. NazmulAhsan, MdMoinulHaqueChowdhury, et al. A comparative study of induction characteristics of thiopentone, midazolam and propofol in elderly patients. JBSA, 2013; 26(1):5-11.
10. Adam T. Phillips, MD; Stacie Deiner, et al. Propofol use in the elderly population: Prevalence of overdose and association with 30-Day mortality. Clinical therapeutics/volume, 2015; 37(12).
11. Masaya Nonaka, TakujiGotoda, et al. Safety of gastroenterologist-Guided sedation with propofol for upper gastrointestinal therapeutic endoscopy in elderly patients compared with younger patients. Gut and liver, 2015; 9(1): 38-42.
12. Joseph Heng, B.S. Gladys Rodringuez, B.S. ShamsuddinAkhtar.M.D. Intravenous induction dosing in the elderly: Need for improvement. Anesthesiology.org, October 13,2014.
13. Pennapa A. Comparison of propofol and propofol/thiopentone admixture for proseal insertion. Thai journal of anesthesiology, 2014; 40(2) : 107-115.
14. Shanmugasundaram P. Balasubramniam S, et al. Comparative study on conditions for LMA insertion with two different low doses of succinylcholine following thiopentone induction. Jemds.com, 2017;6(22): 1767-1771.
15. Dawood A, Mahmood E, et al. Assessment of mini-dose succinylcholine effect on facilitating laryngeal mask airway insertion. Journal of cardiovascular and thoracic research,2013, 5(1),17-21.



16. Gunaseelan S, R Krishna Prabu. Comparison of two doses of succinylcholine to facilitate the laryngeal mask airway insertion under propofol anesthesia in adult patients undergoing elective minor surgical procedures. *Asian Journal of medical Sciences*. 2017;8(4) 21-26.
17. Rajamani J, Iswaran Chandra T. Comparison of midazolam and mini dose succinylcholine in aiding LMA insertion in adult elective surgery patients- A randomized clinical trial in GVMC. *Jemds.com*, 2016; 5(99): 7234-7240.
18. Shilpin S, Nayna S. Comparison of propofol versus propofol with low dose scoline to evaluate LMA insertion. *Indian journal of clinical anaesthesia*, April-June 2015;2(2): 97-101.
19. Alan His-Wen Liao, Yu-Cih Lin, et al. Optimal dose of succinylcholine for laryngeal mask airway insertion: systematic review, meta-analysis and metaregression of randomized control trials. *BM*, October 30,2017.
20. Girish P Joshi, Optimal general anesthetic technique for enhanced recovery after surgery. *Anesthesia newsletter*, issue 01.
21. Jamil SN, Singhal V, Habib SK. The Effect of mini dose suxamethonium to facilitate Laryngeal Mask Airway Insertion Under Propofol Anesthesia. *Rawal Medical Journal* 2010;35;2-5.
22. ParhizgarKh, Afridi Y. comparison between Propofol and thiopentone sodium for laryngeal mask airway insertion in day case surgery. *JPMI* 2008;22:238-242.
23. Monem A, Khan FA. Laryngeal mask airway insertion anesthesia and insertion techniques. *J Pak Med Assoc* 2007;57:607-611.
24. Korula S, Abraham V, Afzal L. Evaluation of low dose succinylecholine for insertion of laryngeal mask airway during thiopental induction: A comparison with atracurium. *J AnesthclinPharmacol* 2010;26;355359.
25. Ho KM,Chui PT. The use of mini dose suxamethonium to facilitate the insertion of laryngeal mask airway. *Anesth* 1999;54:683-689.
26. นฤนาท โลมะรัตน์. การบริหารยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้สูงอายุ. ใน: อังกาป ปรากการรัตน์, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:เอ-พลัสพรีน; 2556. 557-67.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

Quality Improvement Model for Laboratory Standard in Sub-district Health Promoting Hospital in Chaturaphakphiman, Roi-Et

กุศลาสัย สุราอามาตย์¹, สงครามชัย ลีทองดี² และเสฐียรพงษ์ ศิวินา³

Kusalasai Suraarmat¹, Songkramchai Leethongdee² and Satianpong Siwina³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจรคุณภาพ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินตนเอง การสังเกต และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่ารูปแบบการพัฒนาส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านการประเมินตามเกณฑ์ โดยภายหลังการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.80 เป็นร้อยละ 91.40 การมีส่วนร่วมเพิ่มจากร้อยละ 25.70 เป็นร้อยละ 65.70 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.05, SD.=0.32) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำในการพัฒนา นอกจากนี้การมีนโยบายที่ชัดเจน มีช่องทางในการติดต่อที่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, kusalasai@hotmail.com 081-2640867
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 45180

²รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



ABSTRACT

Objectives : To study local development and quality of Laboratory medical and public Health for standard in sub-district Health promoting Hospital , the primary care network in Chaturaphakphiman district.

Methods : This research is an action research. Using quality cycle, Planning, Action, Observation and Reflection. The study is divided into 2 phases . 1. Preparation for research 2. Research process. The sample group consisted of staff involved in laboratory medical public health development about 35 persons collected data by answer question forms, self-Assessment, observation and Interview. Data analyzed using descriptive statistics frequency Percentage, average and standard deviation for quality data and content analysis.

Results : From the development model, the result was that the district health promotion hospitals passed the criteria evaluation. As a result the knowledge of staff working in the Health promoting Hospital .We found that we can have high level average 42.80%, 91.40% participation .We found that status in the high level .Increasing 25.70% to 65.70% ,a lot of satisfied (mean =4.05,SD 0.32). Success factors is to participate of the staff Interoperability between professional teams in the hospital and sub-district promoting hospital .The tracking system and effective evaluation have a committee to develop quality that have a role in solving problem, support for development advice.In addition to, there is clear policy of development and appropriate channel. A factor contributing the effective operation

Keywords : Quality sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย หรือการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดให้บริการที่หลากหลาย ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามบริการทดสอบ หรือตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล¹ ซึ่งเป็นบริการที่กำหนดในเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.2529) โดยได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการทดสอบทางห้องปฏิบัติการใน 5 รายการทดสอบ ได้แก่การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจวิเคราะห์

การตั้งครุฑ และการตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ซึ่งในรายการที่ทำการทดสอบเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการทดสอบ พร้อมทั้งจะต้องทำการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ให้ได้มาตรฐาน เพื่อที่จะได้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป¹

ในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นเกณฑ์ในการพัฒนา ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งต้องผ่านการประเมินภายใน 5 ปี หรือภายในปี 2565 เพื่อนำไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน²

ด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพตาม

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ซึ่งตามเกณฑ์นั้นการประเมินจะประกอบไปด้วยทั้งหมด 8 ส่วนด้วยกัน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 หมวดของบุคลากร ส่วนที่ 2 สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ส่วนที่ 4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบ ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ ส่วนที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ ส่วนที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย และส่วนที่ 8 คือการรายงานผลการทดสอบตามเกณฑ์การประเมิน โดยผลการประเมินจะต้องมีระดับคะแนนมากกว่า 80% ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านการประเมิน³

ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 12 แห่งในอำเภอจตุรพักตรพิมานผ่านการประเมินจำนวน 2 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหลือมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 50-70%⁴

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงมีแนวคิดในการที่จะพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในการให้บริการแก่ประชาชน จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลของการพัฒนาจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท⁵ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 35 คนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์คัดออก ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการจตุรพักตรพิมานจำนวน 11 คน และผู้รับผิดชอบหลักและรองในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 2 คน จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามปี 2560 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถาม ด้านความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบวัดความรู้ หาค่าความเชื่อมั่น หาโดยวิธี Kuder-Richardson Formula (Kuder-Richardson Formula 20 : KR20) ผลความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.903ด้านการมีส่วนร่วมวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วม มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.897 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)



การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ : PH 024/2561 ออกให้ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561

ผลการวิจัย

พบว่าบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) มีอายุตั้งแต่ 23-31 ปี (ร้อยละ 45.70) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.60) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 51.40) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.60) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์เป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 54.37) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 3.61 ปี (S.D.= 3.60) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี โดยได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 600) กลุ่มตัวอย่างทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 88.60) และในรอบ 1 ปีไม่เคยรับได้รับการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60)

ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 42.80) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40)

เมื่อพิจารณาจากผลการประเมินตนเองด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 8 หมวดยังผ่านการประเมิน หรือมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 อยู่เพียง 2 หมวดยังได้แก่ด้านศักยภาพการให้บริการมีคะแนนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 100 และด้านขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัยคิดเป็นร้อยละ 91.60 และเมื่อพิจารณา หน่วยบริการผ่านการประเมินตามเกณฑ์จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิ้นฟ้า ซึ่งมีคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80

สภาพปัญหาในการดำเนินงานเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากร ด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุน และปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจากการวิเคราะห์พบว่า ปัญหาในส่วนของบุคลากร เกิดจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน จึงทำให้การพัฒนาไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนปัญหาด้านนโยบายนั้น เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และไม่มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบาย ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ และยังไม่มีการเตรียมความพร้อมและการมีส่วนร่วม ขาดการช่วยในการวางแผน ประเมิน และติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินการตามกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ ประเมินผลกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลคืนสู่ชุมชน (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ ได้มีการร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยแผนปฏิบัติการประกอบไปด้วย แผนพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และส่ง

เสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสารต่างๆ แผนการนิเทศติดตาม มีการแต่งตั้งทีมงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการ การด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน รวมถึงการออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด และ แผนประเมินผล มีการประเมินผลในด้าน ความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจในการดำเนินงาน และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และการศึกษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพภายหลังการพัฒนาตามรูปแบบพบว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 91.4) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.63) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (S.D.=0.44)

การประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพทั้ง 8 หมวด พบว่าเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทุกหมวด ภายหลังการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง (ร้อยละ 93.25) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแดง (ร้อยละ 91.13) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสังข์ (ร้อยละ 90.75) ตามลำดับ

ด้านความพึงพอใจ ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D.=0.32)

อภิปรายผล

จากการศึกษาบริบท การพัฒนาไม่ประสบผลสำเร็จเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัญหาในส่วนของบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน ส่งผลให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อยครั้ง และไม่มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่การประกาศใช้นโยบาย การมีส่วนร่วมในการพัฒนา พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ จึงยังไม่มี การเตรียมความพร้อม และยังขาดการมีส่วนร่วม การสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การวางแผน การประเมิน และติดตามผลจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และพบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ด้านมาตรฐาน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของนครชาติ เผื่อนปฐม⁵ ซึ่งที่พบว่า สาเหตุของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากปัญหาการดำเนินงานในด้านขาดความรู้ ความไม่เข้าใจ และไม่ยั่งยืน ต่อนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหาร ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ มีการเสริมสร้าง ความรู้ ขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร มีการสนับสนุนความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการวางแผน และบริหารจัดการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจะทำให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และผู้บริหารให้การสนับสนุนจึงจะส่งผลให้การพัฒนาต่างๆ ประสบผลสำเร็จ

การศึกษาขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน



(Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยทำการพัฒนาใน 1 วงรอบการพัฒนา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพมีความรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพิ่มขึ้น รวมถึงหลังการดำเนินการพัฒนา คะแนนของการพัฒนาตามมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวทั้ง 8 หมวดเพิ่มขึ้นทุกหมวด และเมื่อพิจารณาผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวภายหลังการพัฒนา ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทุกแห่ง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับผลการศึกษารัตติยา วิภักดิ์⁶ ที่พบว่าการใช้รูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) พบว่ารูปแบบดังกล่าว ส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D. = 0.22) ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในงาน และในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป สำหรับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายอำเภอจตุรพักตรพิมานถือว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการพัฒนา

ระดับความรู้ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 42.80) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ และหลังจากการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 91.40) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.60) ทำให้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

โครตริย์ แพน้อย⁷ ที่พบว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญ ได้แก่ การมีความรู้โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.33, p < 0.01$) ดังนั้นในการพัฒนาในด้านต่างๆ ควรจะต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในครั้งนี้ พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 65.70) และมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.30) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวุฒิ วงศ์ษะต⁸ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการพัฒนาตามเกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอคงหลวง โดยก่อนการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.14) และภายหลังการพัฒนาที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ PCA การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี (mean=4.14) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งควรจะมีการส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนา จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาเกิดความยั่งยืนต่อไป

ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D.=0.32) ซึ่งในการที่จะส่งเสริมให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานนั้น ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน จึงจะส่งผลให้การดำเนินการพัฒนานั้นประสบความสำเร็จ ดังผลการศึกษารัตติยา วิภักดิ์⁶ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน

โครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประสบผลสำเร็จได้ ผู้ร่วมวิจัยต้องมีความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 (Mean = 4.71, S.D.=0.22)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีความรู้ ความพึงพอใจในสิ่งที่จะทำ และควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
2. กระทรวงสาธารณสุข.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ; 2560.
4. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. รายงานผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานรพ.สต.ติดดาว. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (เอกสารรายงาน). ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน; 2560.
5. นครชาติ เผื่อนปฐม.ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ ของโรงพยาบาล

- ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข . วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ภาควิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554
6. รติยา วิภักดิ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
 7. โสรตริย์ แพน้อย, อติญาณ ศรีเกษตริน,ชูลิพร เอกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2555 ; (12 :1) 64-74.
 8. ญัฐวุฒิ วัังคะฮาด.รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.



การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น

The Development of Elderly Depression Surveillance and Caring System
in Out Patient Department of Ubonratana Hospital, KhonKaen Province.

จุลารักษ์ เทพกลาง, พบ.*
Chularuk Tepklang, MD.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 - ธันวาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ ระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกที่มารักษาในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม รวบรวมแบบประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าไคสแควร์

ผลการศึกษา : พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.19) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 55.26) โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผลการคัดกรองด้วย 2Q พบผู้เสี่ยง 109 คน (ร้อยละ 26.65) ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 26 คน (ร้อยละ 6.35) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และมีรายได้น้อย และช่วงหลังพัฒนามีผู้สูงอายุมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก 267 คน ได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบ 2Q จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น ครอบคลุมทุกรายที่เข้ารับบริการได้รับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 267 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.86 และได้รับการรักษาทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : ระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

*นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ABSTRACT

Objectives : To study the development of elderly depression surveillance and caring system in Out Patient Department of Ubonratana Hospital, KhonKaen Province.

Method : This study an action research .The samples were 409 patients. The conducted during November 2018 - December 2018. The tool of this study was the treatment of depression surveillance and caring system in Ubonratana Hospital,were 2Q depression screening questionnaire, 9Q depression evaluation questionnaire,8Q suicide evaluation questionnaire. Collecting data by evaluation from and analyzed by frequency , percentage and chi-square.

Results : Most of the samples were female (58.19%), age 60-69 years (55.26%).Their samples diseases were hypertension and diabetes mellitus. Form screening with 2Q, we found 109 persons (26.65%) with depression risk. From 9Q, 26 (6.35%) people at risk of depression were found. Two significant factors affecting the depression risk were many diseases and low monthly income, After the development ,267 elderlies came to the hospital were screened by 2Q test and accessed the promotion and prevention service all of them (100%) , there was increase,21 elderlies were diagnosis to the depression (7.87%) and a treated (100 %)

Keywords : Depression Caring System

บทนำ

ผู้สูงอายุนอกจากจะมีปัญหาสุขภาพกาย แล้วปัญหาสุขภาพจิตก็เป็นปัญหาที่สำคัญ แต่มักถูกมองข้ามไป เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า นับเป็นปัญหาสำคัญ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020¹ โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอันดับ 1 ของทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม² จากการวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศพบว่า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน³ สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 มีภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 3 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในอำเภออุบลรัตน์ จากข้อมูลประชากรกลางปี 2560⁴ จำนวน 30,848 คน พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมดจากปี 2558 - 2560 จำนวน 246 คน มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 3, 2 และ 10 คน ตามลำดับ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน

1 คนในปี 2560

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าโลกเราจะเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2544 - 2643 หมายถึง โลกเราจะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ในช่วง 30 ปี ที่ผ่านมา⁵ จากการสำรวจจำนวนประชากรไทยปี 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบข้อมูลดังนี้ จำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 66.1 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุประมาณ 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ซึ่งพบจำนวนประชากร 60 ปีขึ้นไป ในปี 2553 2557 และ 2560 เป็นร้อยละ 11.98, 15.32, 15.91 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอำเภออุบลรัตน์ ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นปี พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560 เป็นร้อยละ 8.92, 10.96, 13.40 ตามลำดับ⁶

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งอาจทำให้การคัดกรองโรคซึมเศร้าเพื่อเข้าสู่ระบบ



การรักษา นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพและอาจก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ เช่น ผลเสียต่อผู้ป่วยเองที่ได้รับการรักษาล่าช้า ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผลเสียต่อครอบครัวผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ต่ออาการของผู้ป่วยได้ ผลเสียต่อสังคม เช่น อาจเกิดผลเสียต่องานที่รับผิดชอบของผู้ป่วย และครอบครัวเนื่องจากทำงานได้ไม่เต็มที่และส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างในระดับประเทศ⁷ จากปัญหาเรื่องการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น จากสภาพปัญหาหากสามารถค้นหา คัดกรองและนำผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้นและนำเข้าสู่ระบบบริการเพื่อให้การรักษา รวมทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะเริ่มการแก้ไขปัญหาโดย “การวางระบบงานที่ดีและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน” จึงเลือกทำการศึกษาในการแก้ปัญหาเพื่อพัฒนางาน เรื่องการศึกษาการคัดกรองโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนาการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีรับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ ใน 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงที่ 1 ก่อนการพัฒนา คือช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 และ ช่วงที่ 2 หลังการพัฒนา คือช่วง เดือนธันวาคม 2561 โดยเลือกตามเกณฑ์คือ 1) เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกรู้ตัวดี และสามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ 3) มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 97.3 และมีค่าความ

จำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.9 แผลผลดังนี้ ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม คือ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง คือ มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 75.68 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.85 แบบ 9Q ใช้ค้นหาอาการซึมเศร้าที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม

การแปลผล คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 7-12 คะแนน, ระดับปานกลาง 13-18 คะแนน, ระดับรุนแรง ≥ 19 คะแนน

3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เครื่องมือประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 87.1 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 89.4

การแปลผล คือ 1-8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย, 9-16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง, ≥ 17 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้ Chi-square test

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วางแผนศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์โดย มีขั้นตอนต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ศึกษาจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากฐานข้อมูลในระบบ HOXP ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ย้อนหลัง ประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์ทุกชั้นตอน ได้แก่ นโยบาย บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ สถานที่ วิธีการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามดูแลต่อเนื่อง และผลการดำเนินงาน

สัปดาห์ที่ 2 ศึกษาข้อมูลจากเอกสารตำรารวบรวม



ความรู้แนวความคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ

สัปดาห์ที่ 3 ประชุมทีมดูแลผู้ป่วยนอกจัดทำระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตั้งรายละเอียดดังนี้

1. คู่มือการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. จัดทำแผนการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเฉพาะราย

ผู้สูงอายุเฉพาะราย

3. จัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
4. จัดทำแผนพับให้ความรู้โรคซึมเศร้า
5. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
6. ปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการในผู้สูงอายุโดยให้บริการดังนี้

6.1 ผู้สูงอายุยื่นบัตรที่ห้องบัตรที่ช่องทางด่วน

ซึ่งนำหนักวัดส่วนสูงวัดสัญญาณชีพ

6.2 ชักประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องชักประวัติหมายเลข1 ทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ถ้าเป็นบวกให้ประเมิน9Q หากผลคะแนน 9Q เท่ากับ 7 ขึ้นไป ให้ทำแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ซึ่งประเมินโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาแล้ว

6.3 พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยรักษา

6.4 ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยเป็น Non MDD ให้พบพยาบาลจิตเวช เพื่อให้คำแนะนำและมีการติดตามการรักษาด้วยระดับคะแนน 9Q ทุก 1 เดือนที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ถ้าพบว่าคะแนนมากกว่า 7 ให้ส่งมาพบพยาบาลจิตเวช และจัดจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อระดับคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี

กรณีที่ผลเป็น MDD คือ

1. Mild Depressive พบพยาบาลจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติพร้อมให้แผนพับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

2. Moderate Depressive ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ถ้าคะแนน 8Q \geq 15 แต่ไม่เกิน 16 คะแนน ให้รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ถ้าคะแนน 8Q $<$ 15 ให้การรักษาตามแนวทางพร้อมพบพยาบาลจิตเวช

เพื่อให้คำปรึกษาและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติพร้อมให้แผนพับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

3. Severe Depressive

สัปดาห์ที่ 4 เตรียมความพร้อมของบุคลากรแพทย์พยาบาลสหวิชาชีพ รวมจำนวน 15 คน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแนวทางการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ 2Q 9Q 8Q ตามลำดับแนวทางการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ DSM IV TR แนวทางการรักษาแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนา นำเสนอผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น แล้ว ในวันที่ 19 ตุลาคม 2561 หนังสือรับรองเลขที่ COA6201 KEC62001

ผลการศึกษา

ข้อมูลปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางชีวภาพพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.19) และมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 55.26) มีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 72.62) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.75) มีระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.5) ความสามารถในการอ่านเขียนส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 80.68) มีรายได้อยู่ระหว่าง 500-1,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 83.37) ส่วนใหญ่มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุและที่ลูกหลานให้ มีงานอดิเรกส่วนใหญ่ไปพบปะเพื่อนฝูง สวดมนต์เข้าวัด และทำสวน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 60.15) กรณีที่มีโรคประจำส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.69) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 34.14) มีคนพิการทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 2.4)

ข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) จำนวน 409 คน พบว่ามีผู้ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q) ด้วย 2



ข้อคำถาม ร้อยละ 26.65 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มารับการ รักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ประเมินภาวะ ซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ส่วนใหญ่ พบผู้ที่ไม่มีอาการของโรค ซึมเศร้า 0-6 คะแนน (ร้อยละ 93.64) ผู้ที่มีอาการของโรค ซึมเศร้าระดับน้อย 7-12 คะแนน (ร้อยละ 6.11) ผู้ที่มีอาการ ของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 13-18 คะแนน (ร้อยละ 0.2) และไม่พบผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง มากกว่าและเท่ากับ 19 คะแนน (ร้อยละ 0) ตามลำดับ และ จากผลประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป และได้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ส่วนใหญ่ ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 50) มีแนว โน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย 1-8 คะแนน (ร้อยละ 34.6) แนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 9-16 คะแนน (ร้อย ละ 7.7) และมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับสูง มากกว่า 17 คะแนน (ร้อยละ 7.7) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆที่อาจจะส่งผลต่อภาวะซึม

เศร้า ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือมีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 500-1999 รายละเอียด ดังตาราง 1

ผลการดำเนินงานในระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึม เศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล อุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

ผลการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และมีระบบการดูแลเฝ้าระวังโรค ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีการประชุมคณะกรรมการของงานรับผิด ชอบสุขภาพจิต และอบรมบุคลากรให้มีความรู้วิธีใช้แบบ ทดสอบ 2Q 9Q และ 8Q จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ แพทย์ในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		p-value
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง (≥7)	
1.เพศ			0.112
1) เพศชาย	164(95.91)	7 (4.09)	
2) เพศหญิง	219(92.01)	19 (7.99)	
2. อายุ			0.969
1) 60-69 ปี	211(93.36)	15(6.64)	
2) 70-79 ปี	138(93.88)	9(6.12)	
3) 80-89 ปี	31(93.94)	2(6.06)	
4) 90-99 ปี	3(100)	0(0)	
3.สถานภาพสมรส			0.084
1) โสด	7(87.5)	1(12.5)	
2) สมรสและอยู่ด้วยกัน	283(95.28)	14(4.72)	
3) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	93(89.42)	11(10.58)	



ตารางต่อ ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง (≥ 7)	p-value
4.ศาสนา			0.794
1) พุทธ	382(93.63)	26(6.37)	
2) อิสลาม	1(100)	0(0)	
5.ระดับการศึกษาสูงสุด			0.064
1) ไม่ได้เข้าเรียน	5(71.43)	2(28.57)	
2) ประถมศึกษา	339(93.9)	22(6.1)	
3) มัธยมศึกษา	21(91.3)	2(8.7)	
4)ปริญญาตรี	18(100)	0(0)	
6.ความสามารถในการอ่านเขียน			0.092
1) อ่านออก/เขียนได้	313(94.85)	17(5.15)	
2) อ่านออก/เขียนไม่ได้	46(90.2)	5(9.8)	
3) อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้	24(85.71)	4(14.29)	
7.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			0.014*
1) น้อยกว่า 500 บาทต่อเดือน	3(60)	2(40)	
2) 500-1,999 บาทต่อเดือน	319(93.55)	22(6.45)	
3) 2,000-5,000 บาทต่อเดือน	22(95.65)	1(4.35)	
4) มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	39(97.5)	1(2.5)	
8.โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง			0.036*
1) ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง	160(94.67)	9(5.33)	
2) มี 1 โรค	154(95.65)	7(4.35)	
3) มีมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	69(87.34)	10(12.66)	



เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาผู้สูงอายุที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนพฤศจิกายนและเดือนธันวาคม 2561

ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก	พฤศจิกายน 2561	ธันวาคม 2561
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการจำนวนทั้งหมด	200 (100)	267 (100)
เพศหญิง	110 (55)	156 (58.42)
คัดกรองด้วย 2Q	142 (71)	267 (100)
2Q ผล Positive	30 (21.13)	79 (29.5)
2Q ผล Positive ได้คัดกรอง 9Q	20 (66.67)	79 (100)
ผล 9Q ได้คะแนน 7 คะแนนขึ้นไป	5 (25)	21 (26.58)
ผลคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปได้คัดกรอง 8Q	3 (60)	21 (100)
ได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	0 (0)	79 (100)
วินิจฉัย MDD	3 (1.5)	21 (7.86)

จากการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขารัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการได้รับการประเมิน 2Q เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 100 และผู้สูงอายุที่มี 2Q Positive ได้รับการคัดกรอง 9Q เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่มีผลคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปได้คัดกรอง 8Q เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหลังจากคัดกรอง 8Q จากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 100 และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย MDD เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 เป็น ร้อยละ 7.86⁵⁻⁶

สรุปอภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัฒนาใหม่ ซึ่งได้ปรับปรุงพัฒนามาจากรูปแบบระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุเรื่องโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนตามแนวคิดการพัฒนาระบบ ซึ่งเกิดจาก

ระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁷⁻⁸ ทำให้ได้รับการคัดกรองที่มีมาตรฐานนำไปสู่การรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจระบบการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ซึ่งการพัฒนา ระบบการดูแลดังกล่าว ส่งผลให้หลังพัฒนามีผู้สูงอายุมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก 267 คน ได้รับการคัดกรองแบบทดสอบ 2Q จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวทุกรายที่เข้ารับบริการ ได้รับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 267 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นร้อยละที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.86 และได้รับการรักษาทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

กิตติกรรมประกาศ

การทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างท่านผู้อำนวยความสะดวก ผู้ป่วยนอก และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจเพื่อให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. แนวทางการดูแลรักษาภาวะ ซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง ; 2553.
2. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรินท์ จำกัด; 2554.
3. มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุนิชนัญ,บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2555.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.ท.; 2557.
5. บุษราคัม จิตอารีย์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
6. พจนา เปลี่ยนเกิด.บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า.วารสารทหารบก, 2557;15:18-21.
7. วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม.สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2552;27: 27-32.
8. นภา พวงรอด.การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2556; 2:63-74.
9. Berkman LF,Berkman CS,Kasl S.Depressive symptoms in relation to physical health and function in the elderly.Am J Epidemiol 2014;124:372-78.



การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing role incaring maternal at primary postpartum hemorrhage: Study 2 cases.

ชุลีพันธ์ ไชยพันธ์, พยบ. *
Chuleepan chaiyapan, RN.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ (Primary postpartum hemorrhage) กรณีผู้คลอด 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลี

วิธีการศึกษาเป็นกรณีศึกษาผู้คลอด 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบางพลีโดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียม

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยทารกเป็นเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,355 กรัมใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ทารกเป็นเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,250 กรัมทารกศีรษะลีบไม่มีกระโหลกศีรษะใช้วิธี Active management มีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตรรกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวมเป็น 1,000 มิลลิลิตรนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน

สรุปผล : การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาผู้คลอด 2 ราย มีความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคล การให้การพยาบาลอย่างทันทั่วถึงที่สามารถช่วยให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญและต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิ (Primary postpartum hemorrhage), การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด

ABSTRACT

Background : Postpartum hemorrhage is one of the most common obstetric complications and the most common cause of maternal mortality across the world.

Objective : To study the nursing care for two patients with primary postpartum hemorrhage receiving treatment at the delivery room, Bangplee Hospital.

Methods : This study was a case study of 2 mothers, selected based on a purposive sampling. The inclusion criteria were those with primary postpartum hemorrhage receiving treatment at the delivery room, Bangplee Hospital. Medical history, risk factors, and medical treatment of the participants were studied. Nursing diagnosis was conducted based on Orem's general theory of nursing.

Results :

Case 1 was the 31-year Thai pregnant woman (G3P2A0L2) with a gestation of 41 weeks and 6 days with labor pain, no premature rupture of membrane, no vaginal bleeding, and hypertension complication. A weight of the female newborn was 3,355 grams using active management of labor. The amount of bleeding before placenta expulsion was 500 ml. The bleeding level after labor was normal. The case's uterus was poorly contracted, losing 1,300 ml of blood. Hospitalization period was two days.

Case 2 was the 20-year Thai pregnant woman (G2P1A0L1) with a gestation of 38 weeks and two days with no labor pain, no premature rupture of membrane, and no vaginal bleeding. A weight of the male newborn was 2,250 grams with abnormally small head. The amount of bleeding before placenta expulsion was 200 ml and the amount of bleeding once placenta expulsion was 800 ml, totaling 1,000 ml. Hospitalization period was three days.

Conclusion : nursing care of two pregnant women experiencing primary postpartum hemorrhage was different, depending on personal data. Providing immediate nursing care could prevent both mothers and babies from postpartum complications. Therefore, it is necessary for nurses to have knowledge, expertise and standard nursing practices to provide effective nursing care.

Keywords : primary postpartum hemorrhage , nursing care for mothers with postpartum hemorrhage.

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด³ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจากรุนแรง ช็อก ทูพพลภาพ และเสียชีวิตได้ ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิหมายถึงภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการคลอดบุตรไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดทุติยภูมิ หมายถึง ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นระหว่าง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด



การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1 (WHO) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือการฉีกขาดของช่องคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

Tone คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งเป็นสาเหตุของ PPH ที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณ 80% ของทั้งหมด หรือประมาณ 1:20 ของการคลอด⁴ นอกจากนี้พบว่าในหญิงตั้งครรภ์บางรายมีสาเหตุร่วมกันได้หลายประการโดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทอโรบูทาลีนในช่วงเจ็บครรภ์คลอด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี⁵

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอดในขณะปฐมภูมิ (primary postpartum hemorrhage) กรณีผู้ป่วย 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลีที่ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะช็อก และการสูญเสีย สามารถปฏิบัติตนเลี้ยงดูแลทารกและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีกทั้งเป็น

แนวทางการพัฒนาการให้การพยาบาลในห้องคลอดโรงพยาบาลบางพลีต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิโรงพยาบาลบางพลี โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียม

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 5 ตุลาคม 2560 เวลา 08.45น. เคยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 4 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 27.1 ให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ เวลา 07.00น. ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด แรกรับเวลา 08.45น. ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อ นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาที Hct 42.3% ขณะคลอดความดันโลหิตสูง 166/107 มิลลิเมตรปรอทตรวจปัสสาวะพบ Alb+2 ได้รับ magnesium ขณะปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร เวลาคลอด 12.51 น. ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร จอง PRC และรายงานสูติแพทย์ตรวจเยี่ยม ทำ Control cord traction รกเกาะติดแน่น ตรวจเนื้อรกและเยื่อหุ้มเนื้อรกครบขนาดคลึงมดลูกคลำมดลูกไม่กลมแข็ง มีเลือดออกเพิ่ม 300 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอทอัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อ นาที อัตราการเต้นของชีพจร 118 ครั้งต่อนาที หลังรกคลอดได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Retain foley's cath , off MgSO4 คลำมดลูกไม่หดตัว มีเลือดออกเพิ่ม 500 มิลลิลิตร ให้ Cytotec 4 tab.ทางวารหนักคลึงนมมดลูก แข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่มตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมิน



อาการผู้ป่วย ไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ความดันโลหิต 108/76 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ตรวจอัลตราซาวด์ไม่พบเศษรกค้าง ได้รับ PRC 1 unit ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยเสียงดังชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ย้ายไปแผนกหลังคลอดโดยรถพร้อมนอนพยาบาล เวลา 15.00 น. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage วันที่จำหน่าย วันที่ 7 ตุลาคม 2560 เวลา 13.00 น. รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน ผ่าคลอดที่คลินิก จำนวน 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผู้คลอดมีปัญหาทางครอบครัว แพทย์ที่ฝากครรภ์อัลตราซาวด์ พบทารกมีความผิดปกติแนะนำให้มาพบสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้ง แต่ผู้คลอดไม่มาโรงพยาบาลไม่มีผลเลือดจากการฝากครรภ์ ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 27.3 ให้ประวัติ มีน้ำเดินเวลา 4.30 น. ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด แรกรับเวลา 05.00 น. ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตร ปรอทอัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที HF32 cm. FHS160 ครั้งต่อนาที PV cx3 cm, 80%-2, MR amniotic fluid clear, Pain scale 0

คะแนน NST Nonreassuring I=2 นาที D =45 วินาที Alb= neg /sugar=neg, อัลตราซาวด์ที่ห้องคลอดยืนยันทารกไม่มีกระโหลกศีรษะ NPO ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml. IV rate 100 ml./hr. , ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ ปกติเวลา 06.00 น. PV 9 cm. eff. 90% station 0 MR, เวลา 06.15 น. PV 10 cm. eff. 100% station +1 MR, เวลา 06.16น คลอดปกติไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,550 กรัม Apgar score 5,8,8 พบทารกศีรษะไม่มีกระโหลกศีรษะ มีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร เวลา 6.21 น. รกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวม 1000 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ได้รับ Methaglin 0.2 mg. IV , LRS1000ml iv load Retain foley's cath ,on oxygen mask with bag 10 lit/min ไม่มีอาการ เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ PRC 1U ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรถนอนพร้อมพยาบาล เวลา 8.40 น. วันที่จำหน่าย วันที่ 30 ตุลาคม 2560 เวลา 13.00 น. รวมจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 3 วัน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงไทยอายุ 31 ปี G3P2A0L2 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 เข้ารับฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ติดตาม 4 ครั้ง การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น labour pain การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมดลูกหดตัวถี่ 5 ชั่วโมง 45 นาที หลังคลอดมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตรหลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนักตัว 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 800 cc. มิลลิลิตร หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือดเพิ่ม 800 มิลลิลิตร	หญิงไทยอายุ 20 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วัน จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขณะตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ที่คลินิก 1 ครั้งที่คลินิกเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น premature rupture of membranes with polyhydramnios with anencephaly การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Normal labour with postpartum hemorrhage 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดินไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด มดลูกหดตัวถี่ 1 ชั่วโมง 15 นาที เบ่งคลอดทารกเพศชายน้ำหนัก 2,550 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1000 มิลลิลิตรเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร ปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยรับการผ่าตัด เคยคลอดบุตร 1 คนเมื่อ 2 ปี ก่อน ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนในโรงพยาบาล
การเจ็บป่วย	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับ การผ่าตัด เคยคลอดบุตร 2 คน คนสุดท้ายเมื่อ 8 ปีก่อนไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องนอนในโรงพยาบาล	

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามทฤษฎีของโอเล็ม สามารถรายงานปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อ

วินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยผู้คลอด กรณีศึกษาที่ 1 และกรณี ที่ 2 รับไว้ในโรงพยาบาลบางพลีดังตาราง 2



ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
1. มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากร่างกายสูญเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย	<p>1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามีมดลูกหดตัวไม่ดี ควรวัดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือ หัวหน้า อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูก วัดคลั่งที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง</p> <p>2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดกร ตลอดจนประเมินการฉีกขาดของช่องคลอดบริเวณแผลฝีเย็บและเย็บแผลอย่างรวดเร็ว</p> <p>5. เปิดเส้นเลือดดำอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น LRS 1000 cc. Load และจองเลือด 1 unit</p> <p>6. จัดทำนอนราบและให้ O₂ mask with bag 10 lit/min</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>8. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ 5%DN/2 1000cc. IV. Rate 120cc./hr.</p> <p>9. ดูแลให้ได้รับยา Cytotec 4 tab. per rectum.</p> <p>10. ฝ้าติดตามอัตราการหายใจ, deep tendon reflex และ urine output ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการแสดงของการเป็นพิษจาก magnesium ให้พิจารณาหยุดยา</p> <p>11. เตรียมทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วย ให้พร้อมช่วยเหลือ</p> <p>12. เตรียมเครื่องอัลตราซาวด์</p>	<p>1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีจนกว่าปกติคงที่ภายหลังคลอด จากนั้นบันทึกทุก 1 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสียเลือดถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทันที</p> <p>2. เปิดเส้นเลือดอีกเส้น ด้วย เข็มเบอร์ 18 ให้สารน้ำเป็น LRS 1000 cc. Load และจองเลือด 1 unit</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 5%DN/2 1000cc. IV. Rate 120cc./hr.</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับยา Methergin 0.2 mg. ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งก่อนและหลังคลอดกร ตลอดจนประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด บริเวณแผลฝีเย็บ</p> <p>6. จัดทำนอนราบและให้ O₂ mask with bag lit/min.</p> <p>7. บันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์</p> <p>8. ดูแลให้ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก</p> <p>9. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้กำลังใจ อธิบายแผนดูแลรักษา ทำกิจกรรมพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการดูแลรักษา</p>



ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง	<p>13. off magnesium ตามแผนการรักษา</p> <p>14. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit (257 มิลลิลิตร) ทางหลอดเลือดดำและติดตามอาการแพ้สารประกอบของเลือด เช่น ผื่นคันตามร่างกาย แน่นหน้าอก</p> <p>1. ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ช็อกนำก่อน เกิดการช็อกได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันที่</p> <p>2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุกๆ 15 นาที เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ จนกว่าสัญญาณชีพจะปกติจึงปรับเป็นทุก 1 ชม. จนคลอดและติดตามความรุนแรงของโรค</p> <p>3. ประเมิน Deep tendon reflex (patellar reflex) ทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค</p> <p>4. ดูแลการให้ยากันช็อก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา magnesium โดยการตรวจพบว่า อัตราการหายใจต้องมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อชั่วโมงและเนื่องจากการให้ magnesium สามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องเตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตรเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ภายใน 10 นาทีซึ่งเป็นยาต้านฤทธิ์ของ magnesium ไว้เสมอและติดตาม magnesium level ให้อยู่ในช่วง 4.8 - 8.4 mg./dl.</p> <p>5. ติดตามประเมินมารดาภายหลังได้รับยากันช็อก</p> <p>6. ดูแลให้มารดาได้รับออกซิเจน mask with bag และจัดท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อเพิ่ม Uteroplacental blood flow</p> <p>7. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อประเมินน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย และประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง</p>	<p>10. คลึงมดลูกจนหดตัวเป็นก้อนกลมแข็ง และกดไล่ก่อนเลือดที่อาจค้างในมดลูกทุก 15 นาที</p> <p>11. ประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง</p>

ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสง เสียงหรือสิ่งใดๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ ได้พักผ่อนมากที่สุด</p> <p>9. บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยอยู่ เป็นเพื่อน สัมผัสให้กำลังใจ และเป็นโค้ช แก่มารดาโดยการแนะนำและฝึกควบคุมการหายใจ การนวด ผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง</p> <p>10. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ เช่น ออกซิเจน พร้อมทั้งยาที่ ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะ ได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว</p> <p>11. ประเมินการหดตัวของมดลูก ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และให้ข้อมูล ความก้าวหน้าแก่ผู้คลอด</p> <p>12. ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด Monitor EFM และประเมิน หากพบว่ามีความผิดปกติ ของเสียงหัวใจทารกต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรีบรายงาน สูดแพทย์</p>	
3. ผู้คลอด และญาติเกิด ความวิตกกังวล จากภาวะตก เลือดหลังคลอด	<p>1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจน การรักษา พยาบาลเพื่อให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจและ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิดความ กังวลและความวิตกกังวลและรวมถึงการให้เข้ามาเยี่ยม ดูอาการมารดาหลังตกเลือด</p> <p>3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดาหลังค อดและญาติ พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล ของมารดาหลังคลอด</p> <p>5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่ เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอดและญาติ</p> <p>6. ให้มารดาได้โอบกอด ให้บุตรดูนม เมื่ออาการ คงที่</p>	<p>1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้มารดา หลังคลอดและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่ก่อให้เกิด ความกังวลและความวิตกกังวลและรวมถึง การให้เข้ามาเยี่ยมดูอาการมารดาหลังตกเลือด</p> <p>3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของ มารดาหลังคลอดและญาติ พร้อมทั้ง ปลอบโยนและให้กำลังใจ</p> <p>4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความ เป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด</p> <p>5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับมารดาหลังคลอด และญาติ</p> <p>6. แนะนำดำเนินการเรื่องฉาปนกิจทารก</p>



ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาป้องกันการชัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเหตุผลและการให้ยา อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและร้อนวูบวาบทั่วทั้งตัว 2. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำ โดยให้ 10% Magnesium sulfate ($MgSO_4$) 5 gm. (5 amps.) IV. Push slowly in 10 min. then add 50%$MgSO_4$ 20 gm.(20 amps.) in 5%DN/2 1,000 ml. IV. Drip rate 50 ml./hr. LRS 1,000 ml. IV. Drip rate 50 ml.hr. 3. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตร ต่อ ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 hr.ให้หยุดยา 4. ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าหายไปให้หยุดยา 5. เตรียม 10% Calcium gluconateไว้ให้พร้อมใช้ เนื่องจาก 10% Calcium gluconate เป็น antidote ของ $MgSO_4$ 6. เช็ดตัว เพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย 7. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว 8. ติดตามระดับผล $MgSO_4$ ในเลือด ให้อยู่ในช่วง 4.8 - 8.4 mg/dl. 9. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยรับทราบรวมถึงเชิญญาติเข้ามาเยี่ยมอาการและปรึกษาแนวทางการดูแลขั้นต่อไป 	



ตาราง 2 (ต่อ) ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางพยาบาล

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>5. โอกาส ฟื้นฟูสภาพ ร่างกายได้ช้า กว่าปกติเนื่อง จากสูญเสียเลือด ปริมาณมาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่เสียเลือดโดยเลือก อาหารที่มีโปรตีน วิตามินเกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อ ซ่อมแซมส่วนที่สูญเสียไป 2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถสังเกตสิ่งผิด ปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของ เลือดที่ออกจากช่องคลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความ สูงของยอดมดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตก เลือด 3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของอวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนมากๆ และเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อนอย่างเต็ม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดที่ เสียเลือดโดยเลือกอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ เหล็ก สูงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สูญเสีย ไป 2. สอนให้มารดาหลังคลอดสามารถ สังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น จำนวน สี ปริมาณ ลักษณะและกลิ่นของเลือดที่ออกจากช่อง คลอด การมีไข้ ปวดมดลูก ความสูงของยอด มดลูก และอาการแสดงอื่นๆ ของการตก เลือด 3. สอนมารดาให้รักษาความสะอาดของ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและความสะอาด ของร่างกายทั่วไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มารดาได้พัก ผ่อนมากๆ และเมื่อกลับบ้านควรได้พักผ่อน อย่างเต็ม



สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปีอายุครรภ์ 41 สัปดาห์ 6 วัน มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หลังคลอดปกติมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตร รั่วไว้ในโรงพยาบาลเคยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 4 ครั้งแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติให้ประวัติเริ่มเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด แรกรับเวลา 08.58 น. ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาทีขณะรอคลอดความดันโลหิตสูง 166/107 มิลลิเมตรปรอท ตรวจปัสสาวะพบ Alb+2 ได้รับ magnesium ขณะปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร หลังคลอดทารกเพศหญิงน้ำหนักตัวแรกคลอด 3,355 กรัม ใช้วิธี Active management เลือดออกก่อนรกคลอด 500 มิลลิลิตร เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ LRS 1000 มิลลิลิตร จอง PRC และรายงานสูติแพทย์ตรวจเยี่ยม ทำ Control cord traction รกเกาะติดแน่น ตรวจเนื้อรกและเยื่อหุ้มเนื้อรกครบขนาดคลั่งมดลูกคล้ามดลูกไม่กลมแข็ง มีเลือดออกเพิ่ม 300 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอทอัตราการหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 118 ครั้ง ต่อนาทีหลังรกคลอดได้รับ Methergin 0.2 mg. IV, Retain foley's cath , off MgSO4 คล้ามดลูกไม่หดตัวดี มีเลือดออกเพิ่ม 500 มิลลิลิตร ให้ Cytotec 4 tab. ทางทวารหนัก คลั่งขนาดมดลูกแข็งตัวลักษณะเป็นก้อนกลมไม่พบเลือดออกเพิ่มตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ร่วมกับประเมินอาการป่วย ไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ความดันโลหิต 108/76 -130/80 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาทีอุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ผลการตรวจอัลตราซาวด์ ไม่พบเศษรกค้าง ได้รับ PRC 1 unit ไม่มีอาการแพ้สารประกอบของเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยเสียงดังชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย จึงย้ายไปแผนกหลังคลอด มีการเฝ้าติดตามอาการที่แผนกหลังคลอดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการอ่อนเพลีย มดลูกกลมแข็ง พบน้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร

100 ครั้งต่อนาที วันที่จำหน่าย ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส Hct 30% น้ำนมไหลดี น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีการอักเสบติดเชื้อของแผลฝีเย็บ รวมนอนพักในโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 20 ปีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 2 วันฝากครรภ์ที่คลินิก จำนวน 1 ครั้งเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผู้คลอดมีปัญหาทางครอบครัว แพทย์ที่ฝากครรภ์อัลตราซาวด์ พบทารกมีความผิดปกติแนะนำให้มาพบสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้งแต่ผู้คลอดไม่มาโรงพยาบาล ไม่มีผลเลือดจากการฝากครรภ์ให้ประวัติ มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที HF 32 cmFHS160bpm/min PV cx 3 cm,80%-2,MR amniotic clear, Painscale 0 คะแนน NST Nonreassuring I=2 นาที D = 45Alb= neg /sugar=neg, NPO ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml. IV rate 100 ml/hr. มดลูกหดตัวดี 1 ชั่วโมง 45 นาที ปากมดลูกเปิดหมดคลอดปกติไม่มีแผลฝีเย็บ ทารกเพศชายน้ำหนัก 2,550 กรัม Apgar score 5,8,8 พบทารกศีรษะเล็กไม่มีกระโหลกศีรษะ ผู้คลอดมีเลือดออกก่อนรกคลอด 200 มิลลิลิตร รกคลอดมีเลือดออกทันที 800 มิลลิลิตร รวม 1000 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 105/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ได้รับ Methergin 0.2 mg. IV , LRS1000ml iv load Retain foley'scath ,on oxygen mask with bag 10 lit/min ไม่มีอาการ เหงื่อออกตัวเย็น มีอ่อนเพลียเล็กน้อยประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 105/62 -120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ PRC 1U ไม่มีอาการแพ้สาร ประกอบของเลือด ย้ายไปดูแลที่แผนกหลังคลอดโดยรอนอนพร้อมพยาบาล มีการเฝ้าติดตามอาการที่แผนกหลังคลอด วันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการอ่อนเพลีย มดลูกกลมแข็ง พบน้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิกาย



37.1 องค์การอนามัยโลก ปีสสาวะมีลักษณะสีเหลืองใส น้านมยังไม่ไหล สีหน้าเรียบเฉยพูดคุยเป็นบางครั้ง off oxygen mask, off foley 'cath วันที่ 2 ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มดลูกกลมแข็งตัวดี ผล Hct 29.7% สีหน้าสดชื่นขึ้นเป็นลำดับผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ขับถ่ายได้ดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มดลูกกลมแข็ง น้ำคาวปลาปกติ น้านมไม่ไหล สีหน้าสดชื่นเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, UNICEF, 2014. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nation Population Division : Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.
2. กรมอนามัยสำนักส่งเสริมสุขภาพ. การตายมารดาไทย (Maternal Mortality). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
3. ตรีภาพเลิศบรรณพงษ์และคณะ.ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิ . กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิง ; 2556.
4. สันต์ธีรติยะระ. Surgical management of uterine atony. Retrieved 2019, from <http://www.med.cmu.ac.th>
5. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ; 2012.
6. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด. กรุงเทพฯ,สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ; 2550.



**พฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี**
**Humanized care behaviors of Graduated Nurses in Bachelor of Nursing
Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi**

ทวีศิลป์ กุลนภาดล¹, นฤมล เหล่าโกสิน², สุพีรพัทธ์ พิมพมาศ³ และ PS Keerthi Prabhakar⁴
Taweasil Koolnaphadol¹, Narumol Laokosin², Supeerapat Pimmas³ and PS Keerthi Prabhakar⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตที่จบจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปี 2559

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 62 คนและบัณฑิตจำนวน 62 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีค่าความเที่ยงของ Cronbach .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และตามมุมมองของบัณฑิตอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและตามมุมมองของบัณฑิตพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย ศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการณ์ดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

³นักวิชาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴อาจารย์, English Program, โรงเรียนอัสสัมชัญ บางรัก

ABSTRACT

Objective : This Descriptive Research aimed to study Humanized care behaviors of Graduated Nurses in Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi.

Methods : The sample consisted of 62 employers and 62 Graduated nurses, randomly selected. The questionnaires included opinion of employers and Graduated nurses to Humanized care behaviors. The Chronbach,s alpha reliability coefficient was .98. Percentage, mean, standard deviation, independent t- test were used for data analysis.

Results : The findings were as follows

1. Humanized care behaviors were good. The average mean score of opinion of employers and Graduated nurses to Humanized care behaviors were 4.20 and 4.23 respectively.

2. Comparison of Humanized care behaviors according to the opinion of employers and Graduated nurses was no statistically significant difference at .05. ($p = .630$)

Conclusion : The results of this study can be used as a guideline for teaching and learning management to improve Humanized care behaviors of nursing students effectively.

Keyword : Humanized care behaviors

ความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลเป็นสาขาวิชาที่เน้นทักษะปฏิบัติต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร สามารถให้การพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม แก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทุกภาวะสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ โดยใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณของวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบ เอื้ออาทร มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมีภาวะผู้นำ มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการในองค์กรทางสุขภาพได้ นอกจากนี้วิชาชีพพยาบาลยังมีอัตลักษณ์ที่สำคัญคือ “การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care) โดยมีพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยความเอาใจใส่ประจักษ์ชัด มิตร โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ² แสดงออกถึงความเอื้ออาทรตระหนักรู้ในคุณค่าของบุคคล มีความเข้าใจในชีวิต มีความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการอย่าง

จริงใจ มีความเมตตา มีส่วนร่วมในการหาทางแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับบริการ ปฏิบัติตัวให้ผู้รับบริการมีความเชื่อถือและไว้วางใจไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการและบุคคลที่อยู่ใน การดูแลของตนเอง ตลอดจนให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ³ ในการประเมินพฤติกรรม การดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น จำเป็นต้องมีการประเมินทั้งจากตัวบัณฑิตเอง ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมการดูแลของตนเองและการประเมินโดยผู้บังคับบัญชา หรือผู้ใช้บัณฑิตหรือผู้ร่วมงานของบัณฑิต เพราะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับบัณฑิต เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงที่บัณฑิตให้การดูแลผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสะท้อนกลับถึงคุณภาพการดูแลของบัณฑิต นอกจากความรู้ความสามารถดังกล่าวข้างต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและตามมุมมองของบัณฑิต

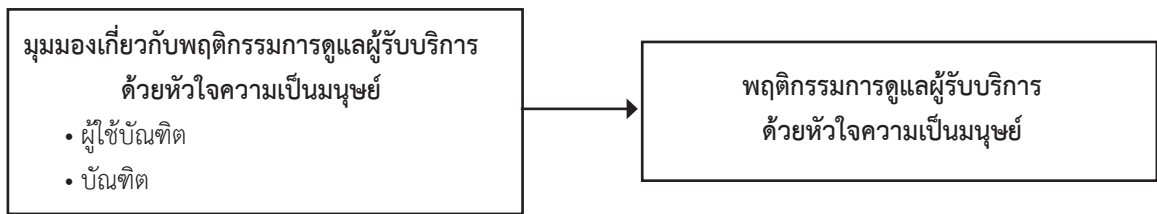


สมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตระหว่างมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและมุมมองของบัณฑิตไม่แตกต่างกัน

โดยประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งตัวแปรที่ศึกษา คือพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หมายถึงการดูแลผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วยความเอาใจใส่ประจัญตาติมิตร โดยใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากร ได้แก่ บัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี โดยเป็นบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีปีการศึกษา 2559 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบัณฑิตทั้งหมด 98 คน และจำนวนผู้ใช้บัณฑิต 98 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดมาจากประชากรกลุ่มละ 73 คน จากประชากรทั้งหมด 98 คน เนื่องจากใช้ try out 25 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามาเน⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ที่ระดับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 62 คนสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without Replacement)

ทางการพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยในการดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตที่สำเร็จจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
2. ใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาและเสริมสร้างคุณลักษณะบัณฑิตเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่งหน่วยงานที่ปฏิบัติงานระยะเวลาการปฏิบัติ ระดับการศึกษา การมีส่วนร่วมของบัณฑิตในการผลิตผลงานด้านวิชาการ/งานวิจัย/ นวัตกรรมให้กับหน่วยงาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด มีข้อคำตอบให้เลือกและเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำนวนคำถาม 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 บัณฑิตมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 บัณฑิตมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 บัณฑิตมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 บัณฑิตมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 บัณฑิตมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยมาก

เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ใช้บัณฑิตที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน หาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่

2. ชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจ้งยุติการเข้าร่วมวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามและรับแบบสอบถามกลับคืน

3. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้

ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและมุมมองของบัณฑิต โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดเป็นเพศหญิง วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี 50 คนระดับปริญญาโท 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.65 และ 19.35 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 59 คน คิดเป็นร้อยละ 95.16 และพยาบาลประจำการ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.84 สำหรับบัณฑิตเป็นเพศหญิง 58 คน และเพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 93.55 และ 6.45 ตามลำดับ



ตาราง 1 พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	มุมมองของผู้ใช้บัณฑิต		มุมมองของบัณฑิต	
	M	S.D.	M	S.D.
1. สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยความเป็นมิตร	4.26	.676	4.32	.594
2. ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ	4.31	.667	4.39	.583
3. รับฟังปัญหา ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการ	4.27	.632	4.37	.659
4. ยอมรับในความคิด การกระทำ ความเป็นตัวตนของผู้รับบริการ	4.21	.631	4.29	.687
5. ยอมรับความเชื่อ ความแตกต่างของผู้รับบริการ	4.29	.687	4.27	.657
6. ใส่ใจ ติดตาม ให้ข้อมูล อธิบาย และสอบถามถึงอาการความรู้สึกของผู้รับบริการ	4.08	.795	4.15	.674
7. อำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการปฏิบัติศาสนกิจ	4.21	.750	4.23	.638
8. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจ วางแผนดูแล	4.23	.734	4.15	.649
9. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถาม	4.34	.723	4.21	.656
10. ปฏิบัติการบริการด้านสุขภาพต่อผู้รับบริการด้วยความรอบคอบ	4.24	.670	4.10	.694
11. สามารถประยุกต์ใช้หลักการทางศาสนา ความเชื่อ	4.10	.824	4.23	.688
12. ใส่ใจ สังเกต ไวต่อการเปลี่ยนแปลง	4.02	.779	4.06	.674
13. ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง	4.05	.838	4.19	.649
พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในภาพรวม	4.20	.554	4.23	.569

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตประเมินว่าบัณฑิตเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ รวมทั้งไม่ทอดทิ้งผู้รับบริการที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล และข้อที่ประเมินน้อยที่สุดคือ ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่เป็นจริง (M =4.34, 4.31, 4.05 ตามลำดับ) ในมุมมองของบัณฑิตประเมินตนเองว่าให้การดูแล ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ ไม่แสดงท่าที

รังเกียจ รวมทั้งไม่ทอดทิ้งผู้รับบริการที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ รับฟังปัญหา ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความรัก และเมตตา เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้บอกเล่า ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ส่วนข้อที่ประเมินน้อยที่สุดคือ ใส่ใจ สังเกต ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้รับบริการ (M =4.39, 4.37, 4.06 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิตอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน (M =4.20, 4.23 ตามลำดับ)

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นระหว่างมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและมุมมองของบัณฑิต
พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการ

ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	มุมมองของผู้ใช้บัณฑิต		มุมมองของบัณฑิต		t	Sig.
	M	S.D.	M	S.D.		
ภาพรวม	4.20	.554	4.23	.569	.271	.630

*p < .05

จากตาราง 2 พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและตามมุมมองของบัณฑิตไม่แตกต่างกัน ($p = .630$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและตามมุมมองของบัณฑิต พบว่าอยู่ระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตปีการศึกษา 2556 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($mean = 4.13, S.D. = 0.15$) โดยด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($mean = 4.36, S.D. = 0.34$)⁶ ทั้งนี้เนื่องจากบัณฑิตที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนทบุรี ปี 2559 ได้รับการปลูกฝังและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตลอดระยะเวลาการเรียนตลอด 4 ปี ผ่านทางกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาต่างๆ และผ่านทางกิจกรรมเสริมหลักสูตร เช่น กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมค่ายธรรมะ กิจกรรมผู้นำนักศึกษาและอื่นๆ ในส่วนของการเรียนนั้น นักศึกษาจะเรียนวิชาทางการพยาบาลที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยการสอนภาคทฤษฎีครูผู้สอนจะสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมรวมทั้งการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) ส่วนในการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในชุมชนและสถานบริการ

สุขภาพ เป็นการฝึกประสบการณ์ในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการพยาบาลตลอดจนการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีครูผู้สอนเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอดจนทำหน้าที่สอนและสะท้อนคิดให้นักศึกษาตระหนักถึงสิทธิ ความเป็นบุคคล และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 - 4 นอกจากนี้วิทยาลัยยังได้จัดการเรียนการสอนในรายวิชากระบวนการทัศนในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (The Humanized Care Paradigm) ในชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นชั้นปีที่เริ่มเรียนวิชาทางการพยาบาล ในรายวิชาดังกล่าวมีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกฝนพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น กิจกรรมจิตตปัญญาเพื่อฝึกให้นักศึกษามีสุนทรียสนทนา กิจกรรมจิตอาสาเพื่อให้นักศึกษาได้พัฒนาความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตอาสา กิจกรรมปั้นเครื่องปั้นดินเผา ฦ เกาะเกร็ดเพื่อพัฒนาให้เป็นผู้มีจิตใจอ่อนโยน กิจกรรมสัมภาษณ์ประชาชนที่อยู่รอบๆ วิทยาลัยเพื่อฝึกให้นักศึกษามีทักษะในการสนทนาค้นหาข้อมูลจากสถานการณ์จริง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าวิทยาลัยมีการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เมื่อนักศึกษาจบการศึกษาแล้วจึงเป็นบัณฑิตที่มีพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง



2. เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตและมุมมองของบัณฑิต พบว่าไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา พบว่าผู้สำเร็จ การศึกษามีการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ภาพรวมอยู่ในระดับดี⁷ และจากการ สัมภาษณ์ผู้ใช้บัณฑิตซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหนึ่งใน สถานบริการสุขภาพของรัฐระดับตติยภูมิ พบว่าบัณฑิตที่จบ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เป็นผู้มี คุณธรรมจริยธรรม มีจิตใจที่จะดูแลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ ดูแลผู้รับบริการโดยไม่รังเกียจ ไม่ตีตราว่าผู้รับบริการ มีการติดเชื้อ HIV/ เป็นโรคเอดส์ ดูแลแบบครบวงจรรวม ให้การดูแลผู้รับบริการเปรียบเสมือนเป็นสมาชิกของ ครอบครัวนอกจากนี้บัณฑิตยังสามารถปฏิบัติงานเป็นทีม ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำงาน เอื้อเพื่อเอื้อแก่ต่อกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สำหรับมุมมองของผู้รับบริการ และญาติผ่านการสำรวจของหอผู้ป่วยดังกล่าว พบว่าบัณฑิต ดูแลผู้รับบริการอย่างเต็มความรู้ความสามารถ มีความเอื้อ ออาทร มีสัมมาคารวะ มีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีจิตบริการ (Service mind) ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนีนี พะเยา ผลการวิจัยพบว่า บัณฑิตบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ที่ให้การดูแลด้วยใจไม่ใช่เพียงการทำ หน้าที่ เป็นการดูแลผู้รับบริการเสมือนญาติ ประกอบด้วย คุณลักษณะเด่น 5 ประการ ดังนี้ 1) มีจิตอาสา 2) มีกิริยา สุภาพ อ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ 5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยอัตลักษณ์ของ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คือ “บัณฑิตพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์”⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีให้นักศึกษาได้เรียน รู้ผ่านการลงมือทำ (Active learning) มากขึ้น เพื่อพัฒนา ให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถในการพยาบาล สามารถ สังเกตและประเมินการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้รับบริการ สามารถตอบสนองต่อ ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้รับบริการได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่เป็น จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรประเมินพฤติกรรม การดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ทุกชั้นปี เพื่อนำผลมาปรับปรุงการเรียนการสอนในการที่จะ พัฒนาพฤติกรรมดังกล่าวให้มีระดับที่สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. ประกาศ กระทรวงศึกษาธิการ เรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับ ปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552. (อินเทอร์เนต). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการ อุดมศึกษา; 2552 เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2561. เข้าถึง ได้จาก:<http://www.mua.go.th/users/he-com mission/doc/law/ministry%20law/1-39%20 TQF%20nursing% 202552. pdf>.
2. มกราพันธ์ จุฑระสก. กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้กรอบครัวเสมือน. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา, 2552.
3. วรณยุพา รอยกุลเจริญ. การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วย หัวใจของความเป็นมนุษย์. วารสารสภา การพยาบาล, 2550 ; 22 (3), 5- 8
4. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางค พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์ ; 2545.



6. รจนารถ ชูใจ, กมลพร แพทย์ซีพี และจิราภรณ์ อนุชา.
คุณภาพบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ราชบุรี ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตปีการศึกษา
2556. ราชบุรี:วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี;
2558.
7. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพิมล วงศ์ไชยา, สุทธิณี
มหามิตร วงศ์แสน, ท้ายรัตน์ บรรณกิจ. การรับรู้
พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการ
ศึกษา ปีการศึกษา 2557 วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี พะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและ
การศึกษา,2559 ;17(1) : 64-79
8. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพิลา วงศ์ไชยา, สิริสุดา
เตชะวิเศษ และสมศรี สัจจะสกุลรัตน์. อัตลักษณ์บริการ
สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 2558 ; 25(3), 14-26
9. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2555)
นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัด
นนทบุรี, 2556.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Severe Leptospirosis with Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) : Case study 2 case

บุษฎกัญญาจัน สารรัตน์ธนโชติ, พย.บ*
Butthakan Sararatthanachot, RN*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคฉี่หนูรุนแรงเป็นการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่างยิ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีซ่าน มีเลือดออกตามอวัยวะภายในและตา ตับโต ม้ามโต ไตวาย เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำจากความรุนแรงของโรคผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานคือการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่เกิด VAP

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่เกิด VAP ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามจากเดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรง 2 รายที่เกิด VAP

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี อาการสำคัญไข้ 4 วัน หนาวสั่น ถ่ายดำเป็นยางมะตอยซีดวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 44 วันวินิจฉัยโรคWeil syndrome, Acute respiratory failure, Adrenal insufficiency, Septic shock, Acute thrombocytopenia, UGIB, DIC, VAP, DM type 2, Hypertension

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี อาการสำคัญ ไข้ ปวดจุกแน่นท้องมา 3 วัน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 14 วันวินิจฉัยโรคSevere Leptospirosis, Acute respiratory failure, Septic shock, Acute renal failure, thrombocytopenia, Hepatic Jaundice, Alveolar hemorrhage, VAP

สรุป : การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรง จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานเพื่อคงไว้ซึ่งการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตกลับสู่ปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดขณะนั้นทีมผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญในการนำแนวปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ลดจำนวนวันนอน และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : โรคฉี่หนูรุนแรง, การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม



ABSTRACT

Background : Severe Leptospirosis is one of illness that impact on human life. Signs and symptom of Leptospirosis patient will start with jaundice, bleeding in eyes and internal organs, splenohepatomegaly, kidney failure, meningitis, and heart failure. Furthermore, hypoxia reveal in respiratory system. Consequently, patient need ventilator extensively, then, Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) is a severe complication eventually. As a result, length of stay, cost, and mortality rate will be increasing.

Objective : To study nursing care of Severe Leptospirosis with Ventilator-Associated Pneumonia (VAP).

Methods : The research aimed to compare the study of two cases of severe Leptospirosis with VAP that was hospitalized at Medical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital from July-September 2018. The research instrument consisted of the data record, interview and observation. The analysis focused on to compare health pattern, pathology, sign and symptom, treatment, problem and nursing diagnosis, nursing care in crisis period, continuum care period, and discard plan.

Result : To compare two cases of severe Leptospirosis with VAP.

Case 1 : A female 70 –year-old, was brought to hospital with chief complaints as four days fever with chillness, melena, pale, and dizzy. She needed ventilator for 44 days. Diagnosis: Weil syndrome, acute respiratory failure, adrenal insufficiency, septic shock, acute thrombocytopenia, UGIB, DIC, VAP, DM type 2, and hypertension.

Case 2 : A male 26 –year-old, was also brought to hospital with chief complaints as fever, distension about three days, jaundice (yellow eyes and body), fatigue, and headache. He was on respirator for 14 days. Diagnosis: acute respiratory failure, septic shock, acute renal failure, thrombocytopenia, hepatic jaundice, alveolar hemorrhage, and VAP.

Conclusion : The study found that severe leptospirosis needed ventilator for a long time in order to maintain ventilation and perfusion sufficiently, until be off the crisis period and return to normal, or complications become minimized. Thus, health care team has to aware about VAP prevention guideline accurately and continuously, in order to decrease cost, length of stay, and safe from complications, then, the patient will be able to live as normal.

Keywords : Severe Leptospirosis, Ventilator-Associated Pneumonia: VAP

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสหรือโรคฉี่หนูเป็นโรคติดต่อสำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย นอกจากนี้ทางองค์การอนามัยโลกได้ถือว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonotic Disease)¹ ที่เป็นโรคติดต่อเชื้ออุบัติซ้ำที่สำคัญ (Re-emerging infectious disease) ซึ่งเกิดจากเชื้อ Leptospira พบกระจายไปทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศ

ภูมิภาคเขตร้อนและร้อนชื้น เกิดขึ้นได้ตลอดปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อฝนตก เนื่องจากมีน้ำท่วมขัง พบมากช่วงปลายฤดูฝนต่อฤดูหนาวซึ่งเชื้อจะปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมมากขึ้น¹ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยทั่วทุกภาคของประเทศแต่พบมากที่สุดใภูมิภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 3,514 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.37 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 62 ราย คิดเป็นอัตรามรณะ 0.09 ต่อแสน



ประชากร⁷ ปีพ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 2,978 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.55 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 37 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.06 ต่อแสนประชากร¹ จากรายงานสถานการณ์โรค Leptospirosis จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วย 21, 13, 37 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 2.18, 1.35, 3.84 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 2, 2, 3 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.21, 0.21, 0.31 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบได้มากในผู้ที่มีอาชีพที่ต้องเดินย่ำน้ำ ลุยน้ำ แขน้ำ หรือสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นพาหะ โดยจะพบโรคนี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 2.5 เท่า และส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15-54 ปี¹ ความสำคัญของโรคนี้คือ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคนี้แล้วก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก

โรคนี้หนุรุนแรงเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อ Leptospira เข้าสู่ร่างกายแล้วจะเข้าสู่กระแสเลือด กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยที่เชื้อจะไปทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ในอวัยวะต่างๆ เกิดการอักเสบเป็นหลัก และอาจเข้าไปทำลายเซลล์โดยตรง ทำให้เซลล์ตายและเกิดอาการตามอวัยวะต่างๆ อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต ม้ามโต ดีซ่าน (ตัวเหลืองและตาเหลือง) สับสน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เจ็บหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (Cardiogenic shock) ไตวาย ภาวะเลือดออก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของผนังหลอดเลือดไปเป็นเลือดสด ปอดอักเสบ และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ¹ การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคนี้หนุรุนแรงที่มีภาวะเหล่านี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่างเพียงพอ จนกว่าภาวะวิกฤตของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้ป่วยกลับสู่ปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด²

ปัญหาและแนวโน้มของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP)มีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบการติดเชื้อ 2.9 - 8.0 ครั้งต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ³ ประเทศที่กำลังพัฒนาพบการติดเชื้อ 19.8 - 48.0 ครั้งต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประเทศไทยพบการติดเชื้อสูง 12.6 -27.2 ครั้งต่อ 1000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ⁴ ศูนย์ควบคุมป้องกัน

โรคประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการเกิด VAP ไว้ไม่เกิน 11-12 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ⁴

ผลกระทบการเกิด VAP ต้องนอนในโรงพยาบาลนานมากกว่าผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อปอดอักเสบเฉลี่ย 11 วัน ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น 6 วัน อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 13 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 48,503.50 บาท ต่อการเกิดอุบัติการณ์ 1 ครั้ง⁵

สถิติการเกิดติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลมหาสารคามปี 2558-2560 พบอัตราการติดเชื้อ 12.96,8.86,7.16 ครั้งต่อ 1000 วันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ⁶ ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 2.44,6.62,6.736 ตามลำดับ ส่วนค่าใช้จ่ายเฉพาะยา Antibiotic เฉลี่ย 14,500 บาท, 44,492 บาท, 116,783 บาทต่อการเกิดอุบัติการณ์ 1 ครั้ง⁶ ตามลำดับ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีผู้ป่วยที่เกิดติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจปี 2560 พบการติดเชื้อ 11.61 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใส่เครื่องช่วยหายใจ⁶ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเฉพาะยา Antibiotic 103,370.38 บาท ต่อการเกิดอุบัติการณ์ 1 ครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้หนุรุนแรงที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้หนุรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามจากเดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จาก แบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบการสัมภาษณ์ ญาติแบบการสังเกตการปฏิบัติทางการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย



ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	70 ปี	26 ปี
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 3
สถานภาพสมรส	หม้าย	โสด
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	ทำนา,รับจ้างทั่วไป
สิทธิการรักษา	บัตรทอง นอกเขต ในจังหวัด	บัตรประกันสังคม (นอกเขต)
ภูมิลำเนา	อ.บรบือ จ.มหาสารคาม	อ.หนองสองห้อง จ.ขอนแก่น
ผู้ดูแล	บุตรสาว	บิดา-มารดา
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	16 กรกฎาคม 2561	23 กรกฎาคม 2561
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4 กันยายน 2561	13 สิงหาคม 2561
การวินิจฉัยโรค	Weil syndrome(Severe Leptospirosis), Acute respiratory failure, Adrenal insufficiency,Septic shock, Acute thrombocytopenia, UGIB, DIC, VAP, DM type 2, Hypertension	Severe Leptospirosis, Acute respiratory failure, Septic shock, Acute renal failure, thrombocytopenia, Hepatic Jaundice, Alveolarhemorrhage, VAP



ตาราง 2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับ refer จากโรงพยาบาลบรบือ ด้วยอาการ ไข้สูง หนาวสั่นตลอดวัน ถ่ายดำเป็นยางมะตอย	รับ refer จากโรงพยาบาลบรบือ ด้วย ไข้ปวดแน่นท้อง ปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา ตัวเหลืองตาเหลือง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	10 วันก่อน ไปตัดหญ้าในไร่อ้อย พื้นดินขึ้นแฉะ โดนใบอ้อยบาดตามแขนและมือ 4 วันก่อน ไข้สูง หนาวสั่น มีถ่ายดำเป็นยางมะตอย ไม่ไอ ไม่หอบ ไม่อาเจียน	1 สัปดาห์ก่อน ไปลุยน้ำคานา มีแผลที่เท้า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา แน่นท้อง ตัวเหลืองตาเหลือง มีไข้มา 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต	ขาข้างซ้ายหัก 2 ปีก่อน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ประวัติโรคประจำตัว	DM type 2, Hypertension	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติด	ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่	ไม่มีประวัติแพ้ยา ดื่มสุรานานๆ ครั้ง สูบบุหรี่ 1 ซอง/3 วัน และยังไม่สูบบุหรี่
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย E4 V5 M6 อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/53 mmHg DTX 267 mg% O ₂ sat 99% ซีดพอควร Hct.25% minimal crepitation Lt. lung ได้รับวินิจฉัยเป็น Sepsis, DIC, DHF, Bicytopenia, AKI, UGIB	ผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดีปวดท้อง ใต้ชายโครงขวา แน่นท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ไอต่างๆ E4 V5 M6 อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/76 mmHg ได้รับวินิจฉัยเป็น Severe Leptospirosis, septic shock, AKI

ตาราง 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ให้ความร่วมมือรักษายาบาลได้เป็นอย่างดี	- ผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ให้ความร่วมมือรักษายาบาลได้เป็นอย่างดี
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	- รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ขณะอยู่โรงพยาบาลในภาวะวิกฤต แพทย์ให้ NPO แล้วปรับเป็น BD 1:1 100 ml x 4 feed และปรับเพิ่มตามการรับได้ และเพิ่มความเข้มข้นเป็น BD 1.2:1 จนพ้นภาวะวิกฤตจึงเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อน รับประทานได้เป็นปกติ	- รับประทานอาหารได้ครบทุกมื้อ รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ขณะอยู่โรงพยาบาลในภาวะวิกฤต แพทย์ให้ NPO แล้วปรับเป็น BD 1:1 100 ml x 4 feed และปรับเพิ่มตามการรับได้จนพ้นภาวะวิกฤตจึงเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อน รับประทานได้เป็นปกติ
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติ 6-7 ครั้งต่อวัน ขณะอยู่ในระยะวิกฤตผู้ป่วยจะมีท้องผูกแพทย์ให้ Retain foley catheter ตลอดจนผ่านภาวะวิกฤตจึงให้ถอดออก ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองโดยใส่เป็นผ้าอ้อมสำเร็จรองรับ	- ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติ 4-5 ครั้งต่อวัน ขณะอยู่ในระยะวิกฤตผู้ป่วยจะมีท้องผูกแพทย์ให้ Retain foley catheter ตลอดจนผ่านภาวะวิกฤตจึงให้ถอดออก ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	- ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเองชอบเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของโรงเรียนผู้สูงอายุ ชอบเดิน ขณะอยู่ในระยะวิกฤตเจ้าหน้าที่หรือญาติช่วยพลิกตะแคงตัว พ้นระยะวิกฤตทำกิจกรรมต่างๆลดลง ต้องให้ผู้ดูแลช่วยในบางกิจกรรม	- ทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ไม่ชอบกิจกรรมเล่นกีฬา ขณะอยู่ในระยะวิกฤต ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่และญาติช่วยพลิกตะแคงตัว พ้นระยะวิกฤตทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน ขณะอยู่ในระยะวิกฤตไม่รู้สึกรู้สีกตัวถึงรู้สึกตัวเล็กน้อยพ้นระยะวิกฤตนอนหลับได้ดี	- นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอน ขณะอยู่ในระยะวิกฤตไม่รู้สึกรู้สีกตัวถึงรู้สึกตัวเล็กน้อยพ้นระยะวิกฤตนอนหลับได้ปกติ
6. สติปัญญาและการรับรู้	- เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ ขณะอยู่ในระยะวิกฤตไม่รู้สึกรู้สีกตัวถึงรู้สึกตัวเล็กน้อยเมื่อพ้นระยะวิกฤตผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นปกติ สามารถตอบคำถามต่างๆได้ปกติ	- เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผลการเรียนระดับปานกลาง ขณะอยู่ในระยะวิกฤตไม่รู้สึกรู้สีกตัว พ้นระยะวิกฤตผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นปกติ สามารถตอบคำถามต่างๆได้ปกติ



ตารางต่อ ตาราง 3 ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	- ญาติและผู้ป่วยรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจาก การสัมผัสเชื้อฉี่หนูตามหญ้า พื้นดินและมีน้ำ ขังโดยเข้าทางผิวหนังที่มีแผลขีดข่วน ถลอก สามารถเจ็บป่วยซ้ำจากโรคนี้อีกได้	- บิดา มารดาและผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการ เจ็บป่วยครั้งนี้ ว่าเกิดจากการสัมผัส เชื้อฉี่หนูโดยเชื้อเข้าทางแผลที่เท้าขณะ ดำน้ำในนาที่มีน้ำขัง และสามารถเจ็บ ป่วยซ้ำจากโรคนี้อีกได้
8. บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัว	- ผู้ป่วยเป็นผู้อยู่อาศัยโดยมีบุตรสาวและบุตร เขยคอยดูแลใกล้ชิด เนื่องจากสามีเสียชีวิตไป 40 ปีแล้ว ไม่ได้ทำงานอะไร แต่จะทำงานเล็กๆ น้อยๆ ช่วยเองเพราะไม่ชอบอยู่เฉย	- ผู้ป่วยเป็นบุตรชาย ไม่ได้อยู่ประจำกับ บิดามารดา แต่ไปอยู่กับปู่ย่าเพื่อคอย ดูแลเนื่องจากสูงอายุ จะมาช่วยทำนา เมื่อถึงฤดูกาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ	- การเจริญเติบโตตามวัย พฤติกรรม ทางเพศเหมาะสมตามวัย
10. การปรับตัวและการ เผชิญความเครียด	- ปกติเมื่อมีความเครียดจะเล่าระบายให้บุตร สาวฟัง สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้สามารถปรับ ตัวและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี ทั้งตัวผู้ป่วยและบุตรสาวบุตรเขยผู้ดูแล	- ปกติเมื่อมีความเครียดจะเล่าให้บิดา มารดาฟังประจำ สำหรับการเจ็บป่วย ครั้งนี้สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาลดี
11. คุณค่าและความเชื่อ	- เชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อเรื่องพุทธศาสนา ผู้ ป่วยเข้าวัดปฏิบัติธรรมเป็นประจำ	- เชื่อเรื่องพุทธศาสนา เชื่อเรื่องสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ผู้ป่วยเข้าวัดปฏิบัติธรรมใน โอกาสสำคัญเป็นบางครั้ง

ผลการศึกษา ในการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ตาราง 4 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
พยาธิสภาพ 1. สาเหตุหรือปัจจัย ของการเกิดโรคฉี่หนู รุนแรง	- หญิงไทย 70 ปี โรคประจำตัวความ ดันโลหิตสูงมา 10 ปี เบาหวานมา 1 ปี ไม่ ได้ทำงาน 10 วัน ก่อนไปด้ายหญ้าใน ไร่อ้อยพื้นดินชื้นแฉะ เพื่อนำมาให้วัว โคน ใบอ้อยบาดตามแขน และมือ ไม่ได้ล้าง ทำความสะอาดมือ ทันที 4 วันก่อนมา ไข้สูง หนาวสั่น มี ถ่ายดำเป็นยาง มะตอย	- ชายไทย 26 ปี ไม่มี โรคประจำตัว อาชีพ รับจ้างทั่วไป,ทำนา 1 สัปดาห์ก่อนไป ช่วยบิดามารดาทำ นา ลุยน้ำคานา มี แผลที่เท้า ไม่ได้ล้างทำความสะอาด สะอาดเท่าวันที่ 3 วันก่อนมา ปวด บริเวณใต้ชายโครง ขวา แน่นท้อง ตัว เหลือง ตาเหลือง มี ไข้มา 1 วัน	- เชื้อLeptospiraเข้าทางผิวหนังหรือเยื่อぶที่มี แผลเชื้อจะเข้าสู่กระแสเลือดใน 24 ชั่วโมงพยาธิ สภาพเริ่มเกิดจากมีdisruption ของเซลล์เยื่อ หลอดเลือดผนังเล็กๆทั่วทั้งร่างกายทำให้มีหลอดเลือด ฝอยแตกและมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ได้ จากนั้นจึงทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสีย ไปจากการอักเสบและเนื้อตายตามอวัยวะนั้นๆ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน ตับโต ม้ามโต ดีซ่าน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เจ็บหน้าอก หัวใจเต้น ผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะช็อกจาก หัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ไตวาย ไอบเป็น เลือดสด ปอดอักเสบ และออกซิเจนในเลือดต่ำ - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคที่ เหมือนกันคือสัมผัสโดยอ้อมกับน้ำหรือดินที่ปน เปื้อนเชื้อโดยเชื้อไขเข้าทางผิวหนังหรือเยื่อぶที่มี รอยแผลตามร่างกาย และมีภาวะเจ็บป่วย คล้ายคลึงกัน
2. สาเหตุหรือปัจจัย เสี่ยงของการ เกิดVAP	-ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วย หนักอายุรกรรม มีภาวะอักเสบตาม อวัยวะต่างๆ (Systemic infection)และภาวะ ติดเชื้อในกระแส เลือด (septic shock)O2 sat 83%on ETT. with volume ventilatorนาน 44	- ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วย หนักอายุรกรรม มีภาวะอักเสบตาม อวัยวะต่างๆ (Systemic infection) และ ภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด (septic shock)O2 sat 84.7%on ETT. with bird ventilatorนาน 14	- การใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรง ที่มีภาวะอักเสบและเนื้อตายตามอวัยวะต่างๆ เหล่านั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งการ ระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน อย่างเพียงพอ - ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดVAPแบ่งเป็น4กลุ่ม (1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (2) การเพิ่มจำนวนของเชื้อ แบคทีเรียในช่องปากคือการได้รับยาปฏิชีวนะ และการเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (3) ปัจจัยที่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการสำลักหรือมีการไหลย้อน การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำการใส่สายยางให้อาหาร ความรู้สึกตัวอยู่ในระดับโคมาได้รับการผ่าตัด บริเวณศีรษะคอ ทรวงอก หรือช่องท้องส่วนบน


ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. อาการ/อาการแสดง/การวินิจฉัย: VAP	<p>วัน(17 ก.ค.-29 ส.ค.61) -อายุ 70 ปี -เป็นเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง -ใส่ NG. feed อาหาร -อาเจียนเป็นเลือด - ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว - ภูมิคุ้มกันต่ำ - เกิด VAP ครั้งที่ 1 หลัง on ETT. Tube with volume ventilator 10 วัน (27ก.ค.61) ไข้สูง 38.5-39.4 0C, เสมหะมาก, WBC 15,260 cell/mm3 sputum: A. baumanniiMDR X-ray : Pulmonary Infiltration both lung, Crepitation both lung, Pneumonia - เกิด VAPครั้งที่2หลัง on ETT. Tube 42 วัน (27ส.ค.61) ไข้สูง 38.6 0C,เสมหะมาก,WBC 16,770 sputum: P.aeruginosaX-ray :rhonchi + crepitation both lung, - Pneumonia</p>	<p>วัน (23 ก.ค.-5 ส.ค. 61) - ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว - ดึง ETT. Tube หลุด ต้องใส่ใหม่ - ใส่ NG.feed อาหาร- อาเจียนเป็นเลือด - ภูมิคุ้มกันต่ำ - เกิด VAP หลัง on ETT. Tube with bird ventilator8 วัน (30 ก.ค.61) ไข้สูง 38.50C, เสมหะเยอะ ช้น,WBC 29,030 cell/mm3 sputum: A. baumannii MDR X-ray : Pulmonary Infiltration at right lung, rhonchi + crepitation both lung, Pneumonia - Kalimate - 50% glucose - On ETT. No 7.5 - On ventilator - ให้เลือด Plt. Conc, PRC, FFP, SDP, LPRC</p>	<p>(4) ความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อสู่ทางเดินหายใจผ่านทางท่อช่วยหายใจและ/หรือสัมผัสผ่านมือของบุคลากร - ผู้ป่วยทั้ง 2 มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดVAPที่เหมือนกันคือ ไม่รู้สีกตัว อาเจียนเป็นเลือด ใส่เครื่องช่วยหายใจ อยู่รักษาในหอผู้ป่วยหนักมากเกิน 3 วัน ใส่สายยางให้อาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ และผู้ป่วยรายที่ 2 ดึง ETT. Tube หลุดต้องใส่ใหม่ (24 ก.ค.61) - ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกได้แก่ 1.มีไข้> 38.30C หรือ < 36.00C 2. เสมหะคล้ายหนอง 3. เม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 12,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร การใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 2 ใน 3 ข้อ ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นระยะ พบความผิดปกติเสมอที่มีลักษณะเปลี่ยนไปมากขึ้น หรือเป็นหนอง มีอาการไอ หายใจลำบากหรือหายใจเร็วพบเสียงปอดผิดปกติ มีความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน คือ มีไข้สูง มีเสมหะมากเม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 12,000cell/mm3 เสี่ยงปอดผิดปกติ และมีความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดผู้ป่วยรายที่ 1 มีการเกิด VAP 2 ครั้ง 2 เชื้อ ครั้งที่ 1 เกิดจากเชื้อ Acinetobacterbaumannii(MDR)เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยรายที่ 2 ครั้งที่ 2 เกิดจากเชื้อ Pseudomonas aeruginosa</p>

ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4. การรักษาโรคฉี่หนูให้การรักษาตามรุนแรง	<p>อาการที่แสดงออกมา</p> <ul style="list-style-type: none">- ให้เลือดPRC, Plt. Conc, SDP, Whole blood, FFP, LPRC, LDPRC- Levophed- Hydrocortisone- Laxic- NSS IV- 5%DN/2- On ETT. No 7- On Ventilator- Fentanyl-7.5% NaHCO3- Midazolam- Nimbex-Transmine-DDAVP-Set C-line (TLC)-Beradual-KCl 20 mEq-Plasil-Tazocin-Pantoprazole-Meropenem-Doxycycline-Prednisolone-Omeprazole-Vancomycin-Colistin-Sulperazolepect	<p>อาการที่แสดงออกมา</p> <ul style="list-style-type: none">- Load NSS- Levophed-Dopamine- Hydrocortisone- 7.5 % NaHCO3- Adrenaline (1:10)- Kalimate- 50% glucose- On ETT. No 7.5- On ventilator- ให้เลือด Plt. Conc, PRC, FFP, SDP, LPRC- Vit. K 10 mg.- Transmine- Fentanyl-Midazolam-Nimbex-DDAVP-SetDLC Rt.Femeral- Set HD bed side- Beradual- 0.45%NaCl- E.KCl- Lactulose 30 ml.- CPM 1 amp.-Ceftriaxone-Doxycycline-Omeprazole	<p>- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาไปในทิศทางเดียวกัน คือ รักษาตามความเร่งด่วนของอาการแสดงของโรคฉี่หนูรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ได้แก่ การให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำและแร่ธาตุต่างๆ เพื่อปรับ/รักษาสมดุลความเป็นกรด-ด่างของเลือด การให้เลือดชนิดต่างๆ เพื่อเพิ่มเลือดลด/หยุดภาวะเลือดออกในอวัยวะสำคัญ</p> <p>- การให้ยาตามแนวทางการรักษาของโรคฉี่หนูรุนแรงเป็นการให้ยารักษาตามความจำเป็นต่างๆ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะที่ใช้ทำลายเชื้อ Leptospiraทำลายเชื้อคือยาและทำลายเชื้อฉี่หนูอื่น ยาสเตียรอยด์ใช้รักษาการอักเสบตามอวัยวะต่างๆ ยาบรรเทา/ระงับปวด ยาเพิ่มความดันโลหิตจากอาการช็อก ฮอริโมนกระตุ้นรักษาอาการหัวใจล้มเหลวยาระงับประสาท/นอนหลับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อยาห้ามเลือด/การแข็งตัวของเลือดยาขับปัสสาวะ ยาขับยั้งการขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม ยาเพิ่มความเป็นต่าง ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร นอกจากนั้นยังมี ยาระบาย ไปแต่สเซียมและยากำจัดโปแตสเซียม</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้เพิ่มยารักษาเชื้อราในระบบสืบพันธุ์ ยาควบคุมความดันโลหิตสูง ยารักษาเลือดจางวิตามิน</p> <p>- ผู้ป่วยรายที่ 2 มีผื่นขึ้นที่แขน หน้าท้อง หน้าอก (1 ส.ค. 61) และมีผื่นขึ้นที่ขา เกสรพิษประเมนแพ้ยาให้หยุด Meropenem เปลี่ยนเป็น Sulperazone และ Colistin จำนวนผื่นขึ้นลดลงเรื่อยๆ</p>



ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	- 50 % MgSO ₄	- Pantoprazole	
	- Vit K	-Prednisolone	
	-Fluconazole	-Losec	
	- Senokort	- Meropenem	
	- Ativan (0.5)	- 50% MgSO ₄	
	- Codepect	- Senokort	
	- Folic, B. Co.	- Colistin	
	- CaCO ₃ , RI, NPH	-Sulperazone	
	- Amlodipine (10)	- On foley's cath.	
	- On foley's cath.	- On NG. tube	
	- On NG. tube		
5.ปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการ	1. ติดเชื้อปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วย หายใจ (VAP) 2. มีภาวะไม่สมดุล ของการครองธาตุใน ร่างกาย(Electrolyte imbalance) 3.ร่างกายอาจได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซีด 4.มีของเสียคั่งใน ร่างกายเนื่องจากไต สูญเสียหน้าที่ 5.เสี่ยงต่อการขาดน้ำ เนื่องจากน้ำถูกขับ ออกจากร่างกายมาก การจำกัดน้ำ การฟอก เลือด 6. มีการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ 7. เสี่ยงต่อการเกิด	1.ติดเชื้อปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วย หายใจ (VAP) 2. มีภาวะไม่สมดุล ของการครองธาตุ ใน ร่างกาย(Electrolyte imbalance) 3. ร่างกายอาจได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซีด 4. มีของเสียคั่งใน ร่างกายเนื่องจากไต สูญเสียหน้าที่ 5. เสี่ยงต่อการขาดน้ำ เนื่องจากน้ำถูกขับ ออกจากร่างกายมาก การจำกัดน้ำ การฟอก เลือด 6. มีการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ 7. ผู้ป่วยและญาติวิตก	- จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1และรายที่2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือน กันจำนวน 8 ข้อ(ข้อ1 –ข้อ 6และ 2 ข้อสุดท้าย)และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกันดังนี้ ผู้ป่วยรายที่1มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำ ตัวมา 10 ปี ต้องได้รับยาควบคุมความดันโลหิต ควบคู่กับการรักษาอาการเจ็บป่วย

ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ภาวะแทรกซ้อน	กังวลเกี่ยวกับพยาธิ	
	เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง	สภาพของโรคและแนวทางการรักษา	
	8.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา	8.เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลักMETHOD	
	9.เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลักMETHOD		
การปฏิบัติการพยาบาล			
6.1.ระยะวิกฤต	- ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก1/2-1 ชั่วโมง จนกว่าค่าคงที่ - จัดทำอนศิริชะสูง - การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ - การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง - เช็ดตัว/ให้ยาลดไข้ - ดูแลการให้สารน้ำเกลือแร่และฮอร์โมน - ดูแลการให้ได้รับเลือดชนิดต่างๆ -บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก8 ชั่วโมง - ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฝ้าระวังฯ - ให้อาตามแผนการ	- ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก1/2-1 ชั่วโมง จนกว่าค่าคงที่ - จัดทำอนศิริชะสูง - การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ - การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง - เช็ดตัว/ให้ยาลดไข้ - ดูแลการให้สารน้ำเกลือแร่และฮอร์โมน - ดูแลการให้ได้รับเลือดชนิดต่างๆ - บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก8 ชั่วโมง - ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฝ้าระวังฯ	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายคือลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉี่หนูรุนแรงที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ตั้งแต่เริ่มแรกให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทันที่ซึ่งจะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญเช่นเดียวกันโดยการให้ข้อมูลอาการผู้ป่วยและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมมือปฏิบัติดูแลตามแผนการรักษาทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน


ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	รักษา	-ให้ยาตามแผนการ	
	- การดูแลด้านจิตใจ	รักษา	
	ของครอบครัว	- การดูแลด้านจิตใจ	
		ของครอบครัว	
6.2. ระยะดูแลต่อ	- 22 ส.ค.61เริ่มรู้สึก ตัว	- 30 ก.ค. 61 พยายาม	- เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้วพยาบาลผู้ดูแล
เนื่องและฟื้นฟู	ทำตามสั่งได้ ยังชอบ	ตื่น แต่ไม่ตื่น ไข้ขึ้น	จะต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้
-เพื่อป้องกันการ	มาก สัญญาณชีพยังไม่	38.4 0C เสมหะมากสี	ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม
เกิดภาวะ	สม่ำเสมอ BP. สูง ยัง	น้ำตาล ส่งเพาะเชื้อพบ	ปัญหาและทันเวลาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะ
แทรกซ้อน	ถอดเครื่อง	A. baumannii MDR	เกิดขึ้น
	ช่วยหายใจไม่ได้	- 2 ส.ค. 61 ตื่นเล็กน้อย	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง
	- 25 ส.ค. 61 เริ่มมีไข้	พอรู้เรื่อง ยังมีไข้ ไม่	ช่วยหายใจ โดยติดเชื้อ A. baumannii MDR ใน
	27 ส.ค.61 ไข้สูง 38.6	หอบ	ช่วงเวลาเดียวกัน คือ ผู้ป่วยรายที่1 ติดเชื้อ 27 ก.ค.
	0Cมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น	- 4 ส.ค. 61 ตื่นดี พุด	61 ผู้ป่วยรายที่ 2 ติดเชื้อวันที่ 30 ก.ค. 61
	เกิดภาวะแทรกซ้อน	คุยรู้เรื่อง ไม่หอบ	- กรณีพบการติดเชื้อ 2 รายขึ้นไป มีการควบคุมการ
	VAP ครั้งที่ 2 ส่งเสมหะ	หายใจตามเครื่องดี	ระบาศโดยการทบทวนวิธีปฏิบัติของบุคลากร เน้น
	เพาะเชื้อพบ P.	- 5 ส.ค. 61 ถอดเครื่อง	การปฏิบัติตามหลักการ Standard precaution
	aeruginosa	ช่วยหายใจ ให้หายใจได้	Isolation การทำความสะอาดพื้นที่และสิ่งแวดล้อม
	- 29 ส.ค. 61 ไม่หอบ	เองผ่าน O2 mask	มรอบๆ ผู้ป่วย หัวหน้าห่อผู้ป่วย ให้ความรู้ ควบคุม
	ไม่มีไข้ เสมหะลด ให้	Ĉbag 8LPM	กำกับ ติดตาม และร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์
	ถอดเครื่องช่วยหายใจ	- 6 ส.ค. 61On O2	- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งปัจจัยที่ต้องเฝ้า
	ให้หายใจได้เองผ่าน O2	mask Ĉbag 10LPM	ระวังก็คือการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและการ
	mask Ĉbag 10LPM	LPMไม่หอบ ไอเสมหะ	ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย
	ไม่หอบ	ปนเลือดเล็กน้อย ให้	หายใจ โดยใช้การประเมิน 6 หมวดกิจกรรม การ
	- 30 ส.ค. 61 ให้ On	ย้ายไปห่อผู้ป่วยสามัญ	ล้างมือ, การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว, การ
	O2 cannula 3 LPM	- 8 ส.ค. 61 Oral fluid	ดูดเสมหะ,การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลความ
	ไม่หอบ ตื่นดี กินได้ ไม่มี	≥3 L/	สะอาดภายในช่องปากและฟัน, การดูแลท่อช่วย
	ไข้ ถอดสายสวน	dayปัสสาวะออกได้ดี	หายใจและอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจ
	ปัสสาวะให้ ปัสสาวะเอง	ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่หอบ ยัง	
	ได้ ให้ย้ายไปห่อผู้ป่วย	เพลียอยู่เล็กน้อย ทำ	
	สามัญ	กิจวัตรได้เอง	



ตาราง 4 (ต่อ) การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคฉี่หนูรุนแรงที่มีการติดเชื้อVAP

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
6.3.ระยะวางแผน - 3 ก.ย. 61	ต้นดี ไม่มี	12 ส.ค. 61	ถอดสาย เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้วพยาบาลผู้ดูแลจะ
จำหน่าย	ใช้ V/S stable ไม่หอบ สวนปัสสาวะให้	ต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อ	ยังเหนื่อยเพลียช่วยตัว ปัสสาวะเองได้
	เองได้มากขึ้น	- ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลและทันเวลาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น	เนื่องและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมปัญหา
	- ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและ	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย	ในการเฝ้าระวังและ
	ประเมินอาการผิดปกติใจ	โดยติดเชื้อ A. baumannii MDR ในช่วงเวลา	ประเมินอาการผิดปกติ
	- สอนและให้คำแนะนำทันที	คือ ผู้ป่วยรายที่1 ติดเชื้อ 27 ก.ค. 61 ผู้ป่วย	- สอนและให้คำแนะนำ
	ตามหลัก METHOD	รายที่ 2 ติดเชื้อวันที่ 30 ก.ค. 61	ตามหลัก METHOD
	- 13 ส.ค. 61 Off	- กรณีพบการติดเชื้อ 2 รายขึ้นไป มีการควบคุมการ	- 4 ก.ย. 61 Off C-line C-line
	จำหน่ายโดย	ระบาศโดยการทบทวนวิธีปฏิบัติของบุคลากร เน้นการ	จำหน่ายโดย refer กลับrefer
	กลับไปฉีดยาต่อปฏิบัติตามหลักการ Standard precaution Isola-	การทำความสะอาดพื้นที่และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ผู้	ไปฉีดยาต่อจนครบ 14
	จนครบ 14 วันและนัด	tion การทำความสะอาดพื้นที่และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ผู้	วัน นัด F/U OPD
	F/U 2 wk. ๕ Cr. level	โดย หัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ความรู้ ควบคุม กำกับ	Med. 2 wk. ๕ CBC
		ติดตาม และร่วมกันทบทวนปฏิบัติการ	
		- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซึ่งปัจจัยที่ต้องเฝ้า	
		ระวังก็คือการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและการ	
		ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	
		โดยใช้การประเมิน 6 หมวดกิจกรรม	
		การล้างมือ, การดูแลจัดทำนอนและการพลิกตัว, การ	
		ดูดเสมหะ,การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลความ	
		สะอาดภายในช่องปากและฟัน, การดูแลท่อช่วยหายใจ	
		และอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจ	
		- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำหน่ายโดยต้อง refer กลับไปฉีดยา	
		ต่อจนครบ 14 วัน เพื่อรักษาการติดเชื้อ VAP และนัด	
		ตรวจหลังจำหน่าย2สัปดาห์ต้องดูแลต่อเหมือนกัน คือ	
		- การเจ็บป่วยจากโรคฉี่หนูรุนแรงครั้งนี้ทำให้เกิดภาวะ	
		แทรกซ้อนกับระบบและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดย	
		เฉพาะไตเสื่อม ดังนั้นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่าง	
		เคร่งครัด	
		- โรคฉี่หนูสามารถเกิดซ้ำได้ ต้องหลีกเลี่ยงและป้องกัน	
		- การเฝ้าระวังและประเมินอาการผิดปกติ	
		จะช่วยให้สามารถดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	
		ภายหลังได้ทันทั้งที่	



ผลลัพธ์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโรคฉี่หนูรุนแรง จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจนกว่าร่างกายจะกลับสู่ภาวะปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ญาติและผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดเชื้อ VAP จำนวน 2 ครั้ง 2 เชื้อ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื้อ VAP จำนวน 1 ครั้ง 1 เชื้อได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และการให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม ทำให้อาการดีขึ้นตามลำดับ จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบองค์รวม มีการประเมินจาก สหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้กลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สามารถจำหน่ายกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า มีปัจจัยในการเกิด VAP ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Host-related) โดยกรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 70 ปี เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อาเจียนเป็นเลือด งดอาหารและน้ำหลายวัน ใส่สายยางให้อาหาร อยู่รักษาในหอผู้ป่วยหนักนานเกิน 3 วัน และภูมิคุ้มกันต่ำจากอาการแสดงของโรคฉี่หนูรุนแรง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว งดอาหารและน้ำหลายวัน ใส่สายยางให้อาหาร อยู่รักษาในหอผู้ป่วยหนักนานเกิน 3 วัน ดึง ETT. Tube หลุดต้องใส่ใหม่ และภูมิคุ้มกันต่ำจากอาการแสดงของโรคฉี่หนูรุนแรง จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อคงไว้ซึ่งการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่างเพียงพอ การเกิด VAP ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เกิดในช่วงเดียวกัน เป็นเชื้อแบคทีเรียตัวเดียวกัน จึงคิดว่าน่าจะเป็นการติดเชื้อแพร่กระจายจากผู้ป่วยรายที่ 1 ไปยังผู้ป่วยรายที่ 2 ทำให้ต้องเพิ่มยาปฏิชีวนะ นอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น^๑ ส่วนอีกปัจจัยเกิดจากทีมผู้ดูแล จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญและปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้บริหารและการให้คำแนะนำ/ปรึกษาแก่บุคลากรโดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีแผนการอบรมฟื้นฟูความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็น การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ทุกรายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในขณะปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติ และทีมบุคลากรทุกคนมีบทบาทในการออกแบบระบบและแนวทางที่เป็นข้อความเตือนใจที่มองเห็นง่าย ปฏิบัติง่ายในแผ่นเดียวทำให้ผู้ปฏิบัติจดจำได้ง่าย การจัดการความรู้ การพัฒนาความรู้บุคลากรการฝึกอบรมด้านการดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการ เพิ่มช่องทางการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อส่งเสริม/สนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องใช้พร้อมคู่มือสำหรับบุคลากรในการปฏิบัติ หัวหน้าหน่วยงานควรนิเทศ กำกับ ติดตาม สนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการนำเสนอข้อมูลอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อจะได้แก้ไขและค้นหาปัญหาาร่วมกัน ตลอดจนการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติที่ลดความเสี่ยงส่งผลให้การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. พจน์ อินทลาภพร. Leptospirosis (เลปโตสไปโรสิส). โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ ; 2551 : 111-35
2. ธฤติ สารทศิลป์. ผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. 2552 ; 19 (1)
3. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. การป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล. แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์; 2560 : 205-2016



4. Koulenti D, Blot S, Dulhunty JM, Papazian L, Martin-Loechesl, Dimopoulos G, et al. COPD patients with ventilator-associated pneumonia: Implications for management. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015; 34 : 2403-11.
5. Kasuya Y, Hargett JL, Lenhardt R, Heine MF, Doufas AG, Rimmel KS, et al. Ventilator-associated pneumonia in critically ill stroke patients: frequency, risk factors, and outcomes. *J Crit Care*. 2011; 26: 273-79.
6. โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล พ.ศ. 2558-2560 , มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
7. สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ปี พ.ศ. 2560-2561
8. ไกรจูน กุลจิตติพงษ์. กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560 ; (14 : 1) 63.



ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effecting of nursing support systems on self-care knowledge of stroke patients in Selaphum Hospital, Roi-et Province.

ยวนจิตร ภัทตะภา, พยบ.*
Yuanchit Phaktapha, RN.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบแผนการทดลองเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (One group pretest-posttest design) ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 – 30 ธันวาคม 2560 จำนวน 30 รายโดยการเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังดำเนินการวิจัยโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย : พบว่าความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.001 โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนสูงกว่า ก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาล ระบบสนับสนุน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สูงกว่า ก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน การให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้มากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับที่ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรนำการพยาบาลระบบสนับสนุนมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลระบบสนับสนุน, การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Objective : The study effects of providing nursing self-care support system for stroke patients in Selaphum Hospital ,Roi-et Province.

Methods : Quasi-Experimental Research by one-group pretest-posttest design by the sample used in the research Specific type Is an acute stroke patient, cured in the ward Selaphum Hospital Between 1 October 2017 - 30 December 2017, 30 persons .The research instrument was questionnaire tool to measure knowledge about stroke and self-care ability of stroke patients. The statistics used in the research were percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The statistical significance level of 0.05.

Results : The results showed that the knowledge of stroke patients. There was a statistically significant difference at .01 level after the supportive care system. Higher than before nursing support system. Self-care ability of stroke patients. The average self-care ability of stroke patients before and after supportive care The difference was statistically significant at the level of <0.001, the median postoperative support Higher than before nursing support system. Nursing Support System Therefore, those involved in the care of stroke patients should use supportive nursing care in order to improve their quality of life. Modify the self-care ability of stroke patients so that stroke patients can continue to take care of themselves. Prevent complications. Recurrence And quality of life.

Keywords : Nursing Support, System Self care, Stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยจากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้นับว่ามีจำนวนสูงขึ้นทุกปีโดยมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 7 ล้านคนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ¹ รายงานจากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2542 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายสูงถึง 18,286 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับสาม และในเพศหญิงเท่ากับ 23,433 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่ง² จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ทั้งในระดับครอบครัวระดับประเทศ และทั่วโลก ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีความก้าวหน้าไปมากการศึกษาชี้ชัดว่าเวลาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีมานาน ตั้งแต่ ค.ศ. 1948 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ความดันโลหิตสูง (hypertention) การสูบบุหรี่ เบาหวาน (diabetes mellitus) ความอ้วน เป็นต้น³ ที่สำคัญมากใน

การรักษาโดยพบว่าหากสามารถแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้อย่างทันท่วงทีจะส่งผลให้อัตราตายหรือพิการลดลงนอกจากนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็มีความสำคัญที่จะสามารถลดความพิการได้ อีกทั้งทั้งการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพความปลอดภัยในการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้⁴

โรงพยาบาลเสลภูมิ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการและได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปี 2558 จำนวน 125 ราย ปี 2559 จำนวน 119 ราย ปี 2560 จำนวน 135 ราย มีจำนวนไม่น้อยที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการฟื้นฟูสภาพ⁵ ซึ่งการพยาบาลระบบสนับสนุน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่เป็น การส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด เจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดกระตุ้นให้กำลังใจ กิริยาท่าทางของ



พยาบาล การมอง การสัมผัส หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของด้วย^{5,6} หากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่หรืออาจทำให้เกิดความพิการมากขึ้นส่งผลต่อภาพลักษณ์ การดำรงชีวิตบางราย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เพื่อลดปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ เพื่อนำผลวิจัยมาบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบแผนการทดลองเป็นแบบศึกษากลุ่มเดียว วัด 2 ครั้ง (One group pretest-posttest design) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 ธันวาคม 2560 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถิติที่ใช้ในการวิจัย เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรง (Validity) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เป็นเอกสารวิชาการ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

Kuder-Richardson20 (KR-20) เท่ากับ 0.72 และส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.89

โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 30 ราย ซึ่งอธิบายถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้อันได้แก่ ข้อตกลงต่างๆ เกี่ยวกับการทำวิจัย วิธีการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และระยะเวลาทั้งหมดที่ทำการทดลอง และทำแบบวัดระดับความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เปรียบเทียบระดับความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขรับรอง COE 32/2560 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2560

ผลการศึกษา

พบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอายุ ระหว่าง 60-80 ปี ร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.3 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.7 ระยะเวลาการมีโรคประจำตัว 2 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.6 ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนสูงกว่า ก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	9	30.0	1	3.3
ปานกลาง	8	26.7	10	33.3
สูง	13	43.3	19	63.3
รวม	30	100	30	100

 \bar{X} =10.4 S.D.=2.8 Min=5.0 Max=15.0 \bar{X} =12.3 S.D.=1.8 Min=8.0 Max=15.0

เมื่อเปรียบเทียบด้านความรู้ก่อน หลังพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ที่ระดับ .001 โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สูงกว่าก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (n=30)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	10.46	2.82	12.33	1.86	-7.140	.001

Df29

เมื่อพิจารณาระดับความสามารถในการดูแลตนเองแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการให้การพยาบาลระบบ

สนับสนุน สูงกว่าก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	9	30.0	0	0
ปานกลาง	20	66.7	17	56.7
สูง	1	3.3	13	43.3
รวม	30	100	30	100

 \bar{X} =25.3 S.D.=4.8 Min=16.0 Max=33.3 \bar{X} =31.1 S.D.=5.0 Min=24.0 Max=51.0



ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน แตกต่างอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 โดยที่ค่าเฉลี่ยภายหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน สูงกว่าก่อนการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน (n=30)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	25.30	4.80	31.33	5.00	-6.136	.001

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ ระหว่าง 60-80 ปีและมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา มุลสิ⁷ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเพศชาย จำนวน 16 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.73 ปี และต่างจากการศึกษาของวิยะการ แสงหัวช้าง⁸ ที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิง มีช่วงอายุ 60-70 ปี ส่วนผลการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของวิยะการ แสงหัวช้าง⁸ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนน เฉลี่ยการปฏิบัติตัวโดยรวมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และผลการศึกษาจากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการ กลุ่มพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของจินดา รัตนกุล⁹ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากการดูแลรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แล้ว เวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตและสภาพการฟื้น หายของโรค ระยะเวลาน้อยที่สุดที่เริ่มการรักษา หลังเกิดอาการ หมายถึงการได้รับประโยชน์จาก การรักษามากขึ้น ดังนั้น การกำหนดระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ สามารถปฏิบัติได้จริงมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเตรียมทีมบุคลากร ให้มีสมรรถนะที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ และมีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจะยังไม่มีความรู้ในเรื่องประเภทของโรคหลอดเลือดสมองและอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อหาแนวทางป้องกัน

2. ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งควรแนะนำการขอความช่วยเหลือในการจากบุคคลอื่น และเมื่อมีอาการผิดปกติที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที

หรือโทรศัพท์ หมายเลข 1669 และพยาบาลควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นแหล่งพึ่งพากับผู้ป่วยโดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

3. ด้านการบริการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและให้ญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนและประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

4. ด้านการบริหาร ควรมีการจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอต่อกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อให้มีพยาบาลที่สามารถทำกิจกรรมการพยาบาลในด้านการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านการศึกษา สามารถนำรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนตามแบบการทดลองนี้มาเป็นแนวทางให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลได้ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่นๆ และควรให้ญาติหรือผู้ดูแล (Care giver) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการจัดตั้งคลินิกโรคหลอดเลือดสมองโดยมี Nurse case manager รับผิดชอบที่ชัดเจนและพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และการปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4. ควรมีการวัดซ้ำอีกภายใน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้วปจรรย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
2. สถาบันประสาทวิทยา .กายภาพบำบัดในระบบประสาท. กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์;2550.
3. อุไร ศรีแก้ว .การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ การดูแลอย่างต่อเนื่อง พิมพ์ครั้งที่2 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
4. พัชรินทร์ ละมุลตรี .การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2555 ;9 (3):52-59
5. ทรรตวรธณ เดชมาลา และ ศิริพรศรีชะตา . พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้เข้ารับการรักษาสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลมหาสารคาม,วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม , 2555 ;9 (1) 11-17
7. วาสนา มุลฐี . ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล , 2559 ; 31 (1): 101-116
8. วิยะการ แสงหัวช้าง. ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ,2556 ; 30 (4)4 : 260-272



9. จินดา รัตน์กุล ภัชราภร บุญรักษ์ ประไพ บุญย์เจริญเลิศ.
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบไฟ รั้วของผู้ดูแลต่อ
ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. วารสารกองการพยาบาล. 2556 ; 40 (1):9 -23

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูล ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) จังหวัดร้อยเอ็ด

Factors Influencing the Healthcare Professional Data Recording by Healthcare Team of Sepsis in Roi Et, THAILAND

รุจิรา จันทร์หอม¹, นิรุวรรณ เทิร์นโบล² และวัชระ เอี่ยมรัมย์กุล³
Rujira Chanhorm¹, Niruwan Turnbull² and Watchara Eamratsameekool³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบในการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อของทีมงานสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาแบบ Cross sectional study จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกและส่งออกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อจำนวน 98 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เจตคติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ Chi-Square test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson 's Correlation Coefficient

ผลการวิจัย : การบันทึกและส่งออกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 43) มีเจตคติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และการปฏิบัติตัวด้านการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55, 58 ตามลำดับ) และพบว่าบุคลากรขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูล (\bar{X} =3.46) บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน (\bar{X} =3.42) ไม่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล (\bar{X} =3.20) ความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูลมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อายุ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันในระดับน้อย (r =.340 , p =.001 และ r =.211, p =.035 ตามลำดับ) ระดับเจตคติ ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ในระดับน้อย (r =.306 , p =.002 และ r =.377, p =.001 ตามลำดับ) ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันในระดับน้อย (r =.377, p =.001)

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



สรุป : ความตระหนักรู้ต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูล มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ในการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อายุ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กันกับ ระดับเจตคติ ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

คำสำคัญ : การบันทึกข้อมูล, ความตระหนักรู้, ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis)

ABSTRACT

Objective : To study the factors influencing the healthcare professional data recording team in term of awareness on the impact of recording of sepsis

Methodology : This study was a descriptive cross-sectional study, which investigated from healthcare professional data recording team involving of 98 staff. Random sampling was employed using the questionnaire of knowledge, attitude, practice, and the barriers of the data recording in sepsis infection. Data were analyzed using descriptive statistics including Chi-Square test and Pearson's Correlation Coefficient.

Results : Most of data recording team had high level of knowledge about quality of sepsis data (43%), as well as had an attitude toward to quality of sepsis data and the practice of the medium toxicity (55%, 58%). It was also found that the team had lacked of personnel of knowledge for recording data ($\bar{x} = 3.46$), recording team had insufficient workload ($\bar{x} = 3.42$), and the team were not performance data from analyzing and utilizing ($\bar{x} = 3.20$). The influence of data recording was correlated with the level of knowledge in the management of infection at statistically significant level of 0.001. Level of attitude, level of knowledge and level of the practice about quality of sepsis data are positive relationship. ($r = .306$, $p = .002$ และ $r = .377$, $p = .001$ in ordinary).

Conclusion : The results of this study indicate that the factors influencing of healthcare professional data recording team was the knowledge level of the management of infection information.

Keywords : Data record, Awareness, Sepsis

บทนำ

ข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการสนับสนุนการตัดสินใจการทำงานของผู้บริหารเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานให้เกิดระบบสุขภาพที่ดี กระทรวงสาธารณสุข มีระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพมากมายหลายระบบ ในส่วนของระบบข้อมูลที่เป็นตัวชี้วัดส่วนใหญ่เพื่อตอบสนองการบริหารจัดการ และในการวัดผลดำเนินงานด้านอายุรกรรม กระทรวงสาธารณสุข ใช้อัตราตายจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของงาน ซึ่งภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย โดยในแต่ละปีพบผู้ป่วยจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นจำนวนมากโดยในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 247,893 ราย เสียชีวิต จำนวน 80,567 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.99 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วย จำนวน 21,786 ราย เสียชีวิต จำนวน 6,774 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.09 และในจังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วย จำนวน 5,853 ราย เสียชีวิต จำนวน 1,818 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.06¹ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ในส่วนของการดำเนินงานเก็บรายงานข้อมูลตัวชี้วัดภาวะพิษเหตุติดเชื้อจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าข้อมูลการวินิจฉัยโรค และข้อมูลการเสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อในฐานข้อมูล 2 ฐานเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้องไม่ตรงกัน โดยพบว่าเมื่อนำข้อมูลจาก 2 ฐาน คือ ฐานคลังข้อมูลสุขภาพระดับกระทรวงสาธารณสุขและฐานข้อมูลรายงานจากทะเบียนหน่วยบริการส่งให้กับผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันจะพบว่าข้อมูลทั้ง 2 ฐาน ไม่เท่ากัน จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่า ผู้ปฏิบัติงานต้องทำการบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม Hospital Information System (HIS) และในทะเบียนรายงานการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบันทึกข้อมูลชุดเดียว 2 ครั้ง ถือเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่ผู้ปฏิบัติทำให้เสียเวลาในการบันทึกข้อมูลแทนที่จะใช้เวลาในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน โดยพบว่าผู้ปฏิบัติต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณร้อยละ 40 ของเวลาทำงาน ซึ่งถือว่าเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน เสียเวลา และในส่วนของการบริหารข้อมูลที่ไม่มีความเหมาะสมทำให้ผู้บริหารไม่สามารถกำหนด

ทิศทางและนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ² จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพข้อมูลประกอบด้วย องค์ประกอบด้านบุคคล โดยบุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล มีความรู้เรื่องโครงสร้างแฟ้ม มีความรับผิดชอบ ละเอียดรอบคอบ และต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ รวมถึงต้องมีจำนวนบุคลากร และภาระงานที่เหมาะสม มีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ ทักษะ และมีคุณภาพ องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูล โดยกลุ่มผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการติดตามกำกับและสนับสนุนให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล³ ดังนั้นการศึกษาระดับปริญญาโทที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จะทำให้ทราบข้อมูลจากผลการวิจัยเพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เกิดกระบวนการได้มาของข้อมูลที่มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีความแตกต่างของชุดข้อมูล 2 ฐาน แบ่งเป็นระดับสูง กลาง และระดับต่ำ จากโรงพยาบาล 3 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย โรงพยาบาลอานามารถ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลหนองพอก

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้วิธีการศึกษาแบบ Cross sectional study เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยศึกษากับตัวแปรที่เป็นปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านความตระหนักต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูล ต่อระดับความรู้ระดับเจตคติ และระดับการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพระบบจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่มีส่วน



เกี่ยวข้องในการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะ พิษเหตุติดเชื้อจาก 3 โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง จำนวน 208 คน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร¹ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อจาก 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลอาจสามารถ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลหนองพอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพระบบจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการข้อมูลสุขภาพด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ตรวจสอบวิจารณ์ แก้ไข โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาหาค่า IOC คัดเลือกเฉพาะที่มีค่า IOC มากกว่า .50 จากการวิเคราะห์พบว่าค่า IOC อยู่ในช่วง .66-1.00

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 39 คน และเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่ มีลักษณะโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม การดำรงชีวิต และขนาดคล้ายคลึงกับพื้นที่ที่ทำกรวิจัย เพื่อทำการทดสอบความเข้าใจของภาษา ความชัดเจนของคำถาม คือ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย โรงพยาบาลปทุมรัตน์ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ สถิติการหาคุณภาพเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้ ค่าความเชื่อมั่นหาโดยวิธี Kuder-Richardson Formula (Kuder-Richardson Formula 20 : KR20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติ มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติ มีค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นจึงรับแบบสอบถามคืนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และใช้สถิติทดสอบ Chi-Square test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน Pearson's Correlation Coefficient

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่การรับรอง PH 025/2561

ผลการวิจัย

พบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88) อายุเฉลี่ย 36 ปี (SD=10.61) อายุระหว่าง 23-31 ปี (ร้อยละ 45) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 49) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 72) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 78) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นระยะเวลา 1-8 ปี (ร้อยละ 72) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 6 ปี (SD= 6.25) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อมูลแต่ไม่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่ทราบและตระหนักดีว่าการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาจะส่งผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 85) ไม่เคยได้รับการนิเทศติดตาม (ร้อยละ 56) ในผู้ที่ได้รับการนิเทศได้รับการนิเทศเฉลี่ย 2 ครั้ง (SD=0.86) และในรอบ 1 ปีไม่เคยผ่านการอบรมชี้แจง (ร้อยละ 57) ในผู้ที่เคยผ่านการอบรมชี้แจงได้รับการอบรมชี้แจงเฉลี่ย 1 ครั้ง (SD=0.88)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติด้านการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (N=100)

ระดับ	ด้านความรู้		ด้านเจตคติ		ด้านการปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ/ไม่ตี	41	41.8	0	0	25	25
ปานกลาง	14	14.3	55	55	58	58
สูง	43	43.9	45	45	17	17
รวม	100	100	100	100	100	100

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 43.90) มีเจตคติต่อการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55) และมีการปฏิบัติปฏิบัติการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละปัญหาอุปสรรคของการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

ระดับปัญหา	จำนวน (N = 100)	ร้อยละ
เป็นปัญหามากที่สุด	14	14
เป็นปัญหามาก	46	46
เป็นปัญหาปานกลาง	27	27
เป็นปัญหาน้อย	13	13
เป็นปัญหาน้อยที่สุด	0	0

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นปัญหาในระดับมาก (ร้อยละ 46) รองลงมาคือเป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 27) และเป็นปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 14) ตามลำดับ



ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ของบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกและส่ง
ออกข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

	อายุ	ประสบการณ์	ได้รับการอบรม/ครั้ง	เจตคติ	ความรู้	การปฏิบัติ
	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)
อายุ	1	.340** (.001)	.017 (.866)	.156 (.122)	.211* (.035)	-.021 (.833)
ประสบการณ์ทำงาน	.340** (.001)	1	.005 (.962)	-.123 (.223)	.165 (.101)	.032 (.756)
ได้รับการอบรม/ครั้ง	.017 (.866)	.005 (.962)	1	-.046 (.651)	-.093 (.357)	.078 (.440)
เจตคติ	.156 (.122)	-.123 (.223)	-.046 (.651)	1	.306** (.002)	.377** (.000)
ความรู้	.211* (.035)	.165 (.101)	-.093 (.357)	.306** (.002)	1	.377** (.000)
การปฏิบัติ	-.021 (.833)	.032 (.756)	.078 (.440)	.377** (.000)	.377** (.000)	1

จากตาราง 3 อายุ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ
คุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับ
คุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ไปใน
ทิศทางเดียวกันในระดับน้อย ($r = .340$, $p = .001$ และ
 $r = .211$, $p = .035$ ตามลำดับ) ระดับเจตคติ ระดับความรู้
และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติด

เชื้อมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ในระดับน้อย
($r = .306$, $p = .002$ และ $r = .377$, $p = .001$ ตามลำดับ)
ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูล
ภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันใน
ระดับน้อย ($r = .377$, $p = .001$)

ตาราง 4 ทดสอบความตระหนักในผลกระทบของการบันทึกข้อมูลต่อระดับความรู้ในการจัดการคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุ
ติดเชื้อ

ปัจจัย	ระดับความรู้		(p-value)
	สูง จำนวน(ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	
ทราบ/ตระหนักในผลกระทบของการบันทึกข้อมูล			.000
ทราบและตระหนัก	43 (43)	42 (42)	
ไม่ทราบและไม่ตระหนัก	0 (0)	15 (15)	
Total	43 (43)	57 (57)	100 (100)

จากตาราง 4 ความตระหนักในผลกระทบของการ
บันทึกข้อมูล มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงในเรื่องความหมายของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และมีความรู้ระดับต่ำสุดในด้านการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) ด้านตรวจสอบผลการดำเนินงาน ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) และโปรแกรม cockpit (ร้อยละ 45) แสดงว่าเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานโดยไม่ได้ผ่านการอบรมชี้แจง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความตระหนักรู้ต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการจัดการคุณภาพระบบข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตยา วิภักดิ์⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าของระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ($p = 0.002$) ซึ่งการที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงาน และหากต้องการให้เกิดคุณภาพในการพัฒนาระบบข้อมูล จึงจำเป็นต้องมีการจัดหลักสูตรการอบรมให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงจะส่งผลให้เกิดข้อมูลที่มีคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 55) รองลงมา มีเจตคติในระดับดี (ร้อยละ 45) และไม่มีระดับเจตคติที่ไม่ดีในการดำเนินงานข้อมูล เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่าหากมีการควบคุม กำกับ และติดตามตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ จากหัวหน้างาน (ร้อยละ 65) จะทำให้คุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อเพิ่มขึ้น ในปี 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการได้มีการกำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลทุกระดับ ทุกหน่วยบริการ รวมถึงมีการสร้างช่องทางในการสื่อสารเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานก่อให้เกิดเจตคติในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางดี ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58) มีการปฏิบัติบ่อยครั้งของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการนำข้อมูล

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และพัฒนางานให้ดีขึ้น (ร้อยละ 53) จากการศึกษาของรัตยา วิภักดิ์⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ ชื่นจิต หรัยลอย⁶ ที่พบว่าระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม และจากการที่ผลการวิจัยปรากฏ อาจเนื่องมาจากระดับการปฏิบัติของบุคคล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งนโยบาย การบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ที่ล้วนส่งผลต่อระดับการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อทั้งสิ้น ดังนั้นหากต้องการให้เกิดการปฏิบัติในระดับที่ดี จึงควรมีการระดมทุนสนับสนุนให้ครบทุกองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาและอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นได้ว่าการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นปัญหาในระดับมาก (ร้อยละ 46) โดยพบว่าปัญหาอันดับแรกคือ บุคลากรขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูล ($\bar{X} = 3.46$) รองลงมาคือบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน ($\bar{X} = 3.42$) และไม่มี การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ($\bar{X} = 3.20$) ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่าอายุ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยไปในทิศทางเดียวกัน ($p = .340$ และ $p = .211$ ตามลำดับ) ระดับเจตคติ ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยไปในทิศทางเดียวกัน ($p = .306$ และ $p = .377$ ตามลำดับ) ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยไปในทิศทางเดียวกัน ($p = .377$) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของรุ่งทิพา พาณิชสุโข⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล ความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ภาระงานที่เหมาะสม รวมถึงงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีคุณภาพ ทันสมัย และการติดตามกำกับสนับสนุนให้มีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ความตระหนักรู้ต่อผลกระทบในการบันทึกข้อมูล มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อการจัดการข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจรยา ทังทอง⁷ ที่พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิทยา พลาอด และคณะ⁸ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ บุคลากรขาดความรู้ ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการแสดงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติ⁹

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ที่มีคุณภาพข้อมูลดี กับกลุ่มที่มีคุณภาพข้อมูลต่ำสำหรับการจัดการคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จตุรพักตรพิมาน และหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการตอบแบบสอบถาม ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัยจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คลังข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์)ได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366 (สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2560) 2560.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล ในสถานพยาบาล พ.ศ.2559.สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระราชูปถัมภ์ ; 2559.
3. รุ่งทิวา พานิชสุโข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์;2557.
4. อรุณ จีรวัดน์กุล และคณะ.ชีวสถิติ.พิมพ์ครั้งที่ 3.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2542
5. รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560 ; 4 (ฉบับพิเศษ)
6. ชื่นจิต หรั่งลอย. ความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีอนามัย จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.2551.
7. สุจรยา ทังทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาศาสตร์สุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 25561ว(3) : 37-47.



8. วิทยา พลาอาด , เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ศึกษาระดับคุณภาพข้อมูลปัจจัย ที่สัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพ ข้อมูลและปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้ม สุขภาพ ครอบครัว; 2554.
9. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.พฤติกรรมสุขภาพของครัววม เอกสาร การสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2535.



การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด

: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Laryngeal Cancer Patients with Total Laryngectomy

: Case study 2 cases

ลัดดาวัลย์ หมื่นแก้ว, พย.บ.*

Laddawan Maunkaew, RN.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด มีความพิการด้านการสื่อสาร สูญเสียภาพลักษณ์ และอาจทำให้เสียชีวิตจากทางเดินหายใจอุดตันได้ การพยาบาลจึงต้องยุ่งยากซับซ้อน และครอบคลุมองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

วิธีการศึกษา : เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของ Gordon เป็นกรอบแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ราย เป็นมะเร็งที่กล่องเสียงระยะที่ 3 และ 4 ตามลำดับ มีอาการเสียงแหบและหายใจลำบาก กรณีศึกษาที่ 1 ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด กรณีศึกษาที่ 2 ผ่าตัดกล่องเสียง ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองข้างขวาออกทั้งหมด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันได้แก่ 1) ประสิทธิภาพการหายใจลดลง 2) เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ 3) มีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 4) ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด 5) การสื่อสารบกพร่อง 6) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาพลักษณ์ 7) เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และ 8) พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัดที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะโลหิตจาง กรณีศึกษาที่ 2 พบว่าเสี่ยงต่อภาวะ Tetany มีภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนและไม่สุขสบายเนื่องจากมีปวดตึงลำคอข้างขวาและไหล่ตก ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ป้องกันการเกิดทางเดินหายใจอุดตัน ติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดความเจ็บปวด สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อหลอดลมคอ และสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ผลลัพธ์การพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ปรับตัวเข้ากับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง และสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

ข้อเสนอแนะ : ควรส่งเสริมให้พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และพัฒนาเป็นมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสำหรับบุคลากรพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น

Nursing Department of Khonkaen Hospital, *Register nurse, Khonkaen Hospital, Khonkaen Province



ABSTRACT

Background and Signification : Laryngeal Cancer Patients with Total Laryngectomy is impaired verbal communication, disturbed body image and maybe died from Airway obstruction. So that, nursing care have to be complicate and holistic care for preventing the complication.

Objective : To study of disease prognosis, to compare between nursing diagnosis, nursing care plan, nursing intervention and nursing evaluation.

Methods : 2 case studies, Laryngeal Cancer Patients with Total Laryngectomy are purposive sampling that are studied by collected data from documents, interviewed the patient and relatives, observed, found out nursing diagnosis, written the nursing care plan, used nursing intervention and evaluated by the functional health patterns of Gordon analyzed by using the content analysis.

Result of studying : Case study 1st and 2nd are Laryngeal Cancer stage 3rd and 4th respectively, hoarse and dyspnea. Case study 1st is Total Laryngectomy patient. Case study 2nd is Total Laryngectomy patient, Thyroidectomy and Right Radical Lymph node. Both has the same nursing diagnosis as 1) Ineffective breathing pattern 2) Risk for Airway obstruction 3) Infection of surgical wound 4) Impaired comfortable related to pain of surgical wound 5) Impaired verbal communication 6) Anxiety about surgery and body image 7) Risk for imbalanced nutrition 8) Deficient knowledge about using drug and following up. In the difference, Case study 1st is anemia. Case study 2nd is risk for Tetany, Hypothyroidism and Impaired comfortable related to pain of right neck and drop shoulder. The important of nursing care such as prevention of respiration obstruction, infection and complications, reducing painful, efficiency communicate. Encourage and empowerment of patient and family to be confident to take care and change of image.

Result of nursing care : In 2 case studies don't be airway obstruction, can adapt to changing of body image and have ability of communication.

Discussion and Conclusion : Should promote RNs to assess and find out nursing diagnosis for inclusively intervention and develop the standard nursing care of Laryngeal Cancer Patients with Total Laryngectomy for being nursing care guide line.

Keywords : nursing care, laryngeal cancer, total laryngectomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งกล่องเสียงเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยของคนทั่วโลก พบร้อยละ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ถ้านับเฉพาะมะเร็งหู คอ จมูก มะเร็งกล่องเสียงจะอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งหลังโพรงจมูก และมะเร็งโพรงจมูก¹ พบบ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 10 ต่อ 1 ในช่วงอายุ 50 – 70 ปี² โดยมีปัจจัย

เสี่ยงในการเกิดโรคที่สำคัญ คือการสูบบุหรี่และดื่มสุราและจะมาโรงพยาบาลเมื่อโรครมีอาการลุกลามแล้ว ผู้ป่วยเป็นมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดมีผลบริเวณลำคอ กลายเป็นบุคคลคนพิการทางการสื่อสารการปรับบทบาทมาเป็นผู้ป่วยอย่างถาวรทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้การหายใจทางรูเปิดหลอดลมบริเวณคอตลอดชีวิตทำให้สูญเสียภาพลักษณ์



จากสถิติมีผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง³ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มารักษาที่ แผนกผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 จำนวน 26, 25 และ 34 รายตามลำดับ นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 15 - 20 วัน ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและยาวนาน พยาบาลต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรคการรักษา การฟื้นฟูที่เหมาะสม การประเมินภาวะแทรกซ้อนการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องรวมทั้งการให้ความรู้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน จึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 รายโดยเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกหมดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

มะเร็งกล่องเสียง

ลักษณะและตำแหน่ง⁴ ของการเกิดโรคนั้นแบ่งเป็น 3 ชนิดใหญ่ๆ ตามตำแหน่งของโรคคือ

- 1) บริเวณสายเสียงแท้ (Glotticarea) พบมากถึง 2 /3 ของประชากรที่เป็นทั้งหมด
- 2) บริเวณเหนือกล่องเสียงขึ้นไป ซึ่งรวมถึง ฝาปิดกล่องเสียงและสายเสียงเทียม (Supraglotticarea) พบ 1/3
- 3) บริเวณด้านล่างกล่องเสียงไปถึงกระดูกอ่อนไครคอยด์พบได้น้อย(Subglotticarea)

สาเหตุ⁵

1) สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ภาวะกรดไหลย้อน และปัจจัยอื่นๆ เช่น เคอร์รับรังสีมาก่อน ทำงานช่างไม้ เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

- 1) เสียงแหบ(Hoarseness)มักพบเป็นอาการเริ่มแรก โดยเฉพาะมะเร็งของสายเสียงแท้
- 2) หายใจลำบาก มักแสดงอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) และหายใจออกมีเสียงดัง (Stridor)
- 3) กลืนลำบาก(Dysphagia)เหมือนมีก้อนจุกอยู่ในคอ
- 4) มีก้อนที่คอเกิดจากต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจากการกระจายของมะเร็ง
- 5) อาการอื่นๆ ได้แก่ กลืนเจ็บ สำลัก ไอเป็นเลือด เป็นต้น

มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค

โดยสมาคมมะเร็งในสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee fo Cancer Staging) ปี 1997 ได้แบ่งระยะมะเร็งศีรษะและคอออกเป็น 4 ระยะตามระบบการแบ่งที่เอ็นเอ็ม (TNM Classification)⁶ ดังนี้

T(Tumor)หมายถึง ขนาดหรือการลุกลามของมะเร็งที่ตำแหน่งต้นตอ (Primary tumor) จะมีอยู่ 4 ระยะ ซึ่งการแบ่งขนาดหรือการลุกลามจะขึ้นกับตำแหน่งต้นตอของแต่ละที่ และจะไม่เหมือนกัน

N(node)หมายถึงต่อมน้ำเหลืองที่ตรวจพบจากการคลำหรือถ่ายภาพรังสีจะมี 3 ระยะ N_0 คือไม่พบ N_1 คือต่อมน้ำเหลืองชนิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตรจำนวน 1 ก้อน N_2 คือ ต่อมน้ำเหลืองขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เซนติเมตรอาจเป็นจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ก้อน

M(metastasis)หมายถึงการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ห่างไกลออกไปโดย M_0 หมายถึงไม่มีการแพร่กระจาย M_1 หมายถึงมีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นที่ห่างไกลและมีการแบ่งมะเร็งเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะที่1 (Stage 1)คือ $T_1 N_0 M_0$

ระยะที่2 (Stage 2) คือ $T_2 N_0 M_0$

ระยะที่3 (Stage 3) คือ $T_{1-3} N_0 M_0$ or $T_3 N_1 M_0$

ระยะที่4 (Stage 4) คือ $T_{1-4} N_{2-3} M_{0-1}$ or $T_4 N_{0-1} M_{0-1}$

วิธีการรักษาโดยใช้รังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดและการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกัน และการรักษาโดยการผ่าตัดการผ่าตัดมะเร็งของกล่องเสียงมี 2 วิธีคือ

1. Partial laryngectomy เป็นการทำการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกบางส่วน ทำในรายที่เป็นมะเร็งระยะแรก มีหลายแบบ ได้แก่ Cordectomy, Vertical laryngectomy และ Horizontal laryngectomy

2. การตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy) เป็นการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด รวมทั้ง Hyoid bone, Epiglottis, Cricoid cartilage และ Tracheal ring 2 - 3 วง กล้ามเนื้อที่ติดกับกล่องเสียง ดังนั้นจึงไม่มีการติดต่อบริเวณคอและหลอดลม ส่วนหลอดลมที่เหลือจะถูก

เย็บติดกับผิวหนังที่คอซึ่งเจาะไว้เป็นรูถาวรที่ผู้ป่วยจะต้องใช้เป็นทางหายใจตลอดชีวิต

อาการแทรกซ้อนของการผ่าตัดกล่องเสียง

พบได้ตั้งแต่การติดเชื้อ การเกิดแผลแยก การเกิดครุฑล การตีบแคบของรูเปิดกล่องเสียงและอาการตีบแคบของ ลำคอและหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารลำบาก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัย การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใช้ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของ Gordon เป็นกรอบแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

มีการเปรียบเทียบข้อมูลและการวินิจฉัยการพยาบาล

ประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติ ตรวจร่างกาย และการรักษาขณะอยู่รักษา

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยอายุ 79 ปีก่อนมาโรงพยาบาล 2 เดือน มีอาการเสียงแหบ หายใจลำบาก เข้ารักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง อาการไม่ดีขึ้น Refer มาที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้ทำ Tracheostomy with Biopsy ผลชิ้นเนื้อเป็น SCCA. แพทย์จึงนัดมาเพื่อผ่าตัดประเมินอาการแรกรับ และตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.4 °C ความดันโลหิตสูง 100/69 mmHg, ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที pain score 0 คะแนน on Tracheostomy ชนิด Silver Tube No. 8 หายใจได้สะดวก ดี มีเสมหะมากและเหนียวบริเวณสายเสียงพบ Tumour ระบบอื่นๆ ปกติ ประวัติสูบบุหรี่ประมาณ 10 ม้วนต่อวัน ตีมีสุราเมื่อมีเทศกาลแพทย์วินิจฉัย Glottic Carcinoma Stage 3 (T₃N₀M₀) ก่อนผ่าตัด CBC ปกติ Electrolyte ปกติ, ผล EKG = Normal, Chest x-ray = Normal ทำผ่าตัด

Total Laryngectomy with Lymph Node Biopsy. ผล Patho: 1. Larynx = Well differentiated SCCA. หลังผ่าตัดใส่ Protex Tubewith T – piece, pain score 6 คะแนน, on NG – tube ให้ Blenderized Diet Day 4 ส่งปรึกษาทันตกรรมเตรียมความพร้อมในการฉายแสงและฉีด Hct หลังผ่าตัดได้ 28.4% ได้ให้เลือด 1 Unit หลังให้เลือด Hct เพิ่ม 32 % Day 7-9 มีไข้ อุณหภูมิ 38-39 °C WBC. สูง 14.6 10³/ul แผลที่คอบวมแดง I&D 2 ครั้ง ครั้งแรก Day 7 ไม่ได้หนองและครั้งที่ 2 Day 9 ได้หนอง 3 cc. ส่ง Pus C/S อุณหภูมิลดลง 36.5-37.4 °C Day 13 ตัดไหมรอบๆ Stoma Day 14 Off Laryngectomy tube และ ผล Pus C/S พบ Moderate Klebsiella pneumonia เปลี่ยนยา ATB จาก Clindamycin เป็น Frotum Day 18 Soft diet Day 19 D/C

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปีก่อนมาโรงพยาบาล 1 ปี มีอาการเสียงแหบ 1 เดือนก่อนมาเริ่มหายใจลำบาก เจ็บคอ กลืนลำบาก รักษาโรงพยาบาลมหาสารคาม ด้วยอาการ Upper Airway Obstruction แพทย์ได้ทำ Tracheostomy with Biopsy ผลชิ้นเนื้อเป็น SCCA. จึง Refer มาโรงพยาบาลขอนแก่น ประเมินอาการแรกรับและตรวจร่างกายทั่วไปพบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.6 °C ความดันโลหิตสูง 115/76 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที pain score 0 คะแนน on Tracheostomy ชนิด Silver Tube No. 8 หายใจได้สะดวก ดี มีเสมหะสีขาวเล็กน้อยบริเวณสายเสียงพบ Tumour และต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอข้างขวาโตเป็นจำนวน 3 ก้อนระบบอื่นๆ ปกติ ประวัติสูบบุหรี่ 1 ซองต่อวัน ตีมีสุราเมื่อมีเทศกาลแพทย์วินิจฉัย Glottic and Subglottic Carcinoma with Cervical Lymph Node Metastasis Stage 4 (T₃N₂M₀) ก่อนผ่าตัด CBC ปกติ, Electrolyte ปกติ, ผล EKG = Sinus Rhythm, Chest x-ray = Normal ทำผ่าตัด Total laryngectomy with Total Thyroidectomy with Rt. Modified Neck Dissection Type 1, ผล Patho: 1. Larynx = SCCA, well – differentiated, involving epiglottis and both side of larynx, invading through thyroid cartilage. 2. LN, Rt. Neck = Metastasis SCCA



lymph nodes.หลังผ่าตัดใส่ Protex tubewith brid,s
respiratorpain score 6 ค่ะแนนใส่NG – tube ให้
Blenderized diet Day2on T – piece Day 4 ส่งปรึกษา
ทันตกรรมDay 5 - 9 เกิดภาวะ Hypocalcium พบว่า
Calciumต่ำ 5.9 – 7 mg/dl ได้ปรับยา CaCO_3 และเกิด
ภาวะ Hypothyroid ค่า TSH สูงขึ้น 10.2mIU/L และค่า

TREE T4 ต่ำ 0.81 ng/dlDay 11 แผลที่คอบวมแดง I&D
1 ครั้งได้หนอง 5 cc แผล ส่ง Pus C/S พบ No Growth
Day 13 Ba. Swallowing ผล Normalส่งปรึกษากายภาพ
เพื่อศับริหารไหล่และลำคอDay 18 OffLaryngectomy
tube ตัดใหม่รอบๆ StomaDay20 D/C

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon^๑กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย ขณะอยู่โรงพยาบาลดังนี้

11 แบบแผนสุขภาพของ Gordon		ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	-เสี่ยงต่อภาวะอดกั้นทางเดินหายใจ - แผลติดเชื้อบริเวณที่ทำผ่าตัด -พร่องความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัว -พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้าน และการมาตรวจตามนัด	-เสี่ยงต่อภาวะอดกั้นทางเดินหายใจ -แผลติดเชื้อบริเวณที่ทำผ่าตัด -พร่องความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัว -พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้าน และการมาตรวจตามนัด	
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- ภาวะโลหิตจาง -เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	-เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ -เสี่ยงต่อภาวะTetany	
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม	-ประสิทธิภาพการหายใจลดลง	-เกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ -ประสิทธิภาพการหายใจลดลง	
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญา และความน่าเชื่อถือ	-ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลบริเวณผ่าตัด	-ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลบริเวณผ่าตัด	
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	-วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด -วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์	- วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด -วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์	
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	-การติดต่อสื่อสารทางคำพูดบกพร่อง	-การติดต่อสื่อสารทางคำพูดบกพร่อง	



จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ แบบองค์รวมโดยการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ GORDON⁸ พบปัญหาและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 ได้ทั้งหมด 12 และ 14 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ได้แก่ ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ มีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด การสื่อสารบกพร่อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาพลักษณ์ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้านและมาตามนัดที่ต่างกันคือ

กรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะโลหิตจาง กรณีศึกษาที่ 2 พบว่าเสี่ยงต่อภาวะTetany มีภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน และไม่สุขสบายเนื่องจากมีปวดตึงลำคอข้างขวาและไหล่ตัก

จากการนำใช้ การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ GORDON สามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ใน 3 ระยะของการดูรักษา ประกอบด้วย 1) แรกรับและก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัดดูแลต่อเนื่องดูแลต่อเนื่องและ 3) วันจำหน่ายดังตาราง



ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	
	ทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2
แรกรับและก่อน ผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอมีสิ่งคัดหลั่ง 2. การติดต่อสื่อสารทางคำพูดบกพร่อง เนื่องจากพูดไม่มีเสียงเพราะได้รับการเจาะคอ 3. วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอมีสิ่งคัดหลั่ง 2. การติดต่อสื่อสารทางคำพูดบกพร่อง เนื่องจากพูดไม่มีเสียงเพราะได้รับการเจาะคอ 3. วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัดและ ดูแลต่อเนื่อง	4. ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 5. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อและมีสิ่งคัดหลั่ง 6. แผลผ่าตัดที่คอติดเชื้อเนื่องจากมีสิ่งคัดหลั่งค้างค้างอยู่ในแผลและเป็นแผล Clean contaminated wound ไม่พบปัญหา ไม่พบปัญหา	4. ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 5. เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อและมีสิ่งคัดหลั่ง 6. แผลผ่าตัดที่คอติดเชื้อเนื่องจากมีสิ่งคัดหลั่งค้างค้างอยู่ในแผลและเป็นแผล Clean contaminated wound 7. เสี่ยงต่อภาวะTetany เนื่องจากผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ 8.เกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (Hypothyroidism) เนื่องจากผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ไม่พบปัญหา
วันจำหน่าย	7. โลหิตจางเนื่องจากเสียเลือดจากแผลผ่าตัด 8. ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลบริเวณผ่าตัดและช่วยเหลือตนเองได้น้อยภายหลังการทำผ่าตัด ไม่พบปัญหา 9. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากกลืนลำบาก 10. วิดกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ 11. พร่องความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว 12. พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัด	9. ไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลบริเวณผ่าตัดและช่วยเหลือตนเองได้น้อยภายหลังการทำผ่าตัด 10. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไหล่ตัก ปวดตึงลำคอข้างขวาเพราะผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออก 11. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากกลืนลำบาก 12. วิดกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ 13. พร่องความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว 14. พร่องความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัด

กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ระยะแรกรับกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าเสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจป้องกันท่อหลอดลมคออุดตัน ทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ Silver tube การติดท่อสื่อสารทางคำพูดบกพร่องแนะนำการสื่อสารโดยเขียนและเตรียมอุปกรณ์การเขียนให้ผู้ป่วยและเตรียมกระดิ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเรื่องโรค อาการที่จะปรากฏและผลลัพธ์จากการผ่าตัดประเมินผลลัพธ์กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่พบภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ สามารถสื่อสารได้และลดความวิตกกังวล

ระยะดูแลต่อเนื่องกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าประสิทธิภาพการหายใจลดลงกรณีศึกษาที่ 1 ดูแลการใส่ท่อช่วยหายใจและ T-Piece with ออกซิเจน 10 ลิตร/นาที กรณีศึกษาที่ 2 ดูแลการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ชนิดเบิร์ตประเมินและสังเกตการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ Tidal volum 450 มิลลิตร, FIO₂ 0.4, I:E 1:2 เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ประเมินสัญญาณชีพ จัดท่านอน Fowler,s position ทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ Protex tube แผลผ่าตัดที่คอติดเชื้อประเมินสภาพของบาดแผล Dressing แผลโดยใช้หลัก Aseptic technique ให้อายา ATB. ตามแผนการรักษา ไม่สบาย เนื่องจากเจ็บปวดแผลบริเวณผ่าตัดประเมินอาการปวดและให้อายาตามแนวทางการรักษากระตุ้นให้พลิกตัวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการให้สารน้ำและสารอาหาร Blenderized diet ตามแนวทางการรักษาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์พยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ญาติมีส่วนสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มี Role model ผู้ป่วยโรคเดียวกันและประสบผลสำเร็จมาก่อน แนะนำปิดท่อทางเดินหายใจด้วยให้สวมเสื้อปิดคอหรือใช้ผ้าพันคอเพื่อสร้างความมีคุณค่าให้สังคมยอมรับพร้อมความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว Empowerment ผู้ป่วยและญาติสามารถทำแผล Stoma ดูแลท่อหลอดลมคอแบบ Protex tube และ Laryngectomy tube ได้กรณีศึกษาที่ 1 กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มคือโลหิตจางดูแลการให้เลือดและสารน้ำทดแทนทาง

หลอดเลือดดำตามแผนการรักษากรณีศึกษาที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มคือเสี่ยงต่อภาวะ Tetany สังเกตอาการชาปลายมือ มือจับ ทานยาแคลเซียมสม่ำเสมอเกิดภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ แนะนำให้สังเกตอาการท่อนหวาหรือร้อนไม่ได้ดีเท่าเดิม มีการติดตามค่าของไทรอยด์อย่างต่อเนื่องไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไหล่ตก ปวดตึงลำคอข้างขวาขณะลุกนั่งให้พยุงคอและศีรษะด้านหลังเพื่อลดอาการปวดประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกบริหารไหล่และคอประเมินผลลัพธ์กรณีศึกษาทั้ง 2 รายทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ Pain score ลดลงเหลือ 2-3 คะแนนการทำทำความสะอาดท่อหลอดลมคอและทำแผลกรณีศึกษาที่ 1 ลูกสาวเป็น Care giver สามารถทำได้และถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยและภรรยาสามารถทำได้และถูกต้อง O₂sat = 100 % สัญญาณชีพปกติพักผ่อนได้ คลายความวิตกกังวล ไม่มีภาวะทุพโภชนาการกรณีศึกษาที่ 1 BMI=23.87 กรณีศึกษาที่ 2 BMI =24.22 ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 โลหิตจาง Hct เพิ่มจาก 28.4% เป็น 32 % ส่วนกรณีศึกษาทั้ง 2 ไม่มีภาวะ Tetany ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปวดตึงบริเวณลำคอข้างขวาลดลง

วันจำหน่ายกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าพร้อมความรู้ในการใช้ยาเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัดให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา และการมาตามนัดเพื่อฉายแสงและพบแพทย์ประเมินผลลัพธ์กรณีศึกษาที่ 1 ใด้ยา Paracetamal นัดฉายแสงวันที่ 19 มกราคม 2561 และ ENT นัดวันที่ 25 มกราคม 2561 รวมอยู่ในโรงพยาบาล 19 วันกรณีศึกษาที่ 2 ใด้ยา Eltroxin และ CaCo₃ นัดฉายแสงวันที่ 21 มีนาคม 2561 และ ENT นัดวันที่ 18 มีนาคม 2561 รวมอยู่ในโรงพยาบาล 20 วัน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ ต่อมสุราและสุบบุรีเป็นประจำอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลเสียงแหบ หายใจลำบาก สอดคล้องกับรายงานอัตราการเกิดมะเร็งกล่องเสียงพบในชายมากกว่าหญิง อยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดสุบบุรีและตีมสุรา² กรณีศึกษาที่ 1 ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด กรณี



ศึกษาที่ 2 ผ่าตัดกล่องเสียง ต่อมไทรอยด์ และต่อมน้ำเหลืองข้างขวาออกทั้งหมด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกันและแตกต่างกันเนื่องจากระยะลุกลามของมะเร็งกล่องแตกต่างกัน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สอดคล้องและครอบคลุมปัญหาและความต้องการ เพื่อนำมาวางแผน กำหนดปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ต้องมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อเตรียมฉายแสงและการวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะและความชำนาญพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ให้สามารถพึ่งตนเองได้กลับสู่ครอบครัวและสังคมได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคมะเร็งกล่องเสียงสามารถรักษาให้หายขาดได้ ขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรคและปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง หากผู้ป่วยเข้าใจและให้การรักษาแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ดีโรคมะเร็งกล่องเสียงสามารถป้องกันได้ หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัด ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ จนถึง การเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ละราย เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการพยาบาลแบบองค์รวมคือ กายใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Holistic approach) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม และพัฒนาเป็นมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสำหรับบุคลากรพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2555. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ; ตะวันออก.2557.
2. งานจัดการสารสนเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น.สถิติผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง โรงพยาบาลขอนแก่น [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์] โรงพยาบาลขอนแก่น:งานสารสนเทศ ; 2561.
3. อีพร รัตน์อเนกชัย. ตำรา หู คอ จมูก.พิมพ์ครั้งที่ 4.ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2557
4. วิพร เสนารักษ์.การวินิจฉัยทางการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 9.ขอนแก่น : หจก. ขอนแก่นการพิมพ์; 2549.
5. ศรีสุนทร เจริญทรัพย์.การพยาบาลหู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรสจำกัด ; 2552.
6. สุภาวดี ประคุณหังสิต.ตำราโสต คอ นาสิกวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โฮลอสติก พับลิชชิ่ง จำกัด; 2550.
7. โสภิตา ทัดพินิจ. การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหู คอ จมูกและกล่องเสียง. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
8. Sharma,P.k.&Schuller,D.E & Baker,S.R. Otolaryngology head & neck surgery. 3rd ed. St.Louis:Mosdy.1998.



การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เทศบาลตำบลเวียงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Operation Model Development of Child Care Center in Accordance With
the Disease-free Standards of Child Care Centers, Wangnang Municipality,
Mueang District, Maha Sarakam Province

สำราญ ปะสีระวิเส¹, วิritti ปานศิลา² และสัจด์ เชื้อลินฟ้า³
Samran Pasiravise¹, Virat Parnsila² and Sangud Chuailinfa³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคเทศบาล ตำบล
เวียงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ
พหุภาคี (Technology of Participation : TOP)กลุ่มตัวอย่างคือนายกเทศมนตรีตำบล นักวิชาการศึกษา คณะกรรมการศูนย์
เด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กและผู้ปกครองเด็ก

ผลการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี หลังการพัฒนาารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องมีระดับความ
รู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กอยู่ในระดับสูง และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น โดยกำหนด
โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถติดตามประเมินผลสู่การพัฒนา
ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนา, ศูนย์เด็กเล็ก, ปลอดโรค

¹นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



ABSTRACT

Objective : To study and development a model of child care center implementation to meet the standard of disease free child care in Waeng Nang sub-district municipality, MahaSarakhm province.

Methods : The study is conducted with an action research by applying a multi-party participatory process (Technology of Participation –TOP). The sample comprised Mayor of Waeng Nang sub-district municipality, educators, child care center committee, mentor teachers, and parents.

Results : The group of samples was females aged averagely 37 years old. Their education level was most likely junior high school and they were vendor. The model development of child care center implementation to meet the standard of disease free child care applied the multi-party participatory process (Technology of Participation-TOP). The structure of operating committee was determined with participation of network partners as well as roles and duties, resulting in the follow-up and evaluation of performance can be carried out in a speedy manner. Based on the evaluation, each aspect achieves a higher level.

Keywords : Child center development, disease free child center, disease free center.

บทนำ

เด็กก่อนเข้าวัยเรียนเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศ เพราะเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคน โดยกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่มุ่งให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาต่อเนื่องถึงปัจจุบัน คือแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งได้กำหนดพันธกิจของการพัฒนาประเทศ ให้มีการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ คุณธรรมภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนที่สำคัญประการหนึ่ง ได้แก่ การเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ ดังนั้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่เด็กจึงเป็นภารกิจสำคัญที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงและร่วมมือประสานการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้จากการที่กรมอนามัยดำเนินงานตามโครงการศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ ตั้งแต่ปี 2546 ถึงปัจจุบันมีศูนย์เด็กเล็กเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 17,310 แห่งและผ่านการประเมินรวม 15,299 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.38 โดยดำเนินการพัฒนาในด้านโภชนาการและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคเป็นหน่วย

งานหนึ่งที่ทำเนื้องานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อได้ตระหนักถึงผลกระทบของการเกิดโรคติดต่อในเด็กที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการโดยรวมของเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัย ซึ่งยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป พ่อแม่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเลี้ยงดูบุตรหลาน เนื่องจากต้องใช้เวลาเพื่อการประกอบอาชีพ จึงนำบุตรหลานไปรับการดูแลในศูนย์รับเลี้ยงเด็กทำให้มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ส่งผลให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีภารกิจสำคัญในการจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กในเขตความรับผิดชอบของแต่ละท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาการของเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ภายใต้วามร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน²

สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 16 มิถุนายน 2561 พบโรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ โรคอุจจาระร่วง รองลงมา

คือโรคปอดอักเสบ และไข้ไม่ทราบสาเหตุ คิดเป็น อัตราป่วยเท่ากับ 1060.58, 267.27 และ 260.98 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก รวมทั้งสิ้น 549 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.96 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุ แรกเกิดถึง 4 ปี อัตราป่วย 183.92 ต่อประชากรแสนคน และรองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 -9 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 15.46 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 2.87 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจะพบว่าอัตราป่วยโรคมือเท้าปากพบมาในเด็กแรกเกิดถึง 4 ปี เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 16.96 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 10.13 และ 8.10 ต่อประชากรแสนคน²

จากสภาพปัญหาข้างต้นแล้วผู้วิจัยได้ตระหนักว่าควรหาแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กในเทศบาล ตำบลเวียงน้ำ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และมีมาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรค โดยผ่านมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ในด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านอาคารสถานที่ สุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม และด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลป้องกันควบคุมโรคของศูนย์เด็กเล็ก โดยผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีรูปแบบการจัดการที่ชัดเจน เพื่อบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็ก การพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์เด็กเล็ก จากสถานการณ์ดังกล่าวสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กประสบความสำเร็จ เกิดจากความตระหนักและความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับทุกภาคส่วน ทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลเวียงน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ให้เข้าสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เพื่อพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค โดยความร่วมมือของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนได้พัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาไปสู่การเปลี่ยนแปลง และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะทำให้ปัญหาที่พบในการระบาดที่เกิดขึ้นในหลายๆ ปี

มีการป้องกันและควบคุมได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของศูนย์เด็กปลอดโรค ซึ่งผู้ศึกษาวิจัยคาดหวังว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กในชุมชนและความเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคเทศบาลเวียงน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคเทศบาลเวียงน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เทศบาลตำบลเวียงน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of Participation : TOP) ซึ่งมีการประชุมชี้แจง การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตาม ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บข้อมูล ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาแบบ โดยมีแบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ และกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบล 1 คน นักวิชาการศึกษา 1 คน กรรมการศูนย์เด็กเล็ก 7 คน ครูพี่เลี้ยงเด็ก 3 คน ผู้ปกครองเด็ก 40 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเวียงน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้



ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามและตรวจสอบการดำเนินงาน ป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็กด้านการบริหารจัดการภายในศูนย์เด็กเล็ก ด้านบุคลากรของศูนย์เด็กเล็ก

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงาน ป้องกันโรคในศูนย์เด็กเล็กด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลป้องกันควบคุมโรค

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ ใช้ทดสอบความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการดำเนินงานเป็นแบบวัดการปฏิบัติงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

การรวบรวมข้อมูล

ผู้ร่วมวิจัยเข้ากับชุมชนประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้นพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดการกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงาน ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค สถิติการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและศึกษาบริบทชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์กระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (TOP) ในการดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยทำเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา ด้วยเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) มี 5 ส่วน จำนวน 52 ชุด เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อ

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก มีจำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.23) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37 ปี ระดับการศึกษาในระดับมัธยมและมัธยมตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.61) มีอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ผู้มีบทบาทที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคคือผู้ปกครอง (ร้อยละ 76.92) เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค (ร้อยละ 36.53) เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค (ร้อยละ 19.23) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กพบว่าก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก อยู่ในระดับระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาแบบมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กอยู่ในระดับสูง พิจารณารายข้อพบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุดคือ โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคระบาดในกลุ่มเด็กศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนชั้นอนุบาล (ร้อยละ 78.84) และมีข้อที่ผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ โรคแทรกซ้อนของโรคหวัดที่พบบ่อย ได้แก่ หลอดลมอักเสบ หูอักเสบ หนองใน หูด ไซนัสอักเสบ (ร้อยละ 22.84) และภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ กรณีเกิดการระบาด เช่น โรคมือ เท้า ปาก ตาแดง ไข้หวัดใหญ่ อูจจาระร่วง (ร้อยละ 98.07) และมีข้อที่ผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ โรคแทรกซ้อนของโรคหวัดที่พบบ่อย ได้แก่ หลอดลมอักเสบ หูอักเสบ หนองใน หูด ไซนัสอักเสบและเมื่อมีอาการอูจจาระ

ร่วงในเด็ก ควรให้กินยาหยุดถ่ายทันที (ร้อยละ 67.30) และในส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็ก ก่อนการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย และภายหลังการพัฒนา รูปแบบ มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยรวมและเป็นรายด้าน ทุกด้านเพิ่มขึ้น

การดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐาน ศูนย์ ก่อนการพัฒนาการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกเป็นรายด้านการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและด้านการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายอยู่ในระดับน้อย และภายหลังการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าด้านการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคพบว่าหลังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็ก ครั้งนี้ประกอบด้วย

- 1) โครงสร้างคณะกรรมการบริหารงาน คณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ทำให้การดำเนินงาน เป็นไปอย่างรวดเร็ว
- 2) รูปแบบการดำเนินงานชัดเจนแนวทางการดำเนินงานสู่การวางแผนการพัฒนาการปฏิบัติการติดตามการพัฒนา และสะท้อนผลการปฏิบัติ ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้ทราบทำให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง
- 3) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน
- 4) นำการจัดการคุณภาพมาเป็นหลักยึดในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนามาตรฐานงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคร่วมกับพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานงานศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมี ความสมบูรณ์ พัฒนาได้ครอบคลุมทุกด้าน

5) การนิเทศติดตามประเมินผล ซึ่งจะช่วยให้คำแนะนำ การแก้ไขปัญหาในชั้นปฏิบัติงานเป็นไปได้ด้วยความรวดเร็ว และทำให้การดำเนินงานต่อเนื่อง

6) การประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ กระตุ้นให้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้นมาร่วมกิจกรรม เพิ่มมากขึ้น

7) ประชาชนในชุมชนเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนา ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

จากผลการประเมินการตรวจสอบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กด้านพฤติกรรม การดูแล การควบคุม หลังการพัฒนาการดำเนินงาน ผ่านการประเมิน 14 ข้อ และไม่ผ่านการประเมินเพียง 3 ข้อ ซึ่งเห็นได้ชัดเจน ว่าการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในศูนย์เด็ก เล็กดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนซึ่งก่อนการพัฒนาที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินเพียงแค่ 6 ข้อ

ผลการสังเกตและตรวจสอบการดำเนินงานป้องกันโรค ในศูนย์เด็กเล็กด้านองค์ประกอบสถานที่การดูแลเด็ก ผลการ ศึกษาพบว่ามีการดูแลสถานที่และองค์ประกอบจาก 18 ข้อ หลังการพัฒนาการดูแลสถานที่และองค์ประกอบ ผ่านการ ประเมิน 16 ข้อมีเพียง 2 ข้อที่ไม่ผ่านการประเมิน หนึ่งในข้อ ที่มีการควบคุมเพิ่มจากหลังการพัฒนาคือ มีอุปกรณ์และสื่อ ต่างๆ ที่ใช้ประกอบการสอน เรื่องการป้องกันควบคุมโรคใน ศูนย์เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ทำให้การประเมินด้านสถานที่และองค์ ประกอบอื่นๆ ที่มีผลแตกต่างเพียง 1 ข้อ ขึ้นอยู่กับ โครงสร้างของสถานที่ก่อสร้างทำให้การพัฒนาชี้ชัดจำกัด

สรุปผล และอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน ศูนย์เด็ก เล็กสู่มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมี ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก ก่อนอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับ สูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร จุลรัมย์³ ที่ศึกษาด้าน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง



ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานศูนย์เด็กเล็ก ก่อนการพัฒนา มีระดับอยู่ในระดับน้อย และภายหลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการมีส่วนร่วมโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร จุฬารัตน์³ และการมีส่วนร่วมการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยจำแนกเป็นรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา ด้านการการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบประเมินผล และด้านปรับปรุงแก้ไขปัญหาและรับประโยชน์ ก่อนการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กสู่มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการมีส่วนร่วม โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องเพ็ญประภา เบญจวรรณ⁴ ที่ศึกษาผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอมือเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าแกนนำและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งการเตรียมการ การปฏิบัติการและประเมินผลการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมโดยในขั้นเตรียมการและการประเมินผลนั้นผู้ปกครองมีส่วนร่วมในระดับน้อยเนื่องจากมีรายละเอียดที่เข้าใจค่อนข้างยาก ส่วนในขั้นปฏิบัติการนั้น ทั้งแกนนำและผู้ปกครองมีส่วนร่วมดีมาก เมื่อได้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมพบว่าการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่ายู่ในเชิงผลลัพธ์ ตามการประเมินตามมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่ายู่ของกรมอนามัย มีความเปลี่ยนแปลงจากระดับดีเป็นดีมาก ความสามารถโดยรวมก่อนกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในระดับน้อยและภายหลังปฏิบัติการ พบว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยแกนนำและผู้ปกครอง มีความสามารถในระดับดี

ดังนั้นปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงเกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ร่วมกันคิดและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้รูปแบบการดำเนินงานมีความชัดเจนมีวางแผนการพัฒนา ติดตามการพัฒนาและสะท้อนผลการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับผลการวิจัยของกาญจนวรรณ บัวจันทร์⁵ ในส่วนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม แรงจูงใจและรูปแบบการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
Department of Disease Control. Evaluation Guide for Children with Disabilities. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., LTD; 2011.
- 2.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. กรมควบคุมโรค, 2561 : 23.
- 3.Junram, Sunthorn. Operation Model of Child care center in accordance With the disease-free Standards of child care centers, Ban Nongbok, Tambon puhthaisong, puhthaisong District, Buriram Province. Mahasarakham Hospital Journal, 2017; 12 (1): 151-158.
- 4.เพ็ญประภา เบญจวรรณ. ผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ : กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กน่ายู่โรงเรียนเทศบาล ๑.เมือง จ.นครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยนครราชสีมาชนครินทร์, 2552; 1(2): 126-140.



5.กาญจนวรรณ บัวจันทร์. ความสำเร็จในการดำเนินงาน
ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในความ
รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัด
ปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
จันทบุรี, 2559; 27 (2): 39-53.



ลักษณะภาพวินิจฉัยจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนสมองในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มาด้วย อาการชักครั้งแรก ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Computed Tomography Findings of the Brain in Adults with First Seizure at Thabo Crown Prince Hospital

อภิวิชญ์ กุดถलग, พ.บ.*
Apiwit Kudthalang, M.D.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะภาพวินิจฉัยจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนสมองในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก ที่มาตรวจในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อและได้รับการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ระบบประสาท เป็นระยะเวลา 1 ปี ระหว่าง เดือนมิถุนายน 2560 ถึง เดือนมิถุนายน 2561 โดยเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จะมีภาพวินิจฉัยทางระบบประสาท และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษา : พบจำนวนผู้ป่วย 205 ราย ที่มีประวัติเคยชักมาก่อน อุบัติเหตุกระดูกหักที่เอวทางสมอง แร่ธาตุในเลือดผิดปกติ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือยาเสพติด จะไม่ถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ มีอายุเฉลี่ย 52.21 ปี เป็นเพศชาย 67.8% และเพศหญิง 32.2% เป็นการชักแบบทั่วไป (Generalized seizures) 53.4% และ แบบเฉพาะที่ (Focal seizures) 46.3 % การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบความผิดปกติทั้งหมด 41.9% ในผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น focal seizures 71.6% และ generalized seizures 16.4%

สรุป : เนื่องจาก CT scan หาได้ง่ายและราคาถูกกว่าการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI scan) CTscan จึงมีบทบาทสำคัญเป็นเครื่องมือส่งตรวจทางภาพรังสีวินิจฉัยเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มาด้วยการชักครั้งแรก สำหรับการศึกษานี้แนะนำให้ทำการตรวจด้วย CT scan สมอง ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก โดยพบว่าผลสืบเนื่องตามมาภายหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke sequelae) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดจากการตรวจ CT scan (12.2 %) ส่วนผลสืบเนื่องตามมาภายหลังจากการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุทางสมองครั้งก่อน (Old surgery/old trauma sequelae) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยอายุน้อย (42.1%) ขณะที่ poststroke sequelae พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุ (37.3 %)

คำสำคัญ : CT scan, อาการชักครั้งแรก (first seizure), ผลสืบเนื่องตามมาภายหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke sequelae)

ABSTRACT

Objective : Study to Computed Tomography Findings of the Brain in Adults with First Seizure at Thabo Crown Prince Hospital

Methods : A retrospective chart review was conducted on all adult patients with first seizure presenting to Thabo Crown Prince Hospital ED over a 1-year period (June 2017 through June 2018). Electronic patient records were reviewed for demographics, neuroimaging, and laboratory test results.

Results : 205 patients were included in study. Patients with history of previous seizure, head injury, electrolyte abnormalities, alcohol/drug intoxication were excluded from study. The mean age in our series was 52.21 years. There were 67.8 % males and 32.2 % were female. Generalized seizure was seen in 53.4 % of patients whereas focal seizure was seen in 46.3 % of patients. Abnormal CT scan was found in 41.9 % of patients with first episode of seizure. CT scan was abnormal in 71.6 % of patients with focal seizure. Only 16.4 % of patients with generalized seizure had abnormal CT scan.

Conclusion : Poststroke sequelae was the commonest abnormality detected on CT scan which was found in 12.2 % of patients. Old surgery/old trauma sequelae was the commonest abnormality detected in younger population (42.1%) while poststroke sequelae was common in older patients found in 37.3 % of patients. CT scan of the brain should be done as a routine investigation in all patients with first seizure. As CT scan is more easily available and cheaper than MRI, CT is preferred technique of neuroimaging and plays an important role as a preliminary tool in radiological assessment of patients presenting with first seizure.

Keywords : CT scan, first seizure, poststroke sequelae

บทนำ

อาการชัก (seizure) คือ อาการที่เกิดจากภาวะที่มีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆ กันจากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือทั้งหมดอาการชักสามารถเป็นอาการแสดงแรกของโรคลมชัก หรืออาจจะเป็นอาการนำของโรคเนื้องอกสมอง โรคติดเชื้อในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หรือความผิดปกติของสมองตั้งแต่กำเนิด ซึ่งต้องการการรักษาที่จำเพาะต่อตัวโรคนั้น^{1,2,3}

อาการชักสามารถจำแนกออกได้หลายประเภท^{4,7-9} ซึ่งการจำแนกประเภทของอาการชักมีความสำคัญเนื่องจากการวินิจฉัยสาเหตุโรค การรักษาที่เหมาะสม และการพยากรณ์โรคที่แม่นยำ นั้นขึ้นกับการจำแนกประเภทที่ถูก

ต้องของอาการชักและโรคลมชัก โดยอาการชักสามารถจำแนกออกได้ 2 ประเภทหลัก ๆ คือ ชนิด generalize และ focal โดย Focal seizure เป็นการชักซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองจาก cortical area ส่วนใดส่วนหนึ่ง ส่วน Generalized seizure เป็นอาการชักที่เกิดจากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ตั้งแต่เริ่มต้นชัก

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการนำการตรวจ MRI มาทดแทน CT scan มากขึ้น แต่ CT scan ยังคงเป็นตัวเลือกการส่งตรวจผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักในบางสาเหตุ เนื่องจากด้วยความแม่นยำในการดูลักษณะภาพวินิจฉัยของภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองขาดเลือด และแคลเซียมเกาะในสมองได้ดี อีกทั้ง CT scan ยังมีข้อได้เปรียบกว่า MRI หลายอย่าง เช่น ราคาถูก ใช้เวลาการตรวจน้อย และง่ายต่อ



การใช้งาน รวมไปถึงนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ MRI ได้ เนื่องจากมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ไฟฟ้าหรือทำมาจากโลหะ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดเคยได้รับการผ่าตัดใส่ clips หรือโลหะต่างๆเนื่องจากสนามแม่เหล็กอาจสร้างความเสียหายหรือความผิดปกติในการทำงานของเครื่อง หรือ กลัวที่แคบในประเทศไทยเครื่อง MRI scan ยังมีน้อยกว่า CT scan ดังนั้น CT scan จึงเป็นการตรวจทางภาพวินิจฉัยที่ใช้กันแพร่หลายในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักในโรงพยาบาลของเรา

จำนวนของความผิดปกติที่พบจากการตรวจ CT scan สมองในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชัก ถูกรายงานในงานวิจัยที่ผ่านมา ค่าค่อนข้างหลากหลายประมาณ 6% ถึง 34%^{4,5-8,9} ซึ่งสัมพันธ์กับความหลากหลายของคำแนะนำในการใช้ CT scan มาประเมินในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรกในสถาบันต่างๆ การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นมาเพื่อพิจารณาคุณค่าของ CT scan ในการใช้หาสาเหตุ และการจัดการกับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) ทำการศึกษารวบรวมผลผู้ป่วย ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก และได้รับการตรวจเพิ่มเติมทางภาพรังสีวินิจฉัย CT scan ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 205 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการ

วิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและอ่านภาพรังสีโดยอาศัย Picture Archiving and Communication System (PACS) โดยรังสีแพทย์ผู้ทำวิจัย 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ และความไว มีเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มาด้วยการชักครั้งแรกและผู้ป่วยที่ยินยอมทำการตรวจด้วยภาพรังสีวินิจฉัย CT scan ของสมองและเกณฑ์คัดออกคืออายุน้อยกว่า 15 ปี มีประวัติอาการชักมาก่อน ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมทำการตรวจด้วยภาพรังสีวินิจฉัย CT scan ของสมอง มีความผิดปกติของระดับเกลือแร่ในร่างกาย มีประวัติอุบัติเหตุกระทบกระเทือนทางสมองและเป็นผู้มีภาวะติดเชื้อหรือไข้วัยเกินขนาด

วิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ ใช้ independent sample t-test วิเคราะห์ข้อมูล continuous variable โดย P value ที่น้อยกว่าค่า (0.05) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significant)

ผลการวิจัย

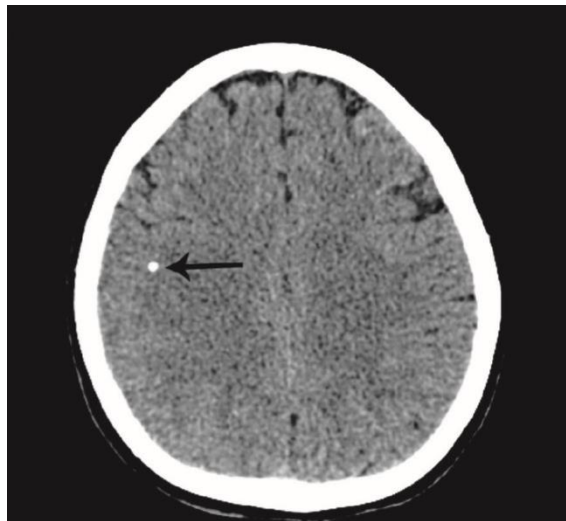
พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยคือ 52.21 ± 17.35 ปี เพศชาย 67.8 % และเพศหญิง 32.2% เป็น generalized seizure 53.4 % และ focal seizure 46.3 % 119 ราย (58.1 %) ของผู้ป่วยไม่พบความผิดปกติ ขณะที่ 86 ราย (41.9 %) พบความผิดปกติจากการตรวจ CT scan ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของอาการชัก และ ลักษณะแสดงทางรังสีวิทยาจากการตรวจด้วย CT scan

		CT scan		P value
		ปกติ	ผิดปกติ	
ชนิดของอาการชัก	Focal	27 (28.4 %)	68 (71.6 %)	0.00
	Generalized	92 (83.6 %)	18 (16.4 %)	
รวม		119 (58.1 %)	86 (41.9 %)	

โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของ CT scan นั้น พบเป็น poststroke sequelae(12.2 %), old surgery/

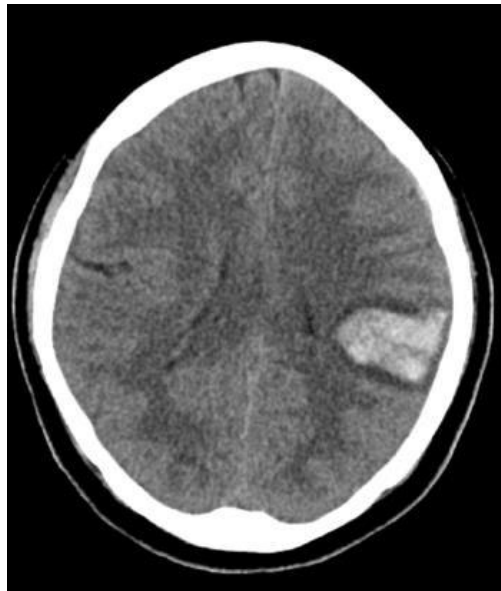
old trauma sequelae (6.8 %), calcified granuloma (การสะสมหินปูนในการติดเชื้อเก่า) 4.9 %; ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 หินปูนขนาดเล็กจากการติดเชื้อครั้งก่อนในสมองส่วน Frontoparietal ทางด้านขวา (Small calcified granuloma at subcortical region of right frontoparietal lobe)



ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (4.9 %; รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงก้อนเลือดในเนื้อสมองส่วน Parietal lobe ทางด้านซ้าย (Acute intracerebral hemorrhage at left parietal lobe) และ ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองฉับพลัน (3.4 %), เนื้องอกในสมอง (2.9 %; รูปที่ 5)



รูปที่ 5 เนื้องอกในโพรงสมองชนิด Meningioma (Right sided falx meningioma)

มีการติดเชื้อในระบบประสาท (1.9 %), ภาวะรอยโรค
สีเทาในเนื้อสมอง (1.9%), โรคติดเชื้อพยาธิิตีตหมูในระบบ
ประสาท (1.5%), ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน
(1.0%), และภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (0.5%) โดยในผู้ป่วย
ที่มาด้วย focal seizure นั้น CT scan พบความผิดปกติ
71.6% ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P < 0.05$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มาด้วย generalized
eizure ซึ่งพบความผิดปกติในการตรวจ CT scan เพียง
16.4% ผู้ป่วยที่อายุ < 40 ปี พบความผิดปกติของ
CT scan 32.8% ขณะที่พบความผิดปกติของ CT scan
45.6% ในผู้ป่วยที่อายุ > 40 ปี ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการตรวจด้วย CT Scan ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ < 40 ปี และ > 40 ปี

กลุ่มอายุ	ผลปกติ	ผลผิดปกติ	P value
< 40 ปี	39 (67.2 %)	19 (32.8 %)	
> 40 ปี	80 (54.4 %)	67 (45.6 %)	0.07

ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่าผลสืบเนื่องตามมาภาย
หลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke sequelae) เป็น

ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดจากการตรวจ CT scan คือ
25 ราย (12.2 %) ดังแสดงในรูปที่ 1

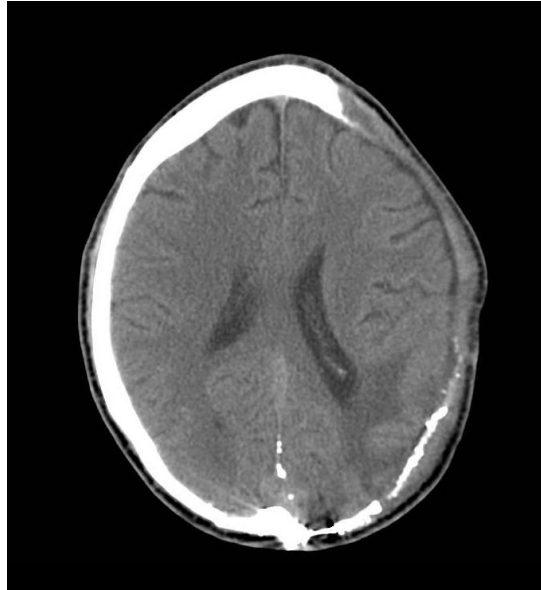


รูปที่ 1 ผลสืบเนื่องตามมาภายหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke sequelae) จากการอุดตัน
ของหลอดเลือดสมองใหญ่ด้านขวา (Chronic right middle cerebral artery territory infarction)



โดยผลสืบเนื่องตามมาภายหลังจากการผ่าตัดหรือ
อุบัติเหตุทางสมองครั้งก่อน(Old surgery/old trauma

sequelae) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี (42.1%) ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 การผ่าตัดกะโหลกสมองทางด้านซ้ายออกเพื่อลดความดันในโพรงสมอง ร่วมกับรอยโรคสมองเดิม

จากเลือดออกในสมองส่วน parietal (Gliosis at
left parietal region further with left sided decompressive
craniectomy) ขณะที่ poststroke sequelae พบได้บ่อย

สุดจากการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี
(37.3 %) ตามมาด้วย calcified granuloma (13.4 %)

ตาราง 3 ความผิดปกติทั้งหมด ที่ตรวจพบจากการตรวจ CT scan สมอง

ลักษณะแสดงทางรังสีที่พบจาก CTscan	จำนวน	Percentage
ปกติ	119	58.1 %
Poststroke sequelae	25	12.2 %
Old surgery/old trauma sequelae	14	6.8 %
การสะสมหินปูนในการติดเชื้อเก่า	10	4.9 %
ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง	10	4.9 %
ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองฉับพลัน	7	3.4 %
เนื้องอกในสมอง	6	2.9 %
ติดเชื้อในระบบประสาทและสมอง	4	1.9 %
Ill-defined hypodensity	4	1.9 %
โรคติดเชื้อพยาธิิตัดหมูในระบบประสาท (Neurocysticercosis)	3	1.5 %
ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน	2	1.0 %
ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ	1	0.5 %

บทวิจารณ์

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงความคุ้มค่าของการทำ CT scan ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชัก บางการศึกษาแนะนำให้ทำเฉพาะในผู้ป่วยรายที่มาด้วยอาการชักแบบ focal seizure^{1,11,17} หรือ partial onset seizure^{3,6,9} ขณะที่มีการศึกษาที่แนะนำให้ทำการตรวจในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักทั้งชนิด generalize และ focal^{12,13,14-19}

สำหรับในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ Focal seizure จำนวน 46.3 % (95 ราย) และ generalized seizure จำนวน 53.6 % (110 ราย) โดยพบความผิดปกติจากการส่งตรวจ CT scan ทั้งหมด 41.9 % ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้ อาทิ เช่น การศึกษาของ Rogel-Ortiz¹⁵ ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 130 ราย ที่มาด้วยอาการชักภายหลังจากอายุ 20 ปี พบลักษณะผิดปกติในสมองแบบ structural ถึง 51% ของผู้ป่วยทั้งหมดอีกการศึกษาย้อนหลังของ Russo และคณะ²¹ ในผู้ป่วยจำนวน 62 รายที่มาด้วยอาการชักครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วย 29 ราย (46.7 %) มีความผิดปกติในสมองจากการตรวจ CT scan, Rosenthal และคณะ¹⁰ ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรกจำนวน 91 ราย พบผู้ป่วย 39.5 % มีความผิดปกติในสมอง, Lassepas และคณะ⁸ ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรกจำนวน 148 ราย ได้รายงานว่ามีผู้ป่วย 55 ราย (39.5 %) มีความผิดปกติในสมองแบบ structural จากการตรวจ CT scan, การศึกษาย้อนหลังของ Sempere และคณะ⁵ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 98 ราย ที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก พบลักษณะผิดปกติในสมองแบบ structural ถึง 33 ราย (33.7%) ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากการศึกษาของผู้วิจัยพบความผิดปกติจากการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักแบบ focal seizure ถึง 71.6 % และพบความผิดปกติในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักแบบ generalized seizure เพียง 16.4 % ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยจึงแนะนำให้ทำการตรวจ CT scan สมองในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักแบบ focal seizure ซึ่งคล้ายกับ

การศึกษาของ Del Brutto และคณะ¹⁶ ที่แนะนำให้ทำการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักแบบ focal seizure โดยเฉพาะในประเทศที่เป็นพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อพยาธิิตีตหมูในระบบประสาท (Neurocysticercosis) ซึ่งพบเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่ทำการศึกษามาก่อนหน้า อย่างไรก็ตามแม้ว่าจากการศึกษานี้จะพบความผิดปกติของ CT scan เพียง 16.4 % ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ generalized seizure แต่ผู้วิจัยเองก็ยังแนะนำให้ทำการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักแบบ generalized seizure เพราะไม่สามารถจะละเลยกลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการตรวจ CT scan อีก 16 % นี้ได้

โรคติดเชื้อพยาธิิตีตหมูในระบบประสาท (Neurocysticercosis) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดจากการตรวจ CT scan ในหลายๆ การศึกษาก่อนหน้าเนื่องจากมีความชุกของโรคที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา อาทิเช่น การศึกษาของ Oscar H. Del Brutto¹⁶ พบความผิดปกติของ CT scan เป็น Neurocysticercosis ถึง 33% ของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด ส่วนการศึกษาของ Rajbhandari¹⁷ ในประเทศเนปาล พบ Neurocysticercosis เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการชัก โดยพบถึง 47 % ของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด

ในการศึกษานี้พบว่า poststroke sequelae เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยของเราที่นำมาทำการศึกษาพบเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) คล้ายกับผลการศึกษาของ Young และคณะ⁹ ซึ่งพบว่าโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นหนึ่งในสาเหตุของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักถึง 7 % ในผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาศึกษา 220 คน ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ของการศึกษานี้พบว่า old surgery/ old trauma sequelae เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดจากการตรวจ CT scan อาจเนื่องมาจากประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับ 1 ของเอเชีย และเป็นอันดับ 2 ของโลกจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2560



แม้ว่าในการศึกษานี้พบความผิดปกติจากการตรวจ CT scan ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี สูงถึง 45.6 % ของผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทั้งหมด และพบความผิดปกติ 32.8 % ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Tardy B และคณะ⁶ Wood และคณะ¹⁸ ซึ่งพบความผิดปกติจากการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง ได้แก่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ของเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูล และการรักษาของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก การศึกษานี้ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักครั้งแรกในระยะเวลาประมาณหนึ่งปีของแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลผู้วิจัยเท่านั้น ซึ่งไม่ได้บ่งถึงอุบัติการณ์ของโรคโดยรวมทั้งหมดในชุมชนออกติในการเลือกตัวอย่าง (Selection Bias) อาจเป็นไปได้ขึ้นกับอาการแรกเริ่มที่ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน เช่น โรคเนื้องอกในสมอง ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด หรือการติดเชื้อระบบประสาท ทดแทนการบันทึกว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการชักครั้งแรก

สรุปผล เนื่องจาก CT scan หาได้ง่ายและราคาถูกกว่าการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI scan) CTscan จึงมีบทบาทสำคัญเป็นเครื่องมือส่งตรวจทางภาพรังสีวินิจฉัยเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มาด้วยการชักครั้งแรก สำหรับการศึกษานี้แนะนำให้ทำการตรวจด้วย CT scan สมอง ในผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการชักครั้งแรก โดยพบว่าผลสืบเนื่องตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke sequelae) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดจากการตรวจ CT scan (12.2%) ส่วนผลสืบเนื่องตามมาจากหลังการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุทางสมองครั้งก่อน (Old surgery/old trauma sequelae) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยอายุน้อย (42.1%) ขณะที่ poststroke sequelae พบได้บ่อยสุดในผู้ป่วยสูงอายุ (37.3 %)

เอกสารอ้างอิง:

1. American College of Emergency Physicians (ACEP). Clinical Policy: Critical issues in the evaluation of adult patients presenting to an emergency department with seizures. *Ann Emerg Med* 2004; 43: 605-25.
2. Huff JS, Morris DL, Kothari RU, Gibbs MA. Emergency department management of patients with seizures: a multicenter study. *Acad Emerg Med* 2001; 8 : 622-8.
3. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia* 1993; 34 :453-68.
4. Annegers JF, Hauser WA, Lee JR, Rocca WA. Incidence of acute symptomatic seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 1995; 36 :327-33.
5. Sempere AP, Villaverde FJ, Martinez-Menendez B, Cabeza C, Pena P, Tejerina JA. First seizure in adults: a prospective study from the emergency department. *Acta Neurol Scand* 1992;86:134-8.
6. Tardy B, Lafond P, Convers P, et al. Adult first generalized seizure: etiology, biological tests, EEG, CT scan, in an ED. *Am J Emerg Med* 1995;13:1-5.
7. Hopkins A, Garman A, Clarke C. The first seizure in adult life. Value of clinical features, electroencephalography, and computerised tomographic scanning in prediction of seizure recurrence. *Lancet* 1988;1:721-6.
8. Ramirez-Lassepas M, Cipolle RJ, Morillo LR, Gumnit RJ. Value of computed tomographic scan in the evaluation of adult patients after their first seizure. *Ann Neurol* 1984;15(6):536-43.



9. Young AC, Costanzi JB, Mohr PD, Forbes WS. Is routine computerised axial tomography in epilepsy worthwhile? *Lancet* 1982;1446-7.
10. Rosenthal RH, Heim ML, Waeckerle JF. First time major motor seizures in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1980; 9: 242-5.
11. Mc Fadyen MB. First seizures, the epilepsies and other paroxysmal disorders prospective audit of a first seizure clinic. *Scott Med J* 2004; 49 (4): 126-30.
12. Grunewald RA, Chroni E, Panayiotopoulos CP. Delayed diagnosis of juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55: 497-9.
13. Krumholz A. Nonepileptic seizures: Diagnosis and management. *Neurology* 1999; S76-83.
14. Begley CE, Famulari M, Annegers JF, Lairson DR, Reynolds TF, Coan S, Dubinsky S, Newmark ME, Leibson C, So EL, Rocca WA. The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population- based and survey data. *Epilepsia* 2000; 41: 342-52.
15. Rogel-Ortiz FJ. Epilepsy in the adult. A prospective study of 100 cases. *Gac Med Mex* 1999;135(4):363-8.
16. Oscar H. Del Brutto. CT findings in neurologically normal adults with a single generalized seizure. *Journal of Epilepsy* 1994; 7(1): 38-40.
17. Rajbhandari KC. Clinical profile of epilepsy in Nepal. In: Yagi K, ed. *Epilepsy care in Asia*. National Epilepsy Center, Shizuoka Medical Institute of Neurological Disorder, 2003:28-9.
18. Wood LP, Parisi M, Finch IJ. Value of contrast enhanced CT scanning in the non-trauma emergency room patient. *Neuroradiology* 1990; 32: 261-4.
19. Baheti R, Gupta BD, Baheti R. A study of CT and EEG findings in patients with Generalized or Partial Seizures in western Rajasthan. *JIAACM*. 2003;4(1):25-9.
20. Sa de Camargo EC, Koroshetz WJ. Neuroimaging of ischemia and infarction. *NeuroRx*. 2005; 2 : 265-76.
21. Russo LS, Goldstein KH. The diagnostic assessment of single seizures. Is cranial computed tomography necessary ? *Arch Neurol* 1983; 40 : 744-6.



การศึกษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมแพ Idiopathic sudden sensorineural hearing loss in Chumphae hospital, 7 years Review

อรุณวิทย์ สมทรัพย์, พบ.*
Attawit Somsap, MD.

บทคัดย่อ

โรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุหากได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาทันท่วงที มีโอกาสที่จะมีการได้ยินดีขึ้นหรือกลับเป็นปกติ วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน คือการให้ยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ อย่างไรก็ตามผลการรักษายังไม่มีความชัดเจนว่ามีประโยชน์จริงหรือไม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการรักษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุและเพื่อทราบผลของสเตียรอยด์ต่อการรักษาโรค

รูปแบบและวิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมแบบเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชุมแพ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2554 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 144 ราย

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยจำนวน 144 ราย เป็นเพศชาย 56 คน เพศหญิง 88 คน สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1 ต่อ 1.57 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 59.8 ปี ทั้งหมดมาด้วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันข้างเดียว โดยโรคเกิดกับหูข้างขวาจำนวน 64 คน หูข้างซ้าย 80 คน อาการที่พบร่วมมากที่สุดคืออาการหูอื้อร้อยละ 70.8 ร้อยละ 47.2 ไม่พบโรคประจำตัว ได้รับยาสเตียรอยด์จำนวน 87 คน ไม่ได้รับสเตียรอยด์ 57 คน กลุ่มไม่ได้รับยาแบ่งเป็นสองกลุ่มย่อย คือ 1) ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินเล็กน้อยจำนวน 27 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยาจำนวน 30 คน ผลการติดตามการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับยาสเตียรอยด์การได้ยินดีขึ้นร้อยละ 52.9 กลุ่มไม่ได้รับยาการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 66.7 โดยกลุ่มย่อยสูญเสียการได้ยินเล็กน้อยการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 77.8 กลุ่มปฏิเสธการกินยาการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 56.7 ผู้ป่วยร้อยละ 94 จะฟื้นตัวภายใน 1 เดือนแรก ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 70 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งดีขึ้นร้อยละ 47.3

สรุป : ผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุมีอัตราการฟื้นตัวของการได้ยินร้อยละ 58.3 การให้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานไม่ช่วยให้อัตราการฟื้นตัวของการได้ยินดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รับยา ปัจจัยบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคที่ดีคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

คำสำคัญ : โรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ, สเตียรอยด์

ABSTRACT

Background : The hearing outcome of the idiopathic sudden sensorineural hearing loss (ISSNHL) can be improved after appropriate diagnosis and treatment. Oral corticosteroid is the treatment of choice that's widely use to treatment on this condition. However the use of oral corticosteroid is still controversy.

Objective : The objective of this study is to review the hearing outcome of ISSNHL, prognostic factors and the use of oral corticosteroid.

Method : Retrospective descriptive study. Data collecting from medical records of the patients with diagnosis of idiopathic sudden sensorineural hearing loss in outpatient unit of Otorhinolaryngology department of Chumphae hospital during June 2011 to April 2018.

Result : There were 144 patients in this study. 56 were males and 88 were females. The average age were 59.8 years old. All patients were unilateral hearing loss. 64 were right ears and 80 were left. Aural fullness was the most co-symptoms found by 70.8 percents. 47.2 percents were no underlying disease. Patients with steroid treatment were 87 and 57 were supportive treatment (non steroid group). In non-steroid group were divided into 2 subgroups 1) Mild SSNHL which were 27 patients 2) Patients who deny steroid use, 30 patients. Hearing improvement after 3months of steroid group were 52.9% and 66.7% for non-steroid group. In mild SSNHL subgroup improved by 77.8% and steroid denial subgroup were 56.7%. Patients with age under 60 years had more chance of hearing recovery(70%) compared with age over 60 years old(47.3%) with statically significant.

Conclusions : Idiopathic sudden sensorineural hearing loss has overall hearing improvement by 58.3 percent. Oral steroid show no benefit on hearing recovery when compared with non-steroid group. The good prognostic factor of Hearing recovery is age under 60 years old.

Keywords : Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing loss, Steroid

การศึกษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมแพ บทนำ

ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหู คือโรคประสาทหูเสื่อม หากเกิดขึ้นแล้วมักเป็นไปตลอดชีวิต และมีโอกาสที่ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินจะมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุ อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตยากลำบากขึ้นในด้านการรับรู้และสื่อสารความหมายกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในภายหลัง หลายรายกลายเป็นผู้พิการทางการได้ยิน ซึ่งรัฐจะต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นเบี้ยเลี้ยงผู้พิการและ

งบประมาณในการให้บริการจัดซื้อเครื่องช่วยฟัง ซึ่งเป็นงบประมาณมหาศาลในแต่ละปี ในจำนวนหนึ่งของผู้ป่วยโรคนี้จะเป็นผู้ป่วยมาด้วยอาการได้ยินเสียงลดลงแบบเฉียบพลันเป็นครั้งแรก อาการของโรคของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เรียกว่าประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน (sudden sensorineural hearing loss; SSNHL)

โรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันคือ อาการที่หูข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างมีการได้ยินเสียงลดลงทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ทันทีว่าเกิดอาการนั้นขึ้น เช่นมีอาการหูอื้อได้ยินเสียงลงทันทีขณะตื่นนอนหรือขณะกำลังทำงานในทางคลินิกได้ให้คำจำกัดความของโรคนี้ไว้ว่า มีอาการ



ได้ยินเสียงลดลงที่รับรู้ได้เกิดขึ้นภายใน 3 วัน ที่ความดังมากกว่า 30 เดซิเบล อย่างน้อย 3 ความถี่เสียง¹ อุบัติการณ์ของการเกิดประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันพบประมาณ 1 ต่อ 10,000 คนต่อปี² และพบภาวะนี้ร้อยละ 7.7 ของผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมทั้งหมด³

สาเหตุการเกิดร้อยละ 10-15 ทราบสาเหตุ⁴ เช่น การบาดเจ็บ การผ่าตัด การติดเชื้อในสมอง ติดเชื้อในหูชั้นในเนื้องอก ยาหรือสารที่มีพิษต่อหู หรือโรคมึนเป็นต้น แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 85-90 มักไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic SSNHL)

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้หากได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาทันท่วงที อาจจะมีโอกาสที่จะมีการได้ยินดีขึ้นหรือกลับมาเป็นปกติได้ ซึ่งเป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเองและยังช่วยประหยัดงบประมาณในการดูแลรักษาได้อย่างมากอีกด้วย ดังนั้นการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องแม่นยำและการให้การรักษาที่เหมาะสมทันเวลาภายใน 2 สัปดาห์หลังเกิดอาการ (golden period)⁵ จะมีโอกาสสูงในการฟื้นตัวของได้ยิน

การรักษาในรายที่ทราบสาเหตุจะรักษาตามสาเหตุ ในกรณีที่ไม่พบสาเหตุ (idiopathic) การรักษามุ่งหวังเพื่อการลดการอักเสบของเส้นประสาทหู เซลล์ประสาทหู และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหูชั้นในมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับและใช้กันมากที่สุดในปัจจุบัน คือการให้ยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์โดยการให้ยา prednisolone ชนิดรับประทาน โดยให้ยาในขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน ใน 4 วันแรก แล้วค่อยๆ ลดยาลง 10 มิลลิกรัมต่อวันจนหยุดยา ถ้ารับประทานยาไปแล้วอาการเป็นมากขึ้นหรือกลับเป็นใหม่จะเริ่มรักษาใหม่โดยใช้ขนาดของวันแรก^{1,6} หากได้รับการรักษาอาการจะดีขึ้นร้อยละ 60-70^{3,7,8} การรักษามักได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินระดับปานกลาง (moderate hearing loss)⁹ อย่างไรก็ตามพบว่า spontaneous recovery ร้อยละ 32 ถึง 65¹⁰ ยาอื่นๆ ที่ใช้ร่วมรักษาได้แก่ nicotinic acid, betahistine มีจุดประสงค์เพื่อช่วยบำรุงระบบประสาทและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหูชั้นในมากขึ้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยาสเตียรอยด์ อาจพิจารณาเป็นกรณีไปในผู้ป่วยบางราย เช่นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซึ่งแพทย์เห็นว่าทำให้ยาอาจมีความเสี่ยงมากกว่าเกิดประโยชน์ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยา หรือผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมระดับเล็กน้อย (mild SNHL) ทั้งนี้ทุกครั้งจะต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษาร่วมกัน

แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มี ความชัดเจนว่าการให้ยาสเตียรอยด์สามารถทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นได้จริงหรือไม่ ในการศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนให้ทราบผลการรักษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชนแพ ทั้งในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยา สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการให้การักษา เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคและเพื่อเป็นข้อมูลเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาโรคให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

งานวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive retrospective study) ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน กลุ่มผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชุมชนแพ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 144 ราย โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งเพศ อายุ หูข้างที่มีอาการ วิธีการรักษา ระยะเวลาที่เริ่มเป็นจนถึงได้รับการรักษา ผลการตรวจการได้ยินทั้งก่อนและหลังการรักษา โรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและอาการที่พบร่วมเช่นอาการวิงเวียน (vertigo) เสียรบกวนในหู (tinnitus) ซึ่งสามารถพบร่วมกับกับโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน¹¹ การวิจัยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่มคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดกิน และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ (ให้ยาวิตามินและเบต้าฮิสทีน) ผู้ป่วยจะถูกจำแนกกลุ่มตามความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน และเปรียบเทียบค่าการได้ยินก่อนและหลังการรักษาที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน โดยใช้วิธีการประเมินผลการ

รักษาอิงตามวิธีของ Siegel จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเพื่อคิดวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีผลตรวจการได้ยินทั้งก่อนและหลังให้การรักษา และมีประวัติการติดตามการรักษาอย่างน้อย 3 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันชนิดทราบสาเหตุหรือผู้ป่วยที่เวชเขียนสูญหายหรือขาดนัดจะถูกคัดออกจากศึกษา

นิยามศัพท์

- ระดับการสูญเสียการได้ยินชนิดประสาทหูเสื่อมจำแนกไว้ดังนี้⁽¹²⁾

ระดับสูญเสียการได้ยิน	dB
Normal	-10 to 15
Slightly	16 to 25
Mild	26 to 40
Moderate	41 to 55
Moderately severe	56 to 70
Severe	71 to 90
Profound	91+

- การประเมินผลการรักษาตามวิธีของ Siegel¹³

Complete recovery หมายถึง ระดับการได้ยินเสียงกลับเป็นปกติหลังการรักษา (<25 dB)

Partial recovery หมายถึงระดับการได้ยินเสียงหลังการรักษาดีขึ้นกว่าก่อนรักษา ≥ 15 dB และระดับการได้ยินอยู่ในช่วง 25 dB ถึง 45 dB

Slight improvement หมายถึงระดับการได้ยินเสียงหลังการรักษาดีขึ้นกว่าก่อนรักษา ≥ 15 dB และระดับการได้ยิน >45 dB

No improvement หมายถึงระดับการได้ยินเสียงหลังการรักษาดีขึ้น < 15 dB หรือระดับการได้ยิน > 75 dB

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ : Descriptive Statistics

1. การวิเคราะห์ค่าการสูญเสียการได้ยิน(dB) ใช้ค่าเฉลี่ย(Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าระหว่างก่อนและหลังให้การรักษา

2. ข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการที่พบร่วม ระยะเวลาจากเกิดอาการถึงได้รับการรักษา จะนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์

3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ อัตราส่วน ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ chi-square test

ผลการวิจัย

พบมีผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 202 ราย ตรวจสอบเวชระเบียนพบมีผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์การศึกษาวิจัยจำนวน 58 ราย คงเหลือผู้ป่วยในการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 144 ราย เป็นเพศชาย 56 คน เพศหญิง 88 คน สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1 ต่อ 1.57 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 59.8 ปี อายุน้อยที่สุดที่มาพบแพทย์คือ 25 ปี มากที่สุด 87 ปี ช่วงอายุที่พบโรคมากที่สุดคือ 60-69 ปี รองลงมาคือ 50-59 ปี และช่วงอายุมากกว่า 70 ปี พบเป็นอันดับที่สาม ผู้ป่วยทั้งหมดมาด้วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันข้างเดียว ไม่พบรายที่เกิดสองหูพร้อมกัน โดยโรคเกิดกับหูข้างขวาจำนวน 64 คน หูข้างซ้าย 80 คน



คิดเป็นสัดส่วนหูขวาต่อหูซ้ายเท่ากับ 1 ต่อ 1.25 ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ ร้อยละ 51.4 มาพบแพทย์ภายใน 7 วันหลังมีอาการ ร้อยละ 30.6 มาพบแพทย์ภายใน 14 วัน และมีเพียงร้อยละ 18 ที่มาพบแพทย์หลังจาก 14 วัน อาการที่พบร่วมมากที่สุดคืออาการหูอื้อ (aural fullness) พบร้อยละ 70.8 รองลงมาคือเสียงรบกวนในหู (tinnitus) พบร้อยละ 17.4 และอาการวิงเวียนบ้านหมุน (vertigo) พบเพียงร้อยละ 4.2 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่พบโรคประจำตัว (ร้อยละ 47.2) โรคประจำตัวที่พบคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.9 โรคเบาหวานร้อยละ 10.4

โรคความดันและเบาหวานร่วมกันพบร้อยละ 12.5 โรคอื่นๆ เช่นโรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไตพบรวมร้อยละ 6.9 ระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันก่อนรักษาพบมีจำนวนใกล้เคียงกันในแต่ละระดับความรุนแรง ในจำนวนผู้ป่วย 144 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานจำนวน 87 คน ได้รับการรักษาประคับประคองอาการจำนวน 57 คน ในกลุ่มนี้จะนิยามว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ ทั้งสองกลุ่มมีระดับการสูญเสียการได้ยินก่อนทำการรักษาตามที่แสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินก่อนรักษา

ระดับ	จำนวน n=144 (ร้อยละ)	ได้สเตียรอยด์	ไม่ได้สเตียรอยด์
Mild	35(24.3)	8	27
Moderated	36(25)	23	13
Moderately Severe	40(27.8)	26	14
Severe	23(16)	21	2
Profound	10(6.9)	9	1

กลุ่มที่ได้รับยาสเตียรอยด์

ผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานจำนวน 87 คน โดยการตรวจระดับการได้ยินโดยติดตามที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่า ที่ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 39.1 ตามวิธีของSiegel โดยแบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 8 partial recovery ร้อยละ 18.4 slightly recovery ร้อยละ

12.6 ที่ระยะเวลา 1 เดือนผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 49.4 แบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 13.8 partial recovery ร้อยละ 25.3 slightly recovery ร้อยละ 10.3 และในการติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 52.9 แบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 16.1 partial recovery ร้อยละ 26.4 slightly recovery ร้อยละ 10.3 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาสเตียรอยด์ที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือนและ 3 เดือน

ผลการรักษา	2 weeks		4 weeks		12 weeks	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
n=87						
Complete recovery	7	(8)	12	(13.8)	14	(16.1)
Partial recovery	16	(18.4)	22	(25.3)	23	(26.4)
Slightly recovery	11	(12.6)	9	(10.3)	9	(10.3)
รวมrecovery	34	(39.1)	43	(49.4)	46	(52.9)
No improvement	53	(60.9)	44	(50.6)	41	(47.1)

กลุ่มที่ไม่ได้รับยาสเตียรอยด์

จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ 57 คน พบว่าที่ระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้น ร้อยละ 63.2 แบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 42.1 partial recovery ร้อยละ 15.8 slightly recovery

ร้อยละ 5.3 และที่ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้น ร้อยละ 66.7 แบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 43.9 partial recovery ร้อยละ 15.8 slightly recovery ร้อยละ 7 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ยาสเตียรอยด์ที่ระยะเวลา 1เดือนและ3เดือน

ผลการรักษา	4 weeks		12 weeks	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
N=57				
Complete recovery	24	(42.1)	25	(43.9)
Partial recovery	9	(15.8)	9	(15.8)
Slightly recovery	3	(5.3)	4	(7)
รวมrecovery	36	(63.2)	38	(66.7)
No improvement	21	(36.8)	19	(33.3)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกคือผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินเพียงเล็กน้อย (mild SNHL) ที่อาจไม่จำเป็นต้องได้รับยาจำนวน 27 คน และกลุ่มที่สองคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่อาจจะเกิดความเสียหายหากได้รับยาหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยาสเตียรอยด์จำนวน 30 คน จากการติดตามการรักษาตามกลุ่มพบว่าในกลุ่ม mild SNHL ผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 77.8 แบ่งเป็น complete

recovery ร้อยละ 70.4 partial recovery ร้อยละ 7.4 หลังการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน

ในผู้ป่วยกลุ่มที่สองหรือกลุ่มที่ไม่ใช่ mild SNHL พบว่าผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 56.7 แบ่งเป็น complete recovery ร้อยละ 20 partial recovery ร้อยละ 23.3 slightly recovery ร้อยละ 13.3 ตาราง 4



ตาราง 4 ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มไม่ได้ยาสเตรอยด์โดยแบ่งกลุ่มย่อย ที่ระยะเวลา 3 เดือน

ผลการรักษาที่ 12 สัปดาห์	Mild SNHL(n=27)		Non-mild SNHL(n=30)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
Complete recovery	19	(70.4)	6	(20)
Partial recovery	2	(7.4)	7	(23.3)
Slightly recovery	0	(0)	4	(13.3)
รวมrecovery	21	(77.8)	17	(56.7)
No improvement	6	(22.2)	13	(43.3)

พิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ต่อการได้ยินที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังรับการรักษาพบว่า

เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่าช่วงอายุน้อยกว่า 60 ปี มีการได้ยินที่ดีขึ้น ร้อยละ 70 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าดีขึ้นร้อยละ 47.3

ในผู้ป่วยที่ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาพบว่ากลุ่มที่รักษา

ภายใน 14 วันหลังจากมีการสูญเสียการได้ยินอาการดีขึ้น ร้อยละ 59.3 ส่วนผู้ที่มารับการรักษาหลัง 14 วัน พบว่าอาการดีขึ้นร้อยละ 53.8 เมื่อพิจารณาจากโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวการได้ยินดีขึ้นหลังรักษาร้อยละ 60.3 กลุ่มที่เป็นโรคประจำตัวโรคเบาหวานพบอาการดีขึ้นร้อยละ 60.6 หลังได้รับการรักษา ดังแสดงไว้ในตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยตามอายุ เพศ หูข้างที่เป็น ระยะเวลามาพบแพทย์และโรคประจำตัว

ปัจจัย	จำนวน n=144	ฟื้นตัว	ไม่ฟื้นตัว	ฟื้นตัว(ร้อยละ)	p-value
อายุ					
<60	70	49	21	70	*0.005
>=60	74	35	39	47.3	
เพศ					
ชาย	56	36	20	64.3	0.246
หญิง	88	48	40	54.5	
ข้าง					
ขวา	64	34	30	53.1	0.257
ซ้าย	80	50	30	62.5	
ระยะเวลา 1-14วัน	118	70	48	59.3	0.609
>14วัน	26	14	12	53.8	
โรคประจำตัว เบาหวาน	33	20	13	60.6	0.607
ไม่มีโรคประจำตัว	68	41	27	60.3	

บทวิจารณ์

โรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ ยังคงเป็นโรคหนึ่งของโรคทางด้าน โสต ศอ นาสิก ที่ยังคงท้าทายในเรื่องการให้การรักษานี้ เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่ให้ผลแน่นอน ตั้งแต่อดีตมีการศึกษาวิธีการรักษาโรคนี้หลายวิธี แต่ถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีการรักษาจำเพาะที่ให้ผลดีที่สุด เนื่องจากยังไม่พบกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน การรักษาจึงมุ่งหวังเพื่อการลดการอักเสบของเส้นประสาทหู วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันมากที่สุดในปัจจุบันคือการให้ยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ แต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่าช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นได้จริงหรือไม่ สเตียรอยด์ได้เริ่มถูกนำมาใช้ในการรักษาอย่างกว้างขวางหลังจากมีการเผยแพร่งานวิจัยของ Wilson และคณะ⁹ เมื่อปี 1980 โดยเป็นการศึกษาแบบ double-blinded randomized controlled trials ในผู้ป่วย 67 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดกินมีการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 78 เมื่อเทียบกับกลุ่ม placebo (ร้อยละ 38) และได้ผลชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่ม moderated hearing loss หลังจากนั้นได้มีการศึกษาในลักษณะเดียวกันโดยการให้สเตียรอยด์ออกมาอีกหลายการศึกษา แต่ผลการรักษาไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ในผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันโดยการให้ยาสเตียรอยด์ชนิดกินของ Chen CY และคณะในปี 2003 พบว่าการให้สเตียรอยด์ในผู้ป่วยสูญเสียการได้ยินกลุ่ม severe to profound SNHL ส่งผลให้การได้ยินดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ให้ยา¹⁴ Genesan P และคณะปี 2017¹⁵ ได้การทบทวนผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ 122 ราย พบว่าการได้ยินดีขึ้นหลังให้การรักษาด้วยสเตียรอยด์อยู่ที่ร้อยละ 58 Cochrane review ในปี 2013 ได้กล่าวว่า สเตียรอยด์มักจะเป็นยาที่นำมาใช้ในการรักษาแต่กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ชัดเจนและจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าการใช้สเตียรอยด์เป็นผลดีต่อการรักษาโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม¹⁶ ในประเทศไทยได้เคยมีการศึกษาเรื่องการให้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานในผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน วันดี

ไข่มุกต์¹⁷ รายงานการฟื้นตัวของการได้ยินในผู้ป่วย 45 ราย อายุเฉลี่ย 43.2 ปี หลังจากได้รับยาสเตียรอยด์พบว่าดีขึ้นร้อยละ 66.7 อายุ เพศ ระยะเวลาที่เริ่มเป็นก่อนเข้ารับการรักษา และความรุนแรงของโรคไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการฟื้นตัวของการได้ยินการศึกษาของ นภาพร สิงขรเขียว¹⁸ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน 135 ราย อายุเฉลี่ย 41.5 ปี พบว่าผู้ป่วยมีระดับการได้ยินดีขึ้นหลังกินยาสเตียรอยด์ร้อยละ 56.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการได้ยินคือระดับการสูญเสียการได้ยินและระยะเวลาที่เป็นถึงผู้ป่วยมาพบแพทย์ สาธิต ชนนไทย¹⁹ รายงานผลการรักษาผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันโดยการให้สเตียรอยด์รับประทานในผู้ป่วย 34 คน อายุเฉลี่ย 51 ปี พบว่าร้อยละ 67.7 มีการได้ยินดีขึ้นและไม่พบปัจจัยใดมีผลต่อการฟื้นตัวของการได้ยิน เกียรติชัย จันปุม²⁰ ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 82 ราย อายุเฉลี่ย 42 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ พบการได้ยินดีขึ้นร้อยละ 62.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคยังไม่สามารถสรุปได้

ข้อจำกัดของการศึกษาโดยมากคือไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ ดังนั้นการดีขึ้นของการได้ยินอาจจะเป็นผลจากการรักษาหรือดีขึ้นเอง (spontaneous recovery) หรือทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ ในผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีการศึกษาว่าผู้ป่วยร้อยละ 45 ถึง 65 สามารถดีขึ้นได้เองแม้ไม่ได้รับการรักษา^{5,21} จากรายงานข้อมูลของประชากรไทยดังกล่าวพบว่าอัตราการได้ยินดีขึ้นหลังให้การรักษาด้วยสเตียรอยด์อยู่ที่ร้อยละ 56-67 จึงอาจจะสรุปไม่ได้ว่าการได้ยินที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลจากยาสเตียรอยด์จริงหรือไม่ และการที่พบในกลุ่มอายุเฉลี่ยค่อนข้างน้อยคือ 41-51 ปี ซึ่งอาจจะปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นได้มากกว่า

ในการศึกษานี้ได้ศึกษาข้อมูลการฟื้นตัวของการได้ยินในผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันทั้งกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีรายงานการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาสองกลุ่มลักษณะนี้มาก่อน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอัตราการฟื้นตัวของการได้ยินของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา



($n=144$) เท่ากับร้อยละ 58.3 ซึ่งหากเทียบกับงานวิจัยในประชากรชาวไทยอื่นๆ จะเห็นว่าอัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษา อื่น ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับเกณฑ์ในการนิยามความหมายของการฟื้น ตัวของการได้ยิน โดยในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ของSiegel ซึ่ง นิยามการได้ยินที่ขึ้นไว้ที่ 15dB ส่วนการศึกษาอื่นนิยามการดี ขึ้นไว้ที่ 10dB ตามเกณฑ์ของByl²² แต่อย่างไรก็ตามผลอัตรา การฟื้นตัวของ การได้ยินของศึกษานี้ก็ยังคงอยู่ในช่วงเดียวกับ อัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินในผู้ป่วยชาวไทย (ร้อยละ 56-67)

การฟื้นตัวของ การได้ยินที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ของ ผู้ป่วยกลุ่มได้รับยาสเตียรอยด์ ($n=87$) ดีขึ้นร้อยละ 52.9 (ตาราง 2) ในขณะที่กลุ่มไม่ได้รับยาสเตียรอยด์ ($n=57$) ดีขึ้นร้อยละ 66.7 (ตาราง 3) จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มได้รับยามีผลการรักษาที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ ยาสเตียรอยด์ เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาพบว่า มี ผู้ป่วยอยู่ 2 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มที่หนึ่งคือประสาทหูเสื่อมเล็กน้อยซึ่งมีการได้ยินดีขึ้นถึงร้อยละ 77.8 จากเหตุนี้ส่งผลให้ กลุ่มไม่ได้รับยามีอัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะกลุ่มย่อยที่สองคือกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ การให้ยาหรือปฏิเสธการกินยา ซึ่งการฟื้นตัวดีขึ้นร้อยละ 56.7 กับกลุ่มได้รับยาสเตียรอยด์ พบว่าการฟื้นตัวของ การได้ยินที่ระยะเวลา 3 เดือนของสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติ ($p=0.656$) ซึ่งเป็นไปได้ว่าการฟื้นตัวของ การได้ยิน อาจเป็นการดีขึ้นเองของโรค มากกว่าผลจากยาสเตียรอยด์ ผู้ป่วยที่ประสาทหูเสื่อมเล็กน้อยจะมีอัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินดีขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มการสูญเสียการ ได้ยินระดับอื่นๆ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.088$) ในผู้ป่วยที่มีการฟื้นตัวของ การได้ยิน ร้อยละ 94 จะฟื้นตัวภายใน 1 เดือนแรกหลังรักษา

ปัจจัยเรื่องอายุเป็นปัจจัยที่ยอมรับกันแพร่หลายใน หลายการศึกษาว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีจะมีการฟื้นตัว ของการได้ยินลดลง^{22,23} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีอัตราการได้ยินดี ขึ้นถึงร้อยละ 70 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งอยู่ที่ร้อยละ

47.3 ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นๆคือ เพศ หูข้างที่เป็น ระยะเวลา มาพบแพทย์ภายใน 14 วัน (golden period)และโรคประจำ ตัวเบาหวาน จากผลการวิจัยนี้พบว่าไม่ส่งผลต่ออัตราการ ฟื้นตัวของ การได้ยิน

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันชนิดไม่ทราบ สาเหตุมีอัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินร้อยละ 58.3 ผู้ป่วย ร้อยละ 94 จะฟื้นตัวภายใน 1 เดือนแรก การให้ยาสเตียรอย ด้ชนิดรับประทานไม่ช่วยให้อัตราการฟื้นตัวของ การได้ยินดี ขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับยา ปัจจัยบ่งชี้ถึงการ พยากรณ์โรคที่ดีคืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Somchai Srirompotong , Kwanchanok Yimtae. Sudden Sensorineural Hearing loss. Srinagarind Med J, 2001; 16(3): 191-196.
2. Megighian D, Bolzer M, Barien V, et al. Epidimiological considerations in sudden hearing loss. Arch Otorhinolaryngol 1986; 243:250-3.
3. ปารยะ อาสนะเสน. ประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน. วารสาร คลินิก, 2554; 27(2) 127-130.
4. Mattox D. Sudden hearing loss decision making in otolaryngology. Philadelphia : BC Decker, 1984.
5. Mattox D, Simmons F. Natural history of sudden hearing loss. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1977; 86(4): 463-480.
6. Byl FM. Sudden sensorineural hearing loss : 15 years experience with management considerations. In : Johnson JT, Derkey CS, Mandell-Brown MK, Newman RK, eds. Instructional courses. St Louis : Mosby Year Book, 1991;4: 366-71.



7. Zadeh MH, Storper IS, Spitzer JB. Diagnosis and treatment of sudden-onset sensorineural hearing loss: a study of 51 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2003;128(1): 92-8.
8. Hirofumi Harada, Toshihiko Kato. Prognosis for Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Retrospective Study Using Logistical Regression Analysis. *The International Tinnitus journal*, 2005;11(2) 115-118.
9. Wilson WR, Byl FM, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. A double-blind clinical study. *Arch Otolaryngol.* 1980; 106(12):772-6.
10. Conlin AE, Parnes LS. Treatment of sudden sensorineural hearing loss, II: a meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007;133: 582-6.
11. Kwanchanok Yimtae, Somchai Srirompotong. Tinnitus. *Srinagarind Med J* 2002; 17(2) 136-140.
12. Clark, J.G. Uses and abuses of hearing loss classification. *Asha*, 1981;23: 493-500.
13. Siegel LG. The treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am.* 1975;8(2):467-73.
14. Chen CY, Halpin C, Rauch SD. Oral steroid treatment of sudden sensorineural hearing loss: a ten year retrospective analysis. *Otol Neurotol.* 2003; 24(5):728-33.
15. Ganesan P, Kothandaraman PP, Swapna S, Manchaiah V. A Retrospective Study of the Clinical Characteristics and Post-treatment Hearing Outcome in Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Audiology Research.* 2017;7(1):168.
16. Wei BPC, Stathopoulos D, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
17. วันดี ไช่มุกด์. ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันโดยไม่ทราบสาเหตุด้วยยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 2545;20 (4); 278-283
18. นภาพร สิงขรเชียว. ประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน ประสพการณ์ 5 ปีในโรงพยาบาลเลย. *ขอนแก่นเวชสาร*, 2544; 36 (2):192-200.
19. Satit Khananthai. Factors Determining Treatment outcome in sudden sensorineural Hearing loss. *Khon Kaen Medical Journal.* 2012; 36 (2): 36-43.
20. เกียรติชัย จันป้อม. การศึกษาภาวะประสาทหูเสื่อมเฉียบพลันที่ยังไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *แพทยสารทหารอากาศ*, 2552;55 (1): 83.
21. Byl F. M., Jr. Sudden hearing loss: Eight years' experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope.* 1984; 94(5 Pt 1):647-61.
22. Kuhn M, Heman-Ackah SE, Shaikh JA, Roehm PC. Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Review of Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Trends in Amplification*, 2011;15(3):91-105.
23. Lee HS, Lee YJ, Kang BS, Lee BD, Lee JS. A Clinical Analysis of Sudden Sensorineural Hearing Loss Cases. *Korean Journal of Audiology*, 2014;18(2):69-75.



**การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสลภูภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**
**ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE QUALITY OF LIFE FOR ELDERLY
OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN BUENG KLUEA SUB- DISTRICT
SELAPHUM DISTRICT ROI-ET PROVINCE**

อันธิกา วาปีทะ¹ และ สุวิทย์ อุดมพานิชย์²
Antika Vapeeta¹ and Dr. Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสลภูภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Study) โดยประชากร ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสลภูภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 121 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานโดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างระหว่างวันที่ 19 - 30 มีนาคม 2561

ผลการศึกษา : พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภาวรวม การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.23) ส่วนการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาวรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.28) และพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านบุคลากรมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสลภูภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 34.8

คำสำคัญ : การสนับสนุนจากองค์กร, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

¹ Correspondent author : Oeiantikav@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุขฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Objective : To study the personal characteristics and organization support affecting the quality of life for elderly of village health volunteers in BuengKluea Sub-district Selaphum District Roi-Et Province, Thailand.

Method : This cross sectional descriptive research. The populations were 121 personnel that collected data by questionnaire. Data collected between 19th to 30th March, 2018. Data distribution was performed by Descriptive and Inferential statistics.

Results : The personal characteristics had no influence with performance of village health volunteers in BuengKluea Sub-district Selaphum District Roi-Et Province, Thailand. And the results showed organization support was at high level with averages of 2.42 (S.D.=0.23). Performance of village health volunteers was at high level with averages of 2.44 (S.D.=0.28). Three variables of organization support; Management, Money and Man had affective and could predict influencing performance of village health volunteers in BuengKluea Sub-district Selaphum District Roi-Et Province, Thailand at 34.8%

Keyword : Organization support, Quality of life for elderly

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์และการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้าส่งผลให้ประชากรมีร่างกายแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยอายุยืนยาว ด้วยเหตุนี้จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก จึงทำให้ประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลก กำลังเดินหน้าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุนับว่าเป็นปรากฏการณ์ระดับโลก ในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรอายุเกิน 60 ปี กว่า 2 พันล้านคนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ประเทศที่กำลังพัฒนา คิดเป็น ร้อยละ 80¹⁻³ จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไทยมีผลต่อการพัฒนาประเทศเนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนประชากรวัยแรงงานจะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสุขภาพจิตความเป็นอยู่และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ⁴⁻⁵ ซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ที่จะ

ต้องจัดเตรียมระบบสวัสดิการ ระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวในอนาคตให้สามารถรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสร้างสิ่งที่เป็นประโยชน์กับสังคม โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรทางด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 เป็นการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่กล่าวมานี้ส่งเสริมให้มีการผลิตและขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการเข้าถึงสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในทุกกระบวนการ



เพื่อคัดกรองและประเมินเข้าสู่ระบบการดูแลในชุมชน จาก การวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต ประจำวันไม่เกินร้อยละ 15⁷

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงเกลือ อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานบริการด้านสาธารณสุขในระดับชุมชนช่วยให้การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรได้เป็นอย่างดีและในปี พ.ศ.2552 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้มีโครงการส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกเพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติการเชิงรุกเข้าถึงชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในท้องถิ่น โดยการดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยและ เฝ้าระวังโรคในชุมชน⁸ ปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม สำหรับประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ที่ให้การดูแลเอาใจใส่ร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านต่างๆ ในด้านสาธารณสุขของพื้นที่ชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ การจัดการบริการสุขภาพต่างๆอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทซึ่งถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญในการให้บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุในชุมชน การบริการเชิงรุก การตรวจคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการให้ความรู้ คำแนะนำและให้กำลังใจในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁹ การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบไปด้วย

- 1) การดูแลด้านร่างกาย 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การดูแล

ทางสังคม และ 4) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

ในการปฏิบัติงานการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดประชาชนเป็นตัวแทนภาคประชาชนในระบบบริการสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนเป็นอย่างดีทั้งนี้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ประสบผลสำเร็จและสามารถดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดั่งนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง บุคลิกภาพหรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่แสดงออก และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) ระดับการศึกษา 7) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 8) การฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล⁷ จังหวัดร้อยเอ็ดมีนโยบายให้มีพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

จังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 183,336 คน (จากข้อมูล 43 แฟ้ม)¹⁰ ได้รับการตรวจประเมินคัดกรองสมรรถภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน(ADL) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (ADL 0-11 คะแนน) จำนวน 5,074 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 จังหวัดร้อยเอ็ดมีพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) จำนวน 81 ตำบล จากทั้งหมด 192 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 42.19

อำเภอสกลภูมิมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 25 แห่ง 16 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด 2,430 คน จากทั้งหมด 213 หมู่บ้าน

ในปี 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งในทีมหมอครอบครัวที่จะออกให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเสลภูมิ ได้ผ่านการอบรมทีมหมอครอบครัวเพื่อให้ความรู้ความสามารถในการออกให้บริการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ ในปี 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ดำเนินการตรวจคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 16,644 คน โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 5.20 ตำบลบึงเกลือ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง 9 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 6,821 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,020 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 121 คน ในปี พ.ศ. 2560 ตำบลบึงเกลือได้รับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นพื้นที่ต้นแบบตำบล Long Term Care นำร่องแห่งแรกในอำเภอเสลภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ Care giver จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในตำบลบึงเกลือปฏิบัติงานตรวจคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการตรวจประเมินคัดกรองสมรรถภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุจำนวน 1,020 คนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม(ADL12-20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 3.3 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน(ADL 0-11 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 3.0 นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังทำการประเมินภาวะต่าง ๆ และการประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในตำบล ซึ่งมีความจำเป็นในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย จากการดำเนินงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบึงเกลือ พบปัญหาในการดำเนินงานคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนเท่าเดิมแต่

บทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนเพิ่มมากขึ้น และยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงขาดการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุที่เดินลำบาก ด้านงบประมาณ ด้านวิชาการและด้านวัสดุอุปกรณ์ ทั้งการดำเนินงานยังไม่เต็มศักยภาพในด้านการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่น ทำให้การจัดสรรงบประมาณล่าช้า ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุในตำบลบึงเกลือได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้รับการด้านสาธารณสุข ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี จึงต้องมีการสนับสนุนจากองค์การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น¹¹

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 19 -30 มีนาคม พ.ศ. 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 121 คน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบถามในการศึกษาคั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้จาก สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ



หมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple-linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน³ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้ $R_{Y.A,B}^2$ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอยุวดี จังหวัดนครราชสีมา¹² ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษาคล้ายคลึงกันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้

ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.465$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.433$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R_{Y.B}^2 = 0.032$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 12 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะต้องเปิดตารางที่ 9.4.2 หน้า 452-4553 ประกอบการคำนวณ โดยค่าที่ปรากฏในตารางประกอบด้วยค่า u มี 120 ค่า v มี 4 ค่า ได้แก่ 20, 60, 120, และ ∞ และค่า Power มีค่าระหว่าง 0.25 -

0.99 จากนั้นหาค่า λ ในสมการที่ (2) โดยแทนค่า $v=120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่สุด จากนั้นดูที่ $u=1$, Power=0.80 จะได้ $\lambda = 7.8$ แทนค่า λ ในสมการที่ (1) จะได้ขนาดตัวอย่าง

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$$N = \frac{7.8(1 - 0.465)}{(0.465 - 0.433)}$$

$$N = \frac{7.8(0.535)}{0.032}$$

และ $N = \frac{4.173}{0.032}$ ซึ่งจะได้ $N = 130.40$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง $N = 131$ ไปคำนวณหาค่า V โดย $V = N - u - w - 1$

$$V = 131 - 1 - 11 - 1$$

$$V = 118$$

นำค่า V ที่คำนวณได้ไปเปิดตาราง³ซึ่ง $V=118$ อยู่ระหว่าง V_{L60} และ V_{u120} จะได้อ้างอิง

$$V_L = 60$$

$$V_u = 120$$

$$\lambda_L = 7.90$$

$$\lambda_u = 7.80$$

แทนค่า $\lambda = 7.90 - (7.90 - 7.80)$

$$\frac{1/60 - 1/118}{1/60 - 1/120}$$

แล้วนำค่า λ ไปแทนในสูตรที่ 1 อีกครั้ง

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$$n = \frac{7.8016949(1 - 0.465)}{0.465 - 0.433} + 0$$

$$n = 130.43 = 131$$

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 121 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 131 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 ชุดสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 4 ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบึงเกลือ อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ มี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 2 การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง และไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล

ศรีวิสัย อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับการทำวิจัย ในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามรายข้อ (Item Total Correlation) หากข้อใดมีข้อติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของชุดสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และมีการแปลผล ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด นำมาจัดเป็น 3 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4 มาก (2.35 – 3.00 คะแนน), ปานกลาง (1.68 – 2.34 คะแนน), น้อย (1.00 – 1.67 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 5 มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้ r = 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์, r = + 0.01 ถึง + 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ, r = +0.31 ถึง +0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง, r = +0.71 ถึง +0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง, r = +1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากได้รับการรับรอง จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2561 เลขที่ HE612035



ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลืออำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 มีมากที่สุดคืออายุระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.85 ปี (S.D.= 8.87 ปี) มีอายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 2,501-5,000 บาท จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 มีรายได้เฉลี่ย 3,231.07 บาท ค่ามัธยฐาน 3,000 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 20,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11.12 ปี ค่ามัธยฐาน 10 ปีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 25 ปี ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ครั้ง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 ได้รับการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.32 ครั้ง ค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง

2) ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.23) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.62 (S.D.=0.30) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D.=0.32) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.20 (S.D.=0.37) รองลงมาคือด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.34 (S.D.=0.32)

3) ระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.28) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.50 (S.D.=0.36) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D.=0.33) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านสังคมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.40 (S.D.=0.35) รองลงมาคือด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D.=0.37)

4) คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนอายุ ในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.208$, $p < 0.001$) สำหรับการสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.580$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์กรเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านบุคลากร ($r=0.399$, $p < 0.001$)

ด้านงบประมาณ ($r=0.358, p<0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.370, p<0.001$) ด้านการบริหารจัดการ ($r=0.510, p<0.001$)

5) คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลืออำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($p < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ($p = 0.006$) และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ($p = 0.017$) จากผลการศึกษา ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการที่ใช้พยากรณ์การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = 0.604 + (0.359)(\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริการจัดการ}) + (0.194)(\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ}) + (0.176)(\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร})$ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปร การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร เพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด เพิ่มขึ้น 0.359, 0.194, และ 0.176 หน่วยตามลำดับโดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 0.604 ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบึงเกลือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 34.8

6) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ดทั้งหมด 121 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด

49 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 40.5 โดยส่วนใหญ่คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร

อภิปรายผล

การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตามและถูกคัดเลือกเข้ามาในได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.8 การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการจะเป็นการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนการดำเนินงานในการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการรายงานผลการดำเนินงานการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณจะเป็นงบประมาณในการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนที่เพียงพอ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทันเวลา มีส่วนร่วมในการวางแผนงบประมาณเกี่ยวกับการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹³ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรซึ่งจะเป็นอาสาสมัครได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทักษะในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้รับความร่วมมือในการทำงานร่วม



กันระหว่างเกี่ยวกับการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดีไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹³

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานโดยประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรพัฒนาการประเมินผลการปฏิบัติงานการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการประสานงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลและการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ

2) ควรมีการศึกษารูปแบบการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2017). Health of the elderly.ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560,จาก<http://www.emro.who.int/entity/elderly-health/index.html>

2. Shermerhorn, R., Hunt, G. & Osborn, N. Organizational behavior. New York: Wiley;2003.
3. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences.2nded. NewYork : McGraw-Hill;1988.
4. Best, J.W. . Research in Education. 3rd ed. Engle Wood Clift, N J: Prentice Hall;1977.
5. Elifson, Kirk W., Runyon, Richard P., & Haber, Audrey Fundamentals of social statistics.2nd ed. McGraw-Hill, New York.;1990.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ 2560-2564) กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี;2560
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:สามเจริญพานิชย์; 2554
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน; 2560
11. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ.ฐานข้อมูล อสม.ร้อยเอ็ด: สำนักงาน; 2559
12. ยุพิน อัมพรราช และชนะพล ศรีฤาชา.แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2557;21(1), 31-43.



13. ภคอร โจทย์กึ่ง, และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมใน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาล ขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560 ;24(2) :29-37.



การศึกษาความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอน ในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์

Study the satisfaction of using the Zoom cloud meeting Application tutorial in Midwifery Practicum

อุมาสวรรค์ ชูหา พย.ม.¹ สุธาทิพย์ เตี้ยววานิชย์ กศ.ม.²,
ธีรเสฏฐ์ ศิรธานานนท์³, เพชรไพลิน พิบูลนิธิเกษม และศิริภัทตรา จุฑามณี⁴
Umasawan Choocha¹, Suthatip Deawwanich²,
Teeraset Sirathananon³, Phetpailin Phibunnithikasem⁴ and Siripattra Juthamane⁵

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ ที่ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) มี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์จำนวน 64 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Descriptive Statistics

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Zoom ช่วยสอนอยู่ในระดับมากที่สุด นักศึกษามีความรู้สึกเหมือนได้เรียนจริงภายในห้องเรียนมีค่าเฉลี่ย 4.61 ± 0.49 รองลงมาคือความพึงพอใจด้านสามารถทบทวนการเรียนการสอนได้ตามที่ต้องการมีค่าเฉลี่ย 4.59 ± 0.49

สรุป แสดงให้เห็นว่าการใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ ทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านนักศึกษามีความรู้สึกเหมือนได้เรียนจริงภายในห้องเรียนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting, วิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

² นักวิชาการศึกษา ส่วนงานศูนย์วิจัย ฐานข้อมูล และประกันคุณภาพ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มทร.รัตนโกสินทร์

³ ที่ปรึกษาอิสระ

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ABSTRACT

Objective : To study the student's satisfaction with the using the Zoom cloud meeting application for teaching midwifery practice at a private university in Pathumthani.

Methods : This descriptive research design the samples derive from 64 students in midwifery practicum. Research tools include general record format and satisfaction rating. The representative sample will be taught through the Zoom cloud meeting application weekly, twice a week, 2 hours a week for a total of 6 weeks. The data were analyzed by Descriptive Statistics.

Results : The research found that Satisfaction with using the Zoom cloud meeting application is high. Satisfaction was the students feeling as if they actually learned in the classroom with an average of 4.61 ± 0.49 , followed by the ability to repeat the teaching as required with an average of 4.59 ± 0.49 .

Conclcsion : The results show that the use of the Zoom cloud meeting application allows teaching in the midwifery course. The students are highly satisfied. In particular, it is possible to actually learned in the classroom.

Keywords : Satisfaction, Zoom cloud meeting Application, Midwifery Practicum

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ มิติอย่างรวดเร็ว การก้าวผ่านจากโลกปฏิวัติอุตสาหกรรมยุคเก่าไปสู่โลกดิจิทัล ทำให้ความต้องการของตลาดแรงงานเปลี่ยนไป ทักษะต่างๆ ที่ทำซ้ำๆ (routine work) จึงต้องมีการปรับเปลี่ยน เพราะคอมพิวเตอร์สามารถทำแทนได้ ทุกคนทุกภาคส่วนมีการตื่นตัวเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว องค์กร World Economic Forum (WEF)¹ ทำการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการของตลาดแรงงานรวมทั้งแนวโน้มของเทคโนโลยีในองค์กรใหญ่ๆ ทั่วโลก ผลการศึกษาได้สรุปทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 (21st-Century Skill) ออกมาเป็น 16 ทักษะ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ Foundational Literacies กลุ่มทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิสัมพันธ์กับบริบทที่แตกต่างกัน Competencies กลุ่มทักษะที่ต้องนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือความท้าทายที่ต้องเจอในชีวิต Character Qualities กลุ่มทักษะที่ใช้ในการจัดการตัวเองกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ทั้ง 6 ด้าน เน้นการพัฒนาทุกมิติโดยเฉพาะด้านการพัฒนา

และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์² เป็นด้านที่มีความสำคัญมาก กระทรวงศึกษาธิการจึงได้กำหนดแผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2579) ออกเป็น 6 ยุทธศาสตร์³ โดยสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติและมาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 ทั้ง 5 ด้าน มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านผู้เรียน⁴ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติเช่นกัน คณะกรรมการการศึกษาและการกีฬา สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้เสนอแนะด้านการแก้ปัญหาเพื่อให้การปฏิรูปอุดมศึกษาเป็นรูปธรรม โดยเน้นด้านการสร้างพลเมืองคุณภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขัน⁵ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่เน้นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ดังนั้นทุกหลักสูตร ทุกระดับการศึกษา จึงต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาต่างๆ

คณะพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบันและอนาคต ต้องการผลิตบัณฑิตที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ คิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้ ในหลักสูตรปัจจุบันได้จัดการศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 2560 ซึ่งทั้ง 6 ด้านได้ปรับตามแผนพัฒนาต่างๆ ประกอบด้วยด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา



ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ⁶ ดังนั้นการสอนในปัจจุบันจึงเน้นทั้งรายวิชาทฤษฎีและวิชาภาคปฏิบัติ โดยปฏิบัติการพยาบาลทั้งในห้องทดลองและสถานการณ์จริงในสถานที่จริง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

วิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ เป็นรายวิชาในกลุ่มวิชาชีพซึ่งฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง เน้นให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติจริง นำความรู้ที่ได้รับจากภาคทฤษฎีมาสู่ภาคปฏิบัติ คิดวิเคราะห์ ปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน แหล่งฝึกปฏิบัติงานมีทั้งในพื้นที่และต่างจังหวัด จึงทำให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาไม่สามารถติดตามเยี่ยมอาจารย์นิเทศและนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างจังหวัดได้อย่างทั่วถึง โดยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะทางและค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่าก่อนที่นักศึกษาจะออกไปฝึกปฏิบัติ ทางอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาจะทบทวนและสาธิตในห้องปฏิบัติการแล้วก็ตาม แต่นักศึกษาต้องได้รับการทบทวนความรู้ตลอดเวลา แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา สามารถติดตามเยี่ยมอาจารย์นิเทศและนักศึกษาได้โดยผ่าน video conference ซึ่งสามารถสาธิต ทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาเพียงเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งแอปพลิเคชันดังกล่าวไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการและสัญญาณค่อนข้างเสถียร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting เพื่อให้ นักศึกษาฝึกใช้เทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับผู้เรียนใน

ศตวรรษที่ 21 ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปพัฒนาการเรียน การสอนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์

สมมติฐานในการวิจัย

ผู้เรียนที่ได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ ที่มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งใน จ.ปทุมธานี จำนวนนักศึกษา 64 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนา นักศึกษา โดยใช้ กระบวนการ Input process output เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนรู้นักศึกษาพยาบาล โดยการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอน แล้วนำมาสรุปผล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยชินวัตร และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน โดยการใช้แบบสอบถาม หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงรวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึก อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้คอมพิวเตอร์/มือถือ และ ความรู้ทางด้านคอมพิวเตอร์/มือถือ
2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หার้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ลงเรียนวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ จำนวน 64 คน เพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 เพศหญิง 59 คน คิดเป็นร้อยละ 92.19 ประสบการณ์การใช้คอมพิวเตอร์ /มือถือ มากกว่า 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ความรู้ทางด้านคอมพิวเตอร์/มือถือ อบรม/ฝึกฝนด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 100 ใช้มือถือเป็นอุปกรณ์ในการทำงานผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เคยใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting คิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 1 ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting

หัวข้อการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความ
ความพึงพอใจต่อระบบแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting			
1. นักศึกษาคิดว่าแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ง่ายต่อการใช้งาน	4.41	0.49	มากที่สุด
2. นักศึกษาสามารถเรียนรู้การใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ได้อย่างรวดเร็ว	4.41	0.49	มากที่สุด
3. นักศึกษาสามารถเลือกใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ได้ในช่องทางที่ตนเองสะดวก	4.00	0.31	มาก
4. นักศึกษาคิดว่าแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.81	0.75	มาก
5. อาจารย์ผู้สอนสามารถใช้สื่อการสอนในรูปแบบต่างๆ กับนักศึกษาได้ตามที่ต้องการ	3.78	0.74	มาก
6. การจัดการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting สามารถสร้างบรรยากาศในห้องเรียนที่น่าสนใจ	4.14	0.35	มาก
7. การจัดการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ทำให้มีการติดต่อสื่อสารเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาระหว่างผู้สอน			



ตาราง 1 (ต่อ) ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting

หัวข้อการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลความ
เพื่อนร่วมชั้น และผู้เรียน	4.55	0.50	มากที่สุด
8. นักศึกษาคิดว่าการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยลดความสับสนเปลืองในการจัดการเรียนการสอน	4.58	0.49	มากที่สุด
9. นักศึกษาคิดว่าการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยลดข้อจำกัดในการเรียนการสอนได้	4.20	0.40	มาก
10. นักศึกษาคิดว่าแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting มีตัวเลือกการใช้งานที่ครอบคลุมการใช้งานด้านการเรียนการสอน	4.41	0.49	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	4.24	0.14	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านประสิทธิผลในการเรียนการสอน			
1. การจัดการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในบทเรียนมากขึ้น	4.41	0.49	มากที่สุด
2. การจัดการเรียนการสอนผ่าน แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting เป็นการกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน	4.41	0.49	มากที่สุด
3. นักศึกษาสามารถซักถามข้อสงสัยในบทเรียนได้ทันทีขณะที่มีการเรียนการสอน	4.39	0.49	มากที่สุด
4. นักศึกษาสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติมกับอาจารย์ผู้สอนหรือวิทยากรพิเศษได้อย่างสะดวกรวดเร็ว	4.39	0.49	มากที่สุด
5. นักศึกษาสามารถทบทวนการเรียนการสอนได้ตามที่ต้องการ	4.59	0.49	มากที่สุด
6. นักศึกษาสามารถนำเสนอผลงานของตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ได้	4.20	0.40	มาก
7. การเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting สามารถสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับนักศึกษาได้	4.39	0.49	มากที่สุด
8. นักศึกษามีความรู้สึกเสมือนได้เรียนจริงในห้องเรียน	4.61	0.49	มากที่สุด
9. นักศึกษาคิดว่าการเรียนการสอนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ทำให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.39	0.49	มากที่สุด
10. นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการผดุงครรภ์ดีขึ้นภายหลังการเรียนผ่านแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting	4.41	0.49	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	4.42	0.03	มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยรวม

4.33

0.10

มากที่สุด

อภิปรายผล

ความพึงพอใจของผู้เรียนในการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาปฏิบัติการ ผดุงครรภ์ พบว่า ความพึงพอใจของผู้เรียนในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.33 ± 0.10 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการเรียนการสอน ผ่านสื่อดังกล่าวได้ผลดี โดยพิจารณาเป็นรายชื่อ ความพึงพอใจด้านประสิทธิผลในการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.42 ± 0.10 เป็นความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ มีประสิทธิผลด้านการใช้งาน ประหยัดคัมค่า คัมทุน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนทำงานและต้องการเรียนภาษาญี่ปุ่นผ่านระบบออนไลน์ จากการศึกษาใช้ Skype and Zoom Online Application ในการเรียนภาษา ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ Zoom Online Application ได้ผลลัพธ์ที่ดีไม่ว่าจะเป็นการอ่าน การเขียน การนำเสนองาน⁷ ซึ่งการใช้ Skype สามารถมีผู้เข้าร่วมเรียนได้เพียง 25 คน แต่ Zoom มีผู้เข้าร่วมเรียนได้ถึง 200 คนและผู้เข้าเรียนแบบ passive viewers อีก 3,000 คน⁸ และยังมีรายงานหลายฉบับที่สอนผ่านสื่อออนไลน์แล้วได้ผลดี เช่น การศึกษาโดยใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันช่วยสอนในระดับอุดมศึกษาในยุโรป⁹ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน พบว่า การใช้แอปพลิเคชันช่วยสอนมีประโยชน์มากและยังช่วยเพิ่มโอกาสทางการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสารและช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เรียนและอาจารย์อีกด้วย ดังนั้นการใช้แอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการใช้เป็นการเรียน การสอน ที่ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ใช้งานง่าย อีกทั้งยังประหยัด ลดต้นทุนอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในรายวิชาทฤษฎีที่มีบริบทแตกต่างกัน

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้งานแอปพลิเคชัน Zoom cloud meeting ช่วยสอนในรายวิชาต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Economic Forum. New Vision for Education: Fostering Social and Emotional Learning through Technology 2016 . Retrieved December 24, 2018, from http://www3.weforum.org/docs/WEF_New_Vision_for_Education.pdf
2. ราชกิจจานุเบกษา. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580). สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2561 จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพฯ: พรักหวานกราฟฟิค จำกัด, 2560: 93 – 131.
4. ราชกิจจานุเบกษา. มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2561 จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/199/T19.PDF>
5. สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. การปฏิรูปอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2561: 1 – 6.
6. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2561 จาก <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/news6.php>
7. Cuaca D., Dhanian A. & Udiana P. Basic Japanese Grammar and Conversation e-learning through Skype and Zoom Online Application. Retrieved December 24, 2018, from www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050917321038



8. David Mario Smith, J. L.. The Aragon Research Globe for Web and Video Conferencing, 2015: Focus on Platforms and Outcomes. Retrieved December 24, 2018, from <https://aragonresearch.com/the-aragon-research-globe-for->
9. Esteban V.. Mobile Distance Learning with Smart phones and Apps in Higher Education. Retrieved December 24, 2018, from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1045122.pdf>



Local Infiltration Analgesia (LIA) technique for pain control after total Joint replacement surgery

Permsak Namwichit, M.D.

ABSTRACT

Background : Total Joint Replacement surgery usually causes significant postoperative pain and it is one main reason for worrisome patients to postpone or deny surgery, aside from delay ambulation and hence delay recovery and discharge. Various methods of postoperative pain control have clinically been applied nowadays. The novel, Local Infiltration Analgesia (LIA) technique, provides satisfactory, effective, safe, simple and practical pain control to patients underwent total joint replacement surgery.

Method : 100 patients were recruited into this study. 50 patients were having total knee replacement (TKR) surgery whereas the others 50 patients were having Total Hip replacement (THR) surgery. All surgeries were done by same surgeon and same surgical technique. Difficult, revision and infected cases were excluded. All patients received the LIA pain control technique, by indwelling spinal catheter into the joint after surgery was done and before wound closure. Visual analogue pain score was evaluated immediately after surgery and throughout 2 days of postoperative care. The amount of Morphine given to the patients and level of pain score were collected and analyzed.

Results : Out of 50 patients underwent total knee replacement, there were 5 patients had pain score more than 4 and received Morphine to control the pain. Whereas, 3 of 50 patients underwent total hip replacement had pain score higher than 4 and received Morphine. There was no serious complication related to this pain control technique.

Conclusion : Local Infiltration anesthesia (LIA) pain control technique is simple but very effective to decrease postoperative pain. Most of patients were satisfied with only minimal postoperative pain. There was no side effect such as drowsiness and vomiting unlike in those patients who received Morphine. And there was no serious complication or unexpected events.

Keywords : Postoperative pain control (postop pain)



Background

Total joint replacement surgery has been continuously increasing Worldwide. As more of people live longer and are also more active than in the past, degenerative arthritis knee and hip prevalence are higher and those who need surgical treatment are also dramatically increase. Aside from being afraid of risks from surgery, post-operative pain is another major worrisome for many patients.

Nowadays, multi-modal analgesia¹ has been used to alleviate the postoperative pain. Those include pre-emptive analgesia,² intra-articular injection, epidural block and patients controlled anesthesia. None of these techniques provides complete pain control without possible complications. Some techniques need very meticulous technique and care.

Morphine has been used as a strong analgesia and is used in every institutions for postoperative pain control in major surgery patients. However, morphine usually has some side effects such as dizziness, drowsiness, sedation, vomiting and respiratory depression. Those side effects usually

delay patients from early ambulation and hence delay recovery and prolonged hospitalization.³ Besides, Morphine is well accepted to increase risk of falling and fracture especially in elderly patients.

Local Infiltration anesthesia (LIA) was firstly described⁴ as a simple, practical and effective pain control technique, and also help avoidance increase likelihood of morphine or other opioids consumptions,⁵ thus avoid opioids' sedation effect and facilitate rapid physiological recovery in order to enable early mobilization and discharge. This practical technique has not been widely used especially in Thailand.

A fine epidural catheter is placed intra-articular before wound closure. A mixture of medication such as ketorolac⁶ and Bupivacaine hydrochloride was injected into operated jointed through this epidural catheter in day 1 and day 2 after operation. The catheter was removed after injection of the medication in the second day.

Pain score and amount of morphine required by the patients were recorded and were used to analyze the efficacy of this pain control technique.



Fig.1: An epidural catheter was placed intra-articular.

Methods: The study took 3 years during October 2015 to October 2018. There were 50 patients underwent Total Knee Replacement (TKR) surgery and 50 patients underwent Total Hip Replacement (THR) surgery. All surgeries were done by one Orthopaedics surgeon, same surgical technique, same pre-operative management and same post-operative protocol. Patients who were candidate for elective total joint replacement surgery in Mahasarakham hospital during October 2015 to October 2018 were recruited into study. Those with inflammatory joint disease, post-traumatic arthritis, revision and History documented infected joint were excluded from recruitment.

This research has been approved by the

Research Esthic Committee, Mahasarakham Hospital.

As a preemptive medicine, meloxicam 7.5 mg would be routinely prescribed. Lorazepam 1 mg is also prescribed for better sleep of the patients on the night before operation would take place. A half an hour before skin incision Cefazolin 2 gm is given intravenously as a prophylactic antibiotic. And just before skin incision, 750 mg of Transamin is given in the purpose of bleeding control and is also given 750 mg before wound closure.

As for Total Knee Replacement (TKR), Medial parapatella skin incision and subvastus approach was done in all cases. PCL substituted and fixed bearing designed TKR prosthesis, were used.



For Total Hip Replacement (THR), Posterior approach is done with routinely repair of joint capsule, Piriformis tendon, Trochanteric bursa and fascial layer. Colarless, uncemented triple taper femoral stem was inserted by press-fit technique. Hemispherical acetabular metal cup was also inserted in press-fit technique without screw fixation. Epidural catheter was inserted into both the hip and knee joints through 18 gauge needle before begin would closure. Care was taken to ensure that the catheter was not caught in the joint mechanism and that it lay in a position such that the mixture solution could be delivered to all parts of the joints. A mixture of 0.5% Bupivacaine 20 cc, 40 cc of 0.9% NSS solution and 30 mg

Ketorolac⁶ was intra-articular and peri-articular injected before wound closure.

As a postoperative pain control protocol, 500 mg acetaminophen is given every 6 hour for 2 days. 50 mg Tramadol is given three times a day after meal. 300 mg Gabapentin is given before sleep time for 5 days. Parecoxib is injected 40 mg every 12 hours for 2 doses starting immediately when patients arrived at ward.

Pain is assessed every 4 hour by visual analogue score. If pain score is higher than 3 out of 10, Morphine is given intravenously. The amount of Morphine given is recorded and used for analyzing.

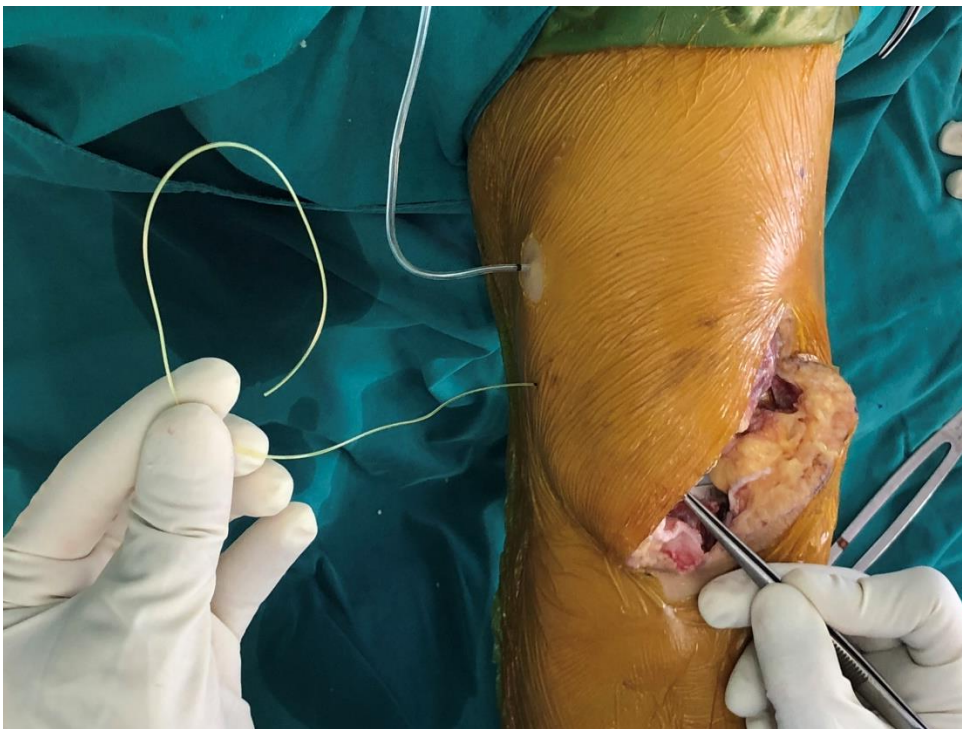


Fig 2 : An epidural catheter was inserted to knee joint before wound closure.

The mixture of 30 mg Ketorolac and 0.5% Bupivacaine 20 ml is injected to the operated joint in the morning for 2 days and the catheter is removed after the second day injection. The Radivac drain was clamped during injection of the solution through the epidural catheter then continue for 10 minutes to prevent the solution leakage.

The Radivac drain is removed when drainage fluid is less than 50cc per 8 hour and would never be placed for longer than 4 days. As for postoperative rehabilitation protocol, patients are encouraged to move their operated extremities as soon as possible. Begin with ankle-foot pump exercise and leg raise exercise and begin full weight bearing ambulation the first day after operation.



Fig 3 : Tip of epidural catheter is inserted to catheter connector and then connected to a filter.



Fig 4 : The mixture solution of Bupivacaine and Ketorolac is injected for 2 days after operation.

Result : After recruitment patients who were candidate to enroll in this study. Patients who meet the exclusion criteria were excluded from enrollment. Exclusion criteria were revision surgery, infection or suspect infection, post traumatic arthritis and inflammatory disease.

There were 50 patients underwent Total Hip Replacement (THR) and 50 patients underwent Total Knee Replacement (TKR). Demographic data of enrolled participants are shown in table 1 as below.

Table 1 : Demographic data of patients underwent total joint replacement.

Operation	n	Age(average)	Sex (M/F)
Total hip replacement	50	58	28/22
Total knee replacement	50	66	18/32

All operations were done by same surgeon, same pre-operative care, surgical technique and postoperative care protocol. Pain score were recorded by ward nurses by visual analogue pain score. Pain score 1 to3 was considered as minimal pain. Pain score 4-10 was considered as significant pain and Morphine would be given. Number of

patients who had significant pain or pain score was more than 3 were recorded and used for analyze. Numbers of patients who had significant pain (PS>3) and were given strong analgesic (Morphine) throughout 48 hour after operation until removal of catheter from hip and knee joints are shown below.

Table 2; pain score recorded on postoperative day 0 at 4 hour after time zero, postoperative day1 approximately 24 hour after time zero, and postoperative day 2 approximately 48 hour after time zero for each operation category.

Score	4 hour		24 hour				48 hour				
	Rest		Rest		Walking		Rest		Walking		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total hip replacement (n=50)											
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	4	4	8	0	0	6	12	0	0	0
2	10	20	22	44	16	32	26	52	21	42	42
3	37	74	22	44	34	68	18	36	29	58	58
>3	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0
Total knee replacement (n=50)											
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
2	6	12	13	26	15	30	21	42	11	22	22
3	41	82	36	72	33	66	29	58	39	78	78
>3	3	6	0	0	2	4	0	0	0	0	0

As shown in table 2, number of patients underwent both total hip and total knee replacement with Local infiltration analgesia (LIA)

pain control technique that had severe pain and required Morphine were only 6 and 10 percent respectively.

**Table 3;** Morphine usage over the first 48 hour postoperative by operation category.

	Total hip replacement	Total knee replacement
	N=50	N=50
No Morphine	47	45
Morphine	3	5
Morphine after 24 hour	0	0

Summary numbers of patients who received and did not receive Morphine are shown in table 3

Total joint replacement surgery usually cause significant pain. And as shown in our study, postoperative pain usually is more intense on the first 24 hour after operation. There was no patients had pain score more than 3 after 24 hour.

There were none serious complications such as deep surgical wound infection. But there were some minor complication such as prolonged

wound drainage⁷ in both group of patients but the incidence percentage of this complications in our series was not exceed incidence in general population undergoing total joint replacement surgery. In 2013, the first International Consensus Meeting (ICM) on PJI defined prolonged wound drainage as >2 x 2 cm of drainage in the wound dressing beyond 72 hours after index surgery.⁷

Table 4; Number and percent of patients with complication by operation category.

	Total hip replacement	Total knee replacement
	N=50	N=50
Deep surgical wound infection (percent)	0(0)	0(0)
Prolonged wound oozing (percent)	4(8)	7(14)

Number and percent of patients who had complications are shown in table 4

Conclusion : Local Infiltration Analgesia (LIA) pain control technique is simple, practical, effective and doesn't require any special skill or instruments to do.

Less than 10 percent of patients underwent total joint replacement surgery has significant pain and most of them were satisfied with this simple

pain control technique.

This novel pain control technique does not mean to replace any other method of analgesia technique but to enhance and adjunct other method's efficacy for better postoperative pain alleviation and thus facilitate faster ambulation and recovery.

There was no serious complication but some minor complications such as prolonged wound oozing in the study group of patients.

Limitations in this study were this is not a Randomized controlled trial (RCT) study and number of patients enrolled in the study were not large and there was not blind in the study.

Further randomized controlled trial study may be conducted in the future to further clarify the accuracy and reliability of this analgesia technique.

References

1. Pain Management Techniques in Hip and Knee Arthroplasty: A Review of Literature, Manish Diwakar, Consultant joint replacement surgeon, ShankusMedicity Hospital, Mehsana, India, *Journal of Orthopedics & Bone Disorders*, 2017 ; 1 (3)
2. Preemptive analgesia in orthopedic surgery: a literature review, Juan Lopez Valencia, Anapaola Koch Leopo, *Clinical trial in Orthopaedic disorder*, Year ,2017; 2 (4): 144-152
3. Relationship Between Potential Opioid-Related Adverse Effects and Hospital Length of Stay in Patients Receiving Opioids After Orthopedic Surgery, Laura T. Pizzi, Pharm.D., M.P.H., Richard Toner, *Pharmacotherapy* 2012 ;32(6):502-514
4. Local infiltration analgesia: technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery, Dennis R Kerr and Lawrence Kohan, *Octa Orthopaedica* ,2008 ; 79(2) : 174-183
5. Reduced morphine consumption and pain intensity with local infiltration analgesia (LIA) following total knee arthroplasty. A randomized double-blind study involving 48 patients. Essving P, Axelsson K, Kjellberg J, Wallgren O, Gupta A, Lundin A. *Acta Orthop*, 2010 ; (81): 354-60
6. The use of ketorolac in the management of postoperative pain. DeAndrade JR1, Maslanka M, Maneatis T, Bynum L, Burchmore M. *Orthopedics*. 1994 Feb ; 17(2):157-66
7. Persistent Wound Drainage After Total Joint Arthroplasty: A Narrative Review, Frank-Christiaan B.M. Wagenaar, Claudia A.M. Lowik. *The Journal of Arthroplasty*, 2019 ; (34) :175-182