ปีที่ 11 ฉบับที่ 31 มกราคม – เมษยน 2566

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ISSN : 2286-9255

เขาสันหนอกวัว
(อุทยานแห่งชาติเขาแหวม กาญจนบุรี)
ภาพโดย : paiduaygan.com

เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กาญจนบุรีเวชสาร
Kanchanaburi Medical Journal
ISSN : 2286-9255

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.นพ.สุรพงษ์ ตันธนศรีกุล
นพ.พนัส โสภณพงษ์
รศ.นพ.ดร.บัณฑิต ชุมวรฐายี
ภก.ชัยยุทธ เจติยานุวัตร

บรรณาธิการ

นพ.วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์

บรรณาธิการผู้จัดการ

น.ส.รัชนก พลพิทักษ์

รองบรรณาธิการ

พญ.จิรณัฏ พวงแก้ว
นพ.รักษ์พงศ์ เวียงเจริญ
นพ.ปัญญา วัฒนรังสรรค์
พญ.นันทิดา ปราบนุชวงศ์
ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์
พญ.ประยงค์ศรี คำประพันธ์
พญ.รุ่งรวี ชัยวัฒน์
พญ.วีรวรรณ อยู่สมบูรณ์
พญ.พาณิภัค กตเวทิวงศ์
ทพญ.โสภีภรณ์ ลักนลาภลอย
ดร.เมทณี ระดาบุตร
ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม
นางสาวชนากานต์ อนันตริยกุล
นางบุษบา แพงบุปผา
นางรวิวรรณ อภินันทชาติ
ภญ.บุรัสกร ทรัพย์สุพรรณ

กาญจนบุรีเวชสารเป็นวารสารทางการแพทย์ราย 4 เดือน กำหนดออกในเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โทร. 081-8562493

Website http:www.kanpho.go.th

E-mail address kmj.kan@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท เพชรเกษมพริ๊นติ้ง กรุ๊ป จำกัด

18/49 ถ.ทรงพล ต.ลำพยา อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

กาญจนบุรีเวชสาร

สารบัญ / Contents

	หน้า
บรรณาธิการแถลง นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์	4
นิพนธ์ต้นฉบับ/Original Article	
1. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสโควิด 19 โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี Risk factors of mortality in COVID-19 patients Phaholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi ศุภฌา พิพัฒน์นรเศรษฐ์ และชนกานต์ อนันตริยกุล Supacha Pipatnoraseth, M.D. and Chanakan Anuntariyakoon	5
2. การศึกษาลักษณะทางคลินิคของโรคมาลาเรียไวแว็กซ์ในจังหวัดกาญจนบุรี Clinical manifestation of patients who infected with Plasmodium Vivaxmalaria ธนภัทร วงศ์ระพี Thanapat Wongrapee , M.D.	14
3. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์ The Effects Of Nursing Participation Program In Preventing Preterm Labor For Pregnant Women Aged 24+6 - 36+6 Weeks สุนันท์ กิจเกตุ Sunun Kitgate	26

สารบัญ / Contents

หน้า

4. การประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร **41**
Evaluation of the Prescription of Herbal Medicines by Public Health Officials at Sub-district Health Promoting Hospitals, Samutsakorn Province
พิภัทรา จุลสวัสดิ์
Pipatra Chulsawat

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน **59**
Factors Associated with Mortality of Tuberculosis Patients In Chao Khun Phaiboon Phanom Thuan Hospital
ศิริพรรณ โมกขพันธ์
Siriphun Mokkaphun

6. ปรากฏการณ์หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในระยะแรก : กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี **70**
Phenomenon after the first phase of the transfer of Sub district Health Promoting Hospital to Provincial administrative organizations: Kanchanaburi case study
ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนันท์
Chaiyaputthaa Phurichaivoranant

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีท่านผู้อ่านกาญจนบุรีเวชสาร เล่มที่ 31 ช่วงนี้เป็นช่วงฤดูร้อน และเข้าสู่ปีใหม่ของไทย เทศกาลสงกรานต์ และมีวันในเดือนเมษายน สำคัญ เช่น วัน ผู้สูงอายุ วันครอบครัว กาญจนบุรีเวชสารเล่มนี้ มีเรื่องน่าสนใจจากการ ศึกษาและวิจัยของชาวสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดอื่น ของ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข อากาศจังหวัดกาญจนบุรีในช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของทั้งสภาพอุณหภูมิที่สูงรวมถึง การมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศ ที่เรา เรียกว่า PM 2.5 ด้วยขนาดที่เล็กมาก ทำให้ฝุ่นละออง PM2.5 สามารถถูก สูดเข้าลึกถึงทางเดินหายใจและปอด บางอนุภาคยังอาจเข้าสู่กระแสเลือด ไหลเวียนของร่างกาย อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากมาย นอกจากระวังฝุ่นละอองขนาดเล็กแล้ว พวกเรายังคงต้องให้ความรู้กับประชาชนในเรื่อง โรคภัยที่มากับหน้าร้อน รวมถึงยังต้องระมัดระวังอุณหภูมิที่ร้อนมาก โดย เฉพาะช่วงเวลาหลัง 10 โมงเช้าไป ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ร้อนนานๆ และพยายามดื่มน้ำเรื่อย ๆ อย่าปล่อยให้ร่างกายขาดน้ำ ผมขอถือโอกาสนี้ในการอวยพรปีใหม่ของไทยเราในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยดลให้พวกเราชาวสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีความสุข สุขภาพ ร่างกายแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ มีเงินทองใช้ตลอดไปครับ ด้วยรักและเคารพ

ด้วยรักและเคารพ

นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสโควิด 19 โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Risk factors of mortality in COVID-19 patients Phaholpolpayuhasena Hospital Kanchanaburi

ศุภณา พิพัฒน์นรเศรษฐ์ ,ชนกานต์ อนันตริยกุล

Supacha Pipatnoraseth, M.D., Chanakan Anuntariyakoon

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Supacha.pipat@gmail.com, pu.yss7@hotmail.com

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด 19 แพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงเศรษฐกิจ การค้า และระบบสาธารณสุขโดยพบว่าในช่วงการระบาดมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในอัตราที่สูงกว่าโรคระบบทางเดินหายใจทั่วๆไป การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19

พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆได้แก่ ผู้ป่วยเพศชาย สูงอายุ และมีโรคประจำตัวต่างๆ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การใส่ใจเป็นพิเศษ และมีลักษณะทางคลินิกที่อาจจะทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ อาการไข้สูง และการมีสภาวะปอดอักเสบ อย่างไรก็ตามแม้ผลการศึกษาจะบ่งว่าการฉีดวัคซีนอาจไม่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิต แต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษานี้คือเรื่องของประเภทวัคซีน และระยะเวลาการรับวัคซีนก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงยังคงแนะนำให้มีการรับวัคซีน และการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นต่อไป

Abstract

The COVID-19 pandemic is spreading rapidly across the world. COVID-19 severely affected trade,economy, and public health system. Death rate of COVID-19is higher than that of other respiratory diseases. Therefore, we conducted a study to identify risk factors related to mortality in patients with COVID-19 in Phaholpolpayuhasena Hospital.

The results found that the risk factors for death of COVID-19 patients at Phaholpolpayuhasena Hospital were consistent with other studies, including male patients, elderpatientand those with underlying diseases. Therefore, this group of patients need special attention. Clinical features that showed poor prognosis in COVID-19 include high fever and presence of pneumonitis. Even, the mortality rate was not different in vaccination patients, vaccination and booster vaccination is still recommend, because the limitation of retrospective study and types of vaccines in this study did not include mRNA vaccines.

หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อโคโรน่า 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Diseases 2019) มีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ โดยการผ่านเชื้อจากละอองเสมหะการไอ ระยะเวลาในการสัมผัสเชื้อและเริ่มมีอาการโดยทั่วไปแล้วอยู่ประมาณ 5 วัน แต่มีช่วงระหว่าง 2 ถึง 14 วัน อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุการระบาดของโรคโควิด 19 แพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงเศรษฐกิจการค้า และระบบสาธารณสุข โดยพบว่าในช่วงการระบาดมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในอัตราที่สูงว่าโรคระบบทางเดินหายใจทั่วๆไป โรคนี้สามารถตรวจพบได้โดยหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสด้วย real-time reverse transcription polymerase chain reaction (real-time RT-PCR) ซึ่งมีข้อจำกัดคือต้องใช้ระยะเวลานาน[1,2] และในระยะต่อมาคือการใช้ชุดตรวจ คัดกรองแบบรวดเร็ว (rapid test) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนเป็นวงกว้าง[3]

โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วง 1 มกราคม 2564 ถึง 30เมษายน 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,642 ราย เสียชีวิตทั้งหมด115 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.15 และพบว่าผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตสูงได้แก่กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสีย

ชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ต่อไป[4,5]

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังแบบ case-control จากเวชระเบียนผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีแบบมาตรฐานโดยการตรวจสารพันธุกรรม และรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี ระหว่าง 1 มกราคม 2564 ถึง 30 เมษายน 2565 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 2022-14

การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จะใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยจะนำเสนอข้อมูลตามชนิดของข้อมูล ดังนี้ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอในลักษณะของค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ t-test ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวนค่าร้อยละและทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ chi-square ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 ด้วยวิธีแบบมาตรฐานโดยการตรวจสารพันธุ์กรรม และรับไว้ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างความแตกต่างของสัดส่วนอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มความเสี่ยงสูงเทียบกับกลุ่มความเสี่ยงต่ำดังนี้[6]

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2[p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)]}{(p_1-p_2)^2}$$

P1 = 0.36 (6)

P2 = 0.16 (6)

$z_{\alpha/2}^2$ = 1.64

n = 25 ต่อกลุ่ม เผื่อค่าความคาดเคลื่อนของข้อมูลอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 28 รายต่อกลุ่ม ในการศึกษานี้ได้ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตและกลุ่มที่เสียชีวิตอย่างละ 80 รายต่อกลุ่ม

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย และอัตราการหายใจเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตอยู่ที่ 66.66 (±13.74) ปี ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตมีอายุเฉลี่ย 53.55 (±16.70) ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ และกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอัตราการหายใจเฉลี่ยที่21.99 (±4.35) ครั้งต่อนาที ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตมีอัตราการหายใจเฉลี่ยที่28.14 (±6.55) ครั้งต่อนาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$รวมถึงลักษณะแรกรับของผู้ป่วยจะมีค่าความเข้มข้น

ออกซิเจนในเลือดต่ำในกลุ่มผู้เสียชีวิต ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
อายุ	53.55	16.70	66.66	13.74	<0.001
ความสูง (ซม.)	163.45	13.34	160.49	9.40	0.106
น้ำหนัก (กก.)	69.77	16.98	65.36	21.43	0.151
BMI	21.34	4.94	20.27	6.15	0.226
อุณหภูมิ (c)	37.21	.83	37.60	1.02	0.009
อัตราการหายใจ(ครั้งต่อนาที)	21.99	4.35	28.14	6.55	<0.001
อัตราการเต้นของหัวใจ(ครั้งต่อนาที)	91.00	15.79	99.29	18.61	0.003
ความดันโลหิต (Systolic)	133.39	24.69	144.27	28.43	0.011
ความดันโลหิต (Diastolic)	79.97	18.02	83.33	18.55	0.248
ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (Sat o2)	96.19	4.28	89.37	8.25	<0.001

พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) และกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต (เบาหวาน; $p = 0.026$, ความดันโลหิตสูง; $p < 0.001$) และกลุ่มที่เสียชีวิตมักมีโรคประจำตัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
เพศ	**ชาย**	**34**	**42.5%**	**50**	**62.5%**	**0.011**
	หญิง	46	57.5%	30	37.5%	
เบาหวาน	ไม่มี	62	77.5%	48	60.0%	0.026
	มี	18	22.5%	32	40.0%	
ความดันโลหิตสูง	ไม่มี	57	71.3%	35	43.8%	<0.001
	มี	23	28.7%	45	56.3%	

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
ถุงลมโป่งพอง	ไม่มี	75	93.8%	73	91.2%	0.489
	มี	5	6.3%	7	8.8%	
โรคประจำตัวอื่นๆ	โรคหัวใจ	2	2.6%	11	13.9%	n/a
	โรคมะเร็งต่างๆ	1	1.3%	2	2.6%	
	โรคตับแข็ง	0	0.0%	2	2.5%	
	โรคไต	5	6.3%	6	7.6%	
	HIV	0	0.0%	1	1.3%	
	โรคไทรอยด์	0	0.0%	1	1.3%	
	โรคหลอดเลือดในสมอง	3	3.8%	6	7.6%	
	เคยเป็นวัณโรค	0	0.0%	1	1.3%	
	SLE	1	1.3%	0	0.0%	

พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตมักมีอาการไข้และหอบเหนื่อยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการโรคโควิดของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

อาการโรคโควิด		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
ไข้	ไม่มี	30	37.5%	15	18.8%	0.013
	มี	50	62.5%	65	81.3%	
ไอ	ไม่มี	23	28.7%	12	15.0%	0.055
	มี	57	71.3%	68	85.0%	
เจ็บคอ	ไม่มี	63	78.8%	68	85.0%	0.412
	มี	17	21.3%	12	15.0%	
ตาแดงอักเสบ	ไม่มี	76	95.0%	79	98.8%	0.367
	มี	4	5.0%	1	1.3%	
หอบเหนื่อย	ไม่มี	62	77.5%	32	40.0%	<0.001
	มี	18	22.5%	48	60.0%	

อาการโรคโควิด		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
น้ำมูก	ไม่มี	60	75.0%	69	86.3%	0.109
	มี	20	25.0%	11	13.8%	
ปวดศีรษะ	ไม่มี	75	93.8%	69	86.3%	0.186
	มี	5	6.3%	11	13.8%	
ท้องเสีย	ไม่มี	72	90.0%	73	91.3%	0.786
	มี	8	10.0%	7	8.8%	
จมูกไม่ได้กลิ่น หรือ	ไม่มี	78	97.5%	79	98.8%	0.56
ลิ้นไม่รับรส	มี	2	2.5%	1	1.3%	
อื่นๆ	ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย	2	2.5%	11	13.8%	n/a
	ลมชัก	2	2.5%	0	0.0%	
	ซึม	3	3.8%	5	6.3%	
	บวม	0	0.0%	1	1.3%	

พบว่าสถานการณ์การฉีดวัคซีนของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สถานะการณ์การฉีดวัคซีนโรคโควิดของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

สถานะการณ์การฉีดวัคซีน		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
vaccine	ไม่ได้รับ	44	55.0%	56	70.0%	0.072
	ได้รับ	36	45.0%	24	30.0%	
Sinovac 2 เข็ม	ได้รับ	12	15.0%	8	10.0%	0.474
AstraZeneca 2 เข็ม	ได้รับ	16	20.0%	8	10.0%	0.077
วัคซีนผสม Sinovac และ AstraZeneca	ได้รับ	8	10.0%	4	5.0%	0.230
วัคซีนอื่นๆ	Pfizer	3	3.8%	1	1.3%	0.525
	Sinopharm	13	16.3%	11	13.8%	

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เสียชีวิตมีการให้ออกซิเจนในการรักษาจำเป็นต้องอยู่ในห้องไอซียู ได้รับยารักษาโควิดที่มากกว่า และมีสภาวะปอดบวมมากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการรักษาโรคโควิดของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

การรักษา		ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
		จำนวน	%	จำนวน	%	
การรักษาด้วยออกซิเจน	ไม่ได้รับ	53	66.3%	11	13.8%	<0.001
	canular	18	22.5%	18	22.5%	
	mask with bag	5	6.3%	16	20.0%	
	HFNC	3	3.8%	6	7.5%	
	ET tube	1	1.3%	29	36.3%	
เครื่องช่วยหายใจ	ไม่ใช้	78	97.5%	35	43.8%	<0.001
	ใช้	2	2.5%	45	56.3%	
ICU	ไม่เข้า	66	82.5%	17	21.3%	<0.001
	เข้า	14	17.5%	63	78.8%	
ยาที่ได้รับ	ไม่ได้รับยา	10	12.5%	0	0.0%	<0.001
	Favipiravir	68	85.0%	66	82.5%	
	Remdesivir	2	2.5%	13	16.3%	
	Favipiravir + Remdesivir	0	0.0%	1	1.3%	
วินิจฉัยว่าปอดบวมก่อนการรับไว้นอนโรงพยาบาล	ไม่มี	49	61.3%	12	15.0%	<0.001
	มี	31	38.8%	68	85.0%	
วินิจฉัยว่าปอดบวมหลังการรับไว้นอนโรงพยาบาล	ไม่มี	32	40.0%	0	0.0%	<0.001
	มี	48	60.0%	80	100.0%	

พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.3(±6.1) วัน ขณะที่ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.0(±6.4) วัน ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.192$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=80)		ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=80)		p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
ระยะเวลา (วัน)	12.3	6.1	11.0	6.4	0.192

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสโควิด 19 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน มีอาการของไข้ หอบเหนื่อย หรือได้รับการวินิจฉัยว่าปอดอักเสบ ขณะแรกรับ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในประเทศฝรั่งเศสและประเทศในยุโรปอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยเพศชาย และผู้ที่มีโรคประจำตัว เมื่อป่วยด้วยโรคโควิด 19 จะมีอาการของโรคที่รุนแรงกว่า[7,8] แต่พบว่าอาการของโรคอื่นๆ เช่น เจ็บคอ น้ำมูก และการฉีดวัคซีน (ข้อมูลขณะศึกษามีวัคซีนเฉพาะ Sinovac และ AstraZeneca) ไม่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อแนะนำของศูนย์ป้องกันความคุมโรคของสหรัฐ (Centersfor Disease Control and Prevention) อาจเป็นเพราะประเภทของวัคซีนที่พบในการศึกษาเป็นวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีแบบเดิม แตกต่างจากการศึกษาในสหรัฐที่ใช้วัคซีนแบบ mRNA เป็นส่วนใหญ่[9] และผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบมาก หรือต้องการการรักษาการดูแลที่มาก เช่น ต้องอยู่ ICU จะมีการเสียชีวิตสูงกว่า [10]

โดยสรุปการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด19 ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆได้แก่ผู้ป่วยเพศชาย สูงอายุ และมีโรคประจำตัวต่างๆ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การใส่ใจเป็นพิเศษ และมีลักษณะทางคลินิกที่อาจจะทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่อาการไข้สูง และการมีสภาวะปอดอักเสบ อย่างไรก็ตามแม้ผลการศึกษาจะบ่งชี้ว่าการฉีดวัคซีนอาจไม่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต แต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษานี้คือเรื่องของประเภทวัคซีนและระยะเวลาการรับวัคซีนก่อนการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงยังคงแนะนำให้มีการรับวัคซีนและการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นต่อไป นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนได้ ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมและทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลการศึกษาในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้

คำปรึกษาแนะนำ การดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณหน่วยงานสารสนเทศที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Prevention CoDCa. www.cdc.gov. [Online]; 2022. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/index.html.
2. Carter LJ GLVSJLYZQSCea. Assay techniques and test development for COVID-19 diagnosis. ACS Central Science. 2020;: p. 6:591–605.
3. Mardian Y KHKMNAaLCY. Review of Current COVID-19 Diagnostics and Opportunities for Further Development. Frontiers in Medicine. 2021;: p. 8:615099.
4. Guan W NZHYLWOCHJea. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine. 2020;: p. 382:1708–20.
5. Zoabi Y DRSSN. Machine learning-based prediction of COVID-19 diagnosis based on symptoms. npj Digital Medicine. 2021;: p. 4:3.
6. Sitthichai B, Phisan C. Case Fatal Rate and Factors Associated with Deaths due to COVID-19. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022;: p. 25-36.
7. Kaeuffer C LHCFTea. Clinical characteristics and risk factors associated with severe COVID-19: prospective analysis of 1,045 hospitalised cases in North-Eastern France, March 2020. Eurosurveillance. 2020;: p. 25(48):2000895. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.48.2000895. PMID: 33272355; PMCID: PMC7716399.
8. Figliozzi S MPANTLKEAAea. Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. European journal of clinical investigation. 2020;: p. Oct;50(10):e13362.
9. Johnson AG, Amin AB, Ali AR, et al. COVID-19 Incidence and Death Rates Among Unvaccinated and Fully Vaccinated Adults with and Without Booster Doses During Periods of Delta and Omicron Variant Emergence — 25 U.S. Jurisdictions. MMWR. 2022;: p. 71:132–138. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e2.
10. Sanne de Bruin LDBMAvRea. Clinical features and prognostic factors in Covid-19: A prospective cohort study. eBioMedicine. 2021;: p. May 13, 2021. DOI:https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103378.

การศึกษาลักษณะทางคลินิคของโรคมาลาเรียไวแว็กซ์ในจังหวัดกาญจนบุรี

Clinical manifestation of patients who infected with Plasmodium Vivaxmalaria

ธนภัทร วงศ์ระพี

Thanapat Wongrapee , M.D.

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

oatmdswu@hotmail.com

บทคัดย่อ

โรคมาลาเรียเกิดจากการติดเชื้อโปรโตซัว ติดต่อสู่คนผ่านการกัดของยุงก้นปล่องที่มีเชื้อ อาการสำคัญ คือ ไข้ หนาวสั่น โรคมาลาเรียไวแว็กซ์ยังเป็นมาลาเรียที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากพบอุบัติการณ์ได้บ่อยที่สุดซึ่งเป็นชนิดที่ไม่แสดงอาการมาก แต่สามารถเป็นๆหายๆ จากเชื้อที่มีระยะหลบพักในตัว และอาจพบได้ในบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตการรักษาทำได้โดยการให้ยาต้านมาลาเรีย และป้องกันได้โดยการใช้มาตรการป้องกัน เช่น มุ้ง หรือยาฆ่าแมลง การศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของมาลาเรียไวแว็กซ์ในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรคนี้ต่อไป

จากการศึกษาพบว่าลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยชาย และหญิงในจำนวนเท่าๆกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และอาการแสดงที่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.70 มีอาการไข้ อาการรองลงมาได้แก่อาการหอบเหนื่อยร้อยละ33.30 และปวดศีรษะร้อยละ 25.60 นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆได้เล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาเหลือง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ส่วนใหญ่พบมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำร่วมด้วยและการทำงานของตับ (LFT) ที่พบมีภาวะตับอักเสบร่วมกับค่าบิลลิรูบินสูงเล็กน้อยปกติ

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ P.vivax ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวแทรกซ้อนได้มากถึง 51.16 %ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด หรือ 66 รายจาก 129 ราย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ ความดันโลหิตต่ำ 52 ราย (40.30%) โลหิตจางจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตก 18 ราย (14%) ไตวาย 14 ราย (10.9%) ตับอักเสบ 14 ราย (10.9%) ระบบหายใจล้มเหลว 11 ราย (8.5%) ภาวะเลือดเป็นกรด 12 ราย (9.30%) และพบมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย (0.8%) จากภาวะ mutiorgan failure จะเห็นได้ว่าเชื้อ P.vivax นั้นก็พบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยเช่นกัน

สำหรับเชื้อ P.vivax ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยสูตรยา Chloroquine ร่วมกับยา primaquine และในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนก็จำเป็นต้องได้รับยา artesunate IV ในช่วงแรกของการรักษา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบผู้ป่วยที่มีสภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ แต่ผลการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99.20 หายเป็นปกติ แสดงถึงผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าจังหวัดกาญจนบุรีมีการรักษามาลาเรียที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย P.vivax ส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคที่ดี สอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ที่แนะนำให้ใช้การรักษาแบบผสมผสานที่ใช้ยา artesunate ในการรักษาการติดเชื้อมาลาเรีย P.vivax ที่มีภาวะแทรกซ้อน และแนะนำให้ใช้ primaquine ซึ่งเป็นยาที่หวังผลในการกำจัดเชื้อที่อยู่ในตับ เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค

Abstract

Malaria is a protozoan infection transmitted to humans by Anopheles mosquito. P. Vivax is most common malaria in Thailand. This study is to demonstrateclinical characteristics and treatment results of P. Vivax in Kanchanaburi province.

Results, there is equal number of male and female patients. Most of them did not have underlying diseases. They relatively came in with low blood pressure. Most common symptoms were fever (97.70%), shortness of breath (33.30%), and headache (25.60%). In addition, other symptoms may occur slightly, such as muscle pain and jaundice. Consistent with the results of laboratory tests, which found to have a slight increase in Total Bilirubin (1.90 ± 1.60 u/mL), a slight increase in Direct Bilirubin (0.80 ± 0.90 u/mL) and a mean increase in blood sugar of 178.3 ± 12.56 mg/mL. Red blood cells were found in the urine. But complete blood count (CBC) and liver function (LFT) were all within normal limits.

According to a study of P.vivax-infected patients in Kanchanaburi province, 51.16% had complications, (66 out of 129 cases). 52 (40.30%) had low blood pressure. 18 (14%) had anemia. For severe complications, 11 (8.5%) had respiratory failure. 12 (9.30%) had metabolic acidosis, and 1 death (0.8%) from muti-organ failure.All patients received the standard treatment of chloroquinetogether with primaquine. The treatment results in this study had 99.20% cure

In conclusion, Kanchanaburi has good standard treatment and care according to WHO guidelines. Even though, recommendation to prevention P. Vivax infection is the prevention measures against mosquito bite such as avoid travel in mosquito area, repellent and insecticide.

หลักการและเหตุผล

โรคมาลาเรียส่วนใหญ่พบในเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน รวมทั้งเอเชีย ละตินอเมริกา และบางส่วนของแอฟริกาปัจจุบันประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียปีละหนึ่งหมื่นราย พื้นที่ที่ยังมีโรคไข้มาลาเรียมักเป็นบริเวณจังหวัดใกล้ชายแดนรวมถึงจังหวัดกาญจนบุรีที่มีป่าเขาเชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนบ้านคือพม่าโดยมียุงพาหะอาศัยอยู่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสามารถพบได้ทุกแห่งทั่วประเทศ แต่เนื่องจากสถานการณ์ไข้มาลาเรียลดลงทำให้ภูมิคุ้มกันหมู่ในประชากรลดลง ซึ่งส่งผลให้พบผู้ป่วยอาการรุนแรงได้บ่อยมากขึ้น [1-3]

โรคมาลาเรียเกิดจากการติดเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม (Plasmodium spp.) ซึ่งติดต่อสู่คนโดยการกัดของยุงก้นปล่อง (Anopheles spp.) เป็นหลักติดต่อสู่คนผ่านการกัดของยุงก้นปล่องตัวเมียที่ติดเชื้อ จากนั้นปรสิตจะเดินทางไปยังตับซึ่งจะเพิ่มจำนวนและเติบโตเต็มที่ก่อนที่จะเข้าสู่กระแสเลือดและติดเชื้อในเซลล์เม็ดเลือดแดง อาการสำคัญของโรคไข้มาลาเรีย คือ ไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ บางรายที่อาการรุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ตับวาย ไตวาย ไข้มาลาเรียขึ้นสมอง ทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีมักพบการระบาดมากในช่วงฤดูฝน ผู้ที่รับเชื้อมาลาเรียไปแล้ว ส่วนใหญ่จะมีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 10-14 วัน หรืออาจยาวนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อพลาสโมเดียมที่ได้รับ โดยเชื้อมาลาเรียที่ก่อโรคในคนมี 5 ชนิด ได้แก่ P. falciparum, P. vivax, P. malariae, P. ovale และ P. knowlesi ในประเทศไทยเชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิด P. vivax และ P. falciparum [1-6]

โดยโรคมาลาเรียไวแว็กซ์ยังเป็นมาลาเรียที่สำคัญในประเทศไทยเนื่องจากพบอุบัติการณ์ได้บ่อยที่สุดและอาจพบได้ในบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาทำได้ด้วยการให้ยาต้านมาลาเรีย โดยแบ่งเป็นสองกรณี คือ ในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สูตรหลักที่ใช้ในประเทศไทยคือ chloroquine ร่วมกับprimaquine และในกรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องใช้ยาชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ artesunate

การป้องกันโดยมาตรการป้องกัน เช่น การใช้มุ้งที่มียาฆ่าแมลงและการฉีดพ่นสารฆ่าแมลงสามารถช่วยลดการแพร่กระจายของโรคได้

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาลักษณะทางคลินิกของมาลาเรียชนิด P. vivax ในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรคนี้ต่อไป [2, 7-10]

ระเบียบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ประเภทไวแว็กซ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ย้อนหลัง 3 ปีระหว่าง 1 มกาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564การศึกษานี้ใช้แบบบันทึกข้อมูล เพื่อบันทึกข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลจากข้อมูลในเวชระเบียน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ จะใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยมีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลหากไม่มีการกระจายตัวแบบปกติจะรายงานด้วยสถิติแบบไม่อ้างอิงประชากร หากเป็นแบบปกติจะนำเสนอข้อมูลตามชนิดของข้อมูล ดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอในลักษณะของค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ t-test ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ค่าร้อยละและทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ chi-square ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียประเภทไวแว็กซ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 129 ราย คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างone sample proportion formula

คำนวณจากสูตรคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากค่าความไวดังนี้

$$n = \frac{{Z_{\propto/2}}^2 p(1-p)}{E^2}$$

$Z_{0.975} = 1.96$

Prevalence of Plasmodium Vivax among all malaria(6%)= 0.06(3)

ประมาณการความคาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 หรือ E = 0.05

ดังนั้น n = 87เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาประมาณ 95 ราย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงไม่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยในใบบันทึกข้อมูลจะลงเฉพาะเลขที่รหัสของผู้ป่วยในการวิจัย โดยไม่บันทึกชื่อ นามสกุล และหมายเลขผู้ป่วยนอกของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเก็บใบบันทึกข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วจะทำลายทิ้ง ผลการวิจัยจะเสนอผลโดยรวมโดยที่ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยจะไม่เป็นที่เปิดเผยในผลของการวิจัยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2022-13

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ประเภทไวแว็กซ์

ลักษณะทั่วไป		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	71	55.00
	หญิง	58	45.00

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจด้วย Blood smear และพบการติดเชื้อมาลาเรียชนิด P.falciparum ร่วม โดยสามารถตรวจเลือดพบได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการตรวจพบมาลาเรีย และการวินิจฉัย

วิธีการตรวจ		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
วิธีตรวจ (วิธีเก็บ)	Blood Smear	129	100.00
Blood smear	PV	120	93%
(Detected)	PV + PF	9	7%
Co-infection Malaria	PV + PF	9	7%
การวินิจฉัย	Plasmodium vivax malaria without complication	121	93.80
	protozoal diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	8	6.20

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.70 มีอาการไข้ อาการรองลงมาได้แก่อาการหอบเหนื่อย ร้อยละ33.30 และปวดศีรษะร้อยละ 25.60 นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆได้เล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาเหลือง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ประเภทไวแว็กซ์

อาการแสดง		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
ไข้	ไม่มี	3	2.30
	มี	126	97.70
ตาเหลือง	ไม่มี	125	96.90
	มี	4	3.10
ปวดกล้ามเนื้อ	ไม่มี	119	92.20
	มี	10	7.80
ปัสสาวะเป็นสีน้ำล้างเนื้อ	ไม่มี	120	93.00
	มี	9	7.00
ปวดศีรษะ	ไม่มี	96	74.40
	มี	33	25.60
ถ่ายเป็นเลือด	ไม่มี	128	99.20
	มี	1	0.80
หอบเหนื่อย	ไม่มี	86	66.70
	มี	43	33.30
ซึม/ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	ไม่มี	120	93.00
	มี	9	7.00

ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)ส่วนใหญ่พบมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำร่วมด้วยและการทำงานของตับ (LFT) ที่พบมีภาวะตับอักเสบร่วมกับค่าบิลลิรูบินสูงเล็กน้อย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Hct (%)	33.30	7.40
Hb (g/dl)	11.40	2.50
WBC (x103/cc)	6.26	2.37
Plt.(x103 /cc)	71,493.00	38,964.10
SGOT (U/L)(Normal 5-34U/L)	43.60	29.30
SGPT(U/L)(Normal 0-55 U/L)	43.10	48.50
ALP(U/L) (Normal 40-150 U/L)	113.50	81.50
Total Bilirubin (mg/dl) (Normal 0.20-1.20mg/dl)	1.90	1.60
Direct Bilirubin (mg/dl) (Normal 0-0.20 mg/dl)	0.80	0.90
Albumin(g/dl)	3.10	0.60
Globulin(g/dl)	3.00	0.50
BUN(mg/dl)	18.10	15.60
Cr(mg/dl)	1.070	1.39
GFR(ml/min)	92.15	29.74
Blood sugar(mg/dl)	178.30	12.56
Na(mEq/L)	133.20	15.30
K(mEq/L)	3.90	3.30
CL(mEq/L)	103.60	4.60
HCO3(mEq/L)	21.50	3.50

ผลการตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดแดงปัสสาวะประมาณ 121 ราย หรือร้อยละ 47.30 และอาจตรวจพบโปรตีน Albumin ในปัสสาวะประมาณ 121 ราย หรือร้อยละ 47.30 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการตรวจปัสสาวะ

ผลการตรวจปัสสาวะ		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
Urine Color	clear	28	21.70
	Pale Yellow	31	24.00
	Yellow	46	35.70
	Deep Yellow	5	3.90
	Amber	16	12.40
	Orange	2	1.60
	Red	1	0.80
WBC (Cells/HPF)	0-1	57	44.20
	2-10	54	41.90
	>10	18	14.00
RBC (Cells/HPF)	0-1	67	51.90
	2-10	32	24.80
	10-100	22	17.10
	>100	8	6.20
Blood	Neg	68	52.70
	Trace	16	12.40
	1+	17	13.20
	2+	13	10.10
	3+	15	11.60
Albumin	Neg	68	52.70
	Trace	20	15.50
	1+	20	15.50
	2+	17	13.20
	3+	4	3.10

ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดพบว่ามีค่าเฉลี่ยของการแข็งตัวของเลือดส่วน PT เท่ากับ 12.80 ±1.32 sec. (ปกติ 10-12.40 sec.) PTT เท่ากับ 28.95 ±5.06 sec. (ปกติ 22.40-24.80 sec.) และ INR 1.83 ±4.78 (ปกติ 0.80-1.00) มีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากค่าปกติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด

การแข็งตัวของเลือด	Mean	Standard Deviation
PT (sec) (10-12.40 sec)	12.88	1.32
PTT(sec) (22.40-24.80 sec)	28.95	5.06
INR (0.80-1)	1.83	4.78
Lactate	17.56	12.71

ตารางแสดงยาที่ใช้ในการรักษาสำหรับเชื้อ P.vivax ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยสูตรยา Chloroquine ร่วมกับยา primaquine ยกเว้นผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์จำนวน9 ราย ที่จะได้เฉพาะยา Chloroquine และภายหลังจากคลอดบุตรแล้วก็จะได้รับการรักษาต่อด้วยยา primaquineในต่อมา นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อP.vivax แล้วมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำเป็นต้องได้ยา artesunate IV ร่วมด้วยในช่วงแรกของการรักษา พบได้มากถึง 63 ราย (48.80%) หลังจากอาการดีขึ้นจึงได้รับยาสูตรมาตรฐานต่อด้วย Chloroquine และprimaquine สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ P.falciparum ที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนก็จะได้รับการรักษาด้วยยา dihydroartemisinin-piperaquine (DHP)แต่ถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็จะได้ยาartesunate IV ร่วมด้วยในช่วงแรกของการรักษาเช่นกัน ซึ่งเป็นการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติในการรักยา ยามาลาเรียชนิดไวแว็กซ์ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ยาที่ใช้ในการรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษา		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
ยาต้านมาลาเรียartesunate iv	ไม่ใช้	66	51.20
	ใช้	63	48.80
ยาต้านมาลาเรีย Chloroquine	ไม่ใช้	0	0.00
	ใช้	129	100.00
ยาต้านมาลาเรีย primaquine	ไม่ใช้	8	6.20
	ใช้	121	93.80
ยาต้านมาลาเรีย dihydroartemisinin-piperaquine (DHP)	ไม่ใช้	120	93%
	ใช้	9	7%
ยาต้านมาลาเรียอื่นๆ เช่น quinine / clindamycin / doxycycline	ไม่ใช้	126	97.70
	ใช้	3	2.30

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบได้มากที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง 8 ราย (6.2%) และโรคเบาหวาน 6 ราย(4.7%)และพบผู้ป่วยที่เป็นโรค G6PD 3 ราย (2.3%)ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการปรับลดขนาดยา primaquine เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกได้ง่ายภายหลังจากการรับประมานยาชนิดนี้ ข้อมูล ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 โรคประจำตัวที่พบในผู้ป่วย

โรคประจำตัว		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	ไม่มี	121	93.80
	มี	8	6.20
ไขมันในเลือดสูง	ไม่มี	127	98.40
	มี	2	1.60
โรคหอบหืด และโรคปอดอื่นๆ	ไม่มี	128	99.20
	มี	1	0.80
โรคหลอดเลือด (หัวใจและสมอง)	ไม่มี	127	98.40
	มี	2	1.60
โรคไตระยะที่ 3-5	ไม่มี	126	97.70
	มี	3	2.30
โรคเบาหวาน	ไม่มี	123	95.30
	มี	6	4.70
โรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการรับยาเคมีบำบัด	ไม่มี	129	100.00
	มี	0	0.00
โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย	ไม่มี	129	100.00
	มี	0	0.00
โรค G-6-PD	ไม่มี	126	97.70
	มี	3	2.30
โรคอ้วน	ไม่มี	129	100.00
	มี	0	0.00

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ P.vivax พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เป็นจำนวน 66 รายจากทั้งหมด (51.16%)โดยพบภาวะแทรกซ้อนสูงสุด คือ ความดันโลหิตต่ำ 52 ราย (40.30%) โลหิตจางจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตก 18 ราย (14%) ไตวาย 14 ราย (10.9%) ตับอักเสบ 14 ราย (10.9%) ระบบหายใจล้มเหลว 11 ราย (8.5%) ภาวะเลือดเป็นกรด 12 ราย (9.30%) 9 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ภาวะแทรกซ้อน

สภาวะแทรกซ้อน		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนในมาลาเรีย ต่างๆ	ไม่มี	63	48.84
	มี	66	51.16
Altered Consciousness	ไม่มี	126	97.70
	มี	3	2.30
Seizure	ไม่มี	127	98.40
	มี	2	1.60
Dyspnea	ไม่มี	118	91.50
	มี	11	8.50
Acute Respiratory Failure	ไม่มี	118	91.50
	มี	11	8.50
Jaundice/ hepatitis	ไม่มี	115	89.10
	มี	14	10.90
Hypotension (BP< 90/60)	ไม่มี	77	59.70
	มี	52	40.30
Acute Kidney Injury	ไม่มี	115	89.10
	มี	14	10.90
Hypoglycemia	ไม่มี	129	100.00
	มี	0	0.00
Abnormal Spontaneous Bleeding เช่น GI bleeding, vaginal bleeding	ไม่มี	126	97.70
	มี	3	2.30
Hemoglobinuria (UA รายงาน blood +)	ไม่มี	120	93.00
	มี	9	7.00
Pulmonary Edema	ไม่มี	127	98.40
	มี	2	1.60
Acute Hemolytic Anemia	ไม่มี	111	86.00
	มี	18	14.00
metabolic acidosis	ไม่มี	117	90.70
	มี	12	9.30

ผลการรักษามีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายจาก 129 ราย ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการรักษา

ผลการรักษา		จำนวน (129 ราย)	ร้อยละ
ผลการรักษา	เสียชีวิต	1	0.80
	หาย	128	99.20

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยชาย และหญิงในจำนวนเท่าๆ กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและอาการแสดงที่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.70 มีอาการไข้ อาการรองลงมาได้แก่อาการหอบเหนื่อยร้อยละ33.30 และปวดศีรษะร้อยละ 25.60 นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆ ได้เล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตาเหลือง ผลการตรวจทางผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ส่วนใหญ่พบมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำร่วมด้วยและการทำงานของตับ (LFT) ที่พบมีภาวะตับอักเสบร่วมกับค่าบิลลิรูบินสูงเล็กน้อยปกติ

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อP.vivax ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึง 51.16 % ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด หรือ 66 รายจาก 29 ราย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือความดันโลหิตต่ำ 52 ราย (40.30%) โลหิตจางจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตก 18 ราย (14%) ไตวาย 14 ราย (10.9%) ตับอักเสบ 14 ราย (10.9%) ระบบหายใจล้มเหลว 11 ราย (8.5%) ภาวะเลือดเป็นกรด 12 ราย (9.30%)และพบมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย (0.8%) จากภาวะ mutiorgan failure จะเห็นได้ว่าเชื้อ P.vivax นั้นก็พบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยเช่นกัน

สำหรับเชื้อ P.vivax ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาด้วยสูตรยา Chloroquine ร่วมกับยา primaquineและในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนก็จำเป็นต้องได้รับยา artesunate IV ในช่วงแรกของการรักษา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบผู้ป่วยที่มีสภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ แต่ผลการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 99.20 หายเป็นปกติ แสดงถึงผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าจังหวัดกาญจนบุรีมีการรักษามาลาเรียที่ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย P.vivax ส่วนใหญ่มีการพยากรณ์โรคที่ดี สอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) (4-6,9) ที่แนะนำให้ใช้การรักษาแบบผสมผสานที่ใช้ยา artesunate ในการรักษาการติดเชื้อมาลาเรีย P.vivax ที่มีภาวะแทรกซ้อน และแนะนำให้ใช้ primaquine ซึ่งเป็นยาที่หวังผลในการกำจัดเชื้อที่อยู่ในตับ เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคคนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อไวแว็กซ์จะฟื้นตัวเป็นปกติ และไม่พบผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี บุคคลอาจมีอาการกำเริบของโรคมาลาเรียเนื่องจากการกลับเป็นซ้ำหรือการติดเชื้อซ้ำ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับ

บุคคลที่อาศัยอยู่ในหรือเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย เพื่อใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการถูกยุงกัดและไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการของมาลาเรีย [9, 10]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาแนะนำ การดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณหน่วยงานสารสนเทศที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค แ. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย กรุงเทพฯ: กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. Baird JK, Valecha , Duparc , White , Price. Diagnosis and Treatment of Plasmodium vivax Malaria. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2016;: p. 35-51.
3. Howes , Smith DL, Mendis , Battle , Cibulskis , Baird JK, et al. Global Epidemiology of Plasmodium vivax. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2016;: p. 15-34.
4. World Health Organization. (2021). Malaria. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/malaria.
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Malaria. Retrieved from https://www.cdc.gov/malaria/index.html.
6. World Health Organization. (2019). World malaria report 2019. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789241565721.
7. White, N. J., & Pukrittayakamee, S. (2014). Malaria. The Lancet, 383(9918), 723-735.
8. Murray, C. J., Ortblad, K. F., Guinovart, C., Lim, S. S., Wolock, T. M., Roberts, D. A., ... & Lopez, A. D. (2014). Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study2013. The Lancet, 384(9947), 1005-1070.
9. World Health Organization. (2020). Malaria vaccine implementation programme (MVIP). Retrieved from https://www.who.int/initiatives/malaria-vaccine-implementation-programme.
10. Nosten, F., White, N. J., & Artemisinin Resistance in Malaria Consortium. (2016). Artemisinin resistance in malaria. New England Journal of Medicine, 375(25), 2457-2460.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์

The Effects Of Nursing Participation Program In Preventing Preterm Labor For Pregnant Women Aged 24+6-36+6 Weeks

สุนันท์ กิจเกตุ

Sunun Kitgate

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

Sunun_65 @hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+6-36+6 สัปดาห์ ต่อความรู้เรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+6-36+6 สัปดาห์ซึ่งเข้ารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ด้วยวิธีการสุ่ม จำนวน 60 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+6-36+6สัปดาห์ที่ในคลินิกฝากครรภ์ และติดตามอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและอายุครรภ์ที่คลอด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test) และสถิติไคสแคว (Chi-square test)

ผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาล มีผลต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2สัปดาห์ เพื่อให้คำแนะนำ ติดตามอาการผิดปกติที่จะแสดงว่าจะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ด้วยตนเอง ทำให้มีประโยชน์และลดอัตราเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และยังช่วยทำให้ได้รับการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เร็วขึ้น อีกทั้งคลินิกฝากครรภ์สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ได้

Abstract

This Quasi-Experimental Research was to examine the effect of a nursing participation program among pregnant women aged 24+6-36+6 weeks on knowledge of preterm labor and on incidence of preterm labor. A random sample of pregnant women aged 24(+6)-36(+6), Total 60 cases of who were undergo antenatal care clinic at Chao Khun Paiboon Phanom Thuan Hospital, were assigned to 2 groups as experimental and control groups. There were 30 subjects in the experimental group who received a caring program according to the nursing participation program to prevent preterm labor. Besides another 30 subjects were in the control group, received usual care. Data were collected and continuously follow-up from the record form of pregnant women aged 24+6-36+6 weeks at an antenatal clinic, and were analyzed by using independent inference statistics, t-test and chi-square test.

The results disclosed that the incidence rate of preterm labor and knowledge of the prevention of preterm labor in the experimental and control groups were significantly different ($p < .05$). From the results of this study showed that the nursing participation program was influenced to the preterm labor, by educated the experimental group on preterm labor, and consecutively follow-up through phone calls during two-week, in order to giving advices in case there are any irregular incidents occurred which is the experimental groups will be able to self-monitoring signs and symptoms of preterm labor. In conclusion, The nursing participation program not only benefited on reduced the rate of preterm labor. But also helps for preterm labor earlier detection and treatment. Moreover, can apply this program to an antenatal clinic.

หลักการและเหตุผล

การคลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 6-7 ของการคลอดในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 ตามการศึกษาของจรินทิพย์ สมประสิทธิ์[1]การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่มีการเจ็บครรภ์เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ของ รุ้งตวรรณ์ ช้อยจอหอและคณะ[2]จากรายงานของหน่วยเวชสถิติภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยาของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.4 สำหรับสถิติของโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 12.98 ในโรงพยาบาลศิริราช ภาวะทุพพลภาพ

ที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง และภาวะลำไส้เน่าจากการศึกษาของสายฝน ชวาลไพบูลย์ [3] นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมองพิการหรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติ จากการได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทารกเกิดก่อนกำหนดเร็วเท่าไร จะทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเท่านั้น ของLondon et al.[4] ยิ่งกว่านั้น การที่ทารกต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน อาจมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ตามการศึกษาของ Jerkin & Tock [5] และยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามของ Maloni, Tomasi, & Johnson [6] โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารก ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 20,000-100,000 เหรียญสหรัฐต่อราย ในการศึกษาของMorrison[7] การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก สำหรับผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของมารดาในด้านร่างกาย พบว่า การรักษาโดยการนอนพักเป็นเวลานานจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนหลัง แขน ขาไม่มีแรง ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ดังการศึกษาของMaloni, Chance, Zhang , Cohen , Betts ,& Gange [8] ทำให้เกิดภาวะกดดันและซึมเศร้าตามการศึกษาของ Gennaro [9] และถ้าไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์ จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด สำหรับในประเทศไทย สถิติค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อย พบว่าค่ารักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนดเฉลี่ย175,000บาทต่อราย ตามการศึกษาของธราธิป โคละทัต[10]ซึ่งก่อให้เกิดภาวะต่อครอบครัวและเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดด้วยวิธีการหลายๆอย่างแพร่หลายแต่ยังไม่สอดคล้องกัน และยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนโดยการกระทำแบบเดียว และหลักสำคัญที่สุดคือการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องแก้ปัญหาการเจ็บครรภ์โดยเร็ว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่นการให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดระยะการตั้งครรภ์ และสามารถยืดเวลาการได้รับยาสเตอร์รอยด์เพื่อกระตุ้นการทำงานปอดทารกอย่างเต็มที่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารก ในกรณีไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ตามที่ Iams [11]ศึกษาไว้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่สร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทดสอบผลของโปรแกรม ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และมีความรู้เพื่อ

ให้ตนเองได้รับการรักษาทันท่วงที ช่วยลดอัตราภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และลดผลกระทบที่รุนแรงต่อมารดาและทารก ตามการศึกษาของ สุพัตรา ปิ่นแก้ว และคณะ[12] ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาลหลังทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัยและขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment research)ในแบบสองกลุ่มประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จำนวน 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจะได้รับการกำหนดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองโดยการสุ่มแบบจับฉลาก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของการทดลองได้มาจากการใช้ทฤษฎีขีดจำกัด กลาง (The Central Limit Theorem) ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 30 คน โดยการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลจะใช้ทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) ซึ่งอธิบายไว้ว่า สำหรับประชากรใด ๆ แล้ว ถ้าเก็บตัวอย่างในจำนวนที่มากพอ (n>30) การกระจายของค่าตัวอย่างดังกล่าวจะมีแนวโน้มใกล้เคียงกับการกระจายแบบปกติเสมอ (Normal Distribution) ตามแบบของ Bartz

การดำเนินการ

1. <u>สัปดาห์ที่1 ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับ</u>
   - 1.1 การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
   - 1.2 การสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
   - 1.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
   - 1.4 การฝากครรภ์ในคลินิกตามนัดทุก 1, 2, 4สัปดาห์

2. <u>กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ</u> ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตรวจครรภ์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์ จะใช้เวลาการเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ซึ่งมีการพบผู้วิจัยรวม 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 11 ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบบันทึก ไปเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์

โดยเก็บแบบบันทึกนี้จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+6-36+6 สัปดาห์ และได้แบบบันทึกที่สมบูรณ์จึงนำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับ

3. กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรม การมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมประมาณ 30 นาที ดังนี้ ประกอบด้วย

3.1. การเข้าร่วมกลุ่ม และการให้ความรู้การดูแลตนเองป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในแต่ละราย

3.2 แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.3 การติดตามเยี่ยมในคลินิกฝากครรภ์ตามนัดตรวจของอายุครรภ์ 28, 32, 34, 36 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 10 นาที เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเอง และการจัดการตนเอง

3.4 การติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์สอบถามภาวะเสี่ยงที่พบ และการจัดการภาวะเสี่ยงนั้น จากผู้วิจัยทุก 2 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 10 ระหว่างนั้น ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดติดต่อเบอร์โทร092-7205750

3.5 ขอความร่วมมือให้มาพบผู้วิจัย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่1และสัปดาห์ที่ 11 เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยการตรวจครรภ์และประเมินอาการเจ็บครรภ์ และตอบแบบสอบถามความรู้ และตอบคำถามมีอาการภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบบันทึก ไปเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ โดยเก็บแบบบันทึกนี้จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-36+6 สัปดาห์ รายเดิม เมื่อสมบูรณ์จึงนำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับ

<u>เกณฑ์คัดเข้าร่วมวิจัย</u> ได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อย่างน้อย 1 ข้อ จากการใช้แบบประเมินของ สายฝน ชวาลย์ไพบูลย์ [13]มีความประสงค์รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนจนอายุครบกำหนด โดยสามารถมาตามนัด ได้ทุก 2 สัปดาห์ สามารถติดต่อ สื่อสารทางโทรศัพท์ได้และไม่เปลี่ยนเบอร์ตลอดการวิจัย และไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วม

<u>เกณฑ์การคัดออก</u> ได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื่มสุรา สูบบุหรี่ประจำ สื่อสารไม่เข้าใจ ดัชนีมวลกาย> 28 กิโลกรัม/เมตร^2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก แบ่ง 3 ส่วน

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ครรภ์ที่น้ำหนักปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย อายุ<18ปี และมากกว่า 40ปี การเสพยาเสพติด ภาวะเครียด ทำงานหนัก ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ภาวะติดเชื้อ มีภาวะซีด Hct <30% มีโรคแทรกซ้อน รวมทั้งสอบถามมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดของสายฝน ชวาลย์ไพบูลย์[13]

1.3 แบบสอบถามวัดความรู้หญิงตั้งครรภ์ การแบ่งกลุ่ม (ระดับคะแนน) ของความรู้และทักษะแบ่งโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม(ระดับ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม การมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมประมาณ 30 นาที ดังนี้ประกอบด้วย

2.1. การเข้าร่วมกลุ่ม และให้ความรู้การดูแลตนเองป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในแต่ละรายประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการและการรักษา

2.2 แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย อาการ การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และการปฏิบัติเมื่อมีอาการ

2.3 การติดตามเยี่ยมในคลินิกฝากครรภ์เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองและการจัดการ

2.4 การติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ สอบถามภาวะเสี่ยง ที่พบ และการจัดการภาวะเสี่ยงนั้น จากผู้วิจัยทุก 2 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 10 ระหว่างนั้น ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ติดต่อเบอร์โทร092-7205750

2.5 ขอความร่วมมือให้มาพบผู้วิจัย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่1และสัปดาห์ที่ 11 เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยการตรวจครรภ์และประเมินอาการเจ็บครรภ์ และตอบแบบสอบถาม ความรู้ และตอบคำถามมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบบันทึก ไปเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ โดยเก็บแบบบันทึกนี้จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+6-36+6 สัปดาห์ รายเดิม เมื่อสมบูรณ์

จึงนำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ได้พิจารณาอนุมัติตามหนังสือเลขที่ กจ0033.002/2176 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแนบกับแบบ สอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม เพื่อทราบวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาวิจัย รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและเปิดโอกาสให้ตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมลงลายมือชื่อในเอกสาร ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา(Descriptivestatistic)ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Independent t-test

3. เปรียบเทียบอัตราเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้สถิติ ได้แก่ Chi-square-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24+626+6สัปดาห์ มีอายุ เฉลี่ย24-26 ปี มากที่สุด ร้อยละ 11.7 และอายุเฉลี่ย 35 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ1.7 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์ที่ 2 ถึงร้อยละ 55 รองลงมาท้องที่ 3 และท้องแรก ร้อยละ 23.3 และร้อยละ 20 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาเฉลี่ยร้อยละ 58.3 และส่วนน้อยระดับอนุปริญญาเฉลี่ยร้อยละ 5 หญิงตั้งครรภ์มีรายได้ส่วนใหญ่ 5000 บาท/เดือน เฉลี่ย.ร้อยละ 16.7, อาชีพส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์เป็นรับจ้างร้อยละ40 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ20, ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความเครียด, หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทำงานหนัก คิดเป็นร้อยละ 55, หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 90, ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 93 , และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ5 เท่านั้น

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ระหว่าง24+626+6 สัปดาห์ ที่ฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ มีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดย รวมผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ50และกลุ่มควบคุมร้อยละ60 และอายุส่วนใหญ่ มีอายุ21-25 ปี ร้อยละ 33.4 และร้อยละ 43.3 มากที่สุด ส่วนน้ำหนักกลุ่มทดลองมีน้ำหนัก46-60กิโลกรัมร้อยละ

33.34มากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนัก 61-75 กิโลกรัมร้อยละ 40 ส่วนการศึกษากลุ่มทดลองจบมัธยมการศึกษา ร้อยละ 60 และร้อยละ 56.66 มากที่สุด ส่วนอาชีพกลุ่มทดลองเป็นอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 46.67 ส่วนอาชีพกลุ่มควบคุมอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 36.67 ส่วนความเครียดส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดร้อยละ 70 และร้อยละ 80 ส่วนทำงานหนักส่วนใหญ่เคยทำงานหนักร้อยละ 56.67 และร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดร้อยละ93.33และร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะติดเชื้อร้อยละ 90.00 และร้อยละ96.67 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ93.33และร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 93.33และ66.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-24+6 สัปดาห์ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง (n=60)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครรภ์ที่				
1	8	26.67	4	13.33
2	15	50.00	18	60.00
3	7	23.33	7	23.34
4	0	0	1	3.33
อายุ (ปี)				
15-20	6	19.90	4	13.3
21-25	10	33.40	13	43.3
26-30	8	26.70	7	23.4
31-43	6	20.00	6	20.0
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	4	13.33	3	10.00
ประถมศึกษา	5	16.67	6	18.00
มัธยมศึกษา	18	60.00	17	56.66
อนุปริญญา	1	3.33	2	6.67
ปริญญาตรี	2	6.67	2	6.67

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกรรม	1	3.33	1	3.33
รับจ้าง	14	46.67	10	33.34
แม่บ้าน	9	30.00	11	36.67
นักเรียน	1	3.33	1	3.33
ค้าขาย	5	16.67	7	23.33
ภาวะเครียด				
ไม่มีภาวะเครียด	21	70.00	24	80.00
มีภาวะเครียด	9	30.00	6	20.00
การทำงานหนัก				
ไม่เคยทำงานหนัก	13	43.33	14	46.67
เคยทำงานหนัก	17	56.67	16	53.33
การทำงานหนัก				
ไม่เคยทำงานหนัก	13	43.33	14	46.67
เคยทำงานหนัก	17	56.67	16	53.33
เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด				
ไม่เคย	28	93.33	26	86.67
เคย	2	6.67	4	13.33
มีประวัติติดเชื้อ				
ไม่เคย	27	90.00	29	96.67
เคย	3	10.00	1	3.33
มีประวัติติดเชื้อ				
ไม่เคย	27	90.00	29	96.67
เคย	3	10.00	1	3.33
มีภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	28	93.3	28	93.33
มี	2	6.67	2	6.67
มีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด				
ไม่มี	28	93.3	20	66.7
มี	2	6.67	10	33.3

ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้หลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ และกลุ่มทดลองมีความรู้ มากที่สุดได้แก่ เรื่องประวัติแท้ง ทำงานหนัก ยืน เดิน นั่งนานทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ ร้อยละ 96.67 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรู้มากที่สุดเรื่อง ประวัติคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อนมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดในครรภ์นี้ร้อยละ 86.67 และกลุ่มทดลอง มีความรู้น้อยที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดคือการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ครบ 40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ60.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรู้น้อยที่สุดคือถ้าท่านมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดท่านได้รับยายับยั้งแล้วหายทุกรายคิดเป็นร้อยละ 26.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้หลังทดลองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่ม โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน (n=60)

ข้อที่	ความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
1	ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์	93.33	6.67	83.33	16.67
2	อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ อาการท้องแข็งตึงเป็นพัก ๆ สม่ำเสมอทุก 5 -8 นาที	93.33	6.67	73.33	26.67
3	ภาวะโลหิตจาง และภาวะขาดสารอาหาร ผอม ไม่ใช่สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด	70.00	30.00	60.00	40.00
4	การมีเพศสัมพันธ์ไม่เป็นสาเหตุของเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	86.67	13.33	40.00	60.00
5	ถ้ามีอาการไข้ ไม่สบาย ปัสสาวะแสบขัด ควรรีบทำการรักษา เพราะอาจเป็นสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	83.33	16.67	66.67	33.33
6	ถ้าท่านมีประวัติการแท้ง ทำงานหนัก ยืนเดิน นั่งนานๆ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	96.67	3.33	83.33	16.67
7	โรคแทรกซ้อนเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะติดเชื้อ ทำให้คลอดก่อนกำหนด	86.67	13.33	80.00	20.00
8	เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องรีบมา รพ.	90.00	10.00	80.00	20.00
9	ถ้าเคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ อาจมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดอีก	96.67	3.33	86.67	13.33

ข้อที่	ความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
10	เมื่อท่านมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะได้รับยายับยั้ง การเจ็บครรภ์ทันที	76.67	23.33	50.00	50.00
11	ถ้าท่านมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดท่านได้รับยายับยั้งแล้วหายทุกราย	73.33	26.67	26.67	73.33
12	โรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด	60.00	40.00	30.00	70.00
13	การคลอดก่อนกำหนดไม่สามารถป้องกันได้	70.00	30.00	33.33	66.67
14	ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการหายใจ หอบเหนื่อยต้องรีบพามาพบแพทย์	90.00	10.00	83.33	16.67
15	การคลอดก่อนกำหนดคือการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ครบ 40 สัปดาห์	60.00	40.00	36.67	63.33

เมื่อพิจารณาความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าระดับ ความรู้ของกลุ่มทดลองมีความรู้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนความรู้ของกลุ่มควบคุมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10 และความรู้ของกลุ่มทดลองมีความรู้น้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ6.7 แต่กลุ่มควบคุมมีความรู้น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ60 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์ทั้ง 2 กลุ่ม โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน หลังทดลอง (n=60)

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (<60%)	2	6.7	18	60.00
ระดับปานกลาง (60-79%)	10	33.3	9	30.00
ระดับสูง >80%	18	60.00	3	10.00

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ผู้วิจัยได้ทำวิเคราะห์ครั้งนี้มีตัวแปรต้น 1 ตัว(group) แต่จำแนก เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์เป็นกลุ่มควบคุม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24+6-26+6 สัปดาห์ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนตัวแปรตามได้แก่ค่าความรู้และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการ

วิจัย มีดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ผทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มควบคุมปกติและกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางกาพยาบาลเท่ากัน ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันทางสถิติระดับ .000 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ควบคุม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน หลังทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P- value
หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ กลุ่มควบคุม	8.93	1.89	-6.36	.000
หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ มีส่วนร่วมทางการพยาบาล	12.00	1.83		

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราภาวะเจ็บครรภคลอดก่อนกำหนดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน

ผลอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการทดสอบโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ร้อยละอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) โดยพบว่าอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 6.67 ขณะที่กลุ่มควบคุมพบ ร้อยละ33.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ทั้ง 2 กลุ่มหลังทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	ไม่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	รวม
หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 24^{+6}-26^{+6} ครรภ์ สัปดาห์ กลุ่มควบคุม	20 (66.7)	10 (33.3)	30 (100)
หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล (กลุ่มทดลอง)	28 (93.33)	2 (6.67)	30 (100)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ส่วนร่วมทางการพยาบาลในป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ควบคุม มีความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .000 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาลและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ควบคุม ที่ได้รับการดูแลฝากครรภ์ตามปกติมีความรู้ต่างกัน ซึ่งบอกได้ว่า กลุ่มควบคุมตอบคำถาม ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถ้าได้รับยายับยั้งแล้วต้องหายทุกราย ถูกต้องเพียงร้อยละ 26.67 และการมีเพศสัมพันธ์ไม่เป็นสาเหตุของเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถูกต้องเพียงร้อยละ 40.00 แต่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาลตอบคำถามเรื่องเดียวกันถูกต้อง ร้อยละ 73.33 และ 86.67 ตามลำดับ แต่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบคำถาม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เจ็บครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด ถูกต้องเพียงร้อยละ 60.00 และ 30.00 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ้งตวรรณ์และคณะ (2552) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาล มี คะแนนการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ส่วนร่วมทางการพยาบาล มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .024 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล หรือกลุ่มทดลองนั้น ได้รับการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องอาการ อาการแสดง การดูแลป้องกัน การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในกิจกรรม การให้สังเกตลักษณะอาการเจ็บครรภ์ ร่วมกับการตรวจตามนัดพร้อมทั้งทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกครั้ง ทำให้กลุ่มที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล ปฏิบัติตนในการดูแลป้องกันตนเองจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.67 ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุมมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 33.3 ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ้งตวรรณ์และคณะ[2] ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแล

ตนเอง สนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เจ็บครรภ์น้อยลง

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ ที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาลสามารถตั้งครรภ์ต่อไปจนใกล้หรือครบกำหนดที่จะบ่งบอกถึงผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลว่ามีคุณภาพและสนองตอบความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ในคลินิกฝากครรภ์ และลดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ้งตวรรณ์และคณะ(2552) ที่พบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีลักษณะเนื้อหากิจกรรมในทำนองเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ คลอดเมื่ออายุครรภ์ใกล้หรือครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) มีจำนวนมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. การมีส่วนร่วมทางการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ จะสามารถป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และยืดอายุครรภ์เมื่อคลอดได้ แต่ต้องมีกิจกรรมการพยาบาลสอนมากขึ้น โดยเพิ่มเนื้อหารายละเอียดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โปสเตอร์ประกอบการสอนและการติดตามอย่างต่อเนื่องมากขึ้นเช่นอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ถี่มากขึ้น

2. พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ ควรนำการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน แจกเอกสารคู่มือและการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัยควรศึกษาในเชิงป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. ควรศึกษาผลของโปรแกรม โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ ภัทราวุธ โชคประกอบกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และนายแพทย์ประนอมสม แสนหอม สูติแพทย์ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ขอบคุณ ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวชอาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช ที่ให้คำปรึกษาในการดำเนินการวิจัย ขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24^{+6}-26^{+6} สัปดาห์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จรินทิพย์ สมประสิทธิ์ .(2554).การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า(บรรณาธิการ).ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ กรุงเทพ: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
2. รุ้งตวรรณ์ ช้อยจอหอ , เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร , เอกชัย โควาวิสารัช.(2552). ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล:39-48.
3. สายฝน ชวาลไพบูลย์.(2551).ประสบการณ์การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราช. ใน: ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน): 228-239.
4. London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. Maternal-Newborn & Child Nursing: Family-Center Care. U.S.A.: Prentice Hall; 2003. J Nurs Sci_S1.indd 47 11/21/09 11:30:05 AM J Nurs Sci Vol.27 No.2 S1 May-Aug 2009 Journal of Nursing Science (Supplement)48
5. Jerkin RL, Tock MKS. Helping parents bound to their premature infant. MCN 1986; 11: 31-4.
6. Maloni JA, Tomasi JEB-, Johnson LA. Antepartum Bed Rest: Effect Upon the family. JOGNN2001; 30(2): 165-72.
7. Morrison JC. Preterm Birth: A Puzzle worth solving. Obstet Gynecol 1990; 76 Suppl.1: S 5-12.
8. Maloni JA, Chance B, Zhang C, Cohen AW, Betts D, Gange SJ. Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest.Nursing Research 1993; 42(4): 197-203.
9. Gennaro S. Postpartal anxiety and depressionin mothers of term and preterm infants. Nursing Research 1998; 37: 82-5.
10. ธราธิป โคละทัต.(2551). ผลกระทบของคลอดก่อนกำหนด. ใน: ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. การบูรณาการระบบดูแลสุขภาพมารดาและทารก.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:บริษัท อมรินทร์ พริ้น ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน): 114-120.
11. Iams, J. D. Prediction and early detection of preterm labor.Obstetrics & Gyne-cology 2003;101 (2):402-412.
12. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, วิบูลย์ เรืองชัยนิคม .(2557).ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ : 22 ฉบับที่ : 4 , 58-71
13. สายฝน ชวาลไพบูลย์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. คลอดก่อนกำหนด, 2553 หน้า 111-129

การประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร

Evaluation of the Prescription of Herbal Medicines by Public Health Officials at Sub-district Health Promoting Hospitals, Samutsakorn Province

พิภัทรา จุลสวัสดิ์

Pipatra Chulsawat

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

Pipatra_@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร และปัญหาต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 172 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test / Fisher's exact test พบผลการศึกษา ดังนี้

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 48.3 และ 51.7 มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ และเป็นบางครั้ง ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ ตำแหน่ง และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ปัญหาต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือจำนวนชนิดยาสมุนไพรน้อย ขาดคู่มือการใช้ยาสมุนไพร การประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพรยังน้อย ประชาชนยังไม่นิยมใช้ ค่าใช้จ่ายในยาบางตัวสูง ยาบางชนิดต้องรับประทานในปริมาณมาก และยาบางตัวกลิ่นค่อนข้างแรง ร้อยละ 20.3, 6.3, 4.0, 3.4, 2.3, 2.3, 1.7 และ 1.7 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาควรสร้างความเชื่อมั่น และส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น

Abstract

This cross-sectional research was aimed to evaluate the prescription of herbal medicines by public health officials, factors related to herbal medicine prescribing and problems with the prescribing of herbal medicines by public health officials at Sub-district health promoting hospitals (SHPHs), Samutsakorn province. The sample group was 172 public health officers who worked in medical examinations at SHPHs which were selected by simple random sampling. Research instrument was questionnaire. Data was collected during November 2022 to December 2022 and analyzed by descriptive statistics Chi-square test / Fisher's exact test. The results were as followings.

48.3% and 51.7% regularly prescribed herbal medicines and sometimes, respectively. Factors related to the prescription of herbal medicines of public health officials in SHPHs by statistically significant (P-value < 0.05) were position and experience in using herbal medicines. The problems with the use of public health officials at SHPHs were a small number of herbal medicine, lack of a guide to herbal medicine, low the publicity of the use of herbal medicines, people still did not use it, high cost of some herbal medicines, some medications must be taken in large amounts and smell quite strong for some herbal medicines at 20.3, 6.3, 4.0, 3.4, 2.3, 2.3, 1.7 and 1.7 percent, respectively.

According to the results, should build confidence, and encourage the prescribing of herbal medicines for public health officials at SHPHs increasing.

หลักการและเหตุผล

การใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีการสะสมและสืบทอดมายาวนาน เป็นการพึ่งตนเองเพื่อแสวงหาทางออกที่ยั่งยืนให้กับสุขภาพ[1] ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและพืชสมุนไพรให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับและสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ประเทศ[2] กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน ลดการนำเข้าสารเคมีและยาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นคงของระบบยา[3] ทั้งนี้ การใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งของการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของประชาชน และการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพร มีคุณค่าต่อชาวไทย 3 ด้าน คือ 1. ด้านการพึ่งตนเอง 2. ด้านการสานต่อวิชาของบรรพชนควบคู่กับการส่งเสริมอัตลักษณ์ศิลปวัฒนธรรมของประเทศ และ 3. ด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการเพิ่มรายการยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ จะเป็น

อีกทางเลือกเพิ่มขึ้นของแพทย์ผู้สั่งยาในการรักษา หรือส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสานแก่ประชาชน และกระตุ้นให้เพิ่มมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรมากขึ้น เป็นการเพิ่มความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจของชาติ ลดการพึ่งพายาจากต่างประเทศได้[4] ยาสมุนไพรเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อย และสามารถหาวัตถุดิบได้ในประเทศหรือในท้องถิ่น ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนำเข้ายาหรือวัตถุดิบจากต่างประเทศ[5]

ปัญหาการใช้ยาสมุนไพรที่พบทั่วไปได้แก่ มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนรายการยาแผนปัจจุบันน้อย ระบบบริการมีข้อมูลการสั่งใช้ยาสมุนไพรโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างต่ำ[5] จากการวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้น พบว่าแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบผลข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพร งานวิจัยที่สนับสนุนด้านวิชาการก็ยังมีน้อย ทำให้บุคลากรไม่มั่นใจในการสั่งยาสมุนไพร แพทย์แผนปัจจุบันมีการหมุนเวียนกันทุกปี มีทัศนคติไม่เชื่อมั่นการใช้ยาสมุนไพร การสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นตามนโยบาย และการร้องขอจากผู้รับบริการ ในด้านบุคลากรแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ในการใช้ยาสมุนไพร และให้บริการแผนไทยอย่างปลอดภัย ประชาชนผู้รับบริการยังพบข้อจำกัดของช่องทางในการรับบริการแผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากแพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาให้กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ในบางครั้งไม่สั่งยาสมุนไพรเพราะขาดความรู้และความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งประชาชนขาดความรู้การใช้ยาสมุนไพร และขาดการรับรู้การเข้าถึงการบริการการใช้ยาสมุนไพรของเครือข่ายบริการสุขภาพ[6] บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร แต่ยังไม่แน่ใจว่ายาสมุนไพรมีประสิทธิผลในการรักษา[7] และพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ[8] แพทย์มีทัศนคติว่า ยาสมุนไพรสามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้บางอาการโรค (ร้อยละ 91.7) สำหรับปัญหาและอุปสรรคของแพทย์ที่ไม่สั่งจ่ายยาสมุนไพรเพราะแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาสมุนไพร ใช้ยาสมุนไพรตามนโยบายของโรงพยาบาล และไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรเหมือนกับยาแผนปัจจุบัน[9]

การนำยาสมุนไพรมาใช้กับผู้ป่วยขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาสมุนไพรให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เคยใช้ยาสมุนไพรนำความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรไปเผยแพร่ต่อได้ และเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพร จึงจะทำให้เกิดการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น[5] แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของรัฐ มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพร

ในระบบบริการของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของมูลค่าการบริโภคยาทั้งหมด[9] ซึ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร ได้ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 4.5 [10] จากสถานการณ์ที่อัตราการบริโภคยาสมุนไพรยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ จึงสนใจที่จะประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อการส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลใน รพ.สต. จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัญหาต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลใน รพ.สต. จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล ให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 54 แห่ง ซึ่งมีจำนวน 301 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล ให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสมุทรสาคร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana [11] โดยได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 172 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดโดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล (การตรวจรักษา การวินิจฉัยโรค และการสั่งจ่ายยา) ให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสมุทรสาคร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ลาศึกษาต่อ ลาคลอดบุตร ลาอุปสมบท ในช่วงที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลและขนาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การใช้ เหตุผล และการสั่งจ่าย ประกอบด้วยข้อมูลการสั่งยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหตุผลการเลือกใช้ยาสมุนไพร เหตุผลการไม่ใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย และการได้รับการอบรมเรื่องการใช้ยาสมุนไพร ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วยข้อมูลการทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค รายการยาสมุนไพรที่ถูกกำหนดเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด รวมจำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ

ข้อความเชิงนิมานด้านบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน	0	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	4	คะแนน

ส่วนที่ 5 ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เชื่อมั่น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมากที่สุด ให้ 4 คะแนน มาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เชื่อมั่น ให้ 0 คะแนน รวมจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 6 ปัญหาในการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคที่ รพ.สต. ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการมีปัญหาอุปสรรคในการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคที่ รพ.สต. ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 1 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็น

ที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาพยาบาล = 0.88 และทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค = 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรม โดยชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการวิจัยและขอความยินยอมโดยให้ผู้ตอบลงนามให้ความยินยอม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพร ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร การสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัญหาต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยใช้ Chi-square test / Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีหนังสือรับรองที่ สธ 0033/2593 วันที่ 17 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.3 เป็นเพศหญิง มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 59.3 รองลงมาอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี ร้อยละ 23.3 และ 17.4 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 38.0 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 43.0 รองลงมามีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และแพทย์แผนไทย ร้อยละ 33.1, 16.9 และ 7.0 ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 45.9 ทั้งนี้ บุคลากรดังกล่าวมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร 6-10 ปี ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ 1-5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.2 และ 25.0 โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมานาน 9.5 ปี ปฏิบัติหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง ร้อยละ 55.8 รองลงมาเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ร้อยละ 37.2 และ 7.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน (n = 172)	ร้อยละ (100.0)
เพศ		
หญิง	133	77.3
ชาย	39	22.7
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	42	24.4
30 – 39 ปี	60	34.9
40 – 49 ปี	40	23.3
50 – 59 ปี	30	17.4
การศึกษา		
อนุปริญญา / ปวส.	6	3.5
ปริญญาตรี	158	91.8
ปริญญาโท	8	4.7
ตำแหน่ง		
นักวิชาการสาธารณสุข	74	43.0
พยาบาลวิชาชีพ	57	33.1
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	29	16.9
แพทย์แผนไทย	12	7.0
การได้รับการอบรมการใช้ยาสมุนไพร		
เคย	79	45.9
ไม่เคย	93	54.1
ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร		
1 – 5 ปี	64	37.2
6 – 10 ปี	65	37.8
มากกว่า 10 ปี	43	25.0
ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
ขนาดเล็ก (ประชากร< 3,000 คน)	12	7.0
ขนาดกลาง (ประชากร 3,000 – 7,999 คน)	96	55.8
ขนาดใหญ่ (ประชากร > 8,000 คนขึ้นไป)	64	37.2

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมีการรับรู้ในระดับ ปานกลางเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น โดยเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการรับรู้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค และมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงร้อยละ 100.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และรายการยาสมุนไพรที่ถูกกำหนดเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 99.4 และ 94.2 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละประเด็นพบว่า เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการรับรู้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค และมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงร้อยละ 100.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และรายการยาสมุนไพรที่ถูกกำหนดเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 99.4 และ 94.2 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการจำแนกรายประเด็น

การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน (n = 172)	ร้อยละ (100.0)
ระดับต่ำ (1 คะแนน)	0	0.0
ระดับปานกลาง (2 คะแนน)	1	0.6
ระดับดี (3-4 คะแนน)	171	99.4
$\overline{X}$ = 3.9, SD = 0.3, Min = 2, Max = 4		
การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. (จำแนกรายประเด็น)	**มี**	**ร้อยละ**
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค	172	100.0
การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	172	100.0
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข	171	99.4
รายการยาสมุนไพรที่ถูกกำหนดเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ	162	94.2

ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค พบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 69.2 มีทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 18.6 และ 12.2 มีความรู้ในระดับดีและระดับต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำแนกรายประเด็น พบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 72.0 ยกเว้นในเรื่องยาสมุนไพรมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน มีทัศนคติในเรื่องดังกล่าวมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 58.7 เท่านั้น รายละเอียดดังตารางที่3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละระดับทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการจำแนกรายประเด็น

ระดับทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค	จำนวน (n = 172)	ร้อยละ (100.0)
ระดับต่ำ (0 – 23 คะแนน)	21	12.2
ระดับปานกลาง (24 – 31 คะแนน)	119	69.2
ระดับดี (32 – 40 คะแนน)	32	18.6
$\overline{X}$ = 29.3, SD = 4.7, Min = 20, Max = 40		

ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค (จำแนกรายประเด็น)	**มากที่สุด**	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
ยาสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาไทยที่ควรดำรงรักษาไว้	40 (23.3)	107 (62.2)	24 (14.0)	1 (0.6)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรถ้าพัฒนาเป็นรูปแบบลักษณะเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบันจะทำให้น่าใช้ยิ่งขึ้น	34 (19.8)	112 (65.1)	26 (15.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
เห็นด้วยกับการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	36 (20.9)	105 (61.0)	31 (18.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
จะสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค	29 (16.9)	111 (64.5)	32 (18.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
การใช้ยาสมุนไพรทำให้ประหยัดงบประมาณการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศ	31 (18.0)	107 (62.2)	34 (19.8)	0 (0.0)	0 (0.0)

ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค (จำแนกรายประเด็น)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งควรใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันกรณีที่มีสรรพคุณเดียวกัน	28 (16.3)	107 (62.2)	36 (20.9)	1 (0.6)	0 (0.0)
ปัจจุบันยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพดีกว่าเมื่อก่อน	22 (12.8)	122 (65.1)	38 (22.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรใช้สะดวก รับประทานง่าย	18 (10.5)	108 (62.7)	45 (26.2)	1 (0.6)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคได้ดีเหมือนยาแผนปัจจุบัน	17 (9.9)	108 (62.8)	47 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน	15 (8.7)	86 (50.0)	71 (41.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร พบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 67.4 มีความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 18.6 และ 14.0 มีความรู้ในระดับต่ำ และสูง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละประเด็น พบว่า เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรมากถึงมากที่สุดว่า ปัจจุบันยาสมุนไพรเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 80.3 รองลงมาการรับประทานยาสมุนไพรง่ายและสะดวก ร้อยละ 79.1 ยาสมุนไพรมีขนาดยาที่เป็นมาตรฐานตามสิ่งบรรจุ ร้อยละ 77.9 ยาสมุนไพรได้ผลการรักษาเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 76.2 คุณภาพต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคต่างๆ ร้อยละ 75.6 สามารถให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค ร้อยละ 63.9 และมีความรู้ ความสามารถต่อการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 63.4 รายละเอียดดังตาราง 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละระดับความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการจำแนกรายประเด็น

ระดับความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร	จำนวน (n = 172)	ร้อยละ(100.0)
ระดับต่ำ (0 – 16 คะแนน)	32	18.6
ระดับปานกลาง (17 – 21 คะแนน)	116	67.4
ระดับสูง (22 – 28 คะแนน)	24	14.0
$\overline{X}$ = 19.8, SD = 3.3, Min = 13, Max = 28		

ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร (จำแนกรายประเด็น)	**มากที่สุด**	**มาก**	**ปานกลาง**	**น้อย**	**ไม่เชื่อมั่น**
ยาสมุนไพรเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	18 (10.5)	121 (70.3)	33 (19.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
การรับประทานยาสมุนไพรง่ายและสะดวก	24 (14.0)	112 (65.1)	36 (20.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรมีขนาดยาที่เป็นมาตรฐานตามสิ่งบรรจุ	18 (10.5)	116 (67.4)	38 (22.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
ยาสมุนไพรได้ผลการรักษาเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน	16 (9.3)	115 (66.9)	41 (23.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
คุณภาพต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคต่าง ๆ	13 (7.6)	117 (68.0)	42 (24.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
สามารถให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค	14 (8.1)	96 (55.8)	62 (36.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
มีความรู้ ความสามารถต่อการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาสมุนไพร	12 (7.0)	97 (56.4)	62 (36.0)	1 (0.6)	0 (0.0)

การสั่งใช้ เหตุผล และยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 48.3 สั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ และร้อยละ 51.7 สั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นบางครั้ง ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีเจ้าหน้าที่ที่ไม่สั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีเหตุผลการเลือกสั่งใช้ยาสมุนไพร คือ เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีความเชื่อมั่นในสมุนไพรที่มีรายงานแล้ว ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคโดยยาสมุนไพร และมีประสบการณ์ส่วนตัวในการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 92.4, 57.0, 53.5 และ 31.4 ตามลำดับ ยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายที่พบมากใน 5 ลำดับแรก คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ยาแก้ไอมะแว้งน้ำเชื่อม/ยาเม็ด มะขามแขก และยาแก้ไอมะขามป้อม ร้อยละ 99.4, 96.5, 92.4, 90.1 และ 89.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละการสั่งใช้ยาสมุนไพร เหตุผล และยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายการ	จำนวน (n=172)	ร้อยละ (100.0)
การสั่งใช้ยาสมุนไพร		
ใช้เป็นประจำ	83	48.3
ใช้เป็นบางครั้ง	89	51.7
ไม่ใช้	0	0.0
เหตุผลการเลือกสั่งใช้ยาสมุนไพร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	159	92.4
มีความเชื่อมั่นในสมุนไพรที่มีรายงานแล้ว	98	57.0
ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคโดยยาสมุนไพร	92	53.5
มีประสบการณ์ส่วนตัวในการใช้ยาสมุนไพร	54	31.4
ยาสมุนไพรที่สั่งจ่าย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ฟ้าทะลายโจร	171	99.4
ขมิ้นชัน	166	96.5
ยาแก้ไอมะแว้งน้ำเชื่อม/ยาเม็ด	159	92.4
มะขามแขก	155	90.1
ยาแก้ไอมะขามป้อม	154	89.5
พญายอ	86	50.0
เถาวัลย์เปรียง	79	45.9
เจลพริก	57	33.1
ไพลจีซาลครีม	53	30.8
ประสะมะแว้ง	45	26.2
รางจืด	43	25.0
ยาเขียวหอม	27	15.7
ขิงแคปซูล	23	13.4
ตรีผลา	22	12.8
เพชรสังฆาต	18	10.5
สหัศธารา	18	10.5
ไพลครีม	18	10.5
หอมนวโกฐ	17	9.9
ยาธาตุบรรจบ	17	9.9
ห้ารากแก้วห้าดวง/เบญจโลกวิเชียร	15	8.7
มะระขี้นก	11	6.4

รายการ	จำนวน (n=172)	ร้อยละ (100.0)
ยาสมุนไพรที่สั่งจ่าย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เถาวัลย์เปรียง	9	5.2
ธาตุอบเชย	9	5.2
ยาผงอำมฤควาที	7	4.1
ยาหอมเทพจิตร	7	4.1
ชุมเห็ดเทศ	7	4.1
เสลดพังพอน	6	3.5
หญ้าดอกขาว	6	3.5
ประสะไพล	5	2.9
ธรณีสันฑะฆาต	5	2.9
ว่านหางจระเข้	5	2.9
ยาผงศุขไสยาศน์	5	2.9
ธรณีสันฑะฆาต	3	1.7
ยาชงคำฝอย	3	1.7
ครีมบัวบก	3	1.7
น้ำมันกัญชา	2	1.2
กระชายดำ	2	1.2
พญายอ	2	1.2
เหลืองปิดสมุทร	1	0.6
ตำรับมะระรวมแคปซูล	1	0.6

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการวิเคราะห์พบว่า ตำแหน่ง (P-value = 0.040) และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร (P-value = 0.014) มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในเรื่องตำแหน่ง พบว่า ผู้ที่มีตำแหน่งแพทย์แผนไทยมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 58.6, 43.9 และ 43.2 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 10 ปี มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. 6-10 ปี และ 1-5 ปี ร้อยละ 43.1 และร้อยละ 40.6 ตามลำดับ

ส่วนอายุ การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร และทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	ใช้เป็นประจำ		ใช้เป็นบางครั้ง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					**0.064**
น้อยกว่า 30 ปี	24	57.1	18	42.9	
30 – 39 ปี	21	35.0	39	65.0	
40 – 49 ปี	20	50.0	20	50.0	
50 – 59 ปี	18	60.0	12	40.0	
ตำแหน่ง					**0.040**
นักวิชาการสาธารณสุข	32	43.2	42	56.8	
พยาบาลวิชาชีพ	25	43.9	32	56.1	
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	17	58.6	12	41.4	
แพทย์แผนไทย	10	83.3	2	16.7	
ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร					**0.014**
1 – 5 ปี	26	40.6	38	59.4	
6 – 10 ปี	28	43.1	37	56.9	
มากกว่า 10 ปี	29	67.4	14	32.6	
การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					**0.488***
ระดับปานกลาง (2 คะแนน)	1	100.0	0	0.0	
ระดับดี (3-4 คะแนน)	83	48.5	88	51.5	
ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร					**0.126**
ระดับต่ำ (0 – 16 คะแนน)	13	40.6	19	59.4	
ระดับปานกลาง (17 – 21 คะแนน)	54	46.6	62	53.4	
ระดับดี (22 – 28 คะแนน)	16	66.7	8	33.3	

ตัวแปร	ใช้เป็นประจำ		ใช้เป็นบางครั้ง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค					**0.177**
ระดับต่ำ (0 – 23 คะแนน)	7	33.3	14	66.7	
ระดับปานกลาง (24 – 31 คะแนน)	57	47.9	62	52.1	
ระดับสูง (32 – 40 คะแนน)	19	59.4	13	40.6	

* P-value จาก Fisher's exact test

ปัญหาต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร มียาสมุนไพรใช้ที่ รพ.สต.น้อย ขาดคู่มือการใช้ยาสมุนไพร การประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพรยังน้อย ประชาชนยังไม่นิยมใช้ ค่าใช้จ่ายในยาบางตัวสูง ยาบางชนิดต้องรับประทานในปริมาณมาก และยาบางตัวกลิ่นค่อนข้างแรง พบร้อยละ 20.3, 6.3, 4.0, 3.4, 2.3, 2.3, 1.7 และ 1.7

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกือบครึ่งหนึ่งมีการสั่งใช้สมุนไพรเป็นประจำ และอีกมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย มีการสั่งใช้สมุนไพรเป็นบางครั้ง ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่าร้อยละ 81.0 มีทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคและความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรในระดับปานกลาง ถึงต่ำ ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ก็จะพบว่า เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคในระดับสูง หรือความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรในระดับดี จะมีการสั่งใช้สมุนไพรเป็นประจำ มากกว่าการมีทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค หรือความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร ในระดับปานกลางถึงต่ำ ดังนั้น จึงทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.อีกมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย มีการสั่งการใช้ยาเป็นบางครั้ง สอดคล้องกับปัทมา ศิริวรรณ[12] ที่กล่าวว่า การตัดสินใจสั่งใช้ยาขึ้นกับทัศนคติและความเชื่อมั่นที่มีต่อยานั้น ๆ ว่ามีคุณภาพมีประสิทธิภาพในการรักษาและมีความปลอดภัยหรือไม่

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่ ตำแหน่ง และประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ทั้งนี้ ในเรื่องตำแหน่งนั้นตำแหน่งแพทย์แผนไทย เป็นตำแหน่งของผู้ที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและมีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรโดยตรง ประกอบกับในการรักษาพยาบาลนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการ

ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษาพยาบาลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น[3] ดังนั้น ตำแหน่งจึงมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนากร ประทุมชาติ และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์[8] ที่พบว่า ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร เพราะการมีประสบการณ์คือ การที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคยได้ใช้ยาในการดูแลรักษาตัวเอง/ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้อื่น เป็นประสบการณ์ตรงที่จะทำให้ทราบว่า การใช้ยาสมุนไพรดังกล่าวทำให้โรคหรืออาการที่รักษานั้นเป็นอย่างไร ถ้าผู้ป่วยหายหรือทุเลาลง ก็จะเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะใช้ยาสมุนไพรนั้นรักษาโรคถ้ายังไม่มีประสบการณ์ก็ทำให้ไม่กล้า / ไม่ใช้ ดังนั้น ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรจึงมีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร สอดคล้องการศึกษาของปวันรัตน์ กิจเฉลา, วิศรี วายุรกล[13] ที่พบว่า ประสบการณ์ใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเองมีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพร นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์[9] พบว่า เหตุผลการสั่งจ่ายยาสมุนไพร คือ แพทย์มีประสบการณ์การใช้ส่วนตัวหรือมีคนในครอบครัวใช้

สำหรับปัญหาต่อการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ มียาสมุนไพรใช้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อย ขาดคู่มือการใช้ยาสมุนไพร การประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพรยังน้อย ประชาชนยังไม่นิยมใช้ ค่าใช้จ่ายในยาบางตัวสูง ยาบางชนิดต้องรับประทานในปริมาณมาก และยาบางตัวกลิ่นค่อนข้างแรง สอดคล้องกับการศึกษาในบางประเด็น ได้แก่ ธีราวุฒิ มีชำนาญ[14] คัคนางค์ โตสงวน และคณะ[15] พบว่า ปัญหาที่สำคัญในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติคือ ผู้สั่งจ่ายยาไม่รู้จักขนาดยาและสรรพคุณยา ไม่ทราบแนวทางการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ธนากร ประทุมชาติ และปตพงษ์ เกษสมบูรณ์[8] พบว่า ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาสมุนไพรเหมือนกับยาแผนปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการดังนี้

1. ดำเนินการปรับทัศนคติการใช้ยาสมุนไพร และสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วยที่ รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น

2. เพิ่มบัญชียาสมุนไพร และจัดให้มียาสมุนไพรใน รพ.สต.เพิ่มมากขึ้น

3. ให้แพทย์แผนไทย หรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการใช้ยาสมุนไพรให้กับเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรน้อย

4. ประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพรให้กับประชาชนได้รับทราบ เกิดการยอมรับ

และให้เป็นทางเลือกในการรักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร คุณสรชัย หลำสาคร คุณสุคนธ์ ปัญจพงษ์ และคุณวันทนา จารุปราโมทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ที่ให้คำปรึกษาในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). สถิติการใช้บริการแพทย์แผนไทย. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก https://thaicam.go.th/? option=com_contact &view=contact&id=2% 3A2013-07-09-04-23-14&catid=12%3A contacts &Itemid=75 (สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565)
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/ default/files/ HealthPlan12_2560_2564.pdf (สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565)
3. National Committee on Drug System Development. (2011). National drug policy B.E. 2554 and strategies for drug system development B.E. 2555-2559. Nontaburi: Publis¬ing House of the Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2011. (in Thai)
4. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2556). ยุทธศาสตร์การวิจัยรายประเด็นด้านการพัฒนาสมุนไพร (พ.ศ. 2556-2559). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
5. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. (2556). การพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนในประเทศไทย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 1(32): 32.
6. นิลเนตร วีระสมบัติ. (2554). การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพอาเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 9(1); 47-56.
7. คัทลียากรณ์ ไวโอเร็ต. (2556). การประเมินการใช้ยาจากสมุนไพรและความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการใช้ในโรงพยาบาลลองจังหวัดแพร่. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. ธนากร ประทุมชาติ และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2558). การสั่งใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(1): 98-110.

9. นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2565). รายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. จังหวัดสมุทรสาคร. สมุทรสาคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.
11. Yamane, T. (1967). Statistics : An Introductory Analysis. London : John Weather Hill,Inc.
12. ปัทมา ศิริวรรณ. (2559). ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพร ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน.การค้นคว้าอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. ปวันรัตน์ กิจเฉลา, วิศรี วายุรกุล. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2): 145-157.
14. ธีราวุฒิ มีชำ นาญ. (2558). การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2:167-77.
15. คัคนางค์ โตสงวน, ณัฏฐิญา ค้าผล, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบูรณ์, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ. (2554). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข, 5(4): 513-21.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

Factors Associated with Mortality of Tuberculosis Patients In Chao Khun Phaiboon Phanom Thuan Hospital

ศิริพรรณ โมกขพันธ์

Siriphun Mokkaphun

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน

ks9281@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบไม่จับคู่ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม จำนวน 64 คน กลุ่มศึกษา จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนระหว่างปีงบประมาณ 2564-2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด (Adjusted OR= .015; 95% CI = 0.003 – 0.077, p-value .05)โดยที่ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะลดโอกาสการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ร้อยละ 98.5

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยวัณโรคมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเสียชีวิตได้

Abstract

The analytical, unmatched case-control study aimed to study the factors associated with the mortality of tuberculosis patients in Chao Khun Phaiboon Phanom Thuan hospital. The sample was divided into two groups: the control group comprised 64 patients, and the case group comprised 16 patients. Data was collected from the review of medical records in the fiscal year 2021-2022. Descriptive and inferential statistics such as the chi-square test and the multiple logistic regression analysis have analyzed the data. The study found that the factor

significantly associated with the mortality of tuberculosis patients was follow-up (Adjusted OR = .015; 95%CI = 0.003 – 0.077, p-value .05). Tuberculosis patients who follow up regularly can decrease their mortality rate by 98.5%. Hence, encouraging TB patients to get regular check-ups will help reduce the risk of death.

หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ทั่วโลกในปี พ.ศ.2563 สูงถึง 9.9 ล้านคน คิดเป็น 127 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน [1]อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทย ในปี 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำจำนวน 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต จำนวน 12,000 ราย ที่ผ่านมาผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำในประเทศไทยมีอัตราการรักษาล้มเหลว ขาดการรักษา และโอนออกลดลง แต่อัตราการเสียชีวิตระหว่างรักษายังสูงกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 5) โดยในปี 2560-2563 พบผู้ป่วย เสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.05, 7.65 และ 8.7 ตามลำดับ แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตไม่ลดลง [2,3]

เขตบริการสาธารณสุขที่ 5 ราชบุรี พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็น 1 ใน 5 ของประเทศ โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี เฉลี่ยร้อยละ 10.54 สูงกว่าตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระดับประเทศ ถึง 2 เท่า โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน พบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคในปี 2561 - 2565 ร้อยละ 16.66, 18.84, 6.59, 14.55 และ 17.39 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่บรรลุเป้าหมาย [4] การจะแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ให้สำเร็จ จำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต เพื่อวางแผนบริหารจัดการลดปัจจัยเหล่านี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ [5] อายุ [6,7] BMI [6,8] การติดเชื้อ HIV [6,9] การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมเช่นเบาหวาน มะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง ไทรอยด์ [5-12] ระยะเวลาจากมีอาการของวัณโรคจนได้รับการรักษา [12] การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่ [13] ผลการตรวจเสมหะ, ผลเอกซเรย์ปอด [13] การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา [14] ดังนั้น การทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของวัณโรค จะสามารถนำไปสู่การวางระบบบริการในคลินิกวัณโรคที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไม่จับคู่ (Unmatched case-control) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบภาคตัดขวางจากแบบสอบถาม และคัดลอกจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2565

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่ามีเชื้อวัณโรค ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นวัณโรค ลงทะเบียนในโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2565 จำนวน 101 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มศึกษา (case) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างรับการรักษา และ กลุ่มควบคุม (control) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เสียชีวิตระหว่างรับการรักษา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตร The Cochran formula ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน ± 5% จากการทบทวนวรรณกรรมทราบอัตราส่วนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตร้อยละ 15.84 (ผู้ป่วย 101 คน เสียชีวิต 16 คน) แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา (case) จำนวน 16 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 64 คน รวม 80 คน สุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่จาก H.N. ผู้ป่วยในระบบ NTIP

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. กลุ่มศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค มีชื่อในระบบ NTIP ที่รับการรักษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ผลการรักษาคือเสียชีวิต ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2565 ญาติสายตรงอนุญาตให้คัดลอกข้อมูลการรักษาโรค และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค มีชื่อในระบบ NTIP ที่รับการรักษา ณ คลินิก วัณโรค โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ผลการรักษาคือไม่เสียชีวิต ระหว่างปีงบประมาณ 2565 อนุญาตให้คัดลอกข้อมูลการรักษาโรค และเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น โอนออก (Transfer out) หรือขาดการติดตามรักษา หรือมีการเปลี่ยนวินิจฉัย ไม่ป่วยเป็นวัณโรคในภายหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้จากการศึกษาเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ส่วนที่ 1แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและผลการรักษา และส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ตรวจสอบคุณภาพ

ของเครื่องมือการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลมะการักษ์ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือเลขที่ กจ.0033.002/3721 ลงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เลขที่ EC.NO.23/2565

วิธีการเก็บข้อมูล

นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จัดประชุมบุคลากรคลินิกวัณโรค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง/ญาติสายตรงที่ได้รายชื่อจากระบบ NTIP เพื่ออธิบายโครงการวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้น จึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และคัดลอกข้อมูลด้านการรักษาจากเวชระเบียน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของข้อมูลที่ได้รับเพื่อนำผลไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi square test) และสถิติการถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis) คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้น โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์คราวละตัวแปร ตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 จะนำเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้น การทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติคด้วยสถิติทดสอบของวอลด์ (Wald statistic) และใช้ร้อยละของค่า R2 ของ Cox & Shell และ Nagelkerke อธิบายความ ผันแปรในการวิเคราะห์สถิติถดถอยลอจิสติก นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย crude odds ratio และ adjusted odds ratio ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95% Cl) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มศึกษา จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 64.25 ปี (SD 21.08) เชื้อชาติไทย ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.30 สูบบุหรี่ ร้อยละ 68.80 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 75 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และได้รับยารักษาวัณโรคสูตรที่ 1 (2HRZE/4HR) ร้อยละ 87.50 เท่ากัน เป็นวัณโรคปอด ร้อยละ 75 และ

มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 81.30 สำหรับกลุ่มควบคุม จำนวน 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.31 อายุเฉลี่ย 53.47 ปี (SD 18.43) เชื้อชาติไทย ร้อยละ 93.75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.30 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.20 ไม่มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 64.10 ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 93.80 เท่ากัน เป็นวัณโรคปอด ร้อยละ 90.60 ได้รับยารักษาวัณโรคสูตรที่ 1 (2HRZE/4HR) ร้อยละ 84.40 และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.80

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คราวละตัวแปร เพื่อหาค่า Crude OR และ 95% CI โดยใช้สถิติChi square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) มี 9 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรด้านรายได้ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีรายได้มีโอกาสเสียชีวิต 3.43 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ (OR = 3.43; 95% CI of OR = 1.07 – 11.06; p-value = 0.039) ตัวแปรด้านการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 96 เมื่อเทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่ (OR = 0.04; 95% CI of OR = 0.01 – 0.16; p-value = < 0.01) ตัวแปรด้านการดื่มสุรา ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ดื่มสุรามีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 81 เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มสุรา (OR = 0.19; 95% CI of OR = 0.05 – 0.75; p-value = 0.018) ตัวแปรด้านการเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (OR = 0.10; 95% CI of OR = 0.02 – 0.50; p-value = 0.005) ตัวแปรด้านการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจตามนัดมีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มาตรวจตามนัด (OR = 0.02; 95% CI of OR = 0.003 – 0.08; p-value < 0.01) ตัวแปรด้านการรับประทานยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีโอกาสเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 91 เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (OR = 0.09; 95% CI of OR = 0.03 – 0.34; p-value < 0.01) ตัวแปรด้านการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระหว่างรักษาวัณโรค 2 เดือนแรกไม่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านมีโอกาสเสียชีวิต 6.33 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน (OR = 6.33; 95% CI of OR = 1.79 – 22.37; p-value = 0.004) ตัวแปรด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ ผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่าในการเดินทางน้อยกว่า 200 บาทมีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 200 บาท (OR = 0.30; 95%CI of OR = 0.1 – 0.9; p-value = 0.039) และตัวแปรด้านระยะเวลาจากวันที่มีอาการถึงวันที่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงวันที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 10 วัน มีโอกาสเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 87เมื่อเทียบกับผู้ที่ระยะเวลามากกว่า 10 วัน (OR = 0.13; 95% CI of OR = 0.04 – 0.46; p-value = 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิเคราะห์ คราวละตัวแปร

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N 64 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา (N 16 คน) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95% CI	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	25 (39.10)	11 (68.80)	3.43	1.07-11.06	.039*
มีรายได้	39 (60.90)	5 (31.30)			
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	59 (92.20)	5 (31.30)	.04	0.01 – 0.16	<.01*
สูบ	5 (7.80)	11 (68.80)			
ประวัติการดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	59 (92.20)	11 (68.80)	.19	0.05 – 0.75	.018*
ดื่ม	5 (7.80)	5 (31.30)			
กลุ่มเสี่ยงวัณโรค					
ไม่มีกลุ่มเสี่ยง	37 (57.80)	2 (12.50)	.10	0.02 – 0.50	.005*
มีกลุ่มเสี่ยง	27 (42.20)	14 (87.50)			
การมาตรวจตามนัด					
ไม่มาตามนัด	4 (6.30)	13 (81.30)	.02	0.003 – 0.08	<.01*
มาตามนัด	60 (93.80)	3 (18.80)			
ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา					
ไม่สม่ำเสมอ	14 (21.90)	12 (75.00)	.09	0.03 – 0.34	<.01*
สม่ำเสมอ	50 (78.10)	4 (25.00)			
ระหว่างรักษาวัณโรค 2 เดือนแรกมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน					
ไม่มี	7 (10.90)	7 (43.80)	6.33	1.79 – 22.37	.004*
มี	57 (89.10)	9 (56.30)			
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ					
0 - 200 บาท	46 (71.90)	7 (43.80)	.30	0.1 – 0.9	.039*
201 บาทขึ้นไป	18 (28.10)	9 (56.30)			

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N 64 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา (N 16 คน) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาจากวันที่มีอาการถึงวันที่ได้รับการรักษา					
0 – 10 วัน	46 (71.90)	4 (25.00)	.13	0.04 – 0.46	.001*
11 วันขึ้นไป	18 (28.10)	12 (75.00)			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05**

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจากตารางที่ 1 ไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ Multiple logistic regression จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล เลือกการนำเข้าข้อมูลแบบ Forward Wald พบว่า โมเดลที่ 1 ตัวแปรการมาตรวจตามนัดสามารถพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอลดโอกาสการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ ร้อยละ 98.5 (Adjusted OR= .015; 95%CI of OR= 0.003 – 0.077; p-value <.001) ดังตารางที่ 2

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N 64 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา (N 16 คน) จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p-value
การมาตรวจตามนัด						
ไม่มาตามนัด	4 (6.30)	13 (81.30)	.02	.015	0.003-0.077	<.01*
มาตามนัด	60 (93.80)	3 (18.80)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคคือการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ โดยการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอลดโอกาสการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ ร้อยละ 98.5 (Adjusted OR= .015; 95%CI = 0.003 – 0.077) p-value <0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา รอดเกิด [14] พบว่าหากผู้ป่วยผิดนัดไม่มาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ครบ ร่างกายไม่สามารถจัดการกับเชื้อวัณโรคได้จึงเสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา กลุ่มเสี่ยงวัณโรค ความสม่ำเสมอ

ของการรับประทานยา ระหว่างรักษาวัณโรค 2 เดือนแรกมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาจากวันที่มีอาการถึงวันที่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายตัวแปร ด้วยวิธีถดถอยพหุคูณลอจิสติค กลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปร โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantana N. [15] พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้และมีรายได้น้อยสัมพันธ์กับการขาดยา ผู้ที่ไม่มีรายได้จะไม่สามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อีกทั้งผลข้างเคียงของยาทำให้มีคลื่นไส้อาเจียนส่งผลให้ไม่อยากรับประทานยา ต่อทำให้ขาดยา อาการป่วยจึงรุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลา คล้ายกับ การศึกษาของ เอกจิตรา สุขกุล [16] เรื่องความสัมพันธ์ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเป็นวัณโรค พบว่า รายได้และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาวัณโรคอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้หาย และลดอัตราการเสียชีวิตลง

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ในการศึกษานี้พบว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ต่อเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gol dsjtein [17] ในรัสเซีย พบว่าการสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิโรตม์ จันทรักษา. [13] ที่พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ สารประกอบในบุหรี่จะขัดขวางการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อวัณโรค ทำให้โรครุนแรงขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

ปัจจัยด้านการเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคนั้น กรมควบคุมโรคได้ประกาศไว้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในประเทศไทยปี 2564 (National Tuberculosis control Program Guideline 2021,NTIP) [3] กลุ่มเสี่ยงวัณโรค ได้แก่ ผู้สัมผัสวัณโรค, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้, ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม, ผู้ต้องขัง, แรงงานต่างชาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถรับเชื้อวัณโรคหรือเป็นวัณโรค ได้มากกว่าคนที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยด้านความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 2 เดือนแรกมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา รอดเกิด [14] พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเพราะหากผู้ป่วยไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ หรือขาดยา

เป็นประจำจะทำให้เชื้อวัณโรคมีความรุนแรงขึ้น จนกลายเป็นวัณโรคดื้อยา ร่างกายก็ไม่สามารถจัดการต่อวัณโรคได้จะเสียชีวิตในเวลาต่อมา

ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ เป็นปัจจัยเสียงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องการศึกษาของ เจริญศรี แซ่ตั้ง [9] ที่พบว่า การมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตระดับ 0.05 ($p<.05$) เพราะเมื่อมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น ไม่ว่าจะทางใดก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากมารับบริการ ทำให้ขาดยาขาดการรักษา ผู้ป่วยก็จะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิต

ปัจจัยด้านระยะเวลาจากวันที่มีอาการถึงวันที่ได้รับการรักษา เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง [12] พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการจนถึงวันที่เริ่มรักษา 30 วัน ขึ้นไปเสียชีวิตเป็น 0.37 เท่าของผู้ป่วยที่มีอาการจนถึงวันที่เริ่มรักษาน้อยกว่า 30 วัน

สรุปผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค คือ การมาตรวจตามนัดสามารถพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะลดโอกาสการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ร้อยละ 98.5 (Adjusted OR= .015; 95%CI = 0.003 – 0.077) p-value <0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารจัดการ

1. สนับสนุนให้มีการตรวจค้นหาวัณโรคเชิงรุกอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและคลินิกโรคเรื้อรัง เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีอาการสงสัยคล้ายวัณโรค ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม เพื่อให้การวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว

2. ผู้ป่วยวัณโรคที่ด้อยโอกาสทางสังคม มีฐานะยากจน ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ที่โรงพยาบาล ควรได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรท้องถิ่น

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาตามแผนการรักษา เจ้าหน้าที่ควรระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยว่าได้รับประทานยาจริงหรือไม่ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยา ต่อหน้าผู้กำกับการรับประทานยา พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกการรับประทานยาหรือถ่ายรูปขณะรับประทานยาแล้วส่งให้เจ้าหน้าที่ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ เนื่องจาก พบว่า แม้ผู้ป่วยวัณโรคจะเดินทางมาที่สถานบริการ ทุกครั้ง แต่มีบางรายที่ไม่ได้รับประทานยาจริง หรือรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา นอกจากนี้ใน การทำ DOT ควรสังเกตสีของเม็ดยาว่ามีการเปลี่ยนสีเสื่อมสภาพหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

2. ควรศึกษาและพัฒนาแอพพลิเคชั่นแจ้งเตือนการรับประทานยา การกำกับการกินยา และการมาตรวจตามนัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้ทำวิจัยลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความกรุณา จาก นายแพทย์ภัทราวุธ โชคประกอบกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน ที่จุดประกายทางความคิดและให้คำแนะนำ ขอบคุณนายแพทย์บดินทร์ คำมาเมือง อายุรแพทย์โรงพยาบาลมะการักษ์ ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ขอบคุณองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลและสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และขอขอบคุณญาติผู้ป่วยทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564 [Internet]. Vol. 1. กรุงเทพ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564 [cited 2021 Dec 16]. Available from: https://www.tbthailand.org/home.html
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค สำหรับประเทศไทยได้ทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. NTIP (National Tuberculosis Information Program) [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: https://ntip-ddc.moph.go.th/uiform/Login.aspx
4. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี. สถิติและผลการดำเนินงานด้านวัณโรคในจังหวัดกาญจนบุรี.กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2565, จาก http://kanpho.go.th/
5. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2560; 9(1): 19-27.
6. พรพิสุทธิ์ เดชแสง. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27(5): 908-19.
7. จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 3(3): 75-82.

8. จิราวัฒน์ แก้ววินัด. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะพบเชื้อที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561; 33(3): 195-208.
9. เจริญศรี แซ่ตั้ง. ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(4): 436-447.
10. อัมพาพันธ์ วรรณพงศภัค, กิตติกาญจน์ มูลฟอง. (2560). ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2560; 13(2): 72-85.
11. จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ้งอุษา นาคคงคา, ฤทัยรัตน์ แสงนา, วีรพันธ์ การบรรจง, กนกรส โค้วจริยพันธุ์ และคณะ.ปัจจัยเกี่ยวเนื่องอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2559; 8(1): 53-59.
12. วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2559; 23(1): 22-34.
13. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;18 (2): 87-96.
14. อัจฉรา รอดเกิด. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสีย ชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสาร วิชาการแพทย์ เขต 11 2562; 33 (1): 91-102.
15. Chantana N. Factors Related to Adherence to Multi-Drug Resistant Tuberculosis Treatment. Rama Nurs J. 2019; 25(3): 297–309.
16. เอกจิตรา สุขกุล. วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดกาญจนบุรี. โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี กระทรวงสาธารณสุข. 2551.
17. Gol'dshtein RI. Causes of death of alcoholics [Abstract]. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S Korsakova. 1985; 85(8): 1235-8. [cited 2005 Jul 18]. Available from: MEDLINE/4050240

ปรากฏการณ์หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระยะแรก : กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี

Phenomenon after the first phase of the transfer of sub district health promoting hospital to provincial administrative organizations: Kanchanaburi case study

ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนันท์

Chaiyaputthaa Phurichaivoranant

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี

teng.nk.stps@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ผ่านการรับรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการองค์การในระยะแรกหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด 3 ด้าน 1. ด้านการบริหารจัดการองค์การ 2. ด้านคุณภาพบริการ และ 3. ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ใช้วิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.798สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบ (Paired Sample T-Test) การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตีความและการให้ความหมาย

ผลการวิจัยพบว่าก่อนและหลังการถ่ายโอน ทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) โดยทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยลดลง ด้านบริหารจัดการองค์การ ก่อน ($\bar{X}$=3.36,S.D.=0.79) และหลัง ($\bar{X}$=2.77, S.D.=1.02) การถ่ายโอนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านคุณภาพในการให้บริการ ก่อนการถ่ายโอน ($\bar{X}$=3.82,S.D.=0.85) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก หลังการถ่ายโอน ($\bar{X}$=2.81,S.D.=1.28) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ก่อน ($\bar{X}$=3.45,S.D.=1.16) และหลัง ($\bar{X}$=2.77, S.D.=1.01) การถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

หลักพบว่า หลังการถ่ายโอนมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ขาดความชัดเจนและความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอน คุณภาพบริการที่ลดลงจากผลกระทบด้านระเบียบและกฎหมายวิชาชีพ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ สามารถนำผลการศึกษาเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคและส่งเสริมพัฒนาสิ่งดีที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ให้การถ่ายโอนที่ผ่านมาและรุ่นต่อไปมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการประชาชนและเจ้าหน้าที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน

Abstract

The purpose of this research was to study the phenomenon through the perceptions of officer in sub district health promotion hospitals about changes in organizational management in the first stages after the transfer of sub-district health promoting hospitals to Kanchanaburi Provincial Administrative Organization, totaling 3 aspects: 1) organizational management, 2) service quality, and 3) satisfaction officer. A questionnaire survey with confidence with Cronbach's alpha coefficient was 0.798. A simple random sampling was obtained from 187 samples. Data were analyzed. with descriptive statistics, number, percentage, mean and standard deviation and paired sample T-Test, A qualitative study by in-depth interviews from a group of 10 key informants, qualitative data were analyzed with interpretation and meaning.

The results showed that before and after the transfer, all 3 aspects were statistically different ($P<0.01$), with all aspects having decreased in average score. The organizational management before($\overline{X}$=3.36,S.D.=0.79) and after ($\overline{X}$=2.77, S.D.=1.02) transfer had average scores at the moderate level.The quality of service before transfer ($\overline{X}$=3.82,S.D.=0.85) the average score was high level and after transfer ($\overline{X}$=2.81,S.D.=1.28) the average score was moderate. The satisfaction officer before ($\overline{X}$=3.45,S.D.=1.16)and after ($\overline{X}$=2.77, S.D.=1.01) transfer the average score was moderate. And from interviews with key informants, it was found that revealed many changes after the transfer. Due to the impact of regulatory and professional laws, there was a lack of clarity and preparation to support the transfer. Service quality was reduced.

Benefits of the study to make plans to improve, solve problems or obstacles and promote the development of existing good things even better in order to make the transfer of the past and the next phase effective for the best benefit.

หลักการและเหตุผล

จากประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 12 (4) และ (15) และมาตรา 17 (29) แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประชุมครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2564 ได้มีมติเห็นชอบประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด[1]

โดยที่มาตรา 250 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจน งบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อ[2] รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ข้อ 4.4 ภารกิจที่ถ่ายโอนให้แก่เทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หากเทศบาล และอบต. ยังไม่พร้อมที่จะรับโอนภารกิจ ให้ส่วนราชการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รับไปดำเนินการแทนก่อน และเมื่อเทศบาลและอบต. มีความพร้อมและ ประสงค์รับโอนภารกิจเมื่อใด ให้ อบจ. ถ่ายโอนภารกิจนั้นให้แก่เทศบาล และ อบต. เจ้าของพื้นที่ รับไปดำเนินการได้ทันที

เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2565 จังหวัดกาญจนบุรีมีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งสิ้น 143 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งสิ้น 97 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.83 [3] มีเจ้าหน้าที่ต้องย้ายสังกัดทั้งสิ้น 338 คน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารของ

หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติงานตามนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องการศึกษาปรากฏการณ์ผ่านการรับรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการระบบงานภายในองค์การที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรีในระยะแรก ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญเพราะเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาหรือปรับปรุง จะได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษา ด้านบริหารจัดการองค์การ โดยจะใช้แนวคิด POSDCoRB ของลูเธอร์กูลิค (Luther Halsey Gulick)ประกอบด้วย P = Planning การวางแผน O = Organizing การจัดการองค์การ S = Staffing การจัดการด้านบุคคลากร D = Directing การควบคุมสั่งการ Co = Coordinating การประสานงาน R = Report การรายงาน B = Budgeting การจัดการงบประมาณ [4]ด้านคุณภาพการบริการว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง และด้านความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่ โดย งานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีฐานคิดที่ว่า ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปแล้วรับรู้ว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อการบริหารจัดการองค์การ คุณภาพการให้บริการ และความพึงพอใจของเขาเป็นอย่างไร สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อตัวของเจ้าหน้าที่ผู้ถ่ายโอนเอง เมื่อทราบถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านดีและร้าย จะได้เรียนรู้และทราบถึงวิธีการในการบริหารจัดการต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร ปรากฏการณ์ด้านใดที่ดี จะส่งเสริมและพัฒนาให้ดีขึ้นไปอีกได้อย่างไร หรือปรากฏการณ์ใดที่ดูว่าต้องแก้ไขจะได้หาแนวทางวิธีการจัดการให้ได้เพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหารุกลามมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการศึกษานี้เสนอต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการหาแนวทางบริหารจัดการให้การถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อคุณภาพบริการประชาชนและคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ผ่านการรับรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการองค์การในระยะแรกหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความแตกต่างด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านบุคลากร ด้านควบคุมสั่งการ ด้านการประสานงาน ด้านระบบรายงาน ด้านการจัดการงบประมาณ ก่อนและหลังการถ่ายโอน

3. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความแตกต่างด้านคุณภาพบริการก่อน

และหลังการถ่ายโอน

4. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความแตกต่างด้านความพึงพอใจของบุคลากรก่อนและหลังการถ่ายโอน

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี รอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 338 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกภาคสนาม และโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ EC. NO.6/2566 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของยามาเน่ [5] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 183 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันอัตราการตอบกลับที่ต่ำของแบบสอบถามอาจส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางการวิจัย[6] ผู้วิจัยจึงสุ่มจับฉลากจากกลุ่มประชากรเผื่อไว้ทั้งสิ้น 200 ตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสัดกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565

2. มีช่องทางการสื่อสารออนไลน์ เช่น line/ Facebooks/ e-mail อย่างใดอย่างหนึ่ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาด้านการสื่อสาร

2. ไม่เป็นแกนนำในการสนับสนุนหรือคัดค้านการถ่ายโอนโดยเปิดเผย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน ดังนี้ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 2 คน และทันตบุคลากร จำนวน 1 คน

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantity research) และยืนยันปรากฏการณ์ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Quality Research) เพื่อสำรวจสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอน เพื่อค้นหาและอธิบายถึงข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยใช้การสำรวจ (survey research) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ขอบเขตด้านระยะเวลา เดือน เริ่มเขียนโครงการและออกแบบงานวิจัยวิจัย เดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2565 ขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ เดือน กุมภาพันธ์ 2566 เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผล กุมภาพันธ์ ถึง

มีนาคม พ.ศ.2566 รวมระยะเวลาในการวิจัยประมาณ 6 เดือน

ขอบเขตด้านเนื้อหา เปรียบเทียบการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามแนวคิด POSDCoRB คุณภาพบริการ และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ เปรียบเทียบก่อนการถ่ายโอน คือ ในขณะปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขว่าประเด็นดังกล่าวเป็นอย่างไร และหลังการถ่ายโอน คือ ในขณะปฏิบัติงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ว่าประเด็นดังกล่าวเป็นอย่างไร แล้วนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกันเชิงสถิติ โดยการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง คือ ในระยะแรกเท่านั้น คือหลังการถ่ายโอนประมาณ 3-5 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามในการสำรวจแบ่ง เป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ตำแหน่ง เงินเดือน และระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 แบ่งเป็นด้านที่ 1 การบริหารจัดการ องค์การ ประกอบด้วย 1. การวางแผน 2. การจัดองค์การ 3. การจัดการบุคลากร 4. การควบคุมกำกับ 5. การประสานงาน 6. การจัดทำรายงาน 7. การจัดการด้านงบประมาณ ด้านที่ 2 คุณภาพในการบริการประชาชน และด้านที่ 3 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะการตอบแบบปลายเปิด

ในส่วนที่ 2 จะมีข้อคำถามย่อยในแต่ละด้านด้านละ 4-5 ข้อ สลับตำแหน่งในการตอบก่อนและหลังถ่ายโอนเพื่อลดความอคติในการให้ข้อมูล ใช้ระดับมาตรวัดอันตรภาค (Interval scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยมีค่าระหว่าง 1-5 [7] โดยระดับ 1 คะแนน หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามี การบริหารจัดการ คุณภาพบริการ และความพึงพอใจ ในองค์ประกอบนั้นๆ น้อยที่สุด เพิ่มระดับมากขึ้น จนถึงระดับ 5 คะแนน หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามีการบริหารจัดการ คุณภาพบริการ และความพึงพอใจ ในด้านนั้นๆมากที่สุด

ทดสอบความเที่ยงตรงของข้อคำถามโดยวิธี IOC เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ชุด นำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.798

การรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยเชิงปริมาณ สำรวจการรับรู้โดยการแจกแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์

เนื่องจากมีความคุ้มค่ากับการลงทุน [8] โดยใช้เครื่องมือ google from ซึ่งเป็น freeware ไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยจะส่ง Link ที่อยู่ของ google from ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ทั้ง 200 ตัวอย่าง เป็นรายบุคคลผ่านโปรแกรมออนไลน์ต่างๆ ทั้ง Chat room ใน Facebook chat Line หรือ Email อย่างใดอย่างหนึ่งที่ผู้วิจัยจะสามารถสืบค้นได้ โดยผู้วิจัยจะไม่ทราบเลยว่าคำตอบที่ได้รับเป็นของกลุ่มตัวอย่างคนใด มีข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งสิ้น 187 ตัวอย่าง ส่วนอีก 3 ตัวอย่างไม่ตอบกลับมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ตรวจสอบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต้องไม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย ตัดข้อมูล Outliner ออก จนได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 187 ตัวอย่าง ลงรหัสและจัดกลุ่มเพื่อแบ่งระดับในแต่ละด้าน เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็นระดับมาก มีคะแนนระหว่าง 3.68-5.00 ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 2.34-3.67 และระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 1.00-2.33 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทดสอบสมมติฐานด้วยการเปรียบเทียบการรับรู้ถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวก่อนและหลังการถ่ายโอน โดยใช้สถิติ Paired Sample t-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อสัมภาษณ์ ถอดความ ตีความ และการให้ความหมาย วิเคราะห์ สังเคราะห์ ร่วมกับผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 187 ตัวอย่าง จำแนกเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้ เพศหญิง ร้อยละ 72.60 เพศชาย ร้อยละ 27.40 กลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 29.64 รองลงมากลุ่มอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 25.72 และกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 23.45 ตามลำดับ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 34.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 25.31 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นวก.สาธารณสุข) ร้อยละ 15.64 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 14.38 และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ร้อยละ 10.27 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 88.6 และ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 11.40 ตามลำดับ ระดับเงินเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 32.25 ระดับเงินเดือน 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 21.26 ระดับเงินเดือน 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 19.94 ระดับเงินเดือน 40,001-50,000 บาท ร้อยละ 18.61 และระดับเงินเดือน 50,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 7.94 ตามลำดับ

ตัวแปรตาม	ก่อนการถ่ายโอน			หลังการถ่ายโอน			t	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล			
ด้านบริหารจัดการ	3.36	0.79	ปานกลาง	2.77	1.02	ปานกลาง	6.122	0.000	-0.59
-การวางแผน	3.12	1.17	ปานกลาง	2.60	1.17	ปานกลาง	4.705	0.000	-0.52
-การจัดองค์การ	3.09	1.16	ปานกลาง	2.83	1.33	ปานกลาง	1.928	0.055	-0.26
-การจัดการบุคลากร	3.53	0.86	ปานกลาง	2.87	1.11	ปานกลาง	6.313	0.000	-0.66
-การควบคุมกำกับ	3.39	1.05	ปานกลาง	2.86	1.26	ปานกลาง	3.996	0.000	-0.53
-การประสานงาน	3.69	0.81	มาก	2.75	1.13	ปานกลาง	9.466	0.000	-0.94
-การจัดการระบบรายงาน	3.47	1.03	ปานกลาง	2.69	1.23	ปานกลาง	6.731	0.000	-0.78
-การจัดการงบประมาณ	3.21	1.18	ปานกลาง	2.80	1.27	ปานกลาง	3.236	0.001	-0.41
ด้านคุณภาพในการให้บริการ	3.82	0.85	มาก	2.81	1.28	ปานกลาง	9.309	0.000	-1.01
ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่	3.45	1.16	ปานกลาง	2.63	1.27	ปานกลาง	6.004	0.000	-0.82

จากตารางที่ 1 พบว่าการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงปรากฏการณ์ก่อนและหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี มีดังนี้

1. ด้านบริหารจัดการองค์การ ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=3.36,S.D.=0.79) และ ($\bar{X}$) =2.77, S.D.=1.02) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.59 คะแนน โดยมีองค์ประกอบย่อย ดังนี้

1.1 ด้านการวางแผน ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.12,S.D.=1.17) และ ($\bar{X}$=2.60, S.D.=1.17) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.52 คะแนน

1.2 ด้านการจัดองค์การ ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.09, S.D.=1.16) และ ($\bar{X}$) =2.83, S.D.=1.33) ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.66 คะแนน

1.3 ด้านการจัดการบุคลากร ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (¯("x")=3.53,S.D.=0.86) และ (¯("x")=2.87,S.D.=1.26) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) และมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.66 คะแนน

1.4 ด้านการควบคุมกำกับ ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=3.39,S.D.=1.05) และ ($\bar{X}$)=2.86,S.D.=1.26) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.53 คะแนน

1.5 ด้านการประสานงาน ก่อนการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$) =3.69,S.D.=0.81) หลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=2.75, S.D.=1.33) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.94 คะแนน

1.6 การจัดการระบบรายงาน ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=3.47,S.D=1.03) และ ($\bar{X}$)=2.69, S.D.=1.23) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.78 คะแนน

1.7 ด้านการจัดการงบประมาณ ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=3.21,S.D=1.18) และ ($\bar{X}$)=2.80,S.D.=1.27) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.41 คะแนน

2. ด้านคุณภาพในการให้บริการ ก่อนการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$) =3.82,S.D.=0.85) หลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=2.81,S.D.=1.28) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 1.01 คะแนน

3. ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลังการถ่ายโอนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$)=3.45,S.D.=1.16) และ ($\bar{X}$) =2.77, S.D.=1.01) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.82 คะแนน

ผลการสัมภาษณ์ในประเด็นที่สำคัญ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ไม่ได้คิดถึงอนาคตว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง แต่สะท้อนจากอดีตที่มีความอึดอัดถึงความไม่เท่าเทียมเกิดความเลื่อมล้ำ ของผู้ดำรงตำแหน่งต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข จึงคิดถ่ายโอนเพื่อ “ไปตายเอาดาบหน้า” สำหรับหลายคนที่เงินเดือนเต็มขั้นหรือใกล้เต็มขั้นเห็นว่า การย้ายสังกัดจะมีฐานเงินเดือนที่สูงขึ้นแม้ไม่ต้องปรับตำแหน่งเป็นอาวุโส หรือ ชำนาญการพิเศษ รวมถึงการเลื่อนระดับในองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีเกณฑ์ที่ง่ายกว่าการสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขที่มีลักษณะเป็นพีรามิด ในบางส่วนไม่สมัครใจที่จะถ่ายโอนแต่มีความจำเป็นต้องถ่ายโอนเพราะผูกพันกับสถานที่ การเดินทาง บ้านพัก ในส่วนด้านอื่นๆ ได้ผลการศึกษาดังนี้

ด้านการวางแผน นโยบายของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ความสำคัญต่อประชาชนเป็นหลัก มากกว่าให้ความสำคัญต่อตัวชี้วัดในแบบของกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดแผนงานเป็นตัวชี้วัดง่ายๆ ไม่ซ้ำซ้อนโดยวัดจากความพึงพอใจของประชาชนเป็นหลัก ไม่เน้นการคีย์ข้อมูลหรือเรียกว่า “หมออนามัยหน้าคอม” เหมือนสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งในระยะแรกนี้แผนงานนโยบายต่างๆ ยังไม่มีความเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่หลายคนก็เริ่มวิตกกังวลถึงความไม่ชัดเจน ไม่ทราบแน่ชัดว่าเมื่อต้องปฏิบัติงานในระยะต่อไปจะเป็นแบบใด และส่วนหนึ่งกลัวว่า “หนีเสือปะจระเข้”

ด้านการจัดองค์การ ในระยะแรกยังไม่เห็นความแตกต่างมากนัก รับรู้ว่าสายบังคับบัญชาสั้นลง แต่ในบางกรณีมีความ

ยุ่งยากมากขึ้นเนื่องจากมีหลายกองหลายฝ่ายต้องไปติดต่อ มีการมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอำนาจลงนามอนุมัติจัดซื้อจัดจ้างได้ตามวงเงินทำให้การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว แต่ถ้าขาดความระมัดระวังก็จะมีโอกาสทำผิดระเบียบมากขึ้น จึงต้องศึกษาระเบียบพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง ข้อกฎหมายต่างๆให้มากขึ้น แตกต่างจากตอนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัดคอยตรวจสอบ

ด้านบุคลากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับอำนาจให้สามารถอนุมัติการลา ให้กับบุคลากรได้ซึ่งก่อนถ่ายโอนต้องให้นายอำเภอเป็นผู้อนุมัติ ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีทำให้ลดขั้นตอน หน้าที่ความรับผิดชอบหลักๆ ยังเหมือนเดิมแต่มีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลที่อาจขัดต่อ พรบ.วิชาชีพต่างๆ เช่น แต่เดิมสามารถจ่ายยาเบาหวานภายใต้การกำกับของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้แต่เมื่อถ่ายโอนแล้วทำไม่ได้ และยังมีข้อขัดข้องเรื่องจำนวนบุคลากรที่มีบางส่วนใน รพ.สต. เดียวกันไม่ถ่ายโอนมาด้วยทำให้มีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชน และยังมีปัญหาเรื่องการจ้างลูกจ้างที่ยังไม่ชัดเจน และหลายคนมองว่าการถ่ายโอนเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองและก้าวหน้ามากขึ้น

ด้านการประสานงาน ยังมีความไม่ชัดเจนการทำหนังสือถึงหน่วยงานภายนอกยังมีการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ผู้บริหารท้องถิ่นทำให้ขั้นตอนล่าช้า และเริ่มรู้สึกถึงปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขที่ไม่ได้ถ่ายโอน ที่มอง รพ.สต.ที่ถ่ายโอนเป็นเชิงลบ แปลกแยก มีความรู้สึกว่าไม่มีความเป็นพี่เป็นน้องเหมือนแต่ก่อน

ด้านระบบการจัดทำรายงาน ในระยะแรกนี้มีรายงานที่ลดลงเป็นจำนวนมาก อาจเพราะตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน แต่จะเพิ่มเอกสารเกี่ยวกับการบริหารจัดการมากขึ้นเพราะเป็นหน่วยงานที่ทำงานภายใต้ระเบียบกฎหมายค่อนข้างมาก และหลายคนก็เริ่มวิตกกังวลถึงความไม่ชัดเจนไม่ทราบแน่ชัดว่าในระยะต่อไปจะเป็นแบบใดจะลดลงจริงหรือไม่

การจัดการงบประมาณ เนื่องจากเป็นระยะแรกด้านงบประมาณยังไม่มีความชัดเจนมากนัก แต่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงความขัดแย้งในการใช้เงินบำรุงเดิมที่หามาได้ว่าหน่วยงานใดควรได้รับการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้

ด้านคุณภาพการให้บริการ เนื่องจากแต่เดิมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำงานด้านเวชกรรม หัตถการ ภายใต้การควบคุมกำกับจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเมื่อถ่ายโอนไปแล้วมีหลายกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้เนื่องจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรียังไม่มีแพทย์ปฏิบัติงาน

ด้านความพึงพอใจ เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นระยะแรกหลังการถ่ายโอน มีความ

เปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบการทำงาน สายงานการบังคับบัญชา ขนาดองค์การที่ใหญ่ขึ้น ความสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ความไม่ชัดเจนในการบริหารจัดการ ความไม่ชัดเจนของการให้บริการ การอยู่เวรนอกเวลา การเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่อาจลดลง ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความกังวลใจและพึงพอใจลดลง

อภิปรายผล

ปรากฏการณ์ก่อนและหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลงทุกด้าน ดังนี้

ด้านคุณภาพบริการ ก่อนการถ่ายโอนอยู่ในระดับมาก หลังการถ่ายโอนอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุด ทั้งจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันว่ามีความยากลำบากในการให้บริการผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากแต่เดิมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการรักษาพยาบาล ทำหัตการต่างๆ ภายใต้การมอบหมายและควบคุมกำกับจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรียังไม่มีนายแพทย์ทำหน้าที่ดังกล่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงไม่สามารถรักษาพยาบาลในบางโรคได้ เช่น การจ่ายยาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การฉีดยาในบางรายการ เป็นต้น โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขที่ไม่ได้จบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และบางคนไม่มีใบประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จึงไม่สามารถให้บริการดังกล่าวและไม่สามารถอยู่เวรนอกเวลาราชการได้ พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีเพียงแห่ง 1-2 คน ต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น ก่อเกิดความเหนื่อยล้า ในส่วนที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพจะประสบปัญหาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในบางโรคและการทำหัตถการบางประเภทมากขึ้น ทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติจึงได้รับผลกระทบตามไปด้วย ดังนั้นคุณภาพบริการที่แย่ลงจึงเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นหลังการถ่ายโอนในระยะแรก ซึ่งสอดคล้องกับ หนังสือที่ สธ 0239.02/6902 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 23 มีนาคม 2566 เรื่อง ขอให้ทบทวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในประเด็นที่ 1 พบว่ามีผลกระทบต่อการจัดบริการให้กับผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องรับยาเป็นประจำไม่สามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่องจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการทำแผลหรือฉีดยา ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้โรงพยาบาลชุมชนต้องให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.5

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีความจริงใจต่อกันในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพราะเกิดผลกระทบต่อการให้บริการและผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของประชาชนทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ หลังจากการถ่ายโอนมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากเป็นลำดับที่ 2 สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของงานวิจัยนี้ ที่พบว่าเรื่องการบริหารจัดการองค์การที่ยังไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความกังวลใจไม่สบายใจ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ แสงมะโน และคณะ[9] ที่พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีความกังวลใจ เกี่ยวกับเรื่องการทำงานและการใช้ชีวิต เช่น เรื่องก้าวหน้าและความมั่นคงของตำแหน่งงานของตนเอง บำเหน็จบำนาญที่พึงได้รับ รายได้และค่าตอบแทนอื่นที่พึงได้รับจากการปฏิบัติงาน ในทุกความวิตกกังวลล้วนเกิดจากความไม่ชัดเจนในการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ[10] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความชัดเจนในการถ่ายโอนภารกิจ อยู่ในระดับปานกลาง เหตุดังกล่าวจึงทำให้ระดับความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับต้องปรับปรุงแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยด่วน โดยเฉพาะประเด็นค่าตอบแทนที่ต้องไม่ควรน้อยกว่าเดิม กำหนดขอบเขตในการให้บริการที่ชัดเจนและแจ้งให้ประชาชนรับรู้เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้รับบริการ

ด้านการบริหารจัดการองค์การ พบว่าทั้ง 7 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยลดลงทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ตุลยวดี หล่อตระกูล[11] ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ด้านบุคลากร ด้านบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง และ ด้านการให้บริการงานสาธารณสุข อยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ซึ่งทั้งงานวิจัยของนักวิชาการที่กล่าวมาศึกษาตั้งแต่ปี 2563 และผู้วิจัยศึกษาในปี 2565 ซึ่งผลการศึกษายังไม่มีด้านใดที่ถ่ายโอนแล้วจะมีคะแนนอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงการถ่ายโอนยังไม่มีความพร้อมในการบริหารจัดการองค์การ และเมื่อพิจารณารายด้าน โดยเฉพาะด้านการประสานงาน มีอุปสรรคเพราะขั้นตอนซับซ้อน เนื่องจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นองค์การขนาดใหญ่ มีหลายส่วนหลายกองในการประสานงาน เช่น แต่เดิมผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถลงนามประสานงานไปยังหน่วยงานภายนอกได้ตามขอบเขตอำนาจที่มี แต่เมื่ออยู่ภายใต้การกำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งยังไม่มีการมอบอำนาจเมื่อต้องการประสานหน่วยงานภายนอก เช่น โรงเรียน หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตรับผิดชอบ จำเป็นต้องทำบันทึก

ข้อความให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลงนามก่อนทุกครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งก็มีการตรวจเอกสารที่เข้มงวดต้องแก้ไขบางส่วนที่อาจไม่ใช่สาระ ทำให้ขั้นตอนยุ่งยากขึ้น นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า มีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สนับสนุนการถ่ายโอนและไม่สนับสนุนการถ่ายโอน เมื่อ 2 กลุ่มนี้ต้องติดต่อประสานงานกันจึงเกิดความขัดข้องไม่อำนวยความสะดวก ขาดความเป็นพี่เป็นน้องอย่างที่เคยเป็น ดังนั้นผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนให้ทำงานร่วมกัน รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายในองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อสร้างบรรยากาศการทำงานอย่างมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำผลการวิจัยไปเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้การถ่ายโอนเป็นไปด้วยความราบรื่น หรือกำหนดทางเลือกใหม่ว่าควรรักษาบุคลากรที่มีค่าไว้ในกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร หรือถ้าจะเกิดการถ่ายโอนหลังจากนี้เพิ่มขึ้น ก็ควรเตรียมความพร้อมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อผลประโยชน์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชน และผู้รับบริการต่อไป ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวเกิดจากขาดการวางแผนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่ดีพอและไม่มีแผนสำรองในการรองรับสภาพปัญหานี้

2. เป็นงานวิจัยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการทดสอบก่อนและหลังปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น หรือการทดสอบก่อนและหลังการใช้เครื่องมือในการพัฒนาอื่นๆเพื่อวัดประเมินผลวัดประสิทธิภาพของเครื่องมือ รูปแบบ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หรือเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

จากการสัมภาษณ์ควรเพิ่มตัวแปร อายุราชการที่เหลืออยู่ เพื่อทดสอบว่าจริงหรือไม่ที่ผู้มีฐานเงินเดือนใกล้หรือเต็มขั้นแล้วต้องการถ่ายโอนเพื่อขยายฐานเงินเดือน และควรเพิ่มตัวแปร ความสมัครใจถ่ายโอนและไม่สมัครใจถ่ายโอนเข้าไปในเครื่องมือจะได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความยินดีหรือไม่ยินดีต่อการถ่ายโอนตั้งแต่ต้น เพื่อลดความอคติของข้อมูลควรให้มีการศึกษาอีกครั้งเพื่อติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงในการถ่ายโอนเพราะงานวิจัยนี้ศึกษาในระยะแรกเท่านั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นได้อีกหากมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนในการถ่ายโอน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้โอกาสและสนับสนุน ขอกราบขอบพระคุณท่าน ดร.อุทิศ ดวงผาสุข และนายณัฐดนัย สดคมขำ ที่สละเวลาให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา.(2564).ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. (2564, 19 ตุลาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 254 ง. หน้า 14-15.
2. ราชกิจจานุเบกษา.(2542).พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542. (2542,17 พฤศจิกายน).ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116 ตอนที่ 114 ก. หน้า 48-66
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (2565). รายงานการประชุมประจำเดือนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เดือน พฤศจิกายน 2565.(2565,5 พฤศจิกายน)
4. Gulick, H. L., & Urwick, F. L. (1937). Paper on the Science of Administration. New York: Institute of Public Administration
5. Taro Yamane(1973).Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd.New York.Harper and Row Publications.
6. กันยารัตน์ สมบัติธีระ; และ ยุพา ถาวรพิทักษ์. (2558). อัตราการตอบกลับแบบสอบถามและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ อัตราการตอบกลับแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ในงานวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์และ สาธารณสุขศาสตร์.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.)15(1) 105-113.
7. Likert, Rensis. (1967).The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbeic, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
8. Hardigan, P.C., Succar, C.T. & Fleisher, J.M. (2012). An Analysis of Response Rate and Economic Costs Between Mail and Web3 Based Surveys Among Practicing Dentists: A Randomized Trial. J Community Health. 383-394.
9. สมยศ แสงมะโน สุพรชัย ศิริโวหาร กัลทิมา พิชัย.(2557). ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจาก https://so02.tci-thaijo.org, เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2566
10. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด สิทธิพรร์ สุนทร และเสาวลักษณ์ นิกรพิทยา.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. Journal of Politics and Governance,12(3) 112-126
11. ตุลยวดี หล่อตระกูล. (2563). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา : สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา 12(1) 64-72.

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ปีที่ 10 ฉบับที่ 30 กันยายน – ธันวาคม 2565