



สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 - 82 โทรสาร 032-330483
Website : www.ckr.ac.th



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
The Academic and Nursing Journal of Boromrajonani
College of Nursing, Chakiraj
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2564)
Vol. 1 No. 2 (July - December 2021)

ISSN 2730-3993

บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.ต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
บทความวิจัย	การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
บทความวิจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ : กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
บทความวิจัย	อุบัติการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
บทความวิจัย	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
บทความวิจัย	การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษากวาระนีวในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิด และการผ่าตัดแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลมะเร็ง
บทความวิจัย	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกต้นขาส่วนคอหัก และมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ
กรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

จุดประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาทางวิชาการและการพยาบาล ที่แสดงถึงประโยชน์ในด้านการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาล ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาและการพยาบาล
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิจัย ค้นคว้า ทางด้านวิชาการและการพยาบาล ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic and nursing topics that show benefits in education and nursing practice. The researchers or interested people can use to develop further research or create new knowledge or applied it to benefit
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document that provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร : ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
มกราคม – มิถุนายน กรกฎาคม – ธันวาคม

Publish : each 6 months (2 per year)
January – June July - December

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง
จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032- 330479 - 82
โทรสาร 032- 330483
Website : www.ckr.ac.th

Office : Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj
99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district,
Banpong district, Ratchaburi Province 70110
Tel. 032- 330479 - 82
Fax: 032- 330483
Website : www.ckr.ac.th

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ เมืองราชการพิมพ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี
โทร. 032-323777, 085-1937279

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN 2730-3993) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช**

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564

ที่ปรึกษา

ดร.พีระนันท์ จีระยั้งมงคล

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.วัลทนี นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองศาสตราจารย์ ดร.อัษฎพร สีหิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนายุ

Family health International

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ตา ผดุงยาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายสมคิด รูปงาม

นางสาวสธิรภานต์ ทัวจบ

นางสาววิลาวรรณ ทิฆมาทิน

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

**The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj**

Vol. 1 No.2 July – December 2021

CONSULTANTS

Peeranan Jirayingmongkhol, EdD. RN.

Director of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Sirikul Karuncharemanit PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Wantanee Naksrisang PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN.

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN. (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D, RN. (Assoc. Prof)

Family health International

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College

of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Petchaburi Rajabhat University

MANAGEMENT TEAM

Somkid Rupngam M.N.S, RN

Sathirakarn Thuajop M.N.S, RN

Wilawan Tekavatin Technical Cert. (Accountancy)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

สารบัญ

บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี	1
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม หลัก 2 อ. ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาล ในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	14
บทความวิจัย	การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี	27
บทความวิจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม	41
บทความวิจัย	อุบัติการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง	56
บทความวิจัย	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง	69
บทความวิจัย	การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิด และการผ่าตัดแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลมะเร็ง	81
บทความวิจัย	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกต้นขา ส่วนคอหักและมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ	95
กรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	113

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 นี้ได้นำเสนอบทความวิจัยที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยงานวิจัยของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ทั้งด้านการบริหารงาน เกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วย การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด นิ้วในถุงน้ำดี และการพยาบาลผู้ป่วยในสาขาต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน รวมถึงภาวะโรคในผู้สูงอายุ เช่น กระดูกหัก และโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการ ดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาล จนถึงติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน นอกจากนี้ยังมีบทความที่เกี่ยวข้องกับ อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการดูแลสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยต่างๆ รวมถึงแรงงานข้ามชาติ ซึ่งท่านผู้อ่านสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ แก่ผู้สนใจในการค้นหาความรู้และเผยแพร่ผลงาน ของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อไป

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี

Factors associated with knowledge and attitude toward sexual in postpartum adolescent mothers under 20 years of age

พวงแก้ว กมลธรรม*

Poungkaew Kamoltham*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

*Samutsongkhram Provincial Public Health Office, LatYai Sub-district, Mueang District,
Samutsongkhram Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่คลอดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 มีนาคม 2563 ในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 92 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 17-19 ปี ร้อยละ 80.4 รองลงมา อายุ 14-16 ปี ร้อยละ 19.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.9 อาศัยอยู่กับสามีและบิดามารดา ร้อยละ 59.8 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.9 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 41.3 มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 35.8 รายได้ของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 63.1 รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตรมาจาก บิดา มารดาและญาติ ร้อยละ 38.1 การวางแผนเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองกับสามี ร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 17-19 ปี เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 91.3 ก่อนการตั้งครรภ์ไม่ได้คุมกำเนิดป้องกัน ร้อยละ 68.5 ฝากครรภ์ ร้อยละ 100 ในระยะหลังคลอด คุมกำเนิด ร้อยละ 97.8 ฉีดยาคุมกำเนิด ร้อยละ 48.9 ความรู้เรื่องเพศศึกษา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.2 ทัศนคติเรื่องเพศ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.9 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

คำสำคัญ : ความรู้และทัศนคติเรื่องเพศ, มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the factors associated with knowledge and attitude toward sexual in postpartum adolescent mothers under 20 years of age who give birth during October 1, 2019 – March 30, 2020 in Samutsongkhram Province. The participants were 92 postpartum female under 20 years old. Purposive sampling was used to recruit the participants on the basis of inclusion criteria. Data were collected by using questionnaires. The data analyzed using percentage, mean, standard deviation and chi-square test. The results revealed that 80.4 % of adolescent mothers were 17-19 years old and 19.6% were 14-16 years old. Personal information

are as follows, married status was 85.9 %, living with husband or parents was 59.8 %, lower secondary education was 23.9 %, student status was 50 %, no income was 41.3 %, income between 5,000-10,000 baht was 35.8 %, the family income was sufficient but not enough for saving was 63.1 %, expenses for child rearing by parents and relatives was 38.1 %, planning of child rearing by their own with her husband was 65.2 %. Pregnancy information, most of the adolescent mothers who having sex for the first time were 17-19 years old, it was 91.3 % of primigravida, pre-pregnancy without preventive contraception was 68.5 %, antenatal care was 10 0%. In the postpartum period, 97.8 % used contraception, 48.9 % used contraceptive injection. Sexuality education passed the criteria at 77.2 %. Attitudes toward sexual were moderate at 60.9 %. Factors associated with knowledge and attitude toward sexual in postpartum adolescent mothers, it was found that age was related to knowledge of sexuality education statistically significant ($p < 0.000$). And it was found that age, education level, occupation and income had no statistically significant relationship with the attitude toward sexual of postpartum adolescent mothers.

Keywords : knowledge and attitude toward sexual, postpartum adolescent mothers under 20 Years of age

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำ ของประเทศไทยในภาพรวมทั้งประเทศ ปี 2562 มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 31.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน และมีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 14.5 เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 39.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน และมีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.46 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 14.5)¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นับเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของประเทศไทยที่ส่งผล

กระทบกับสังคมในภาพกว้าง และในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างช้า เนื่องจากปัญหาระดับตั้งครรภ์นั้นเป็นผลกระทบที่เกิดมาจากปัญหาหลายด้าน เช่น ปัญหาของวัยรุ่นเอง ปัญหาด้านครอบครัว ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม วัยรุ่นตั้งครรภ์จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ² ดังนั้นในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้ และทัศนคติของวัยรุ่น ที่มีต่อเรื่องเพศอย่างถูกต้อง จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับจังหวัดสมุทรสงคราม อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง ปี 2559-2561 เท่ากับ 28.15, 33.01, และ 28.89 ตามลำดับ และพบว่าวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำยังมีอัตราสูงอยู่ ปี 2559-2561 เท่ากับร้อยละ 25.68, 23.21 และ 25.30 ตามลำดับ³ และผลการศึกษายังพบว่าวัยรุ่น

มีการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้นและมักตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ร้อยละ 41⁴ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อมารดา เช่น แบกรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการทำหัตถการที่มารดาได้ไม่เต็มที่ หากศึกษาอยู่ก็จะมีแรงจูงใจในการศึกษา⁵ นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น ยังส่งผลให้มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาอีกมากมายดังตัวอย่างเช่น ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น สำหรับในกรณีมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง เนื่องจากต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนตามมานอกจากนี้ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมักมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ รวมทั้งพัฒนาการช้ากว่าปกติ และที่สำคัญยังพบอัตราการตายของทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นสูงกว่ามารดาในกลุ่มปกติทั่วไป

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นปัญหาและความสำคัญของการตั้งครรภ์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงได้ทำการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการตั้งครรภ์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ

ในการนำมาปรับปรุงการให้บริการในการดูแล และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

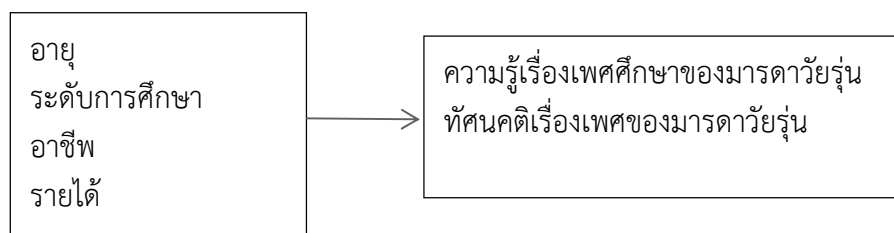
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม ทุรกายที่คลอดระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 31 มีนาคม 2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องเพศศึกษาและทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม ที่มารดาคลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 มีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 92 คน เลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งจะเป็นครรภ์แรก หรือครรภ์หลังก็ได้
2. ไม่มีความผิดปกติของการสื่อสาร สามารถ อ่าน เขียนหนังสือได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสำเร็จรูปของศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด การเปลี่ยนคู่นอน การวางแผนมีบุตร การวางแผนเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้เรื่องเพศศึกษา เพื่อ

ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ผ่านประเมินไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทัศนคติของมารดาวัยรุ่น เป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย เป็นการสอบถามความรู้สึกของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับธรรมชาติของวัยรุ่น การรู้จักวางตัวในสังคม การวางตัวต่อเพศตรงข้าม ทักษะชีวิตของวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ และการรู้จักแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่ถูกต้อง มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยสามารถเลือกได้คำตอบเดียว มีจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

โดยค่าคะแนนคำถามเชิงบวก คะแนนเรียงจากมากไปหาน้อย

ค่าคะแนนคำถามเชิงลบ คะแนนเรียงจากน้อยไปหามาก

แล้วนำคะแนนด้านทัศนคติแต่ละข้อมาหาคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁶

ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 17

ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) คะแนนอยู่ระหว่าง 18 - 23

ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 30	ร่วมมือในการเก็บข้อมูล
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้	4. ดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล
1. การวิจัยครั้งนี้ตระหนักและเคารพในความเป็นบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่เป็นครรภ์แรกหรือครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป โดยให้เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง	ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และเสนอในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลแต่อย่างใด	5. วิเคราะห์ข้อมูล แปลผล สรุปผล
3. เมื่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล	6. จัดทำรายงานเป็นรูปเล่ม
4. ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2563 เลขที่โครงการวิจัย 2/2563	การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ chi-square test
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2563 เป็นเวลา 4 เดือนหรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะครบตามที่ต้องการ โดยมีขั้นตอน ดังนี้	ผลการวิจัย
1. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	จากการศึกษาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ของจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 92 คน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้
2. จัดเตรียมและทบทวนแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามของศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557	ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าเป็นหญิงหลังคลอดอายุ 17 – 19 ปี ร้อยละ 80.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.9 ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์ เป็นนักเรียนระดับมัธยมต้น ร้อยละ 23.9 ศึกษาในระดับ ปวช./ปวส. ร้อยละ 17.4 และไม่ได้เรียนหนังสือ/ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.9 อาชีพก่อนการตั้งครรภ์ เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 50 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.0 ค้าขาย ร้อยละ 8.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 16.3 รายได้ต่อเดือน 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 35.8 และไม่มีรายได้ร้อยละ 41.3 มารดาวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 10-13 ปี ร้อยละ 2.2 อายุ 14–16 ปี ร้อยละ 45.6 และอายุ 17–19 ปี ร้อยละ 52.2 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 91.3 และเป็นการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 8.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี (n=92)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
อายุ		
อายุ 10 - 13 ปี	0	0
อายุ 14 - 16 ปี	18	19.6
อายุ 17 - 19 ปี	74	80.4
สถานภาพสมรส		
สมรส	79	85.9
ไม่ได้สมรส (หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่)	13	14.1
ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์		
ประถมศึกษา	2	2.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	23.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	7.6
ระดับ ปวช./ปวส.	16	17.4
ไม่ได้เรียน (ประกอบอาชีพ)	45	48.9
อาชีพก่อนการตั้งครรภ์		
นักเรียน/นักศึกษา	46	50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	15	16.3
รับจ้างทั่วไป	23	25
ค้าขาย	8	8.7
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	0	0
รายได้ต่อเดือน		
<5,000 บาท	17	18.5
5,000 – 10,000 บาท	33	35.8
10,000 – 15,000 บาท	3	3.3
>15,000 บาท	1	1.1
ไม่มีรายได้	38	41.3
อายุของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
อายุ 10 - 13 ปี	2	2.2
อายุ 14 - 16 ปี	42	45.6
อายุ 17 - 19 ปี	48	52.2
การตั้งครรภ์ซ้ำ		
ครรภ์แรก	84	91.3
ครรภ์ซ้ำ	8	8.7

ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มารดาวัยรุ่นเมื่อตั้งครรภ์ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 100 การคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์คุมกำเนิดด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.1 และไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 68.5 ส่วนการคุมกำเนิดหลังการคลอดบุตร ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 48.9 ยาฝังคุมกำเนิด

ร้อยละ 28.3 ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 14 และ เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองกับสามี ร้อยละ 65.2 และ ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 2.2 เป็นการสมรสเดิม ให้บิดามารดาเลี้ยง ร้อยละ 34.8 ดังแสดงใน ร้อยละ 92.4 และสมรสใหม่ ร้อยละ 7.6 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี (n = 92) จำแนกตามข้อมูลด้าน พฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
การฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝากครรภ์	0	0
ฝากครรภ์	92	100
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	13	14.1
ยาคุมฉุกเฉิน	6	6.5
ยาฉีดคุมกำเนิด	5	5.4
ยาฝังคุมกำเนิด	3	3.3
ถุงยางอนามัย	2	2.2
หลังภายนอก	0	0
นับวันปลอดภัย	0	0
ไม่ได้คุมกำเนิด	63	68.5
การคุมกำเนิดหลังการคลอดบุตร		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	13	14.1
ยาคุมฉุกเฉิน	1	1.1
ยาฉีดคุมกำเนิด	45	48.9
ยาฝังคุมกำเนิด	26	28.3
ถุงยางอนามัย	5	5.4
หลังภายนอก	0	0
นับวันปลอดภัย	0	0
ไม่ได้คุมกำเนิด	2	2.2
การเปลี่ยนคู่		
สมรสเดิม	85	92.4
สมรสใหม่	7	7.6
การวางแผนเลี้ยงดูบุตร		
เลี้ยงด้วยตนเองกับสามี	60	65.2
ให้บิดา มารดาเลี้ยง	32	34.8
ให้ผู้อื่นเลี้ยง	0	0

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า รายได้ ร้อยละ 1.1 ส่วนรายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตรมาจากของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 63.1 บิดา มารดา ร้อยละ 38.1 จากสามีและภรรยา ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ ร้อยละ 16.3 ลักษณะ ร้อยละ 29.3 จากสามี ร้อยละ 23.9 และจากมารดา การอยู่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 59.8 อาศัย หลังคลอดเพียงคนเดียว ร้อยละ 8.7 ดังแสดง อยู่กับสามี ร้อยละ 39.1 และอาศัยอยู่คนเดียว ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี (n = 92) จำแนกตามข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	19	20.6
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	58	63.1
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	15	16.3
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	1	1.1
อยู่กับตัวท่านและสามี	36	39.1
อยู่กับบิดา มารดา และญาติ	55	59.8
รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร		
ตัวท่านเอง	8	8.7
สามีของท่าน	22	23.9
ท่านและสามี	27	29.3
บิดา มารดา และญาติ	35	38.1

ความรู้เรื่องเพศศึกษาพบว่าความรู้เรื่อง ร้อยละ 77.2 ความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 22.8 เพศศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ผ่านเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี จำแนกตามระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา (n = 92)

ความรู้เรื่องเพศศึกษา	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ความรู้เรื่องเพศศึกษา		
ต่ำกว่าเกณฑ์ < 60 %	21	22.8
ผ่านเกณฑ์ ≥ 60 %	71	77.2
รวม	92	100

ทัศนคติเรื่องเพศศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.9 ระดับสูงร้อยละ 29.3 และระดับต่ำ มีคะแนนทัศนคติเรื่องเพศในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.8 ดังแสดงในตารางที่ 5

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จำแนกตามระดับทัศนคติเรื่องเพศศึกษา (n = 92)

ทัศนคติเรื่องเพศศึกษา	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่น		
ระดับต่ำ < 60 %	9	9.8
ระดับปานกลาง 60 -79%	56	60.9
ระดับสูง ≥ 80 %	27	29.3
รวม	92	100

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษาพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.000) กล่าวคือ กลุ่มที่อายุ 14-16 ปี จะมีความรู้น้อยกว่ากลุ่มอายุ 17-19 ปี สำหรับระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง ที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ กับความรู้เรื่องเพศศึกษา โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ โดยใช้สถิติไคสแควร์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความรู้เรื่องเพศ				p-value
	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
10 – 13 ปี	0	0	0	0	0.000*
14 – 16 ปี	7	38.9	11	61.1	
17 – 19 ปี	64	86.5	10	13.5	
ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์					
ประถมศึกษา	1	50.0	1	50.0	0.082
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	63.6	8	36.4	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	57.1	3	42.9	
ปวช./ปวส.	13	81.2	3	18.8	
ไม่ได้เรียน (ประกอบอาชีพ)	39	86.7	6	13.3	
อาชีพ					
นักเรียน/นักศึกษา	31	67.4	15	32.6	0.112
รับจ้างทั่วไป	21	91.3	2	8.7	
ค้าขาย	6	75.0	2	25.0	
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	13	86.7	2	13.3	
รายได้					
ไม่มีรายได้	30	78.9	8	21.1	0.365
<5,000 บาท	10	58.8	7	41.2	
5,000 – 10,000 บาท	27	81.8	6	18.2	
10,000 – 15,000	3	100	0	0	
> 15,000 บาท	1	100	0	0	

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเรื่อง
เรื่องเพศ พบว่าอายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ เพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้กับทัศนคติ
เรื่องเพศ ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ โดยใช้สถิติไคสแควร์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ทัศนคติเรื่องเพศ						p-value
	ระดับต่ำ		ปานกลาง		สูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							
10 – 13 ปี	0	0	0	0	0	0	0.237
14 – 16 ปี	1	5.6	15	83.3	2	11.1	
17 – 19 ปี	8	1.8	41	55.4	25	33.8	
ระดับการศึกษาก่อนการตั้งครรภ์							
ประถมศึกษา	0	0	2	100	0	0	0.412
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.6	15	68.2	4	18.2	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	2	22.2	7	77.8	
ปวช./ปวส.	2	12.5	10	62.5	4	25.0	
ไม่ได้เรียน (ประกอบอาชีพ)	4	8.9	27	60.0	14	31.1	
อาชีพ							
นักเรียน/นักศึกษา	5	10.9	28	60.9	13	28.2	0.337
รับจ้างทั่วไป	4	17.4	10	43.5	9	39.1	
ค้าขาย	0	0	7	87.5	1	12.5	
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	0	0	11	73.3	4	26.7	
รายได้							
ไม่มีรายได้	4	10.5	23	60.5	11	29	0.752
<5,000 บาท	0	0	11	64.7	6	35.3	
5,000 – 10,000 บาท	5	15.2	18	54.5	10	30.3	
10,000 – 15,000	0	0	3	100	0	0	
> 15,000 บาท	0	0	1	100	0	0	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

อายุของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต่ำสุด
14 ปี โดยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 17-19 ปี
มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่กับสามีและบิดา

มารดา มีส่วนน้อยที่แยกกันอยู่กับสามี ระดับการ
ศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนการ
ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนและไม่ได้ประกอบ
อาชีพ ส่วนมากแม่วัยรุ่นไม่มีรายได้หรือมีรายได้

เดือนละ 5,000-10,000 บาท รายได้ของครอบครัว เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ รายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร มาจากบิดา มารดาและญาติ การวางแผนเลี้ยงดู บุตร เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองกับสามี ข้อมูลการ ตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ต่ำสุด 14 ปี ส่วนมากจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 14-19 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ มีแก้ว⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุ 14 ปี ร้อยละ 28.3

ด้านความรู้เรื่องเพศศึกษาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอดพบว่ามีความรู้เรื่องเพศผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.2 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มที่อายุ 14-16 ปี มีความรู้น้อยกว่ากลุ่มอายุ 17-19 ปีสอดคล้องกับ การศึกษาของ จรรยา สืบนุช และสกวรัตน์ เทพรักษ์⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นการให้ความรู้เรื่อง เพศศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญและควรส่งเสริมตั้งแต่ วัยประถม สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของราชันี ลักษณะิตานนท์และจารุณี จตุพรเพิ่ม⁹ ที่ศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 5 ว่าควรให้ความรู้บรรจุในหลักสูตรเรื่องเพศศึกษา กับเด็กนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เนื่องจากเป็นวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมตั้งครรภ์

ด้านทัศนคติเรื่องเพศของมารดาวัยรุ่น หลังคลอด อายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่าส่วนมากมี

ทัศนคติเรื่องเพศอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ยังมี ทัศนคติในเรื่องเพศว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่งงานเป็นเรื่องปกติ และตราบดีที่สามารถ ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ การร่วมเพศก่อนแต่งงาน เป็นสิ่งที่สามารถทำได้อย่างเสรี การที่แม่วัยรุ่น มีทัศนคติดังกล่าว โดยไม่มีการคุมกำเนิดเมื่อ มีเพศสัมพันธ์จะด้วยเหตุผลใดก็ตาม จึงเป็นเหตุ ให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของบังอร ศิริสกุลไพศาล และคณะ¹⁰ ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ ทักษะในการป้องกันตนเอง กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และ การตั้งครรภ์ก่อนวัย และการรับรู้ทักษะใน การป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดต่อ ทัศนคติเรื่องเพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ จรรยา สืบนุช และสกวรัตน์ เทพรักษ์⁸ ที่ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติได้แก่อายุ อาชีพ และรายได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็น วัยใกล้เคียงกันและการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติเรื่องเพศถือเป็นปัจจัย สำคัญต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงควรมีการเสริม สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อ ป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ประโยชน์

มารดาวัยรุ่นส่วนมากก่อนการตั้งครรภ์
ไม่ได้คุมกำเนิดหรือป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้ง
การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดตลอดจนมารดา
วัยรุ่นมีคะแนนทัศนคติเรื่องเพศ อยู่ในระดับกลาง
จากข้อมูลดังกล่าว ควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ
ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นเรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต
และภาวะเสี่ยงต่อตนเอง สังคม และครอบครัว
ตลอดจนการคุมกำเนิดทั้งก่อน การตั้งครรภ์ และ
การคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น การให้
ความรู้เรื่องเพศศึกษาควรเริ่มก่อนอายุ 10 ปี และ
ดำเนินต่อไปจนถึงอายุ 18 ปี นอกจากนี้ควรปฏิรูป
เนื้อหาการสอนเพศศึกษา ควรขยายขอบเขต
เนื้อหา นอกเหนือจากการป้องกันการตั้งครรภ์
ควรเน้นเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิต โดยให้ความ

สนใจทักษะการสื่อสารและการต่อรองเป็นพิเศษ
เสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศ
สัมพันธ์ ทางเลือกของวัยรุ่นและการนับถือตนเอง
ทางเลือกคุมกำเนิดแบบระยะยาวหรือระยะสั้น
ผลของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมการสื่อสารและ
การณรงค์สร้างความตระหนักต่อสาธารณชน
ตลอดจนมีการจัดสรรงบประมาณ และโครงการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระดับท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลการจัดโปรแกรม
การให้ความรู้วัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือหรือกลุ่ม
วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายและวัยรุ่น
ที่ไม่ประกอบอาชีพในชุมชน หรือในโรงงาน
2. ควรทำการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลทำให้
วัยรุ่นที่ไม่เรียนหนังสือหรือวัยรุ่นที่ประกอบอาชีพ
รับจ้าง ค้าขาย และวัยรุ่นที่ไม่ประกอบอาชีพ
มีการตั้งครรภ์สูง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักงานการเจริญพันธุ์. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย พ.ศ. 2562
Statistics on Adolescent Births Thailand 2019. นนทบุรี: สำนักงานการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย; 2562.
2. รวิวรรณ พุ่มเชื้อและพรพรรณ พุ่มประยูร. วัยรุ่นตั้งครรภ์ : แนวคิดแก้ปัญหาด้วยกระบวนการ
ระบบสุขภาพอำเภอ วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปี ที่ 12 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม-
ธันวาคม 2561 29-38
3. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2561.
4. ปริญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ
ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2556; 8(1), 55-67.
5. ฤดี ปุณบางกระตี, เอมพร รตินธร. ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นไทย
กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2557; 32(2): 23-31.

6. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill.1971.
7. สุภรณ์ มีแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล; 2561; 3(2) : 38-48.
8. จรรยา สืบสุข และ สกาวรัตน์ เทพรักษ.การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5.[อินเทอร์เน็ต] 2564: [สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2564]. สืบค้นจาก: <https://hpc.go.th/rcenter>
9. รัชนี ลักษณะิตานนท์และจารุณี จตุรพรเพิ่ม.ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 5. [อินเทอร์เน็ต] 2563: [สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2564]. สืบค้นจาก:<https://hpc.go.th/rcenter/>
10. บังอร ศิริสกุลไพศาล และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการรับรู้ทักษะในการป้องกันตนเอง กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. Journal of Nursing Science.2561; 36 (4) 78-86.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.
ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวานชนิดที่ 2

The effects of health literacy enhancement program according to 2
Aor. principles on health literacy, health behavior and blood sugar level
of people with type 2 pre-diabetes mellitus

สุภาวดี กัดทอง* ณริณี แยมสกุล**

Supawadee Kladthong* Narinee Yamsakul**

*พยาบาลวิชาชีพ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลราชบุรี

*Registered Nurse, Family medicine work and Community and Urban Health Center, Social
Medicine Group, Ratchaburi Hospital

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**Nursing Instructor, Boromarajonnani College of Nursing, Chakriraj. Banpong District,
Ratchaburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ one group pretest posttest design
นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.
ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่าง
100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 34 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข
และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหารออกกำลังกาย) มีค่าความตรง
เชิงเนื้อหา = 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วม
โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วม
โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม
มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ความรอบรู้ทางสุขภาพ,
พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research, one group pretest posttest design, aimed to study the effect of a health education program for enhancing health literacy according to the 2 Aor. principles on health literacy, health behavior and blood sugar levels in the risk group for type 2 diabetes. The sample was people aged 35-59 were screened for diabetes and had a blood sugar level ranging from 100-125 mg/dL, 34 subjects, and they were selected by purposive sampling. The research instruments were a health education program for enhancing health literacy in accordance with the principles of 2 Aor. of the Division of Health Education, Ministry of Health, and the questionnaire about health literacy and health behaviors according to the principle of 2 Aor. (food and exercise). Content validity = 0.8 Cronbach's alpha coefficient was 0.96. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The results found that after receiving the program; people at risk of diabetes had statistically significant higher mean scores of health literacy than before receiving the program. ($p < 0.05$) And they had statistically significant higher mean score on health behaviors than before receiving the program ($p < 0.05$). Moreover, it was found that people at risk of diabetes had statistically significant decrease in blood sugar level than before receiving the program ($p < 0.05$).

Keyword: Health education program for enhancing health literacy according to the principles of 2 Aor., Risk Of type 2 diabetes, Health Literacy, Health Behavior, Fasting Blood Sugar

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในปี ค.ศ.2017 องค์การอนามัยโลก (World health organization)¹ รายงานว่า สถานการณ์โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขโลก เป็นภัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 422 ล้าน และในปี ค.ศ.2017 มีการประมาณการว่าในปี พ.ศ.2583 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ.2560 ในจำนวนคน 10 คน จะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน ในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific)² โรคเบาหวานเป็นโรคที่ควบคุมได้ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะสามารถหาวิธีการจัดการหรือควบคุมภาวะเบาหวานนั้นได้แต่อย่างไรก็ตาม

สังคมความรู้ในศตวรรษที่ 21 นั้นต้องเผชิญกับความสับสนในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้ประเด็นที่ท้าทายว่า ประชาชนจะเลือกวิถีสุขภาพไปในทิศทางใด และจะจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวอย่างไรในสังคมและระบบบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ในภาวะที่ยังไม่ได้เตรียมประชาชนที่ดีพอที่จะเลือกทางเลือกทางสุขภาพที่มีความหลากหลาย ในสังคมทันสมัย ตลาดสินค้าที่มีทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพ ระบบสุขภาพที่ซับซ้อน แม้คนที่มีการศึกษายังยากต่อการตัดสินใจว่าทางเลือกใดจะส่งผลดีต่อสุขภาพมากที่สุด และระบบการศึกษายังไม่สามารถที่จะสร้างทักษะเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง

เข้าใจข้อมูลข่าวสารจนสามารถที่จะประเมินว่าควรที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตไปในทิศทางใด เพื่อให้เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดี และไม่สามารถที่จัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น³ ดังนั้นการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ จะช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้⁴

ในปี 2563 ระบบ rbr.HDC 12 ส.ค. 2563 ของโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า การตรวจคัดกรองสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 แห่ง คือศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนุเคราะห์ และศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมือง โรงพยาบาลราชบุรี โดยการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบจำนวน 35 ชุมชน ในปี 2561 – 2563 พบว่าประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานถึงร้อยละ 11.53, 3.97 และ 5.61 ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 8.28, 4.79 และ 3.28 แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานก็ยังคงสูงกว่าระดับประเทศและเกณฑ์ที่กำหนด (≤ 1.95) และจากการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนฯ เทศบาลเมืองโรงพยาบาลราชบุรี รูปแบบการพยาบาลที่ผ่านมาเป็นการให้สุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการสื่อสารโดยไม่ได้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ขาดการตั้งเป้าหมาย ขาดการแนะนำที่เป็น

ขั้นตอน ขาดติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ยั่งยืนและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการสร้างความตระหนักให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ ลอดอัตราป่วยโรคเบาหวานตอบสนองต่อนโยบายประเด็นแผนยุทธศาสตร์ของระบบบริการปฐมภูมิ และนโยบายของเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาตำบลแห่งความรู้เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.

ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 2 อ. และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

ขอบเขตด้านระยะเวลาการศึกษาข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน มีนาคม 2564

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปีอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองโรงพยาบาลราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

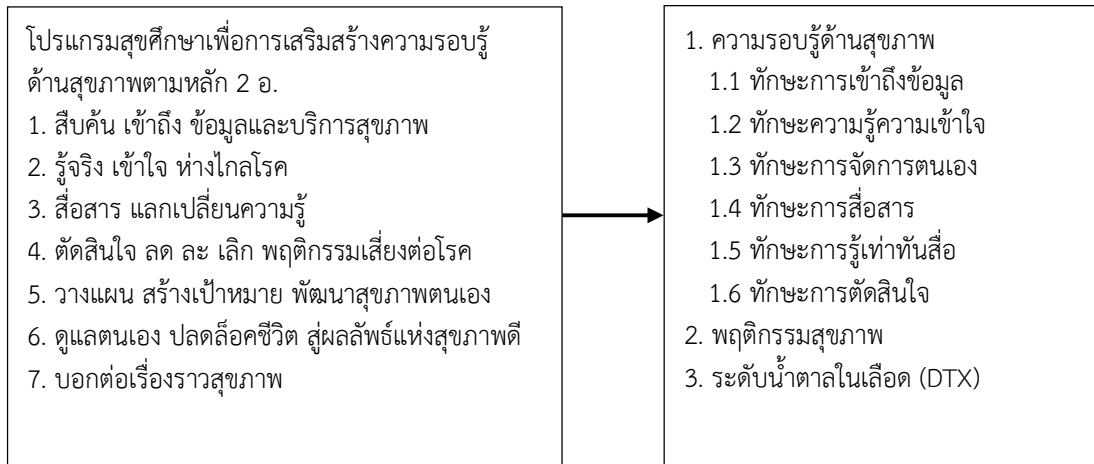
ขอบเขตด้านเนื้อหาตัวแปรต้นคือ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ประกอบด้วย ความรอบรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล และการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบของ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁵ ซึ่งเป็นแนวคิดเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ร่วมกับการนำ แนวคิด แนวทฤษฎีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคการสนทนาสร้าง แรงจูงใจ (motivational Interviewing: MI) และแนวคิดลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (stages of change) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. เพื่อสนับสนุนให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ในรูปแบบ การดูแลแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยหวังผลเพื่อให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำไปสู่การ ควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระดับ น้ำตาลในเลือด นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ตัวแปรต้น (independent variable)

ตัวแปรตาม (dependent variable)



ภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัย

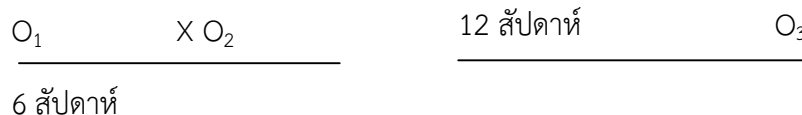
วิธีการดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย (one group pretest-posttest design)

ชนิดของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ดำเนินการทดลองตาม

มีรูปแบบการดำเนินการวิจัยดังนี้

การออกแบบวิจัย



ภาพที่ 2 รูปแบบการวิจัย

O₁ หมายถึง การวัดความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.

O₂ หมายถึง การวัดความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี

O₃ หมายถึง การวัดความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระยะติดตามผล

ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดยระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองโรงพยาบาลราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 172 คน

X หมายถึงโปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองโรงพยาบาลราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 คนได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* power 3.1.92⁶

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. อายุ 35-59 ปี ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง
2. มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือด จากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร (DTX) ค่าตั้งแต่ 100 -125 mg%
3. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุย สื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
4. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้
5. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
2. ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

3. มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วยหรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือในการวิจัยมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการดำเนินกิจกรรมมีจำนวน 7 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 อ. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561 ประกอบด้วย 7 ตอน จำนวน 51 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผู้ตรวจสอบโปรแกรม และแบบสอบถาม พบว่าแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย) มีความตรงเชิงเนื้อหา = 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เลขที่ 104/2563 และผู้ดำเนินการวิจัยได้ชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ ค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.10 เพศหญิงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 อายุอยู่ในช่วง 34-59 ปี สถานภาพสมรส

พบมากที่สุดคือ สมรส จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 ระดับการศึกษาพบมากที่สุดคือ มัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 ช่วงน้ำหนักที่มากที่สุดคือ 60-80 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 64.71 ช่วงส่วนสูงที่พบมากที่สุดคือ 150-160 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 52.94 รอบเอวที่พบมากที่สุดช่วง 85-95 เซนติเมตร พบ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 ค่าน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 100-125 (mg/dl) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	15	44.10
- หญิง	19	55.90
ช่วงอายุ(ปี)		
- 35 - 59 ปี	34	100.00
สถานะ		
- โสด	6	17.65
- สมรส/คู่	22	64.71
- หม้าย หย่า แยก	5	14.71
- อื่นๆ (สมณะ)	1	2.94
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	6	17.65
- มัธยมศึกษาตอนต้น	7	20.59
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	23.53
- อนุปริญญา/ปวส.	3	8.82

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายการ	จำนวน (n)	ร้อยละ
- ปริญญาตรีขึ้นไป	8	23.53
- อื่น ๆ ระบุ (ปริญญาโท)	2	5.88
อาชีพ		
- ค้าขาย ทำธุรกิจ	10	29.41
- รับราชการ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	23.53
- พนักงานโรงงาน บริษัท เอกชน	1	2.94
- ไม่มีอาชีพ / เป็นแม่บ้าน / ทำงานบ้าน	9	26.47
- อื่น ๆ ระบุ (รับจ้าง)	6	17.65
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
40 – 60	6	17.65
60 - 80	22	64.71
81 ขึ้นไป	6	17.65
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
150 - 160	18	52.94
161 - 170	12	35.29
171 – 180	4	11.76
รอบเอว (เซนติเมตร)		
75 - 85	12	35.29
86 - 95	16	47.06
95 ขึ้นไป	6	17.65
ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด (mg/dl)		
100 – 125	34	100.00

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 2 อ. โดยใช้สถิติ paired t-test

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วม

โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ ทักษะ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัย
ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. หลังเข้าร่วมโปรแกรม สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2
มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อความ	ก่อนเข้า โปรแกรม		หลังเข้า โปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ตามหลัก 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย)	3.10	1.04	4.71	1.86	-5.83	0.03*
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตน ตาม 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย)	3.02	0.97	3.98	0.43	-5.83	0.03*
ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย)	2.77	0.76	3.93	1.10	-5.83	0.03*
ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย)	3.01	0.88	3.80	0.81	-5.83	0.03*
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย)	2.78	0.79	4.07	0.51	-5.83	0.03*
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย)	2.44	0.61	2.88	0.33	-5.83	0.03*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ จากผลการ ร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
วิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม 0.05 ยกเว้นพฤติกรรมรายข้อ ข้อ 2 “ฉันกินผัก
สุกศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลากหลายใน 1 วัน (ครบ 5 สี)” พบว่า ค่าเฉลี่ย
ตามหลัก 2 อ. หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับค่า ก่อนเข้าโปรแกรมน้อยกว่าหลังเข้าโปรแกรม
คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้า แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.ที่ส่งผลของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ข้อความ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชานม กาแฟ หรืออื่นๆ	3.41	1.39	2.15	.78	5.84	.000*
ฉันกินผักหลากหลายใน 1 วัน (ครบ 5 สี)	3.15	1.18	3.24	.69	-.44	.661
ฉันกินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละ อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมหรือ 5 กำมือ	2.74	1.02	3.53	.86	-5.26	.000*
ฉันควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะคำนึงถึง ประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหาร ที่ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง	2.76	.99	3.59	.66	-5.76	.000*
ทำงานใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	2.91	1.36	4.18	.63	-6.65	.000*
ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อย 5 วันๆ ละ 30 นาที	2.88	1.409	4.15	.66	-6.34	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 ระดับน้ำตาลในเลือดผลการวิจัย พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.

ข้อความ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด	111.73	10.21	96.27	8.51	6.17	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมด้านอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขพูล และคณะ⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

สุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและจากการศึกษาของ ภคภณ แส่นเตชะ และประจวบ แหลมหลัก⁸ ที่ศึกษาโปรแกรมการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้วและ นุสรรา ประเสริฐศรี⁹ พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม และยังช่วยให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความรู้ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ

หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของแต่ละกลุ่มวัย

2. จากข้อค้นพบในการติดตามผลหลังการทดลองด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ข้อค้นพบที่สำคัญคือการประเมินติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อพฤติกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยงานควรพิจารณาการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆหรือ การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินระดับน้ำตาลในเลือดตนเองควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้เกิดความคงทน ของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือ กระตุ้นพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะ ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO).global tuberculosis report 2017. Geneva: world health Organization; 2017
2. Guariguata, L., Linnenkamp, U., Beagley, J., Whiting, D. R., & Cho, N. H. Global estimates of the prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. Diabetes Research and Clinical Practice 2014 ; 103(2), 176-185.
3. อภิญา อินทรรัตน์. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3) : 174-178.
4. รชนีกร วัฒนชัย และ รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(5): 297-304.
5. กองสุศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

- สำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
6. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences Behavior Research Methods. 2007; 39 :175-191
 7. เอื้อจิต สุขพูล ชลดา กิ่งมาลา ภาวิณี แพงสุข รัชชัย ยืนยาว และ วชิรวิงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3): 419-429.
 8. ภคภณ แสนเดชะ และประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2563; 43(2): 150-164.
 9. แสงเดือน กิ่งแก้วและนุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558; 25(3), 43-54.

การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี A study of quality of patient referral system at Damnoensaduak Hospital, Ratchaburi Province

นันทวดี บุญเลิศ*

Nantawadee Boonlert*

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Division of Nursing, Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลปลายทาง และผู้ใช้บริการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 64 ราย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบตรวจสอบรายการ 2) แนวทางและขั้นตอนในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย 3) แบบประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการส่งต่อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา มีดังนี้ 1) ด้านคุณภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า การส่งต่อสำเร็จภายใน 40 นาที ร้อยละ 43.75 และไม่สามารถทำการส่งต่อผู้ป่วยได้สำเร็จภายในเวลา 40 นาที ร้อยละ 56.2 2) ด้านการปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอนกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า มีการประเมินระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกันตามเกณฑ์ levels of patient acuity ร้อยละ 100 การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลปลายทางแห่งที่ 1 ร้อยละ 82.81 และการเตรียมความพร้อมมีความครบถ้วนของข้อมูลและเอกสารมากที่สุด ร้อยละ 96.87 3) การประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อพบว่า มีการให้การปฏิบัติกรพยาบาลด้านการระบายอากาศระบบการไหลเวียน และด้านทางเดินหายใจ ร้อยละ 96.88, 95.31 และ 17.19 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ไม่ปฏิบัติตามกรพยาบาล คือ การติดตามการเต้นของหัวใจ และไม่มีการติดตามความอึดตัวของออกซิเจน พบว่ามีเพียง ร้อยละ 1.56 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.70$; S.D. = 1.54)

คำสำคัญ : คุณภาพระบบส่งต่อ, กระบวนการส่งต่อ ความพึงพอใจ

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality of patient referral system at Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi province. The sample was emergency RNs at Damnoen Saduak Hospital, emergency RNs at the receiving hospital, and 64 service recipients in the referral system. Data were collected for 3 months, during March 1, - May 31, 2017. The research instruments consisted of 1) checklist form, 2) processes and procedures of the referral system, 3) patient evaluation form during referral, and 4) a questionnaire about service recipients in the referral system satisfaction.

The content validity was conducted by 5 experts. The reliability of the satisfaction questionnaire was 0.93. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results as follow 1) The quality of patient referral system, it was found that the patient referring process complete within 40 minutes was 43.75%, and unable to complete within 40 minutes was 56.25% 2) The compliance with guidelines and procedures of referral process, It was found that the patient acuity assessment according to the Levels of patient acuity criteria was 100%. The coordination of referrals, it was found that 82.81% was able to coordinate with the first destination hospital, and the preparation was completed with information and documents at 96.87%. 3) The patient satisfaction were at high level ($\bar{X}$ = 4.70; SD = 1.54).

Keywords: Quality of referral system, Referral Process, Satisfaction.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการจัดบริการอย่างเป็นระบบมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยมีสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนในกรุงเทพมหานครมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ (secondary care) คือ โรงพยาบาลทั่วไป และระดับตติยภูมิ (tertiary care) คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงต่างๆ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย มีระบบเครือข่ายของการส่งต่อผู้ป่วย ทำการประสานงานการบริการ รวมไปถึงบริการของคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและการส่งกลับ ระบบส่งต่อสามารถช่วยให้สถานบริการก่อนที่จะไปใช้บริการในระดับที่สูงขึ้น การที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในระดับที่สูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็น และความต้องการในการรักษาพยาบาลที่ต้องมีความเชี่ยวชาญและ

เทคโนโลยีที่สูงขึ้นในการจัดระบบบริการที่ลดหลั่นกันไปนั้น เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการบริการในระบบสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความต่อเนื่อง มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพสูงสุดเรียกว่าระบบส่งต่อ (referral system)^{1,2,3,4} ระบบส่งต่อถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้จากแผนพัฒนาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการกระจายหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้สอดคล้องทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ และระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีความต่อเนื่องในการรับบริการสุขภาพนั้นคือเจตนารมณ์ของการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพที่เข้าถึงได้เป็นธรรม อย่างไรก็ตามในอดีตมักประสบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ทั้งฝ่ายสถานพยาบาลต้นทางและปลายทาง ซึ่งอาจจะมีปัญหามากน้อยแตกต่างกัน หลายพื้นที่ได้นำปัญหาที่ประสบอยู่มาร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ของตนเอง แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมในหลายประเด็นรวมทั้งกรณีที่มีการส่งต่อข้ามพื้นที่ การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ที่ผ่านมา ยังพบประเด็นปัญหาต่างๆ เป็นระยะ โดยพบชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรทั้งด้านบริหาร บริการ และระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในระบบบริหารและบริการจึงเกิดปัญหาสืบเนื่องมาและพบว่าคุณภาพของระบบการดูแลรักษาพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่างๆ ไม่เชื่อมโยงกัน การส่งต่อยังติดขัด ทั้งเรื่องการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลต้นทางและสถานพยาบาลปลายทาง การติดต่อสื่อสารใช้เวลาในการติดต่อนาน รถพยาบาลและพนักงานขับรถพยาบาลที่ไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนอัตรากำลังด้านการจัดการ ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยยังมีความไม่ชัดเจนก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกันมีปัญหาในการปฏิบัติ ซึ่งความขัดแย้งบางประเด็นก็อาจทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้น⁴ ซึ่งข้อมูลจากสำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีมูลค่า 155,000 ล้านบาทโดยประมาณ และโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นมูลค่า 21,000 ล้านบาทโดยประมาณ^{3,5}

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จัดอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ (secondary care) มีการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ทั้งหมด 13 ตำบล 105 หมู่บ้าน มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนในระบบ 94,409 คน (พ.ศ. 2557) มีเจ้าหน้าที่ 602 คน

แบ่งเป็นแพทย์ 34 คน พยาบาล 158 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากโรงพยาบาลดำเนินสะดวกมีขีดความสามารถจำกัด จากระดับของโรงพยาบาล บุคลากร โดยมีแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา เครื่องมืออุปกรณ์และบุคลากรสามารถให้การรักษาผู้ป่วยในโรคที่ไม่ซับซ้อนมาก หากเป็นกรณีวิกฤติและเร่งด่วนหรือมีความซับซ้อนมาก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวไปยังโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่าและมีศักยภาพสูงกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและผู้เจ็บป่วยที่มีภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ในปี 2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้มีการกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยมอบหมายให้งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ดำเนินการเรื่องการประสานการส่งต่อทั้งหมด และมีสรุปเป็นขั้นตอน 5 ขั้นตอนในการดำเนินการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่มีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการส่งต่อ แจ้งศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยก่อนนำส่งผู้ป่วย ประสานการส่งต่อกับโรงพยาบาลปลายทางโดยแพทย์เจ้าของไข้ ประสานขอรถพยาบาลและอื่นๆ และเตรียมเอกสารผู้ป่วยให้ข้อมูลญาติก่อนการส่งต่อผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพของการส่งต่อสำหรับสถิติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องทั้งในกรณีวิกฤติ-ฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีการกำหนดตัวชี้วัดของระบบบริการสุขภาพสาขาอุบัติเหตุเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อต้องใช้เวลาตั้งแต่เริ่มต้นติดต่อจนรถออกจากโรงพยาบาลต้นทางภายใน 40 นาที^{2,5} พบว่า

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกปี 2558-2559 ผลงาน
ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 11.53 และ 26 ตามลำดับ
และจากข้อมูลการร้องเรียนจากงานบริหารความ
เสี่ยงของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในปี 2558-
2559 ได้รับการร้องเรียนเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า
จำนวน 4 ครั้ง และผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่าง
การนำส่งจำนวน 3 ครั้ง^{7,8}

จากข้อมูลและผลการดำเนินการของ
โรงพยาบาลดำเนินสะดวกที่ผ่านมา ถึงแม้จะมีการ
ดำเนินงานตามขั้นตอน พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยนั้น
ยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายตัวชี้วัดได้ พบปัญหา
การร้องเรียน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ
และชีวิตผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบระบบการ
บริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จึงสนใจและมีความ
ตั้งใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อ
ผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
เพื่อพัฒนาและควบคุมระบบการให้บริการที่มี
คุณภาพทำให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย
ในชีวิตได้รับการดูแลอย่างดี นำส่งผู้ป่วยถึง
โรงพยาบาลปลายทาง เกิดความพึงพอใจทั้ง
ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วย
ของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอน
ในกระบวนการการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การประเมิน
ผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ และความพึงพอใจผู้รับบริการ

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาคุณภาพ
การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี
2. ขอบเขตด้านประชากร คือ พยาบาล
วิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พยาบาลวิชาชีพ
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
ปลายทาง และผู้ใช้บริการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
3. ขอบเขตด้านเวลา คือ การวิจัยใช้เวลา
ในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่
1 มีนาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560

การดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัย
เชิงพรรณนา (descriptive researcher)

ประชากร ในการศึกษาประกอบด้วย
พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พยาบาล
วิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
ปลายทาง และผู้ใช้บริการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่
1 มีนาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติแนวทางและขั้นตอนในกระบวนการ
ส่งต่อผู้ป่วย
- 2) การประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ
- 3) ความพึงพอใจผู้รับบริการส่งต่อผู้ป่วย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือ 3 ส่วน คือ 1) แบบตรวจสอบรายการ

(checklist) แนวทางและขั้นตอนในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการปฏิบัติงานในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2) แบบประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อของโปรแกรมไทยรีเฟอร์ (ThaiRefer) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 16 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการส่งต่อผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Aday & Andersen (1975) อ้างในสุพรรณ นามล⁹ โดยประเมินความพึงพอใจ 6 ด้าน คือ 1) ด้านความสะดวก 2) ด้านการประสานบริการ 3) ด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 4) ด้านข้อมูลที่ได้รับ 5) ด้านคุณภาพบริการ และ 6) ด้านค่าใช้จ่าย ลักษณะของแบบสอบถามมีค่าคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามแบบลิเคิร์ต (Likert) คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลางน้อย และน้อยที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือทั้ง 4 แบบ ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเครื่องมือแบบที่ 1 , 2, 3 ได้ค่า CVI 0.85 และ เครื่องมือแบบที่ 4 ได้ค่า CVI 0.95 หลังจากนั้นนำไปหาความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือทั้ง 4 แบบที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลปากท่อ โรงพยาบาล

วัดเพลง และโรงพยาบาลบางแพ จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการสูญเสียประโยชน์ ผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
2. ดำเนินการขออนุญาตการดำเนินผ่านกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพและกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
3. ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 64 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ประสานการส่งต่อส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90.62 ระยะเวลาการปฏิบัติงานรับและส่งต่อผู้ป่วย 10 ปี

ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90.62 ระดับการศึกษา จบปริญญาตรีทุกคน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกทีมคิดเป็นร้อยละ 51.56 ส่วนการปฏิบัติงานจำแนกตามระยะเวลา พบว่า ปฏิบัติงานในเวรเช้าคิดเป็นร้อยละ 67.19 ซึ่ง ผู้ปฏิบัติงานทราบแนวทางและขั้นตอนการรับ ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกทุกคน

1. การวิเคราะห์คุณภาพของระบบการ ส่งต่อผู้ป่วยพบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด จำนวน 64 ราย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประสาน การส่งต่อ กระทั่งรถออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา ไม่เกิน 40 นาที พบจำนวน 28 ราย คิดเป็น ร้อยละ 43.75 และการส่งต่อผู้ป่วยใช้เวลาเกิน 40 นาที พบจำนวน 36 ราย คิดเป็น ร้อยละ 56.25 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละผลกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นติดต่อจนรถออกจากโรงพยาบาลต้นทาง (n=64 ราย)

การรับส่งต่อผู้ป่วย	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
การส่งต่อสำเร็จภายใน 40 นาที	28	43.75
การส่งต่อไม่สำเร็จภายใน 40 นาที	36	56.25
รวม	64	100

2. การปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอน ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย มีข้อค้นพบดังนี้

2.1 พยาบาลสามารถประเมินระดับ ความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกันตาม เกณฑ์ Levels of Patient Acuity มากที่สุด ร้อยละ 100

2.2 การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวทางและขั้นตอน พบว่าประสาน โรงพยาบาลปลายทางแห่งที่ 1 ปฏิบัติได้ร้อยละ 82.81 ประสานโรงพยาบาลที่ 1 ไม่สำเร็จต้อง ประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ พบว่าปฏิบัติ ได้ร้อยละ 9.38 ไม่ปฏิบัติร้อยละ 7.81

2.3 การเตรียมความพร้อมพบว่า พยาบาลได้ปฏิบัติความครบถ้วนของข้อมูลและ เอกสารมากที่สุดร้อยละ 96.87 รองลงมาการให้ ข้อมูลญาติให้ทราบถึงเหตุผลที่จะต้องส่งต่อผู้ป่วย ไปรักษาโดยความยินยอมของผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 96.87 และผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนนำส่ง การดูแลด้านทางเดินหายใจ การดูแลด้านการ ระบายอากาศการดูแลระบบการไหลเวียน และ การตามกระดุกน้อยที่สุดร้อยละ 84.37 และ ไม่ได้ปฏิบัติ 3 อันดับ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อน นำส่งการดูแลด้านทางเดินหายใจ การดูแลด้าน การระบายอากาศการดูแลระบบการไหลเวียน และ การตามกระดุกมากที่สุดร้อยละ 15.63 รองลงมา บุคลากรที่ปฏิบัติการส่งต่อพยาบาลมีความพร้อม ส่งต่อผู้ป่วยร้อยละ 12.50 และพนักงานขับรถ ไม่พร้อมพบร้อยละ 10.94 ดังแสดงในตารางที่ 2

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 แสดงผลจำนวน ร้อยละ การปฏิบัติ ไม่ได้ปฏิบัติ และไม่ต้องปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยจำแนกตามกระบวนการ (n = 64 ราย)

กระบวนการ	ปฏิบัติได้		ไม่ได้ปฏิบัติ		ไม่ต้องปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสามารถในการประเมินระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกัน ตามเกณฑ์ Levels of Patient Acuity	64	100	0	-	0	0
2. ผลการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางและขั้นตอน						
1) ประสานสำเร็จโรงพยาบาลที่ 1	53	82.81	11	17.19	0	0
2) ประสานโรงพยาบาลที่ 1 ไม่สำเร็จต้องประสานการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ	6	9.38	5	7.81	53	82.81
3. การเตรียมความพร้อม						
3.1 ผู้ป่วย ได้รับการดูแลก่อนนำส่งการดูแลด้านทางเดินหายใจ การดูแลด้านการระบายอากาศการดูแลระบบการไหลเวียนและการตามกระดูก	54	84.37	10	15.63	0	0
3.2 การให้ข้อมูลญาติให้ทราบถึงเหตุผลที่จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโดยความยินยอมของผู้ป่วยและญาติ	62	96.87	2	3.13	0	0
3.3 บุคลากรที่ปฏิบัติการส่งต่อ						
1) พนักงานขับรถมีความพร้อมส่งต่อผู้ป่วย	57	89.06	7	10.94	0	0
2) พยาบาลมีความพร้อมส่งต่อผู้ป่วย	56	87.50	8	12.50	0	0
3) มีการสำรองบุคลากรทางการพยาบาล กรณีฉุกเฉินและ/หรือมีการส่งต่อมากกว่า 1 ครั้งในเวลาใกล้เคียงกัน	7	10.94	5	7.81	52	81.25
3.4 ยานพาหนะ						
1) รถพยาบาลพร้อมส่งต่อผู้ป่วย	62	96.87	2	3.12	0	0
2) อุปกรณ์ เครื่องมือ พร้อมใช้งาน	64	100	0	0	0	0
3) ยาและเวชภัณฑ์พร้อมใช้งาน	64	100	0	0	0	0
3.5 ความครบถ้วนของข้อมูลและเอกสาร ได้แก่ ใบส่งต่อผู้ป่วย ผล LAB ,EKG ,Film X-Ray, ใบตรวจสอบสิทธิ และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น	63	98.44	1	1.56	0	0

3. การประเมินการดูแลพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ มีข้อค้นพบดังนี้

3.1 ประเมินการดูแลพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อปกติ พบว่า ผู้ป่วยระหว่างส่งต่ออาการปกติ 3 อันดับแรก คือ การตามกระดูกลิ้นหลัง การตามกระดูกสะโพก และการติดตามการเต้นของหัวใจ ร้อยละ 96.88, 93.75 และ 90.63 ตามลำดับ

3.2 ประเมินการดูแลพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อให้การพยาบาล พบว่า ปฏิบัติการพยาบาล 3 อันดับแรก คือ ด้านการระบายอากาศ ระบบการไหลเวียนและด้านทางเดินหายใจ ร้อยละ 96.88, 95.31 และ 17.19 ตามลำดับ โดยมีการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อเหมาะสม

3 อันดับแรก คือ ระบบการไหลเวียน ด้านการระบายอากาศ ด้านทางเดินหายใจและการตามกระดูกยารักษ์ ร้อยละ 95.31, 93.75 และ 14.06 ตามลำดับ และมีการปฏิบัติพยาบาลไม่เหมาะสม คือ ด้านทางเดินหายใจและด้านการระบายอากาศ ร้อยละ 3.13 การติดตามการเต้นของหัวใจ การติดตามความอึดตัวของออกซิเจน และการห้ามเลือด ร้อยละ 1.5

3.3 ประเมินการดูแลพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อไม่ปฏิบัติการพยาบาล คือ ไม่มีปฏิบัติการพยาบาลการติดตามการเต้นของหัวใจ และไม่มีการติดตามความอึดตัวของออกซิเจน ร้อยละ 1.56 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละ ของผลประเมินการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ

การดูแลการพยาบาล	ปกติ		การพยาบาล						ไม่ปฏิบัติ	
			ทำเหมาะสม		ทำไม่เหมาะสม		รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การดูแลด้านทางเดินหายใจ	53	82.81	9	14.06	2	3.13	11	17.19	0	0.00
- การดูแลด้านการระบายอากาศ	2	3.13	60	93.75	2	3.13	62	96.88	0	0.00
- การดูแลระบบการไหลเวียน	3	4.69	61	95.31	0	0.00	61	95.31	0	0.00
- การติดตามการเต้นของหัวใจ	58	90.63	4	6.25	1	1.56	5	7.81	1	1.56
- การติดตามความอึดตัวของออกซิเจน	55	85.94	7	10.94	1	1.56	8	12.50	1	1.56
- การห้ามเลือด	56	87.50	7	10.94	1	1.56	8	12.50	0	0.00
- การตามกระดูกยางค์	55	85.94	9	14.06	0	0.00	9	14.06	0	0.00
- การตามกระดูกสะโพก	60	93.75	4	6.25	0	0.00	4	6.25	0	0.00
- การตามกระดูกสันหลัง	62	96.88	2	3.13	0	0.00	2	3.13	0	0.00

4. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อระบบงานส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.70$; $SD = 1.54$)

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 ด้าน คือ ด้านค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 4.70$; $SD = 1.54$) ด้านการประสานบริการ ($\bar{X} = 4.55$;

SD = 0.77) ด้านคุณภาพบริการ ($\bar{X}$ = 4.50; SD = 1.08) และระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านอรรถาธิบาย ($\bar{X}$ = 4.82; SD = 1.10) ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ = 4.47; SD = 0.71) น้อยที่สุดคือ พยาบาลและรพพยาบาลมีความพร้อมด้านข้อมูลที่ได้รับ ($\bar{X}$ = 4.43; SD = 0.74) ในการส่งต่อผู้ป่วยได้ ภายใน 40 นาที ($\bar{X}$ = 4.26; SD = 0.86) รองลงมาคือ การได้รับทราบข้อมูลด้านความสะดวก ($\bar{X}$ = 4.42; SD = 0.73) และเมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้ สาเหตุ และเหตุผลของการส่งต่อ ($\bar{X}$ = 4.26; SD = 0.74) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการงานส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำแนกภาพรวม รายด้าน และรายข้อ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านความสะดวก	4.42	0.73	มาก
1 รพพยาบาลมีสภาพดีพร้อมใช้งาน	4.52	0.70	มากที่สุด
2 พยาบาลและรพพยาบาลมีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 40 นาที หลังการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย	4.26	0.86	มาก
3 ระยะเวลาในการส่งต่อรวดเร็วเหมาะสม	4.47	0.78	มาก
ด้านการประสานบริการ	4.55	0.77	มากที่สุด
4. แพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถ และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องทำงานประสานและสอดคล้องกันดี	4.55	0.74	มากที่สุด
5. ท่านหรือผู้ป่วย ได้รับการที่รวดเร็วไม่ย้อนกลับไปมาตั้งแต่ทราบว่าต้องส่งต่อจนได้รับการส่งต่อ	4.55	1.05	มากที่สุด
ด้านอรรถาธิบายเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.47	0.71	มาก
6. แพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถ และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องพูดคุยกับท่านด้วยความสุภาพ	4.47	0.74	มาก
7. แพทย์ พยาบาล พนักงานขับรถ และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องเอาใจใส่และมีความกระตือรือร้นในการให้บริการ	4.47	0.74	มาก
ด้านข้อมูลที่ได้รับ	4.43	0.74	มาก
8. ท่านได้รับทราบข้อมูล สาเหตุ และเหตุผลของการส่งต่อในครั้งนี้	4.26	0.74	มาก
9. ท่านมีส่วนร่วมในการในการตัดสินใจส่งต่อในครั้งนี้	4.36	0.89	มาก
10. ระหว่างการส่งต่อ พยาบาลได้แจ้งผล หรืออาการเปลี่ยนแปลงให้ท่านหรือผู้ป่วยทราบเป็นระยะ	4.61	0.82	มาก
ด้านคุณภาพบริการ	4.50	1.08	มากที่สุด
11. ท่านหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันทีตั้งแต่เข้ารับบริการจนกระทั่งการส่งต่อผู้ป่วย	4.41	1.04	มากที่สุด
12. ท่านหรือผู้ป่วยได้รับการดูแล/รักษา จนอาการดีขึ้นก่อนการส่งต่อ	4.50	1.28	มากที่สุด

ตารางที่ 4 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการงานส่งต่อผู้ป่วย
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำแนกภาพรวม รายด้าน และรายข้อ (ต่อ)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
13. พยาบาล สามารถช่วยเหลือและ/หรือแก้ไขอาการฉุกเฉินทันทีเมื่อพบ อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งต่อ	4.58	1.13	มากที่สุด
14.การส่งต่อข้อมูลการรักษาและอาการเปลี่ยนแปลง ขณะส่งต่อกับแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลปลายทางอย่างละเอียด	4.52	1.10	มากที่สุด
ด้านค่าใช้จ่าย	4.70	1.54	มากที่สุด
15. ค่ารักษาพยาบาล/เอกซเรย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆมีความเหมาะสม	4.82	1.10	มากที่สุด
16. ค่าบริการในการส่งต่อมีความเหมาะสม	4.73	1.74	มากที่สุด
ภาพรวม	4.70	1.54	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 56.2 ไม่สามารถทำได้สำเร็จภายในเวลา 40 นาที ทั้งนี้เกิดจากสาเหตุหลายประการที่ส่งผลให้กระบวนการส่งต่อไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เช่น เหตุจากความไม่พร้อมรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลปลายทาง จากไม่มีเตียงรับผู้ป่วย และหรือไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ต้องการส่งผู้ป่วยขณะนั้น ส่งผลต้องใช้เวลาในการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลลำดับที่ 2 ลำดับที่ 3 เป็นต้น ซึ่งสาเหตุนี้เป็นสาเหตุที่พบทั่วไปในทุกโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นายแพทย์ชาญวิทย์ ฤทธิ์เทพ และคณะ^{6,10} ที่พบว่า ทรัพยากรสาธารณสุขในระบบส่งต่อยังไม่เพียงพอทำให้การส่งต่อล่าช้า การประสานงานการส่งต่อมีขั้นตอนมาก ยุ่งยาก มีการปฏิเสธการรับส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากโรงพยาบาลปลายทางมีทรัพยากรจำกัด มีความผิดพลาดในการประสานงานทำให้การส่งต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม จนนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ห้ามการปฏิเสธการส่งต่อระดับกระทรวง

และระดับเขตสุขภาพ นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) การส่งต่อกับโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดคณะแพทย์ของกระทรวงศึกษาทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้รับการรักษาเร็วขึ้น การไม่พร้อมของพยาบาลผู้นำส่งผู้ป่วย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้การส่งต่อล่าช้า ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการมีการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 1 รายในเวลาใกล้เคียงกันทำให้การจัดพยาบาลเสริมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไม่ทันเวลาที่กำหนด นอกจากนั้นความไม่พร้อมของพนักงานขับรถก็พบเป็นระยะ ดังนั้นการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วย ยังมีความจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดให้มีศูนย์รับส่งต่อที่ครบวงจร ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่ประสานงานการส่งต่อ พยาบาลประจำสำหรับดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง พนักงานขับรถ และรถพยาบาลที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่พร้อมใช้ ทั้งนี้จะทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงาน การรับส่งต่อมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁶

โดยปฏิบัติได้ตามแนวทางและขั้นตอนในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ขั้นตอนความสามารถในการประเมินระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วยร่วมกัน ตามเกณฑ์ Levels of Patient Acuity ได้ร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรกมล จันดี¹¹ เรื่อง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะส่งต่อโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าพยาบาลส่งต่อมีความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 และข้อปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ในระดับสูง คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุต้องประเมิน GCS ทุกครั้งร้อยละ 100 การประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อพบว่า มีการดูแลไม่เหมาะสมด้านทางเดินหายใจร้อยละ 3.13 ไม่มีการติดตามการเต้นของหัวใจและการติดตามความอิ่มตัวร้อยละ 1.56 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุริพรีย์ ดวงสุวรรณ¹² ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลกับ คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 17 พบว่าระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อปฏิบัติที่ได้คะแนนน้อย คือ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) ที่มีแผลต้องได้รับการเย็บแผลก่อนร้อยละ 50.8 และรองลงมาคือ การดูแลให้ออกซิเจนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) ร้อยละ 52.5 เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยพยาบาลผู้นำส่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดที่สูดบนรถพยาบาลและช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน จึงควรมีศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลผู้นำส่ง ผู้บริหาร

ทางการพยาบาลควรสนับสนุนส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้ได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง เพื่อส่งเสริมสมรรถนะและศักยภาพของพยาบาลผู้นำส่งเพื่อประสิทธิภาพในการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์ และศิริอร สีนุ อ่างในอารีย์ ยี่มุดา¹³ ที่ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการปฏิบัติงานต้องมีสมรรถนะทางคลินิก มีความรู้ มีทักษะ ความสามารถในการค้นปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บ การตัดสินใจอย่างรวดเร็ว การสื่อสาร การประสานงาน จึงเป็นองค์ประกอบในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บ^{14,15} และผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.70; SD = 1.54) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่ได้ความพึงพอใจมากที่สุดคือ ค่ารักษาพยาบาล/เอกซเรย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ มีความเหมาะสม ($\bar{X}$ = 4.82; SD = 1.10) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณา กริทอง¹⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ ที่พบว่าการจัดระบบบริการ แนวปฏิบัติที่ใช้คือคู่มือการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล โดยข้อมีผลระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ พยาบาลและรถพยาบาลมีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 40 นาที ($\bar{X}$ = 4.26; SD = 0.86) และการได้รับทราบข้อมูล สาเหตุ และเหตุผลของการส่งต่อ ($\bar{X}$ = 4.26; SD = 0.74) สอดคล้องกับการศึกษาของ รูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาระดับ

ความพึงพอใจ และสาเหตุของความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2557 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจที่สามารถแก้ไขได้ในการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินมี 5 ด้านคือ ด้านบุคลากร ด้านเวลา ด้านระบบ และปัจจัยที่ได้ทำให้พึงพอใจมากที่สุดคือการใส่ใจของบุคลากรทางการแพทย์ และอิริณทร์ เกตุวิชิต และสุรศักดิ์ มั่งสิงห์¹⁷ เรื่องการพัฒนาตัวแบบระบบการจัดการสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยด้วย โปรแกรมไทยรีเฟอร์ (ThaiRefer) พบว่า แบบระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการที่พัฒนาขึ้น สำหรับกระบวนการเตรียมข้อมูลเพื่อการส่งต่อจากฐานข้อมูลระบบบริหารการจัดการโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันของฐานข้อมูลของระบบบริหารจัดการโรงพยาบาล ความพึงพอใจของระบบต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อของสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ ผลการประเมินพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากและเห็นว่าตัวแบบนี้เป็นประโยชน์สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล กล่าวโดยรวมคือเมื่อบริการในด้านต่างๆ ดีกว่าน่าจะทำให้มีความพึงพอใจมากขึ้นและจากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในครั้งนี้ จะได้นำไปปรับปรุงพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อพัฒนา

ระบบการจัดการให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายรวมกับการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล และการส่งต่อและการเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและรวดเร็ว

ด้านการบริหาร

การพัฒนาระบบการจัดการศูนย์การส่งแบบครบวงจรภายใต้บริบทพื้นที่ โดยมีบุคลากรเครื่องมือ รถพยาบาลที่พร้อมปฏิบัติงาน ทำให้ระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเหล่านี้มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ถ้าได้รับการส่งต่อล่าช้าหรือไม่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.ทิวาวรรณ ปิยกุลมาลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ช่วยตรวจทานแก้ไข และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ปรึกษาการวิจัย ซึ่งได้ให้ข้อคิดเห็นตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ได้ร่วมมือในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2555-2559.นนทบุรี : สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. คณะทำงานจัดทำคู่มือสำนักการแพทย์. คู่มือการปฏิบัติงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ .กรุงเทพมหานคร; 2555.
3. ปราณอม สงวนพันธ์. กระบวนการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล. วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล. 2562; 4(1) : 51-62.
4. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ระบบส่งต่อผู้ป่วย: กระบวนการสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. J Med Health Sci. 2018 ; 25(3): 109-121.
5. คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 5. คู่มือยุทธศาสตร์ ทิศทาง การทำงาน เขตสุขภาพที่ 5: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5; 2559
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล. Inter Facility patient Transfer. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อัลติเมท พรินต์; 2557.หน้า 1.
7. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. สรุปรายงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก; 2559.
8. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. สรุปรายงานประจำปี 2559 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก; 2560.
9. สุพรรณิ นามผล. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วย งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. สรรเสริญ ไช้เลื่อนาม, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และธราดล เก่งการพานิช. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
11. กรกมล จันดี. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะส่งต่อโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ. {อินเทอร์เน็ต}. เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2559. เข้าถึงได้จาก <http://www.sangkha hospital.com > modules > img>.
12. สุริพรย์ ดวงสุวรรณ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลกับ คุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ระดับ ทตยภูมิและตตยภูมิเขต ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 17. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2554; 5(2): 67-77.
13. อารีย์ ยี่มุดา . ผลของการปฏิบัติตามมาตรฐานของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยต่อระยะเวลาการนำส่งและผลลัพธ์ของการดูแล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

14. สำนักการพยาบาล. หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สำนัก การพยาบาลกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
15. วรณา กรีทอง. การพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.2559; 12(1):23-36.
16. ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน และคณะ. ระดับความพึงพอใจ และสาเหตุของความพึงพอใจของผู้มารับ บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2557. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(4): 202-212.
17. อีรินทร์ เกตุวิจิต และสุรศักดิ์ มั่งสิงห์. การพัฒนาตัวแบบระบบการจัดการสารสนเทศเพื่อการส่งต่อ ผู้ป่วยด้วย โปรแกรมไทยรีเฟอร์ Journal of the Thai Medical Informatics Association. 2558; 1(2): 51-58.

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
The accession to health services for migrant workers : A case study of
Mueang District, Nakhon Pathom Province.

ภาสวรรณ พังสอาด*

Passawan Pangsaad*

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 170 ถนนเทศา ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

*Nakorn Pathom Provincial Public Health Office, 170 Tesa Road, Phra Pathom Chedi Subdistrict,
Mueang District, Nakhon Pathom Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ที่ขึ้นทะเบียนหรือมาอาศัย ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 305 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายดำเนินการในพื้นที่ 3 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อเท่ากับ 1.00 หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลปัจจัย การเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$; $SD=0.68$) และข้อที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการเดินทาง ($\bar{X}=4.70$; $SD=0.75$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการได้รับความรู้การดูแลสุขภาพ ($\bar{X}=4.59$; $SD=0.83$) และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยการ เข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติในด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r=0.491$) และปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพในด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับ เด็กช่วงอายุ >7 ปีและด้านการซื้อประกันสุขภาพ ($r=0.393$, และ 0.368 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey research was to study an accession to health services for migrant workers: A case study of Mueang District, Nakhon Pathom Province. The sample consisted of 305 Myanmar migrant workers, registered in Muang District, Nakhon Pathom Province, not less than 6 months, and aged 15 years and over. Sample size was calculated using reliability with 95% confidence intervals, and simple random sampling. This research was conducted during March 2021 in 3 sub-districts in Muang district, Nakhon Pathom Province. Data were collected by using questionnaires. Check the content validity with the CVI of 1.00. The reliability of questionnaires about data access

factor, access to health checks and health insurance factor, and migrant workers' access to health services by Cronbach's alpha coefficient were 0.89, 0.95 and 0.97 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson product-moment correlation coefficient. The results revealed that the access to health services of migrant workers in overall were at high level ($\bar{X}$ =3.83; SD=0.68). Consideration in the item, it was found that traveling to receive health services were at the highest level ($\bar{X}$ =4.70; SD=0.75), followed by obtaining health care knowledge ($\bar{X}$ =4.59; SD = 0.83). And found that factors related to access to health services of migrant workers statistically significant at the .05 level were: Factors of access to information for migrant workers in the field of public relations documents. There was a moderate positive correlation (r = 0.491) and access to health check-up and health insurance factors in terms of providing health insurance for children aged > 7 years and purchasing health insurance (r = 0.393, and 0.368, respectively).

Keywords: Migrant workers, Health services accessibility

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานข้ามชาติถือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ มาเป็นระยะเวลานาน และเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการย้ายถิ่นของแรงงาน¹ องค์การระหว่างประเทศเพื่อการย้ายถิ่นฐาน (International Labor Organization, ได้มีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ.2593 จำนวนประชากรที่มีการย้ายถิ่นระหว่างประเทศจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 405 ล้านคน² ประเทศไทยมีนโยบายให้แรงงานข้ามชาติทุกคนขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องและต้องมีการจัดทำหลักประกันสุขภาพเพื่อให้แรงงานข้ามชาติมีหลักประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย และจากข้อมูลสถานการณ์แรงงานข้ามชาติของสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติกระทรวงแรงงานพบว่าประเทศไทยมีจำนวนแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับใบอนุญาตทำงานเพิ่มขึ้น

อย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจาก 33,918 คน ในปี พ.ศ.2544 มาเป็น 2,062,807 คน ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2560³ และในจำนวนนี้เป็นแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มแรงงานประเทศอื่นๆ จึงเกิดผลกระทบที่ตามมาทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิดผลกระทบในแง่ลบผลกระทบจากสภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานข้ามชาติ เช่น การแพร่ระบาด หรือการกระจายโรคติดต่อที่สำคัญรัฐบาลไทยจึงมีความกังวลทั้งในด้านความมั่นคงของประเทศและในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ รัฐบาลไทยจึงมีนโยบายให้แรงงานข้ามชาติทุกคนขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องและต้องมีการจัดทำหลักประกันสุขภาพเพื่อให้แรงงานข้ามชาติมีหลักประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย⁴

จากผลกระทบด้านการย้ายถิ่นฐานของแรงงานข้ามชาติที่สำคัญคือผลกระทบทางด้าน

สาธารณสุข เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและข้อจำกัดการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อันก่อให้เกิดผลกระทบในแง่ลบแก่สภาวะสุขภาพอนามัยต่อแรงงานข้ามชาติ เช่น การแพร่ระบาด หรือการกระจายโรคติดต่อที่สำคัญ ส่วนแรงงานข้ามชาติแบบผิดกฎหมายส่วนหนึ่งเป็นโรคติดต่อและเจ็บป่วยด้วยโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้วและอาจเป็นพาหะของโรคต่าง ๆ ซึ่งบางโรคได้หายไปจากประเทศไทยแล้ว อาจจะติดมากับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ก็เป็นได้ ซึ่งหากไม่มีการควบคุมให้ดีแล้วอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้ในประเทศไทยอีกครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติมีอัตราการเจ็บป่วยเล็กน้อยและมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักในสถานพยาบาลที่ต่ำกว่าคนไทย ส่วนใหญ่กว่าครึ่งดูแลตนเองด้วยการซื้อยามากินเอง หรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน และอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษา⁵ สาเหตุหลักมาจากการไม่มีหลักประกันหรือสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรงจึงจะมาใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐโดยจ่ายค่ารักษาเอง⁶

สำหรับจังหวัดนครปฐมมีแรงงานข้ามชาติจำนวน 40,704 คน ประกอบด้วยพม่า 34,479 คน กัมพูชา 4,875 คน และลาว 1,350 คน ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและทำงานถึงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562⁷ ในกิจการประมงและแปรรูปสัตว์น้ำโดยนายจ้างภาคทั้งครัวเรือน ผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางขนาดย่อมและภาคเกษตรกรรม ร่วมกับการจัดหางานจำเป็นต้องมีการจัดระบบการ

ทำงานของแรงงานข้ามชาติ ดูแลตรวจสอบและควบคุมการทำงานของคนต่างด้าวให้เป็นไปตามกฎหมาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างการตระหนักรับรู้ความเข้าใจให้นายจ้างสถานประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับข้อมูลขั้นตอนและแนวทางการดำเนินการด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ และสถานการณ์การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลในหน่วยงานภาครัฐในเขตอำเภอเมืองที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่ามีแรงงานข้ามชาติเข้ามาใช้บริการเป็นส่วนน้อยทั้งนี้การเข้าใช้บริการสุขภาพของแต่ละรายมักมีสถานะเจ็บป่วยเมื่อป่วยหนักไม่มีทางเลือกแล้วเท่านั้นที่จะหันมาใช้บริการรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์เนื่องจากมีจำนวนมากกว่าสัญชาติอื่นๆ เพื่อหาคำตอบที่ต้องการนำไปสู่การแก้ไขที่ปัญหาและวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในกลุ่มประชากรข้ามชาติต่อไป

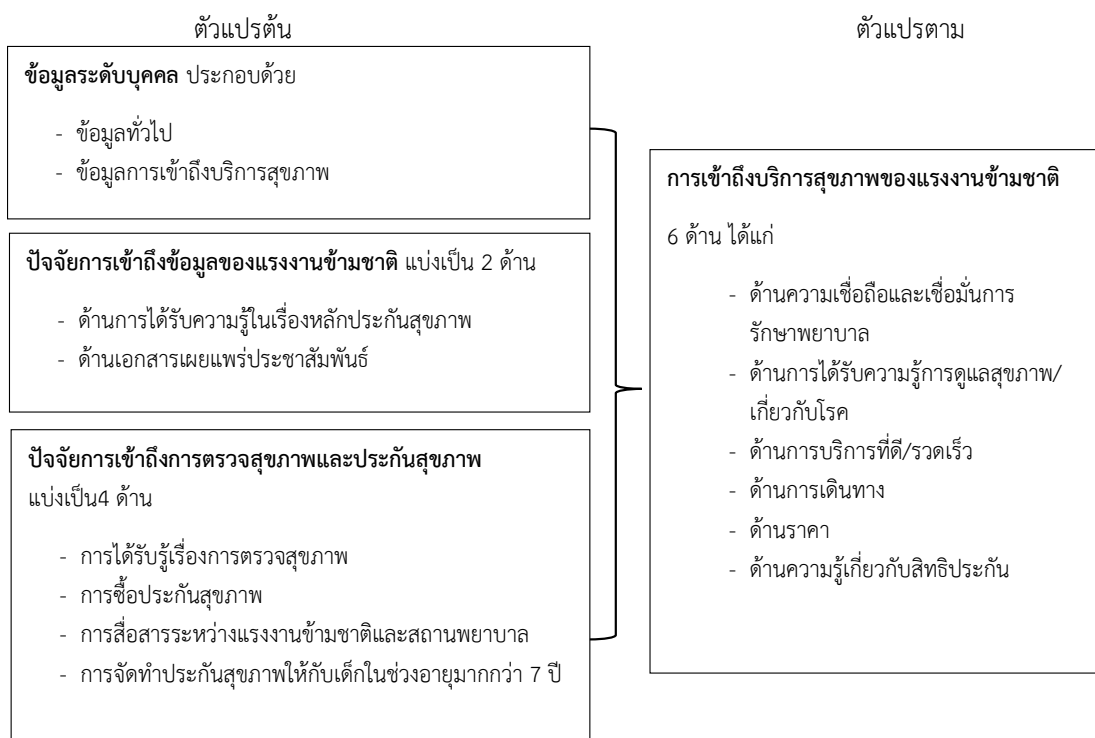
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ ปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ โดยกำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อถือและเชื่อมั่น การรักษาพยาบาล ด้านการได้รับความรู้การดูแล

สุขภาพ/เกี่ยวกับโรค ด้านการบริการที่ดี/รวดเร็ว ด้านการเดินทาง ด้านราคาและด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิประกัน โดยสิ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์คือ ปัจจัย การเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ และปัจจัยการ เข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (descriptive research) โดยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) ดำเนินการในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ที่ขึ้นทะเบียนหรือมาอาศัยในอำเภอเมือง

จังหวัดนครปฐมไม่ต่ำกว่า 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,416 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ที่ขึ้นทะเบียนหรือมาอาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ที่ 95% ความคลาดเคลื่อนการประมาณค่าไม่เกิน 5% ค่าสัดส่วนประมาณการไว้ที่ 50% ที่คำนวณได้ 303 คน

คำนวณเพิ่มอีก 5 % เพื่อทดแทนแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้เพื่อทำการสำรวจได้ 320 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติ มีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเข้ามาอยู่ในประเทศไทยและการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามส่วนนี้ได้พัฒนาและดัดแปลงมาจากการศึกษาอิสระของอารีย์ เจตน์ดำรงเลิศ (2555)^๑ ศึกษาในเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติมีข้อความ 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's five rating scale)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ มีข้อความ 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ, การซื้อประกันสุขภาพ, การสื่อสาร

ระหว่างแรงงานข้ามชาติและสถานพยาบาล และการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กในช่วงอายุมากกว่า 7 ปี เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของไลเคิร์ต (Likert's five rating scale)

ชุดที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ มีข้อความ 18 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อถือและเชื่อมั่นการรักษาพยาบาล ด้านการได้รับความรู้การดูแลสุขภาพ/เกี่ยวกับโรค ด้านการบริการที่ดี/รวดเร็ว ด้านการเดินทาง ด้านราคาและด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิประกัน เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's five rating scale)

การแปลผลสำหรับแบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 3 และ 4 และชุดที่ 2 มีการแปลผลโดยแบ่งระดับเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติมี 5 ระดับ แบ่งระดับเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ มี 5 ระดับ และแบ่งระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมี 5 ระดับ^๑ ดังนี้
คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง มีการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีค่ามากที่สุด
คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง มีการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีค่ามาก
คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง มีการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีค่าปานกลาง
คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง มีการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีค่าน้อย
คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง มีการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติมีค่าน้อยที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบแบบ

สัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ แบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติและแบบสัมภาษณ์ปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ พิจารณาความครอบคลุมและความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามและสาระของมิติที่วัดความถูกต้องของแบบสอบถาม และผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.0 และนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติแบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เท่ากับ 0.89, 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผ่านการรับรองตามหมายเลข COA No. 26/2563 ออกให้ ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การอภิปรายหรือเผยแพร่ข้อมูลกระทำในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติพื้นฐานด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) 2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ ปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ดูทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวขึ้นไปกำหนดเกณฑ์พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแนวทางพวงรัตน์ ทวีรัตน์¹⁰เป็นดังนี้ ค่าอยู่ระหว่าง 0.81 - 1.00 มีระดับความสัมพันธ์สูงมากค่าอยู่ระหว่าง 0.61 - 0.80 มีความสัมพันธ์สูงค่าอยู่ระหว่าง 0.41 - 0.60 มีความสัมพันธ์ปานกลางค่าอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.40 มีความสัมพันธ์ต่ำและค่าอยู่ระหว่าง 0.00 - 0.19 มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 70.16 มีอายุน้อยกว่า 26 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.14 รองลงมาคืออายุ 26-30 ปีและอายุ 31-35 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 31.8 ปีอายุน้อยสุด 24 ปี สูงสุด 50 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.56 สถานภาพสมรสมีคู่สมสร้อยละ 65.57 มีรายได้ต่อเดือน 9,000 บ./ดขึ้นไปร้อยละ 96.72 ระยะเวลาการเข้ามาอยู่ใน

ประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 57.05 เมื่อเจ็บป่วยซื้อยามาทานเองร้อยละ 63.28 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม มีการรับบริการเยี่ยมบ้านหรือปรึกษาเกี่ยวกับ ร้อยละ 83.28 และส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว สุขภาพจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพ.สต.ร้อยละ หรือผู้ติดตามที่ร้อยละ 83.28 10.16 มีปัญหาการสื่อสารเมื่อใช้บริการหรือ มีความต้องการใช้บริการสุขภาพร้อยละ 53.44

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ความสามารถในการจัดบริการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ไม่ตรงตามความต้องการ ร้อยละ 63.28 การให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล/รพ.สต.มีความเหมาะสมร้อยละ 89.84

จากการศึกษา พบว่าในรอบ 1 ปีมีแรงงาน ร้อยละ 63.28 การให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล/รพ.สต.มีความเหมาะสมร้อยละ 89.84 ข้ามชาติได้รับบาดเจ็บหรือมีความต้องการใน การรับบริการด้านสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พ้นฟู) ร้อยละ 3.28 วิธีการปฏิบัติตัวเบื้องต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 305)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ในรอบ 1 ปีได้รับบาดเจ็บหรือมีความต้องการในการบริการด้านสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พ้นฟู)		
ไม่มี	295	96.72
มี	10	3.28
วิธีการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย		
รับบริการที่รพ.สต./โรงพยาบาล	102	33.44
ซื้อยามาทานเอง	203	66.56
การได้รับการเยี่ยมบ้าน หรือปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต./โรงพยาบาล		
ไม่มี	274	89.84
มี	31	10.16
ปัญหาในการสื่อสารเมื่อใช้บริการ หรือมีความต้องการใช้บริการสุขภาพ		
ไม่มี	142	46.56
มี	163	53.44
ความสามารถในการจัดบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล/รพ.สต.		
ตรงตามความต้องการ	112	36.72
ไม่ตรงตามความต้องการ	193	63.28
ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพ.สต.		
ไม่เหมาะสม	31	10.16
เหมาะสม	274	89.84

3. ประเมินระดับปัจจัยการเข้าถึงข้อมูล ของแรงงานข้ามชาติ
- พบว่าระดับปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลแรงงานข้ามชาติในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.08$; $SD=0.79$) แบ่งเป็น 2 ด้านโดยมีระดับ
- ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ($\bar{X}=3.08$; $SD=0.81$) และด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ($\bar{X}=3.08$; $SD=0.78$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (n=305)

ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการได้รับความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพ	3.08	0.81	ปานกลาง
ด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	3.08	0.78	ปานกลาง
รวม	3.08	0.79	ปานกลาง

4. ประเมินระดับปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ
- พบว่าระดับปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.66$; $SD=0.68$) แบ่งเป็น 4 ด้านโดยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
- โดยลำดับแรก ได้แก่ ด้านการได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ ($\bar{X}=3.72$; $SD=0.68$) รองลงมาด้านการซื้อประกันสุขภาพ ($\bar{X}=3.68$; $SD=0.69$) และด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุมากกว่า 7 ปี ($\bar{X}=3.63$; $SD=0.63$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ (n=305)

ปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ	3.72	0.68	มาก
ด้านการซื้อประกันสุขภาพ	3.68	0.69	มาก
ด้านการสื่อสารระหว่างแรงงานข้ามชาติและสถานพยาบาล	3.61	0.72	มาก
ด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุมากกว่า 7 ปี	3.63	0.63	มาก
รวม	3.66	0.68	มาก

5. ประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
- พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$; $SD=0.68$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเดินทางมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$; $SD=0.75$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการได้รับความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพ/
- เกี่ยวกับโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$; $SD=0.83$) และด้านความเชื่อถือและเชื่อมั่นการรักษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.26$; $SD=0.95$) ตามลำดับ และพบว่าด้านการบริการที่ดีและรวดเร็วอยู่ในลำดับสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.29$; $SD=0.61$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (n=305)

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความเชื่อถือและเชื่อมั่นการรักษาพยาบาล	4.26	0.95	มาก
ด้านการได้รับความรู้การดูแลสุขภาพ/เกี่ยวกับโรค	4.59	0.83	มากที่สุด
ด้านการบริการที่ดีและรวดเร็ว	1.29	0.61	น้อยที่สุด
ด้านการเดินทาง	4.70	0.75	มากที่สุด
ด้านราคา	3.76	0.89	มาก
ด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิประกัน	3.54	0.96	มาก
รวม	3.83	0.83	มาก

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติและปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ ในด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.491$) และปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพในด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุ > 7 ปี และการซื้อประกันสุขภาพ ($r = 0.393$, และ 0.368 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ และปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ค่านัยสำคัญ (p)	ทิศทาง	ระดับ
ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ				
ด้านการได้รับความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพ	0.108	0.571	บวก	ต่ำมาก
ด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	0.491*	0.006*	บวก	ปานกลาง
ปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ				
ด้านการได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ	0.334	0.072	บวก	ต่ำ
ด้านการซื้อประกันสุขภาพ	0.368*	0.046*	บวก	ต่ำ
ด้านการสื่อสารระหว่างแรงงานข้ามชาติและสถานพยาบาล	0.246	0.191	บวก	ต่ำ
ด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุ > 7 ปี	0.393*	0.032*	บวก	ต่ำ

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

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติของอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับมากและอยู่ในระดับมากที่สุดด้านการเดินทางและด้านการได้รับความรู้การดูแลสุขภาพ/เกี่ยวกับโรค อธิบายได้ว่าแรงงานข้ามชาติมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมากอาจเนื่องมาจากปัจจัยเรื่องการเดินทางที่สามารถเข้าถึงโรงพยาบาล/รพ.สต. ได้โดยสะดวก สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไประดับบุคคลที่พบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาล/รพ.สต. ด้วยระยะทางเฉลี่ยที่ 1 กม. ร้อยละ 65.9 ส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยที่ 6-10 ปี ร้อยละ 57.05 อีกทั้งมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.56 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.00 สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ เจตน์ดำรงเลิศ⁸ ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติมีความประทับใจการให้บริการของโรงพยาบาลป่วย มากกว่าโรงพยาบาลในประเทศบ้านเกิดของตนเอง เนื่องจากที่โรงพยาบาลป่วยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่มารับการรักษา การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติด้านการบริการที่ดีและรวดเร็วมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยเรื่องการสื่อสารซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ สอดคล้องกับข้อมูลปัจจัยระดับบุคคลเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ เรื่องมีปัญหาในการสื่อสารเมื่อใช้บริการหรือมีความต้องการเข้าใช้บริการสุขภาพที่ ร้อยละ 53.44 และไม่มีการได้รับการเยี่ยมบ้าน

หรือได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต./โรงพยาบาลที่ร้อยละ 89.84 จึงอาจส่งผลให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ดีและรวดเร็วมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชชุดา สังขฤกษ์¹¹ ในหญิงชาวพม่าที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าร้อยละ 18 มีปัญหาในด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่เข้าใจในการรับบริการ จำเป็นที่ต้องปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ โคตรมณี¹² เกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ที่เห็นว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ในการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเน้นไปที่สถานประกอบการ/โรงงาน/ชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่นควรมีการประชาสัมพันธ์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ขุดสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงาน ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นนอกจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย การศึกษาในต่างประเทศในประเด็นดังกล่าวก็ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน จากการศึกษาของ Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam¹³ เรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพและการแสวงหาบริการการแพทย์ทางเลือกของแรงงานอพยพผิดกฎหมายในเดนมาร์ก พบว่าแรงงานผิดกฎหมาย

เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากลำบาก มีทัศนคติที่กลัว จะถูกโรงพยาบาลรายงานให้เจ้าหน้าที่ตำรวจมา จับกุม ไม่มีทักษะในการสื่อสาร ไม่รู้จักกับบุคคลในท้องถิ่น ขาดความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพและ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น¹⁴

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นรายปัจจัย พบว่า ในปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติด้านที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r=0.491$) และมีระดับปัจจัยด้านเอกสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.08$; $SD=0.78$) ส่วนด้านการได้รับความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.108 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อีกทั้งระดับการได้รับความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพที่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.08$; $SD=0.81$) อธิบายได้ว่าการมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเข้ารับบริการและการเห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการที่รวดเร็วตั้งแต่แรก ไม่รอให้อาการของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากจนเสียโอกาส หน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐจำเป็นต้องสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ ควรทำทั้งทางตรงต่อตัวผู้รับบริการที่เป็นแรงงานข้ามชาติหรือการสื่อสารผ่านบุคคลที่ใกล้ชิดแรงงาน เช่น นายจ้าง อาสาสมัครหรือล่ามเป็นต้น หรือแจกเอกสารคู่มือสื่อสารสองภาษาที่เข้าใจง่ายและควรมีการสรรหาบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติได้และนำมาพัฒนาความรู้

ความสามารถในด้านสุขภาพเพื่อนำมาให้บริการแรงงานข้ามชาติซึ่งในปัจจุบันเริ่มมีการจัดจ้างบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลแม่สอด¹⁵ ที่มีการจัดจ้างแพทย์และพยาบาลชาวเมียนมาร์ในการให้บริการผู้ป่วยชาวเมียนมาร์เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและเพิ่มความเข้าใจในวัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล แจ่มจันทร์และกัญญา อภิพรชัยสกุล¹⁶ ที่ศึกษาปัญหาของบุคลากรในด้านการให้บริการด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติพบว่าบุคลากรยังมีปัญหาในด้านการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของแรงงานข้ามชาติ เช่น สิทธิมนุษยชน สิทธิตามกฎหมายและสิทธิประกันสุขภาพ และจากการศึกษาของ ปิยภัต เดชะวงศ์¹⁷ ที่ศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เชียงแสน จังหวัดเชียงรายพบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวอยู่แค่ในระดับปานกลาง ซึ่งนอกจากประเด็นความไม่เข้าใจในเรื่องสิทธิแล้วยังพบว่า เจ้าหน้าที่บางส่วนนั้นยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อแรงงานข้ามชาติและไม่มีความใส่ใจในการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ จากแนวคิดของ สุภาภรณ์ โคตรมณี¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี เห็นว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ในการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

โดยเน้นไปที่สถานประกอบการ/โรงงาน/ชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่นควรมีการประชาสัมพันธ์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวชุดสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงาน ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำทั้ง 4 ด้าน ทั้งนี้ด้านที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการซื้อประกันสุขภาพและด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุ > 7 ปี และการซื้อประกันสุขภาพ ($r = 0.393$, และ 0.368 ตามลำดับ) ส่วนด้านการได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพและด้านการสื่อสารระหว่างแรงงานข้ามชาติและสถานพยาบาลไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากระดับปัจจัยการเข้าถึงการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการได้รับรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ ($\bar{X}=3.72$; $SD=0.68$) รองลงมา ด้านการซื้อประกันสุขภาพ ($\bar{X}=3.68$; $SD=0.69$) และด้านการจัดทำประกันสุขภาพให้กับเด็กช่วงอายุมากกว่า 7 ปี ($\bar{X}=3.63$; $SD=0.63$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในระดับมากทั้ง 4 ด้านนั้นสะท้อนให้เห็นว่าการมีหลักประกันสุขภาพทำให้แรงงานมีความมั่นใจในการไปใช้บริการของรัฐ เพราะไม่ต้องเสียเงินมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันและมี

อาการที่รุนแรง ในด้านของผู้ให้บริการแล้วการทำการประกันสุขภาพทำให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้รัฐยังสามารถจัดการด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการที่แรงงานมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าประกันแต่ละระบบ การให้การประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังมีปัญหาที่ทำให้แรงงานทั้งไม่สามารถเข้าสู่ระบบได้และทั้งไม่ต้องการที่จะเข้าสู่ระบบการที่ไม่ต้องการเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพ มีเหตุผลเป็นต้นว่า ค่าประกันที่สูงเมื่อต้องจ่ายเองในขณะที่ไม่คิดว่าจะได้ใช้บริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐอย่างเต็มที่ เช่นกรณีที่แรงงานย้ายที่ทำงาน แรงงานจะไม่สามารถไปใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร การที่มีบัตรประกันสุขภาพแต่ยังไม่กล้าเดินทางไปไหนเพราะกลัวถูกตำรวจจับการที่สถานพยาบาลอยู่ไกลต้องเสียเวลาเดินทางและการไปรักษาทำให้ต้องเสียเวลาและรายได้จากการทำงาน ฯลฯ ดังนั้น การให้แรงงานมีหลักประกันสุขภาพจึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานและสังคมรอบข้าง แต่ระบบการประกันสุขภาพอาจต้องมีการพัฒนาให้หลากหลายเหมาะสมกับสถานการณ์ที่หลากหลายของแรงงานและพื้นที่เพื่อให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างแท้จริงสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณรัตน์ อภรณ์พิศาล และเพชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนกิจ¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว สัญชาติพม่า กรณีศึกษา กิจการต่อเนื่องประมง จังหวัดสมุทรสาครที่พบว่าปัจจัยนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีผลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวมาก ยิ่งแรงงาน

ต่างด้าวได้รับการส่งเสริมสุขภาพได้รับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้สิทธิในการเข้ารับบริการสุขภาพมากเพียงใด ยิ่งทำให้แรงงานต่างด้าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากเพียงนั้นภาครัฐบาลควรมีการพัฒนาการศึกษาเพื่อการปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ในการบริหารจัดการรวมทั้งในประเด็นของการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องภาครัฐควรมีการส่งเสริมและพัฒนาความรู้รวมทั้งการกระจายความรู้และความเข้าใจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการ เพื่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ภาครัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการให้บริการกับหลากหลายภาคส่วน อาทิ ภาคสถานประกอบการ องค์การเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไร มูลนิธิด้านสุขภาพ องค์การศาสนาสถาบันการศึกษาที่เปิดการสอนด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบเพื่อสนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ควรมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ควรส่งเสริมการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติให้มากขึ้น ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐสามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ติดตาม ดูแล ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรให้การสนับสนุนทรัพยากรที่เป็นเพิ่มความสะดวกของการมาใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยลดปัญหาของการสื่อสาร การใช้สื่อที่ง่ายต่อการสื่อสาร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติให้มากขึ้น

3. ควรให้นโยบายที่ชัดเจนต่อสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชน เรื่องการให้บริการที่ดีที่สุดภายใต้หลักการด้านมนุษยธรรม และจริยธรรมทางการแพทย์ต่อแรงงานข้ามชาติ

4. ควรทำการประชาสัมพันธ์สื่อสารให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับและนายจ้าง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพและการซื้อประกันสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลขั้นต้นของแรงงานข้ามชาติ ทำให้สามารถให้ข้อมูลกับแรงงานข้ามชาติให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของตนเองหรือสิทธิของแรงงานข้ามชาติที่ควรมีให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Martin. P.Theeconomic contributionof migrant workers to Thailand:Towardspolicy development. Bangkok: ILO; 2007.
2. The World Migration Report 2015.Migrants and Cities. New Partnerships to Manage Mobility; 2015.
3. อัจฉรินทร์ คำหวาน. ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559; 4(3): 359-374

4. กลุ่มปัญหาแรงงานต่างด้าว. สารานุกรมโลป สไตล์. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://community.jobdynamo.com>.
5. สุกัญหา ยิ้มแย้ม. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทยใหญ่. วารสารสาธารณสุข, 42 (3), 68-82.
6. ศราวุฒิ เหล่าสาย. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว. ในรายงานการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวปีงบประมาณ 2562-2563. กลุ่มงานประกันสุขภาพ; 2563.
8. อารีย์ เจตนดำรงเลิศ. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปายอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
9. สมถวิล วิจิตรวรรณ และคณะ. (2556). การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: บริษัท เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
10. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
11. วิชุดา สังขฤกษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการฝากครรภ์ของแรงงานต่างด้าว ในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556
12. สุภาภรณ์ โคตรมณี, สงครามชัย ลีทองดี และสุทธินันท์ สระทองหน. การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(2): 88-100
13. Biswas. Kristiansen. Krasnik. & Norredam. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. BMC Public Health. 2011; 11: 560-560
14. เฉิด สารเรือน และนิทรา กิจธีระวุฒิจ. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวก่อนก้าวสู่เขตพัฒนาเศรษฐกิจ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ชายแดนไทย-เมียนมาร์ จังหวัดตาก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2558; 29(3): 123-136
15. โรงพยาบาลแม่สอด. งานสาธารณสุขชายแดน (Border Health). Paper presented at the เอกสารรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 16 มกราคม 2558, โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก; 2558

16. เฉลิมพล แจ่มจันทร์. ประชากรและการพัฒนาว่าด้วยแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=298>
17. ปิยภัส เดชะวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อนโยบายสิทธิแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอยางเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2556
18. พรณรัตน์ อารณพิศาล, เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญนิกิจ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กรณีศึกษา กิจการต่อเนื่องประมง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2558; 21(2): 80-89

อุบัติการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง Incidences of nosocomial infection and multidrug resistant infection in the tertiary hospital

ประจวบ ทองเจริญ*, อุมพร รุ่งเรือง* และลัดดา สะลีมา**

Prachuab Thongcharoen*, Umaporn Rungruang* and Ladda Saleema**

*กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี

ถนนสมบุญกุล ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ถนนสมบุญกุล ตำบลหน้าเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

*The In-hospital Infectious Control and Prevention Nursing Group, Ratchaburi Hospital

Somboonkul Road, Na-muang sub-district, Muang District, Ratchaburi Province

**The Surgical Nursing Group, Ratchaburi Hospital Somboonkul Road, Na-muang sub-district,
Muang District, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าในปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4,832 ครั้ง อัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 2.35-3.47 ต่อจำนวนวันนอน 1,000 วัน ในปีงบประมาณ 2563 พบการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 50.54 อัตราการติดเชื้อดื้อยามากที่สุดในผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* MDR ในผู้ป่วยปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร้อยละ 57.47 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรมีมาตรการด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ใส่สายหรือได้รับหัตถการ

คำสำคัญ: การติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อดื้อยา อุบัติการณ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

Nosocomial infection was found frequently in a hospital. This study was the retrospective study. The purpose of the research was to study the incidences of nosocomial infection and multidrug resistant infection in the tertiary hospital. Data were collected from medical records of patients from 2010 to 2021 by using the data record form which was reviewed by three specialists. The data were analyzed by using descriptive statistics. The results showed that the nosocomial infection rate in 2010 to 2021 was 4,832 times. The infection rate was between 2.35-3.47 per 1,000 admission day. In 2020, the multidrug resistant rate was 50.54 which was the highest rate in patients with ventilator

associated pneumonia. The percentage of multidrug resistant of *Acinetobacter baumannii* MDR infection of patients with ventilator associated pneumonia was 57.47. The results suggested that nurses should have a measure to prevent nosocomial and multidrug resistant infection, especially in patients using line and procedures.

Keywords: Nosocomial infection, Multidrug resistant infection, Incidence, Tertiary hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือ nosocomial infection เป็นการติดเชื้อภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 48 ชั่วโมง การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ ถึงแม้ว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมดแต่การปฏิบัติตามมาตรฐานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้ การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่ออัตราการตาย และค่ารักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาลพบประมาณร้อยละ 11.83-44.81^{1,2,3} ประมาณร้อยละ 42.8 พบในไอซียู และร้อยละ 12.1 ในหอผู้ป่วยทั่วไป ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อกระแสเลือด และการติดเชื้อแผลผ่าตัด⁴

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือด เชื้อก่อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อ *Acinetobacter baumannii*^{1,2} *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*³ และ *Pseudomonas aeruginosa*²

การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าอัตราการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับเพศชาย การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน การเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้านศัลยกรรมมาก่อน¹ อัตราการติดเชื้อพบมากที่สุดในห้องผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยศัลยกรรม เชื้อที่เป็นสาเหตุมากที่สุดคือ *Enterobacteriaceae* จำพวก *E.coli*, *Enterobacteriaceae*, *Klebsiella* spp, *Enterococcus* species, *Pseudomonas* species และ *S. aureus*⁵

ปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการติดเชื้อดื้อยา การติดเชื้อดื้อยาเป็นการติดเชื้อจุลชีพที่ไม่ตอบสนองต่อยาอย่างน้อย 3 กลุ่ม สาเหตุการติดเชื้อดื้อยาได้แก่การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น⁶ ส่งผลให้เชื้อแบคทีเรียมีการพัฒนาความสามารถในระดับยีนในการต้านจุลชีพ ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาทำได้โดยการใช้ยาต้านจุลชีพให้น้อยที่สุดและการป้องกันการแพร่กระจายจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่อีกรายหนึ่ง⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากมือของบุคลากร

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในจังหวัดและโรงพยาบาลในเครือข่ายระดับเขตสุขภาพ ผู้ป่วยที่รับไว้ดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ

และอุปกรณ์ต่างๆ และจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน จากเหตุผลดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาชี้ข้อจำกัดด้านการขยายผลมายังโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ การศึกษาวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการควบคุมและป้องกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมดในปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 0.9

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา เลขที่ COA-RBEC010/2021

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและใบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

ผลการวิจัย

อุบัติการณ์การติดเชื้อในปีงบประมาณ 2553-2563

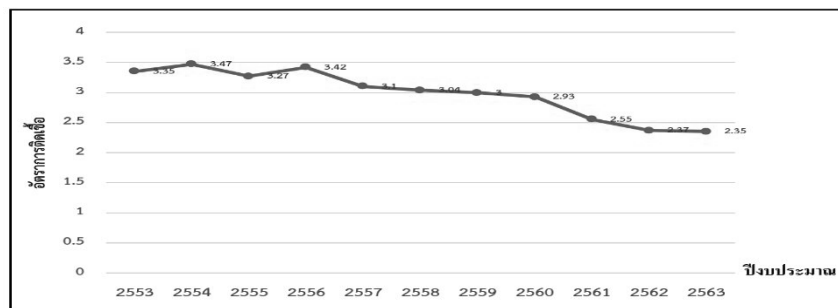
ในปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาจำนวน 4,832 ครั้ง เมื่อจำแนกรายปีพบจำนวนการติดเชื้อ 461, 493, 512, 505, 482, 463, 434, 416, 345, 390 และ 331 ครั้ง อัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 2.35-3.47 ต่อจำนวนวันนอน 1,000 วัน อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง (แผนภาพที่ 1) การติดเชื้อ 3 อันดับแรกได้แก่การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ, การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อในกระแสเลือดตามลำดับ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกตำแหน่งมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (แผนภาพที่ 2)

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ใส่สายหัตถการพบว่าจำนวนครั้งการติดเชื้อทุกตำแหน่งมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 1) การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด พบมากในหอผู้ป่วยด้านศัลยกรรม หอผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยด้านกุมาร และ

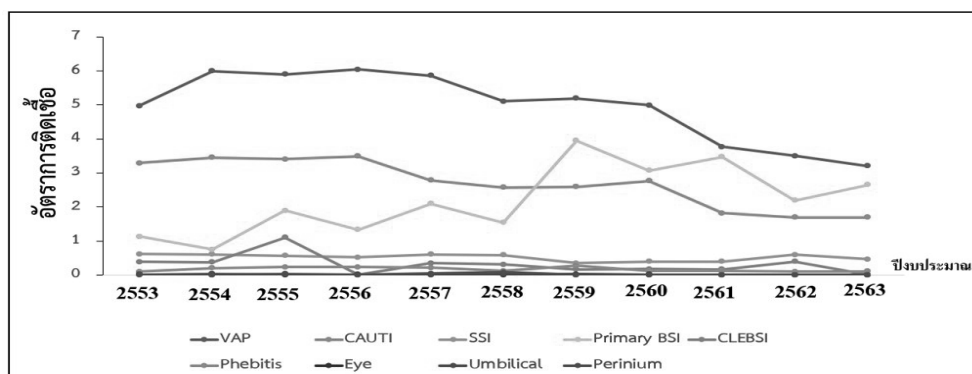
หอผู้ป่วยหนัก ตามลำดับ (แผนภาพที่ 3)

สำหรับอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใส่สายหักถถการในปั้งบประมาณ 2553 ถึง 2563 พบว่า หอผู้ป่วยในแผนกไอซียูพบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในอัตรา 5.4 ต่อ 1,000 วัน ใส่สายหักถถการหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมพบการติดเชื้อระบบ

ทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งพบในอัตรา 2.49 และ 0.48 ต่อ 1,000 วัน ใส่สายหักถถการสำหรับหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมพบการติดเชื้อแผลผ่าตัดมากที่สุด ซึ่งพบในอัตราร้อยละ 0.69 ของผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด (แผนภาพที่ 4)



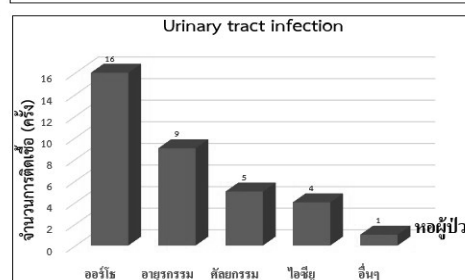
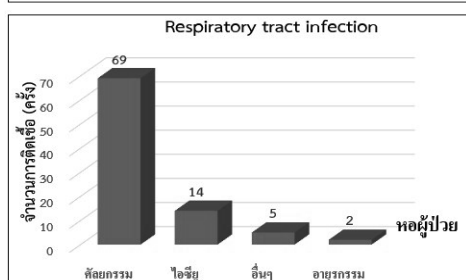
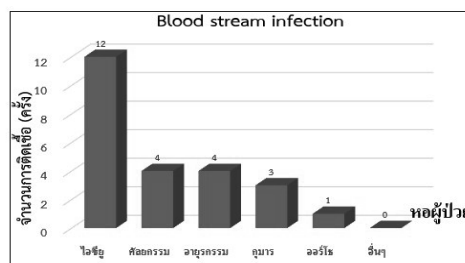
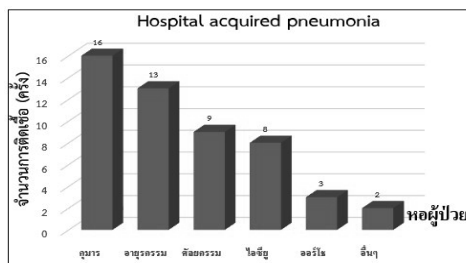
แผนภาพที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อต่อ 1,000 วันนอนระหว่างปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 (N =4,832 ครั้ง)



แผนภาพที่ 2 แสดงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา ปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 (N =4,832)

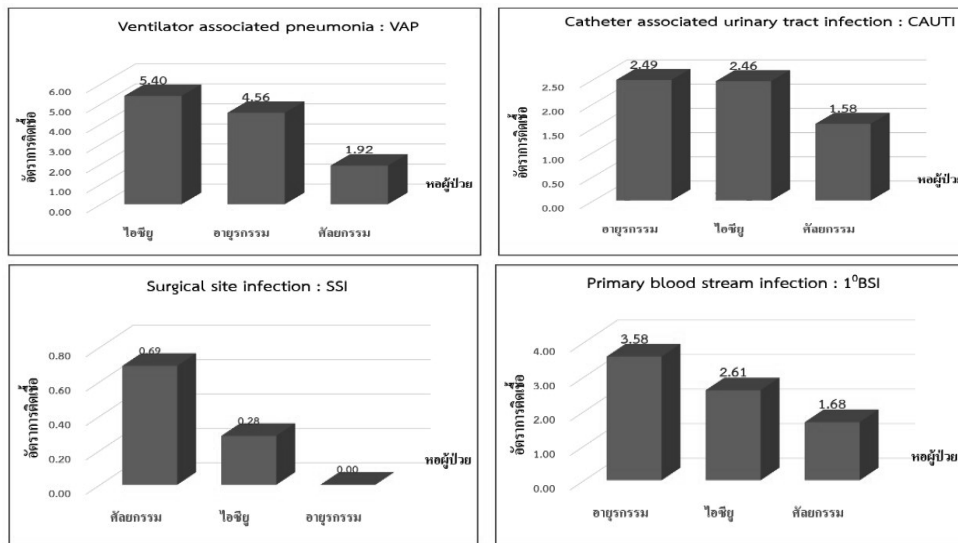
ตารางที่ 1 จำนวนครั้งการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไม่ใส่สายหัตถการระหว่างปีงบประมาณ 2553-2563 (N=4,832 ครั้ง)

ปีงบประมาณ	จำนวนการติดเชื้อ (ครั้ง)								จำนวนวันนอนรวม	อัตราการติดเชื้อ
	Pneumonia	LRI	UTI	SSI	Skin& Bed sore	Burn	GI	BSI		
2553	217	137	248	90	37	10	15	37	242,465	3.35
2554	253	136	268	83	27	7	5	38	244,120	3.47
2555	230	140	249	85	44	10	11	46	255,078	3.27
2556	268	169	251	73	38	6	9	29	251,522	3.42
2557	238	164	208	87	40	2	7	31	253,217	3.10
2558	227	181	191	88	29	6	9	31	254,411	3.04
2559	227	158	215	51	42	3	6	68	261,223	3.00
2560	182	156	188	61	32	7	3	55	235,562	2.93
2561	168	170	146	57	29	5	3	43	246,635	2.55
2562	150	139	151	84	10	5	9	40	250,957	2.37
2563	139	105	139	66	8	6	2	53	226,210	2.35



แผนภาพที่ 3 อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไม่ใส่สายหัตถการ ปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 จำแนกตามหน่วยงาน (N=4,832)

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

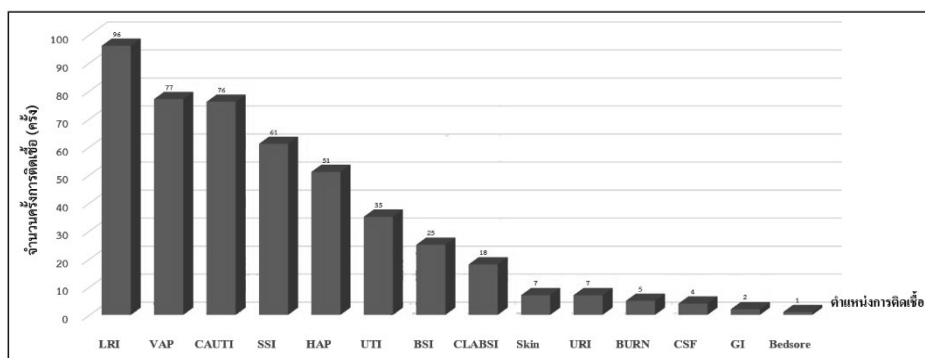


แผนภาพที่ 4 อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายหัตถการ ปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 จำแนกตามหน่วยงาน (N=4,832)

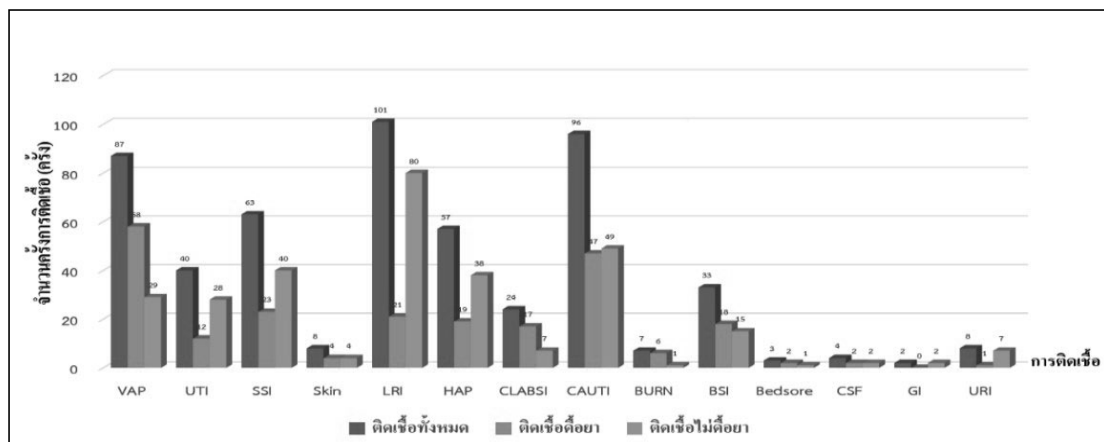
อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในปีงบประมาณ 2563

ปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด 476 คน ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 235 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.54 ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

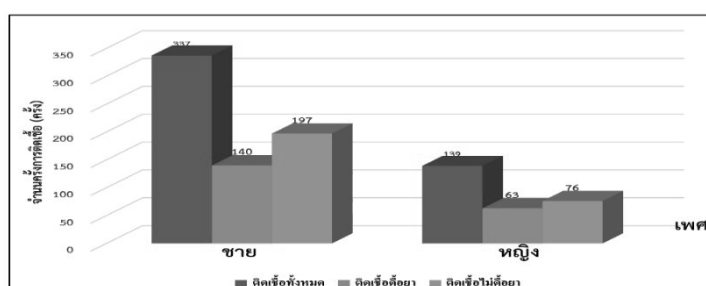
ส่วนล่าง (แผนภาพที่ 5) ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อดื้อยามากที่สุดได้แก่การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (แผนภาพที่ 6) เพศชายมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อดื้อยามากกว่าเพศหญิง (แผนภาพที่ 7)



แผนภาพที่ 5 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ในปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามตำแหน่งการติดเชื้อ (N=476)



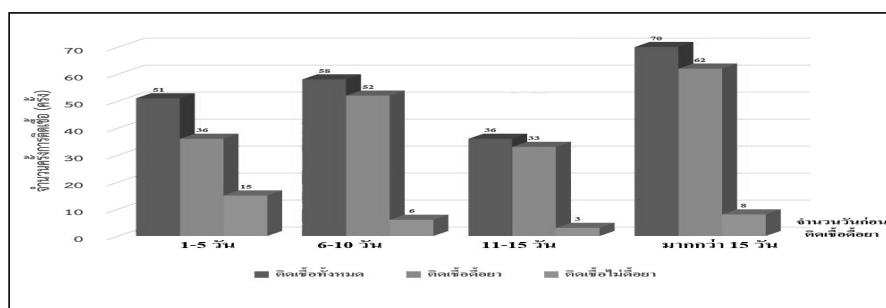
แผนภาพที่ 6 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามการติดเชื้อ (N=476)



แผนภาพที่ 7 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามเพศ (N=476)

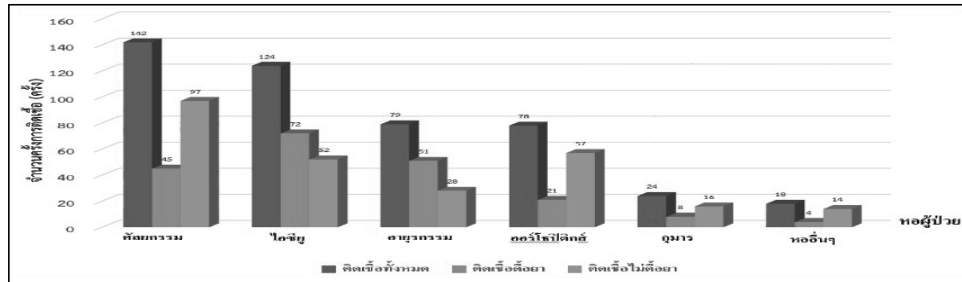
ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนเพิ่มขึ้นมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อฉวยเพิ่มขึ้น (แผนภาพที่ 8) หน่วยงานด้านศัลยกรรมมีจำนวนครั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุดหน่วยงาน

ด้านไอซียูมีจำนวนครั้งการติดเชื้อฉวยมากที่สุด (แผนภาพที่ 9) การติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อฉวยในแต่ละเดือนมีความแตกต่างกัน (แผนภาพที่ 10)

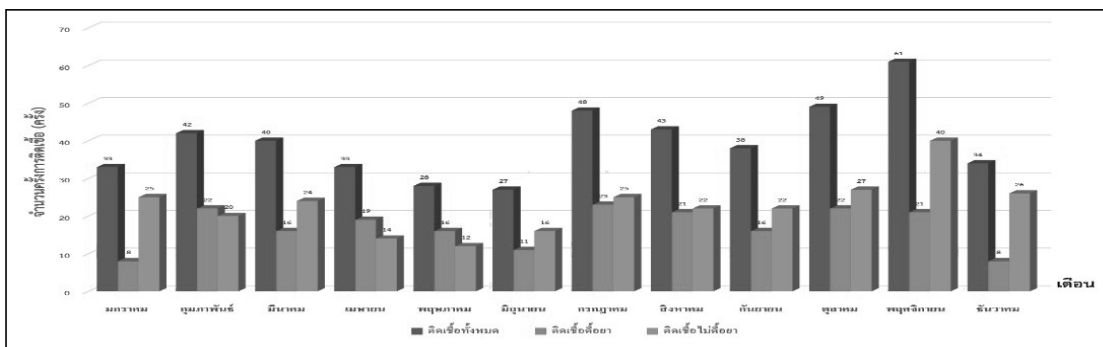


แผนภาพที่ 8 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามจำนวนวันก่อนติดเชื้อ (N=476)

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)



แผนภาพที่ 9 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามหน่วยงาน (N=476)



แผนภาพที่ 10 จำนวนครั้งการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ ปีงบประมาณ 2563 จำแนกตามเดือนที่ติดเชื้อ (N=476)

ตำแหน่งการติดเชื้อดื้อยาที่พบบ่อยได้แก่ Acinetobacter baumannii สำหรับการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้แบคทีเรียในรูปแบบไม่ดื้อยาที่พบบ่อยครั้ง เครื่องช่วยหายใจ แสดงในตารางที่ 2 เชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ Corynebacterium spp. และ ที่พบบ่อยในรูปแบบที่ดื้อยาและไม่ได้ดื้อยา Enterococcus faecium แสดงในตารางที่ 3 ได้แก่ Pseudomonas aeruginosa และ

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งการพบเชื้อจุลชีพในตำแหน่งต่างๆ ในปีงบประมาณ 2563 (N=476)

ชนิดการติดเชื้อ	อันดับ 1 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 2 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 3 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 4 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 5 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)
VAP (87 ครั้ง)	A.baumannii MDR (50)	A.baumannii (9)	Ps.aeruginosa (9)	Corynebacterium spp. (8)	Steno.maltopenia (8)
CAUTI (96 ครั้ง)	E.faecium (19)	E.coli (18)	A.baumannii MDR (14)	Ps.eruginosa (10)	Proteus mirabilis (6)
SSI (63 ครั้ง)	E.faecium (11)	Ps.aeruginosa (8)	E.coli (8)	E.coli MDR (6)	A.baumannii MDR (4)
LRI (101 ครั้ง)	Kleb.pneumoniae (31)	Ps.aeruginosa (25)	S.aureus (24)	Corynebacterium spp. (23)	A.baumannii (20)
CLABSI (24 ครั้ง)	MMSE (9)	A.baumannii (4)	Kleb.pneumoniae CRE (3)	E.coli (1)	MRSA (1)
Burn (7 ครั้ง)	A.baumannii MDR (5)	E.coli (2)	E.clocae MDR (2)	A.baumannii (1)	Enterobacter cloacae (1)

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งการพบเชื้อจุลชีพในตำแหน่งต่างๆ ในปีงบประมาณ 2563 (N=476) (ต่อ)

ชนิดการติดเชื้อ	อันดับ 1 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 2 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 3 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 4 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)	อันดับ 5 เชื้อจุลชีพ (ครั้ง)
BSI (33 ครั้ง)	A.baumannii MDR (6)	MMSE (5)	Ps.Aeruginosa (3)	E.faecium VRE (3)	Kleb. pneumoniae MDR (2)
Skin (8 ครั้ง)	Kleb.pneumoniae (1)	Ps.aeruginosa (1)	S.aureus (1)	E.coli (1)	Candida (1)
HAP (57 ครั้ง)	Ps.aeruginosa (5)	Ps.aeruginosa MDR (5)	Steno. maltopenia (2)	Kleb. Neumoniae MDR (2)	A.baumannii MDR (1)
UTI (40 ครั้ง)	E.coli (7)	Ps.eruginosa (5)	A.baumannii MDR (4)	E.faecium (3)	E.coli CRE (3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของเชื้อก่อโรคการติดเชื้อดื้อยาในปีงบประมาณ 2563 (N=476)

เชื้อก่อโรค	จำนวน	ร้อยละ	เชื้อก่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
Pseudomonas aeruginosa	61	15.2	Acineto bacterbaumannii MDR	98	45.8
Klebsiella Pneumoniae	57	14.2	Pseudomonas aeruginosa MDR	23	10.7
Escherichia coli	43	10.7	Klebsiella Pneumoniae MDR	20	9.3
Corynebacterium spp.	38	9.5	Escherichia coli MDR	18	8.4
Acinetobacter baumannii	36	9.0	MRSE	15	7.0
Enterococcus faecium	33	8.2	Klebsiella Pneumoniae CRE	12	5.6
Staphylococcus aureus	21	5.2	Enterobacter cloacae MDR	7	3.3
Stenotrophomonasmaltophilia	19	4.7	Escherichia coli CRE	7	3.3
Enterobacter cloacae	11	2.7	Staphylococcus aureus MRSA	5	2.3
Candida	10	2.5	Enterococcus faecium VRE	4	1.9
Klebsiella spp.	10	2.5	Acinetobacterlwoffii MDR	1	0.5
Proteus mirabilis	10	2.5	Non-ferment MDR	1	0.5
Staphylococcus haemolyticus	10	2.5	Proteus mirabilis MDR	1	0.5
Citrobacter	7	1.7	Enterobacter cloacae CRE	1	0.5
Haemophilus influenzae	5	1.2	Moraxella osloensis MDR	1	0.5
Streptococcus Alpha Hemolytic	5	1.2	ทั้งหมด	214	100.0
Serratia	4	1.0			
Morganellamorganii	4	1.0			
Acinetobacterlwoffii	2	0.5			
Proteus vulgaris	2	0.5			
Streptococcus pneumoniae	2	0.5			
Strep. spp.	2	0.5			
Aeromonascaviae	1	0.2			
Streptococcus Hemolyticus	1	0.2			
Klebsiellaoxytoca	1	0.2			
Strep3 agalactiae	1	0.2			
Proteus multica	1	0.2			
Burkholderiacepacia	1	0.2			
ทั้งหมด	401	100.0			

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

อุบัติการณ์การติดเชื้อในปิงบประมาณ 2553-2563

ในปิงบประมาณ 2553 ถึง 2563 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4,832 ครั้ง อัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 2.35-3.47 ต่อจำนวนวันนอน 1,000 วัน อัตราการติดเชื้อทุกตำแหน่งมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการติดเชื้อที่ลดลงมีสาเหตุจากการคัดกรองและกระบวนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมถึงการมีระบบช่องทางด่วนส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น แต่อัตราการตายลดลง⁷

สำหรับอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายหักการพบว่า หอผู้ป่วยไอซียูมีการติดเชื้อปอดอักเสบและการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบร้อยละ 5.4 และ 0.26 หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดและการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ร้อยละ 2.49, 3.58 และ 0.48 ตามลำดับ หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมพบการติดเชื้อแผลผ่าตัดมากที่สุดในอัตรา 0.69 สาเหตุการติดเชื้อสอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยที่ใส่สายหักการเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ⁸

อัตราการติดเชื้อที่ไม่สัมพันธ์กับการใส่สายหักการพบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด พบมากในหอผู้ป่วยด้านศัลยกรรม หอผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์

หอผู้ป่วยด้านกุมาร และหอผู้ป่วยหนักตามลำดับ ซึ่งพบจำนวน 69, 16, 16 และ 12 ครั้งตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ใส่สายหักการแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนซึ่งมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้นซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนนาน⁹

อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในปิงบประมาณ 2563

ปิงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด 476 คน ติดเชื้อดื้อยา 235 คน คิดเป็นร้อยละ 50.54 ตำแหน่งการติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างตำแหน่งที่มีการติดเชื้อดื้อยามากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในรูปแบบที่ดื้อยาและไม่ได้ดื้อยา ได้แก่ *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* และ *Klebsiella Pneumoniae* สำหรับเชื้อแบคทีเรียไม่ดื้อยาที่พบบ่อย ได้แก่ *Corynebacterium* spp. เชื้อแบคทีเรียในแต่ละสถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน⁵ ซึ่งหน่วยงานควรทราบความชุกของเชื้อแบคทีเรียในโรงพยาบาลเพราะเชื้อแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน

ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อดื้อยาสูง ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนหลอดเลือดดำ การติดเชื้อใน

กระแสเลือด และการติดเชื้อแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ตามลำดับ การติดเชื้อปอดอักเสบ ที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจพบเชื้อ A.baumannii MDR จำนวน 50 ครั้ง ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 57.47 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบร้อยละ 25.32¹⁰ งานวิจัยในต่างประเทศซึ่ง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจาก 29 ประเทศพบว่า อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้ เครื่องช่วยหายใจที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 79.9-100 อัตราการตายร้อยละ 42.6¹¹ และพบว่าเชื้อ Acinetobacter baumannii พบในห้องผู้ป่วยหนักร้อยละ 41.5 และอัตราการ ดื้อยาเพิ่มสูงขึ้น¹² เชื้อ Acinetobacter baumannii มีการแพร่ระบาดอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถอาศัยอยู่บนพื้นผิวหลาย ประเภทและอยู่รอดในระยะเวลายาวนาน ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ การแพร่ปรับตัวของ เชื้อแบคทีเรียจากผลการทำงานของยีน การใช้ ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง การควบคุมการติดเชื้อไม่ดี Acinetobacter baumannii จะอาศัยอยู่ใน สิ่งแวดล้อมในไอซียู เช่น เมาส์ และ stethoscope เป็นต้น ซึ่งเป็นแหล่งแพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วยอื่น¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ใน บทบาทหน้าที่ของพยาบาล

ด้านการบริการ: ผู้ป่วยที่ใส่สายหัตถการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อสูง ได้แก่ ไอซียู หอผู้ป่วย อายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ควรจัด กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การส่งเสริมการใช้ มาตรฐานการปฏิบัติและการจัดการสิ่งแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วย

ด้านการบริหาร: ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรติดตามอัตราการติดเชื้อของหอผู้ป่วยที่เป็น ปัจจุบันเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการควบคุมการติดเชื้อและการจัดอัตรากำลังโดยใช้ระบบสารสนเทศ ช่วยในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ควรจัดทำ แนวทางการนิเทศด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและการจัดการสิ่งแวดล้อม การส่งเสริม ควบคุม กำกับให้พยาบาลปฏิบัติตาม มาตรฐาน

ด้านวิชาการ การเรียนการสอน และ การวิจัย: อาจารย์และพยาบาลควรนำสถิติ ด้านอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลไปบรรจุ ในหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลและจัดทำวิจัยด้านการพัฒนาระบบ การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการติดเชื้อ ดื้อยาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Pintos-Pascual I, Cantero-Caballero M, Muñoz Rubio E, Sánchez-Romero I, Asensio-Vegas A, Ramos-Martínez A. [Epidemiology and clinical of infections and colonizations caused by Enterobacterales producing carbapenemases in a tertiary hospital]. *Rev EspQuimioter*. 2020;33(2):122-9.
2. Zhao X, Wang L, Wei N, Zhang J, Ma W, Zhao H, et al. Epidemiological and clinical characteristics of healthcare-associated infection in elderly patients in a large Chinese tertiary hospital: a 3-year surveillance study. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):121.
3. Shrestha PD, Rai S, Gaihre S. Prevalence of Hospital Acquired Infection and its Preventive Practices among Health Workers in a Tertiary Care Hospital. *J Nepal Health Res Counc*. 2019;16(41):452-6.
4. Diouf E, Bèye MD, Diop NM, Kane O, Ka SB. [Nosocomial infections: definition, frequency and risk factors]. *Dakar Med*. 2007;52(2):69-76.
5. Mancini A, Verdini D, La Vigna G, Recanatini C, Lombardi FE, Barocci S. Retrospective analysis of nosocomial infections in an Italian tertiary care hospital. *New Microbiol*. 2016;39(3):197-205.
6. Welte T. Nosocomial infections - a present and future challenge. *DtschArztebl Int*. 2013;110(38):625-6.
7. Kempker JA, Martin GS. The Changing Epidemiology and Definitions of Sepsis. *Clin Chest Med*. 2016;37(2):165-79.
8. Wang Z, Xia Z. What we can do? The risk factors for multi-drug resistant infection in pediatric intensive care unit (PICU): a case-control study. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):17.
9. Rodrigues R, Passadouro R, Gomes O, Castro R. Risk Factors, Length of Stay and In-Hospital Mortality of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infections: A Case-Control Study. *Acta Med Port*. 2020;33(3):174-82
10. Huang Y, Zhou Q, Wang W, Huang Q, Liao J, Li J, et al. *Acinetobacter baumannii* Ventilator-Associated Pneumonia: Clinical Efficacy of Combined Antimicrobial Therapy and in vitro Drug Sensitivity Test Results. *Front Pharmacol*. 2019;10:92.
11. MohdSazli Lim S, ZainalAbidinA, Liew SM, Roberts JA, Sime FB. The global prevalence of multidrug-resistance among *Acinetobacter baumannii* causing hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia and its associated mortality: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2019;79(6):593-600.

12. He S, Li Z, Yang Q, Quan M, Zhao L, Hong Z. Resistance Trends Among 1,294 Nosocomial *Acinetobacterbaumannii* Strains from a Tertiary General Hospital in China, 2014 - 2017. Clin Lab. 2020;66(3).
13. Ibrahim ME. Prevalence of *Acinetobacterbaumannii* in Saudi Arabia: risk factors, antimicrobial resistance patterns and mechanisms of carbapenem resistance. Ann ClinMicrobiolAntimicrob. 2019;18(1):1.

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง Risk factors associated with multidrug resistant infection in the tertiary hospital

ประจวบ ทองเจริญ*, อุมพร รุ่งเรือง* และลัดดา สะเลีมา**

Prachuab Thongcharoen*, Umaporn Rungruang* and Ladda Saleema**

*กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี

ถนนสมบุญกุล ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ถนนสมบุญกุล ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

*The In-hospital Infectious Control and Prevention Nursing Group, Ratchaburi Hospital

Somboonkul Road, Na-muang Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province

**The Surgical Nursing Group, Ratchaburi Hospital. Somboonkul Road, Na-muang Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ข้อมูลเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลปี 2563 ทั้งหมด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 50.54 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (OR = 3.44, 95%CI 1.70-6.95) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือด (OR = 5.78, 95%CI 1.70-19.70) ผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยหนัก (OR = 3.76, 95%CI 2.03-6.94) และหอผู้ป่วยอายุรกรรม (OR = 4.94, 95%CI 2.50-9.76) แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญที่พยาบาลควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยการลดระยะเวลาการใส่สายท่อและการปฏิบัติตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: เชื้อดื้อยา ปัจจัยเสี่ยง อุบัติการณ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

Multidrug resistant infection is an important problem of a hospital which has several impacts to patients. This research was retrospective study. The purpose of the research was to study risk factors of multidrug resistant infections in the tertiary hospital. Data were collected from medical records of patients with nosocomial infections in 2020 by using the case record form which was reviewed by 3 specialists. Data were analyzed by using the logistic regression. The results showed that the percentage of multidrug resistant infections was 50.54. Risk factors of multidrug resistant infections were patients with ventilator associated pneumonia (OR = 3.44, 95% CI 1.70-6.95) patients with central line associated bloodstream infection (OR = 5.78, 95% CI 1.70-19.70) patients admitted

in the ICU (OR = 3.76, 95% CI 2.03-6.94) and patients admitted in the medical wards (OR = 4.94, 95% CI 2.50-9.76). Therefore, multidrug infection was an important problem that nurses should control it by the reduction of times of using medical lines and devices and practicing by following the standards.

Keywords: Multidrug resistant infection, Risk factor, Incidence, Tertiary hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในโรงพยาบาลแต่อย่างไรก็ตามการติดเชื้อเป็นอุบัติการณ์ที่สามารถป้องกันได้ สถานการณ์ในต่างประเทศพบอัตราการติดเชื้อที่พบได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งพบได้ประมาณ 69% และ 16% เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ Enterobacteriaceae, Staphylococcus, Enterococcus, Acinetobacter และ Pseudomonas ซึ่งพบประมาณ 47%, 32%, 7%, 5% และ 3% ตามลำดับในกลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้พบมีการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 31%¹ ซึ่งการติดเชื้อดื้อยาเป็นการติดเชื้อจุลชีพที่ไม่ตอบสนองต่อยามากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่ม² การติดเชื้อดื้อยามีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศยุโรปพบการติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบต่ออัตราการตายสูงถึง 23,000 คน และ 25,000 คน ตามลำดับ สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยพบมีการใช้ยาปฏิชีวนะในปริมาณสูงขึ้นเนื่องจากรายได้ของประชากรเพิ่มขึ้น ราคายาปฏิชีวนะลดลง และขาดการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม³ ประเทศไทยพบอัตราการตายที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 19,000 คนต่อปี ซึ่งพบได้สูงกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา 3-5 เท่า³

ในปีงบประมาณ 2553 ถึง 2563 การติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาพบจำนวน 4,832 ครั้ง เมื่อจำแนกรายปีพบจำนวนการติดเชื้อ 461, 493, 512, 505, 482, 463, 434, 416, 345, 390 และ 331 ครั้ง ตามลำดับ ตำแหน่งการติดเชื้อ 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (catheter associated urinary tract infection: CAUTI), การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) และการติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection: SSI) ซึ่งมีจำนวน 1,611, 1,611 และ 830 ตามลำดับ การติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น⁴ ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาพบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา Vancomycin Resistant Enterococci (VRE) และ Camazepam Resistant Enterococci (CRE) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากเดิมพบเชื้อดื้อยาชนิด multidrug resistant (MDR), Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) และ Extended spectrum beta-lactamase (ESBL)⁴

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ อายุ เพศ การได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อนระดับความ

รุนแรงของโรค ระยะเวลาการนอนในห้องผู้ป่วยหนัก ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ¹การมีประวัติเคยใส่อุปกรณ์หรือสายหัดการทางหลอดเลือดและระบบทางเดินปัสสาวะ⁵ประวัติการติดเชื้อประวัติการนอนโรงพยาบาล การใส่สายสวนปัสสาวะ การอยู่ในศูนย์ดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวาน⁶ การได้รับบาดเจ็บ การขาดมาตรการด้านการแยกผู้ป่วย การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะเวลาของการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ⁷ การติดเชื้อดื้อยาส่งผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร บุคลากรมีปริมาณภาระงานเพิ่มมากขึ้น 2) ด้านผู้ป่วย การติดเชื้อดื้อยาทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทรุดลง การนอนโรงพยาบาลและการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักนานขึ้น โอกาสเสียชีวิตและเกิดความพิการสูงขึ้น 3) ด้านเศรษฐกิจ การติดเชื้อดื้อยาทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเพิ่มระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและยาปฏิชีวนะยาวนาน⁸ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลว และการตายเพิ่มขึ้น^{9,10} 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อดื้อยาทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อม เช่น เติ่ง โต๊ะข้างเตียง อุปกรณ์ และ

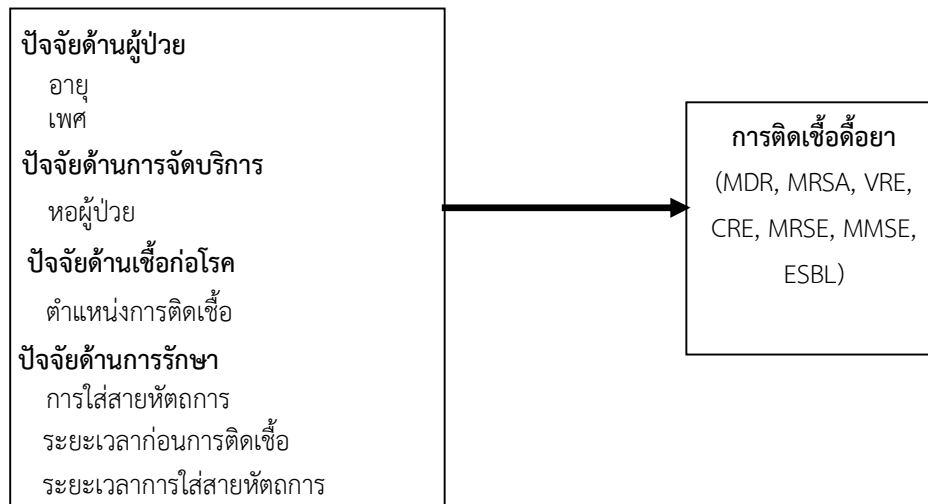
เครื่องมือต่างๆ จากการทำความสะอาดไม่ถูกต้องตามมาตรฐานทั้งในขณะที่ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยากำลังรักษาอยู่หรือเคยนอนรักษา การละเลยการปฏิบัติด้านการล้างมือของบุคลากรเมื่อสัมผัสผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยดื้อยาเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อดื้อยา¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ปัจจุบันปัญหาเรื่องการติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษาปัญหาการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มสูงขึ้นจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำผลวิจัยมาใช้ในการวางแผนป้องกันให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาวิจัยย้อนหลัง (retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2563 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Hair (2014)¹² การศึกษาในตัวอย่างอิสระ 7 ตัว ขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 70 คน ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี 2563 ทั้งหมดจำนวน 465 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยา

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย

ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาวิจัย หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 010/2021

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและใบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2563 ทั้งหมด

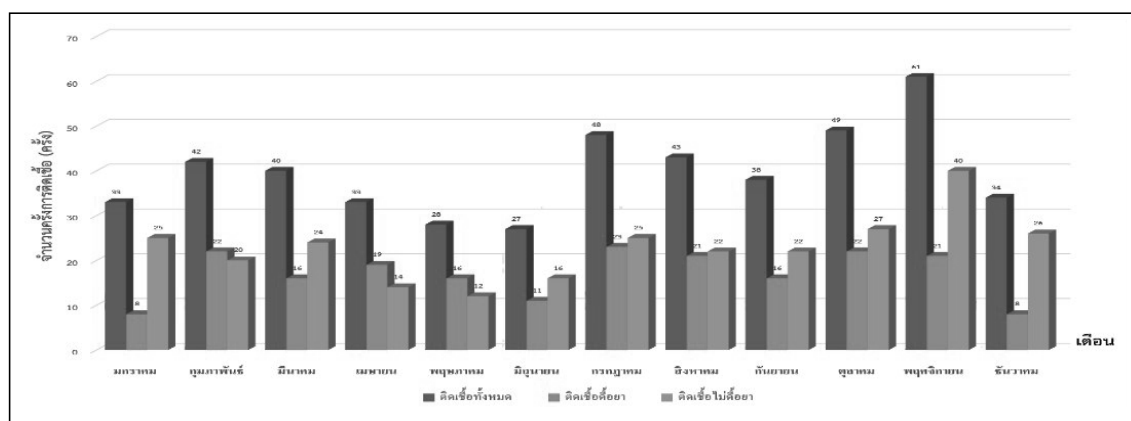
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อดื้อยาใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression)

ผลการวิจัย

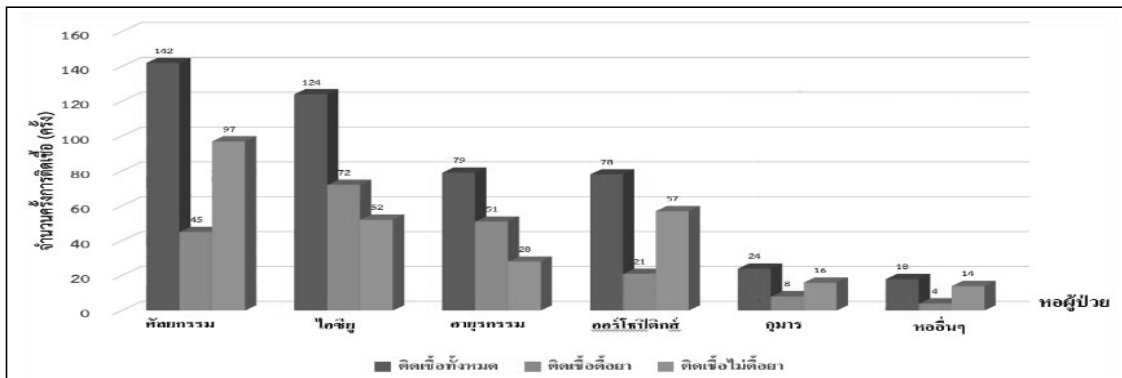
จำนวนประชากรผู้ป่วยติดเชื้อในปีงบประมาณ 2563 มีทั้งหมด 465 คน พบการติดเชื้อ 546 ครั้ง (ผู้ป่วยบางรายมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง) มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 235 คน

คิดเป็นร้อยละ 50.54 อายุเฉลี่ย 50.88 ปี (SD = 25.62) จำนวนวันได้ยาปฏิชีวนะก่อนติดเชื้อดื้อยา 14.51 วัน (SD= 20.04) จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10.19 วัน (SD = 8.07) จำนวนวันใส่สายสวนปัสสาวะก่อนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 20.64 วัน (SD = 26.75) จำนวนวันใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ 11.68 วัน (SD = 6.98) ระยะเวลา นอนก่อนผ่าตัด 2.68 วัน (SD = 3.94) และระยะเวลาผ่าตัดก่อนการติดเชื้อแผลผ่าตัด 10.02 วัน (SD = 7.54) หอผู้ป่วยที่พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยด้านศัลยกรรมระบบประสาท และหอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมชาย 2 แห่ง ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 15.4, 10.6 และ 6.6 ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory tract infection: LRI), การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (catheter associated

urinary tract infection: CAUTI) และการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 18.3, 17.2 และ 15.7 ตามลำดับ เชื้อดื้อยาที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ Acinetobacter baumannii MDR, Klebsiella pneumoniae MDR และ Escherichia coli MDR ซึ่งพบร้อยละ 35.18, 27.27 และ 7.19 ตามลำดับ อัตราการติดเชื้อและอัตราการติดเชื้อดื้อยา มีความแตกต่างกันในแต่ละเดือน เดือนที่มีการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยามากที่สุดคือเดือนพฤศจิกายน หอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและการติดเชื้อดื้อยามากที่สุด ได้แก่ หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจะมีการติดเชื้อดื้อยาในตำแหน่งอื่นด้วยซึ่งจากการศึกษาพบว่าในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) พบการติดเชื้อ 72 คน แต่พบการติดเชื้อดื้อยา 90 ครั้ง หอผู้ป่วยด้านอายุรกรรมพบการติดเชื้อดื้อยา 51 คน แต่พบการติดเชื้อดื้อยา 87 ครั้ง



แผนภาพที่ 1 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา
จำแนกรายเดือนปีงบประมาณ 2563 (N = 465)



แผนภาพที่ 2 จำนวนครั้งการติดเชื้อทั้งหมด การติดเชื้อดื้อยา และการติดเชื้อไม่ดื้อยา ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ศึกษาปีงบประมาณ 2563 (N=465)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยา

ในการศึกษาโดยการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกส์เอกนาม (univariate analysis) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (OR = 3.67, 95% CI 1.22-11.07) จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ (OR = 1.13, 95% CI

1.02-1.26) ระยะเวลาวันนอนก่อนการติดเชื้อดื้อยา 6-10 วัน (OR = 3.92, 95% CI 1.40-10.99), 11-15 วัน (OR = 5.33, 95% CI 1.43-19.90), 11-15 วันและ มากกว่า 15 วัน (OR = 3.41, 95% CI 1.37-7.47) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อใน ตำแหน่งแตกต่างกัน นอนรักษาในหอผู้ป่วยแตกต่างกัน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเดือนที่แตกต่างกันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เอกนาม (univariate analysis) (N=465)

ปัจจัยการติดเชื้อ	ติดเชื้อทั้งหมด (N=465ครั้ง)	ติดเชื้อดื้อยา (N=235ครั้ง)	ติดเชื้อไม่ดื้อยา (N=230ครั้ง)	p-value	Odd ratio	95%CI
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ			
อายุ	Mean = 50.88 (S.D.=25.62)	Mean = 53.53 (S.D.=25.87)	Mean = 48.92 (S.D.=25.29)	0.06	1.01	1.00-1.01
ได้รับยาปฏิชีวนะก่อน ติดเชื้อ(วัน)	Mean = 14.52 (S.D.=20.04)	Mean = 16.29 (S.D.=16.14)	Mean = 12.44 (S.D.=14.36)	0.53	1.05	0.91-1.21
ใส่ท่อช่วยหายใจ(วัน)	Mean = 10.19 (S.D.=8.07)	Mean = 11.67 (S.D.=9.29)	Mean = 7.43 (S.D.=3.92)	0.03*	1.13	1.02-1.26

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เอกนาม (univariate analysis) (N=465) (ต่อ)

ปัจจัยการติดเชื้อ	ติดเชื้อทั้งหมด (N=465ครั้ง)		ติดเชื้อดื้อยา (N=235ครั้ง)		ติดเชื้อไม่ดื้อยา (N=230ครั้ง)		p-value	Odd ratio	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การใส่ท่อช่วยหายใจ	182	32.27	103	56.59	79	43.41	0.02*	3.67	1.22-11.07
เพศ									
หญิง	128	27.5	66	14.2	62	13.3			
ชาย	337	72.5	140	30.1	197	42.4	0.45	0.86	0.58-1.28
วันนอนก่อนติดเชื้อ									
1-5 วัน	51	23.7	36	16.7	15	7.0	Reference		
6-10วัน	58	27.0	52	24.2	6	2.8	0.01*	3.92	1.40-10.99
11-15 วัน	36	16.7	33	15.3	3	1.4	0.01*	5.33	1.43-19.90
มากกว่า 15วัน	70	32.6	62	28.8	8	3.7	0.01*	3.41	1.37-8.47
เดือน									
มกราคม	33	6.9	8	1.7	25	5.3	Reference		
กุมภาพันธ์	42	8.8	22	4.6	20	4.2	0.02*	3.44	1.26-9.35
มีนาคม	40	8.4	16	3.4	24	5	0.16	2.08	0.75-5.76
เมษายน	33	6.9	19	4	14	2.9	0.01*	4.24	1.48-12.17
พฤษภาคม	28	5.9	16	3.4	12	2.5	0.01*	4.17	1.40-12.43
พฤษภาคม	27	5.7	11	2.3	16	3.4	0.01*	4.17	1.40-12.43
มิถุนายน	48	10.1	23	4.8	25	5.3	0.18	2.15	1.71-6.49
กรกฎาคม	43	9	21	4.4	22	4.6	0.03*	2.87	1.08-7.64
สิงหาคม	38	8	16	3.4	22	4.6	0.03*	2.98	1.10-8.07
กันยายน	49	10.3	22	4.6	27	5.7	0.12	2.27	2.82-6.33
ตุลาคม	55	10.07	23	4.21	32	5.86	0.06*	2.55	5.96-6.75
พฤศจิกายน	71	13.00	26	4.76	45	8.24	0.31	1.64	6.63-4.27
ธันวาคม	39	7.14	10	1.83	29	5.31	0.95	.96	9.31-2.96
ตำแหน่งการติดเชื้อ									
SSI	61	13.1	23	4.9	38	8.2	Reference		
VAP	77	16.6	52	11.2	25	5.4	<0.001***	3.44	1.70-6.95
CLABSI	18	3.9	14	3.0	4	0.9	0.01*	5.78	1.70-19.70
LRI	96	20.6	19	4.1	77	16.6	0.01*	0.41	8.20-.84
BURN	5	1.1	4	0.9	1	0.2	0.10	6.61	8.70-62.81
BSI	25	5.4	14	3.0	11	2.4	0.12	2.10	4.82-5.41
CAUTI	76	16.3	35	7.5	41	8.8	0.33	1.41	8.71-2.80
CSF infection	4	0.75	2	0.38	2	0.38	0.63	1.65	5.22-12.54
UTI	35	7.5	12	2.6	23	4.9	0.74	0.86	0.36-2.06

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เอกนาม (univariate analysis) (N=465) (ต่อ)

ปัจจัยการติดเชื้อ	ติดเชื้อทั้งหมด (N=465ครั้ง)		ติดเชื้อดื้อยา (N=235ครั้ง)		ติดเชื้อไม่ดื้อยา (N=230ครั้ง)		p-value	Odd ratio	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
Skin infection	7	1.5	3	0.6	4	0.9	7	1.24	0.25-6.04
HAP	51	11.0	19	4.1	32	6.9	0.96	0.98	1.45-2.12
หน่วยงาน									
ออโรโลปิติกส์	78	16.8	21	4.5	57	12.3	Reference		
อายุรกรรม	79	17.0	51	11.0	28	6.0	<0.001***	4.94	2.50-9.76
ผู้ป่วยหนัก	124	26.7	72	15.5	52	11.2	<0.001***	3.76	2.03-6.94
ศัลยกรรม	142	30.5	45	9.7	97	20.9	0.46	1.26	0.68-2.32
กุมารเวชกรรม	24	5.2	8	1.7	16	3.4	0.54	1.36	0.50-3.63
อื่นๆ	18	3.9	4	0.9	14	3.0	0.68	.78	0.22-2.62

หมายเหตุ: SSI = Surgical site infection , VAP = Ventilator associated pneumonia, CLABSI = Central line associated blood stream infection, LRI = Lower respiratory tract infection, BSI = Blood stream infection, CAUTI = Catheter associated urinary tract infection, CSF = Cerebrospinal fluid infection, UTI = Urinary tract infection, HAP = Hospital acquired pneumonia

ในการศึกษาโดยการวิเคราะห์การถดถอย 95%CI 01.19-22.02) และมากกว่า 15 วัน โลจิสติกส์พหุนาม (multivariate analysis) พบว่า (OR = 4.76, 95%CI 01.52-14.93) ดังแสดงใน ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ ระยะเวลา ตารางที่ 4 วันนอนก่อนการติดเชื้อ 11-15 วัน (OR = 5.13,

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์พหุนาม (multiple analysis)(N=465)

ปัจจัยการติดเชื้อ	p-value	Odd ratio	95%CI
เพศชาย	0.32	0.58	0.20-1.68
อายุ	0.91	1.00	0.98-1.02
ตำแหน่งติดเชื้อ			
SSI	Reference		
UTI	0.83	0.81	0.12-5.42
VAP	0.42	2.06	0.36-11.67
LRI	0.30	3.44	0.33-35.69
HAP	0.89	0.87	0.13-5.96
CLABSI	0.64	0.61	0.08-4.74
CAUTI	0.35	0.48	0.10-2.23
BSI	0.87	0.84	0.12-6.15

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์พหุนาม (multiple analysis) (N=465) (ต่อ)

ปัจจัยการติดเชื้อ	p-value	Odd ratio	95%CI
หน่วยงาน			
ออโรโรปิติกส์	Reference		
ศัลยกรรม	0.52	1.57	0.39-6.18
อายุรกรรม	0.08	4.72	0.85-26.07
ผู้ป่วยหนัก	0.64	1.39	0.35-5.56
หน่วยงานอื่นๆ	0.80	0.69	0.04-12.19
ระยะเวลาก่อนการติดเชื้อดื้อยา			
1-5 วัน	Reference		
6-10 วัน	0.15	2.35	0.73-7.57
11-15 วัน	0.03*	5.13	01.19-22.02
มากกว่า 15 วัน	0.01*	4.76	01.52-14.93

หมายเหตุ: SSI = Surgical site infection , UTI = Urinary tract infection, VAP = Ventilator associated pneumonia, LRI = Lower respiratory tract infection, HAP = Hospital acquired pneumonia CLABSI = Central line associated blood stream infection, CAUTI = Catheter associated urinary tract infection, BSI = Blood stream infection

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษามีทั้งหมด 465 คน พบการติดเชื้อ 546 ครั้ง มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 235 คน คิดเป็นร้อยละ 50.54 อัตราการติดเชื้อดื้อยาสูงกว่าในต่างประเทศพบการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 31%⁹บริบทของประเทศไทยและต่างประเทศมีความแตกต่างกันซึ่งในต่างประเทศมีความพร้อมด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์และปัจจัยสนับสนุนด้านต่างๆ แตกต่างกันไปตามลำดับ เชื้อดื้อยาที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ Acinetobacterbaumannii MDR, Klebsiellapneumoniae MDR และ Escherichia coli MDR ซึ่งพบร้อยละ 35.18, 27.27 และ 7.19 ตามลำดับซึ่งต่างจากการศึกษาบางแห่งที่พบเชื้อ Klebsiellapneumoniae ร้อยละ 27.%¹⁴

การที่แต่ละสถานที่มีการติดเชื้อดื้อยาแตกต่างกันเนื่องจากมีความแตกต่างด้านแนวทางการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการสะสมของเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำความสะอาดตามมาตรฐาน¹¹

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยามากกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ และมีความเสี่ยงสูงขึ้นในผู้ป่วยใส่สายหัตถการและนอนรักษาระยะเวลานาน ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่หอผู้ป่วยในแผนกดังกล่าวมีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจใส่สายสวนปัสสาวะหลายรายผู้ป่วยใส่สายหัตถการมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^{15,16}ที่พบอัตราการติดเชื้อดื้อยาสูงในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นพยาบาล

หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมควรปฏิบัติ ตามมาตรการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยที่ใส่ สายหัตถการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใส่ท่อช่วย หายใจ และพยาบาลควรปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลที่ส่งเสริมการนำท่อช่วยหายใจ สายสวน ปัสสาวะ และสายหัตถการต่างๆ ออกให้เร็วที่สุด

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่นอน โรงพยาบาลนานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา เพิ่มขึ้นซึ่งมีเหตุผลจากการที่มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จะมีการสะสมของเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อมบริเวณ หอผู้ป่วยและทำให้เกิดการระบาดหากมีการ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมไม่ได้ตามมาตรฐาน นอกจากนี้การติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบได้สูงรองจากหอผู้ป่วยหนักซึ่งมีสาเหตุจาก ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน หอผู้ป่วยสามัญมีความ คับแคบไม่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างเตียงให้ได้ ตามมาตรฐาน อุปกรณ์ไม่เพียงพอและอัตราส่วน พยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 1:8-1:10 ซึ่ง หากมีจำนวนพยาบาลเพียงพอทำให้การติดเชื้อ ดื้อยาลดลงซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาวิจัยที่พบว่า การมีจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง¹³

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่ของพยาบาล ได้แก่

ด้านการบริการ: พยาบาลในหน่วยงาน และพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมควบคุมและป้องกัน

การติดเชื้อดื้อยาในทุกหน่วยงานโดยเฉพาะ อย่างยิ่งผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม และศัลยกรรม ซึ่งการพบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (cluster) โดย การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะ อย่างยิ่งด้านอุปกรณ์และการล้างมือของบุคลากร และการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ด้านการบริหาร: ผู้บริหารทางการ พยาบาลควรกำหนดแนวทางหรือทบทวนแนวทาง การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความ ทันสมัย การติดตามปริมาณภาระงานของหอผู้ป่วย ที่เป็นปัจจุบันกำหนดแนวทางการบริหารจัดการ อัตรากำลังให้ได้มาตรฐานของหน่วยงานและมีการ จัดทำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเก็บข้อมูลการ ติดเชื้อให้เป็นปัจจุบันสามารถนำมาใช้ในการ บริหารจัดการด้านการควบคุมและป้องกันและการ บริหารจัดการอัตรากำลังที่เป็นปัจจุบันโดยเฉพาะ อย่างยิ่งหอผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาสูง

ด้านวิชาการ: อาจารย์พยาบาลและ พยาบาลควรนำเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อ ดื้อยาบรรจุในหลักสูตรทางการพยาบาลและ หลักสูตรอบรมระยะสั้นสำหรับพยาบาลเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติตนได้อย่าง ถูกต้องนอกจากนี้ควรมีการจัดทำวิจัยด้านการ พัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือระบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Zhou H, Yao Y, Zhu B, Ren D, Yang Q, Fu Y, et al. Risk factors for acquisition and mortality of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* bacteremia: A retrospective study from a Chinese hospital. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(13):e14937.
2. Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18(3):268-81.
3. Lim C, Takahashi E, Hongsuwan M, Wuthiekanun V, Thamlikitkul V, Hinjoy S, et al. Epidemiology and burden of multidrug-resistant bacterial infection in a developing country. *Elife*. 2016;5.
4. กลุ่มงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สถิติงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล: โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง; 2564.
5. Arias-Ortiz PM, Calderón LD, Castillo JS, Moreno J, Leal AL, Cortés JA, et al. [Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteremia: A multicenter matched case-control study]. *Biomedica*. 2016;36(4):612-9.
6. Tenney J, Hudson N, Alnifaidy H, Li JTC, Fung KH. Risk factors for acquiring multidrug-resistant organisms in urinary tract infections: A systematic literature review. *Saudi Pharm J*. 2018;26(5):678-84.
7. El Mekes A, Zahlane K, Ait Said L, TadlaouiOuafi A, Barakate M. The clinical and epidemiological risk factors of infections due to multi-drug resistant bacteria in an adult intensive care unit of University Hospital Center in Marrakesh-Morocco. *J Infect Public Health*. 2020;13(4):637-43.
8. Medina E, Pieper DH. Tackling Threats and Future Problems of Multidrug-Resistant Bacteria. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2016;398:3-33.
9. Vinaik R, Barayan D, Shahrokhi S, Jeschke MG. Management and prevention of drug resistant infections in burn patients. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2019;17(8):607-19.
10. Kanoksil M, Jatapai A, Peacock SJ, Limmathurotsakul D. Epidemiology, microbiology and mortality associated with community-acquired bacteremia in northeast Thailand: a multicenter surveillance study. *PLoS One*. 2013;8(1):e54714.

11. Sharma A, Kalita JM, Nag VL. Screening for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* Carriage on the Hands of Healthcare Workers: An Assessment for Hand Hygiene Practices. *Indian J Crit Care Med*. 2019;23(12):590-2.
12. Hair Jr JF, Hult GTM, Ringle C, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): Sage publications; 2016.
13. Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, Løwer HL, Bukholm G. Nurses' reports of staffing adequacy and surgical site infections: A cross-sectional multi-centre study. *Int J Nurs Stud*. 2017;75:58-64.
14. Jara MC, Frediani AV, Zehetmeyer FK, Bruhn FRP, Müller MR, Miller RG, et al. Multidrug-Resistant Hospital Bacteria: Epidemiological Factors and Susceptibility Profile. *Microb Drug Resist*. 2021;27(3):433-40.
15. Wang Z, Xia Z. What we can do? The risk factors for multi-drug resistant infection in pediatric intensive care unit (PICU): a case-control study. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):17.
16. Huang H, Chen B, Liu G, Ran J, Lian X, Huang X, et al. A multi-center study on the risk factors of infection caused by multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii*. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):11.

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและ การผ่าตัดแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลมะการักษ์

Comparison operative outcomes of gallstones between open cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy at Makarak hospital

กำพล พฤษาอุดมชัย*

Kumphol Prugsaudomchai*

*นายแพทย์ แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลมะการักษ์ ตำบลท่ามะกา อำเภوتاมะกา จังหวัดกาญจนบุรี

*Medical Doctor, Surgical Department, Makarak Hospital, Tamaka Sub-District, Tamaka District,
Kanchanaburi Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ในโรงพยาบาลมะการักษ์ โดยประเมินจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนโรพยาบาล รวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน เกี่ยวกับวัสดุและวิธีการผ่าตัดผู้ป่วยที่มาผ่าตัดถุงน้ำดี ในช่วงเวลา 12 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2551 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา odd ratio และ independent t- test ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี 511 ราย แบ่งเป็นการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด 255 ราย ผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง 249 ราย และผ่าตัดแบบเปิดและตัดถุงน้ำดีบางส่วน 7 รายผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งสองวิธี อายุเฉลี่ยของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและแบบส่องกล้อง เท่ากับ 50.73 ปี และ 48.79 ปี ระยะเวลาอนโรพยาบาลโดยเฉลี่ย ระหว่างวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและแบบส่องกล้องมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.00$) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะปอดบวม ภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน และภาวะนิ่วตกค้างในทางเดินน้ำดี โดยพบในการผ่าตัดแบบเปิดสูงกว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ($P = 0.00$) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะช้ำข้างเคียงอื่นบาดเจ็บ การผ่าตัดซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ ภาวะเลือดออกที่บริเวณแผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดลิ้นเลือดอุดตันที่ขา ภาวะตับอ่อนอักเสบ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะทางเดินน้ำดีบาดเจ็บและภาวะทางเดินน้ำดีอักเสบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการผ่าตัดทั้งสองวิธี

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดถุงน้ำดี, การผ่าตัดถุงน้ำดี, โรงพยาบาลมะการักษ์

Abstract

This retrospective cohort study was to compare the operative outcomes of gallstones between open cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy at Makarak hospital by assessing the occurrence of complications and length of hospital stay. Data were collected from hospital database on materials and surgical procedures of patients who had undergone gallbladder surgery during the past 12 years, from January 2008 to December 2019. Data were analyzed using descriptive statistic, odd ratio and independent t- test. The result revealed that there were 511 cholecystectomies were

performed, 255 cases were open cholecystectomy, 249 cases were laparoscopic cholecystectomy and 7 cases were partial open cholecystectomies. Either way, it's more female than male. Average age of people undergoing open cholecystectomy was 50.73 years and laparoscopy was 48.79 years. The average hospital length of stay between open and laparoscopic cholecystectomy was statistically significantly different (($P=0.00$). Complication after cholecystectomies include pneumonia, acute kidney injury and retained common bile duct stone; It was found that in open cholecystectomy was significantly higher than in laparoscopic cholecystectomy ($P= 0.00$). Other complications, such as injury to other nearby organs, re-surgery within 1 week, bleeding at the surgical incision site, urinary tract infection, deep venous thrombosis, pancreatitis, surgical wound infection, common bile duct injury and cholangitis, there were no statistically significant differences in both surgical procedures.

Keywords: Complication outcomes in cholecystectomy, cholecystectomy, Makarak Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลมะเร็งทำการรักษาถุงน้ำดีด้วยการผ่าตัดแบบเปิดและแบบส่องกล้องแต่ปัจจุบันพบปัญหาการเพิ่มอุบัติการณ์การเปลี่ยนแผนการผ่าตัดรักษาจากการส่องกล้องเปลี่ยนเป็นแบบเปิดมากขึ้น โดยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีจำนวนการเปลี่ยนแผนรักษาระหว่างผ่าตัดจากแบบส่องกล้องเปลี่ยนเป็นแบบเปิด 8.3% (3/36) ในปี 2561 21.9% (9/41) ในปี 2562 และ 26.82% ในปี 2563 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรักษาทำการส่องน้ำดีหลังการผ่าตัดจากภาวะนิ่วค้างในทางเดินน้ำดีและส่งต่อไปแก้ไขภาวะทางเดินน้ำดีบาดเจ็บ 1-2 รายต่อปี ในปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องเป็นวิธีการผ่าตัดที่มีมานาน¹ และถือเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐานของผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดี ปัจจุบันโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลชั้นนำระดับโรงเรียนแพทย์, โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ประจำจังหวัดมีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในทางเดินน้ำดีบางรายที่นัดมาสามารถ

ทำการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้โดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (daycare laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งการผ่าตัดผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้านเป็นนโยบายที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย² วิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นวิธีที่ปลอดภัยและประหยัดค่าใช้จ่าย³ ของผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาลที่เป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีข้อดีในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรและการบริหารจัดการเตียงได้อย่างเหมาะสมในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีข้อจำกัดส่วนการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดเป็นการผ่าตัดรักษาแบบดั้งเดิมที่ใช้ในการรักษาถุงน้ำดีเพราะเป็นผลขนาดใหญ่ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมากหลังผ่าตัดหลายรายมีภาวะแทรกซ้อนด้านปอดบวมและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากอาการเจ็บแผลส่งผลให้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลนานมากขึ้นซึ่งเพิ่มภาระทั้งผู้ป่วยในการสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตและมีผลทำให้ระยะเวลาการครองเตียงในโรงพยาบาลนานขึ้น

ไม่สามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้ ในด้านการผ่าตัดถุงน้ำดี โดยการส่องกล้องมีข้อดีกว่าในเรื่องการพักฟื้นหลังการผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลน้อยและฟื้นตัวได้เร็ว ทำให้กลับบ้านได้เร็วขึ้นแต่ทางโรงพยาบาลก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง นอกจากนั้นนโยบายการผ่าตัดถุงน้ำดีในรูปแบบวันเดียวกลับยังเป็นคำถามสำหรับศัลยแพทย์หลายท่านที่กังวลด้านความปลอดภัยหลังผ่าตัด ดังนั้นการพัฒนากระบวนการเรื่องการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการพัฒนาระบบผ่าตัดวันเดียวกลับจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานด้านปัญหาภาวะแทรกซ้อนเพื่อหาแนวทางพัฒนาศักยภาพระบบสำหรับการรองรับนโยบายส่วนกลาง ผู้ทำการวิจัยจึงทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการผ่าตัดถุงน้ำดีภายในโรงพยาบาลมะเร็งการรักษทั้งหมดย้อนหลังในช่วง 12 ปีที่ผ่านมาเพื่อศึกษาระยะเวลานานอนโรพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดทั้งสองวิธีเพื่อค้นหาสาเหตุและประเด็นที่จะต้องส่งเสริมหาแนวทางแก้ปัญหาพัฒนาระบบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาในการเพิ่มคุณภาพภายในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาอนโรพยาบาลของการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง

สมมติฐาน

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมีความแตกต่างกัน
2. ระยะเวลาอนโรพยาบาลในการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบส่องกล้องมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดีรวมถึงผลลัพธ์ด้านผลขึ้นเนื้อพยาธิสภาพและระยะเวลาอนโรพยาบาลของผู้ที่ได้เข้าทำการผ่าตัดรักษา โดยวิธีใดวิธีหนึ่งทั้งการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหรือการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องจึงได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา คือ เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม HOSxP ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วที่ถุงน้ำดีที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมะเร็งการรักษโดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาทั้งวิธีแบบเปิดหรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิธีใดวิธีหนึ่ง ในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 เป็นระยะเวลา 12 ปี โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมะเร็งการรักษสามารถติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดได้อย่างน้อย 6 เดือนหลังการผ่าตัดโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามศึกษา (inclusion

criteria) คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
นิวโมในถุงน้ำดีและเข้ารับการผ่าตัด ด้วยวิธีการ
ส่องกล้องที่โรงพยาบาลมะเร็งฯ โดยผู้วิจัย
(ศัลยแพทย์) และศัลยแพทย์ภายในโรงพยาบาล
มะเร็งฯ โดยผู้ป่วยอายุ 15-70 ปีเกณฑ์การ
ตัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)
ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลาในการผ่าตัด
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและอัตราการ
เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ครบถ้วน

2. ขอบเขตด้านตัวแปรมีดังต่อไปนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ถุงน้ำดี ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการ
ผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ด้วยวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง⁴

2.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เข้ามา
ทำการผ่าตัดรักษา ได้แก่ เพศ, อายุ, โรคประจำตัว,
BMI, ชนิดผลชิ้นเนื้อหลังการผ่าตัด

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

2.2.1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะนิวโมในถุงน้ำดี
ทางอายุรกรรมปอดบวม (pneumonia) การติดเชื้อ
ทางเดินปัสสาวะภาวะการบาดเจ็บของไต (AKI)
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (DVT) ภาวะตับอ่อน
อักเสบ

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะนิวโมในถุงน้ำดี
ทางศัลยกรรมภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ (SSI)
เลือดออกที่ผนังหน้าท้องทางเดินน้ำดีบาดเจ็บ
ภาวะทางเดินน้ำดีอักเสบอย่างอื่นในช่องท้อง
บาดเจ็บภาวะนิวคังผ่าตัดซ้ำ (return to surgery)

2.2.3 ระยะเวลาในโรงพยาบาล

ในการเข้าทำการรักษาผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ
รูปแบบเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง
(retrospective cohort study) โดยทำการศึกษา
ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานวิจัย วิเคราะห์
และสรุปผล โดยนำข้อมูลจากการบันทึกของ
เวชระเบียน มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความสัมพันธ์
ของตัวแปร และอภิปรายผล เพื่ออธิบายความ
สัมพันธ์ของตัวแปร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: วัตถุประสงค์และ
วิธีการ เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มา
ผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีผ่าตัดแบบเปิดและแบบ
ส่องกล้องในโรงพยาบาลมะเร็งฯ ตั้งแต่ มกราคม
พ.ศ. 2551 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 ทบทวน
เวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึก
การเก็บข้อมูลผลลัพธ์อุบัติการณ์การเกิดภาวะ
แทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดรักษาถุงน้ำดี
ภายในโรงพยาบาลมะเร็งฯ โดยเก็บรวบรวม
ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ
อายุ เพศ BMI และโรคประจำตัวของผู้ทำการ
ผ่าตัดรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย
ชนิดผลชิ้นเนื้อที่ได้ผลตรวจหลังการผ่าตัด
ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดรักษา
ชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การผ่าตัดถุงน้ำดี
แบบเปิดและการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
หลังการผ่าตัดถุงน้ำดี ได้แก่ ภาวะปอดบวม ภาวะ
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะตับอ่อนอักเสบ ภาวะ
บาดแผลติดเชื้อ ภาวะเลือดออกบริเวณแผล
ที่ทำการผ่าตัด ภาวะทางเดินน้ำดีอักเสบ ภาวะทาง
เดินน้ำดีบาดเจ็บภายใน 6 เดือนหลังการผ่าตัด
ภาวะอวัยวะอื่นในช่องท้องบาดเจ็บภายใน
1 สัปดาห์ภาวะนิ่วค้างหลังการผ่าตัด การผ่าตัดซ้ำ
ภายใน 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบ
เก็บข้อมูลที่ผู้สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
และการสาธารณสุขจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ
ความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
จากโรงพยาบาลมหาราชนิก เลขที่ 1/64 และในการ
รายงานผลการวิจัยไม่มีการนำข้อมูลผู้ป่วยไป
เปิดเผยและไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วยในงานวิจัยครั้งนี้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บ
ข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ในโปรแกรม HOSxP ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
ถุงน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในที่
โรงพยาบาลมหาราชนิก ในระยะเวลา 12 ปี ตั้งแต่
วันที่ 1 มกราคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติในการวิจัย
ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้
ค่าร้อยละ เกลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้ง
แบบเปิดและการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องทั้ง
12 ปัจจัยอันได้แก่ ภาวะปอดบวม, ภาวะติดเชื้อ
ทางเดินปัสสาวะ, ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน,
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน, ภาวะตับอ่อนอักเสบ,
ภาวะบาดแผลติดเชื้อ, ภาวะเลือดออกบริเวณแผล
ที่ทำการผ่าตัด, ภาวะทางเดินน้ำดีอักเสบ, ภาวะ
ทางเดินน้ำดีบาดเจ็บ, ภาวะอวัยวะอื่นในช่องท้อง
บาดเจ็บ, ภาวะนิ่วค้างหลังการผ่าตัด และ
การผ่าตัดซ้ำโดยใช้ค่า odd ratio ประเมินค่า
ขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence
interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่ครอบคลุม 1

3. เปรียบเทียบระยะเวลาในโรงพยาบาล
ของการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดและการผ่าตัด
แบบส่องกล้องโดยใช้ t-test independent

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทราบถึงปัจจัยแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นใน
โรงพยาบาลมหาราชนิกที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดทั้งสอง
วิธี นำมาใช้ในการหาแนวทางพัฒนาระบบบริการ
เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่
ผู้ที่มารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนิก

2. ทราบระยะเวลาในการนอน
โรงพยาบาลและผลการรักษาผ่าตัดทั้งสองวิธีเพื่อ
สนับสนุนแนวทางในการบริหารจัดการทรัพยากร
เรื่องเครื่องมืออุปกรณ์และการส่งเสริมพัฒนา
ความสามารถบุคลากรในโรงพยาบาลมหาราชนิก

3. นำไปสู่แนวทางในการลดค่าใช้จ่าย
ของโรงพยาบาลในการบริหารจัดการสนับสนุน
นโยบายด้านการผ่าตัดแบบ MIS

4. เป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาศึกษา
ภาพรวมในระดับประเทศต่อไป

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่
เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งวิธีการผ่าตัดแบบเปิด
และโดยวิธีการส่องกล้องภายในโรงพยาบาลมะกา
รักษ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 - 31 ธันวาคม
พ.ศ.2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 511 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง 344 ราย เพศชาย 167 รายพบว่า
ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาด้วยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบ
เปิดและการส่องกล้องนั้นไม่มีความแตกต่างด้าน
จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p = 0.22$) แต่พบว่ามีแตกต่างด้าน
ปัจจัยด้านอายุ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
แบบมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผ่าตัดถุงน้ำดี
แบบเปิดเป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่าเล็กน้อย
คือ 50.73 ปีขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง
มีค่าเฉลี่ยอายุคือ 48./20 ปี ($p = 0.04$) แต่ระยะ
เวลาจำนวนวันการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีชนิดการผ่าตัดแบบเปิด
มากกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีชนิดการผ่าตัดโดยการ
ส่องกล้องคือจำนวน 10.35 วันขณะที่จำนวนวัน
นอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง
ค่าเฉลี่ยคือ 4.99 วัน ($p = 0.00$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัย	การผ่าตัดแบบเปิด			การผ่าตัดแบบส่องกล้อง			P-value
	(opencholecystectomy)			(laparoscopiccholecystectomy)			
เพศ	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	0.00*
	95	160	255	68	181	249	
	(37.3%)	(62.7%)		(27.3%)	(72.7%)		
อายุ	50.7333			48.1968			0.04*
	(49.1723 - 52.2944)			(46.6468 - 49.7468)			
ระยะเวลานอน	10.3490			4.9960			0.00*
โรงพยาบาล	(9.4858 - 11.2122)			(4.5139 - 5.4780)			
ดัชนีมวลกาย BMI	211			219			0.03*
Other = 7							

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$)

ค่าดัชนีมวลกาย BMI ของ ผู้ป่วยการผ่าตัด
แบบเปิด (open cholecystectomy) มีจำนวน
211 คน และผู้ป่วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง
(laparoscopic cholecystectomy) มีจำนวน
219 คน และมีการผ่าตัดแบบอื่น 7 คน รวมทั้งสิ้น

จำนวนประชากร 437 คน และได้ค่า P-Value 0.03
ถือว่ามีความเชื่อมั่นในช่วง ที่ร้อยละ 95 ถือ
เป็นระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (significance
level) และความชุกของดัชนีมวลกาย BMI ของ
เพศชายและเพศหญิง ของผู้ป่วยการผ่าตัดแบบเปิด

(open cholecystectomy) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) เพราะโอกาสในการสรุปผิดมีน้อยกว่า 5% ไม่แตกต่างกัน โอกาสจะเห็นความแตกต่างเช่นนี้ ดังแสดงในตารางที่ 2 และผลคำนวณทางสถิติในหรือมากกว่าโดยบังเอิญมีค่า น้อยกว่า 0.0350, ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำด้วยวิธีผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดแบบส่องกล้อง และวิธีอื่น ๆ จำแนกตาม BMI

BMI	การผ่าตัดแบบเปิด	การผ่าตัดแบบส่องกล้อง	การผ่าตัดแบบอื่น ๆ	รวม
BMI ≤ 23 (ผอม)	108	85	3	196
BMI > 23 (อ้วน)	103	134	4	241
รวม	211	219	7	437

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำด้วยวิธีผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดแบบส่องกล้อง

Pearson Chi-Square	Value	Df	P-value
BMI ≤ 23 (ผอม)	6.662	2	.036
BMI > 23 (อ้วน)	6.667	2	.035
N	437		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

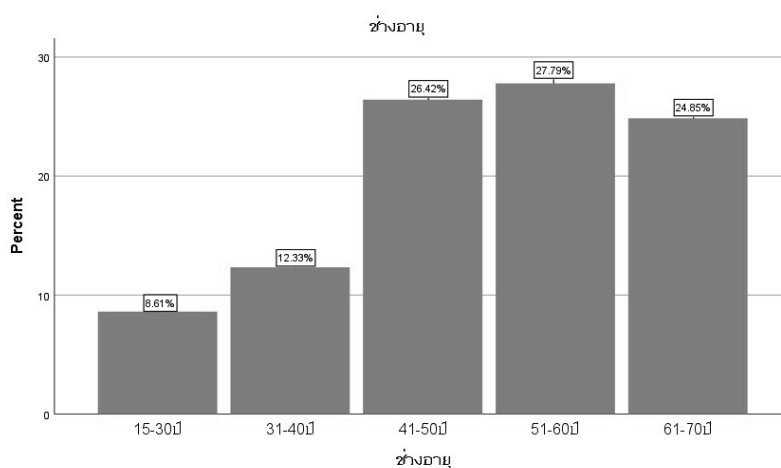
จากการประมวลผลข้อมูล พบความสัมพันธ์ของค่าตัวแปรต่างๆ ดังนี้ โรคประจำตัว หมายถึง โรคประจำตัวที่ได้รับการบันทึกใน hosxp และเป็นโรคประจำตัวของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น กลุ่ม 15 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) โรคเบาหวาน (DM) 2) โรคความดันโลหิตสูง (HT) 3) โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (DM + HT) 4) โรคโลหิตจางกลุ่มธาลัสซีเมีย และโรคพร่องเอนไซม์ (G6PD) 5) โรคไขมันในเส้นเลือดสูง (DLD) 6) โรคหัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF PVC SVT VT) 7) โรคเอดส์ (AIDS) 8) โรควัณโรค 9) โรคแพ้

ภูมิตัวเอง (SLE) และโรคสะเก็ดเงิน 10) โรคไตวายเรื้อรัง (CRF ESRD) 11) โรคตับแข็งและตับอักเสบ 12) โรคไทรอยด์ทั้งแบบเป็นพิษและไม่เป็นพิษ 13) โรคถุงลมโป่งพองและหอบหืด 14) โรคเส้นเลือดสมองตีบ (CVA) 15) โรคมะเร็งต่างๆ ที่ได้รับการรักษาก่อนหน้าไปแล้วและควบคุมโรคได้ การวิเคราะห์โครงสร้างประชากร โดยได้ใช้โปรแกรมคณิตศาสตร์ในการประมวลผล โดยได้ทำการแบ่งเป็นกลุ่มคือ (1) 15-30 ปี, (2) 30-40 ปี, (3) 40-50 ปี, (4) 50-60 ปี, และ (5) 60-70 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามอายุ

อายุ	ความถี่	ร้อยละ
15 – 30 ปี	44	8.6
31 – 40 ปี	63	12.3
41 – 50 ปี	135	26.4
51 – 60 ปี	142	27.8
61 – 70 ปี	127	24.9

ข้อสังเกต ข้อสังเกตแรกใน excel มีหน้า 71+63+72+33+58+64+52 รวม 563 คน) ข้อมูล
รวมมีผู้ใช้ (511 คน) แต่จากแต่ละ sheet ตารางและกราฟ ด้านบนมาจากจำนวน sheet
(2551-2563) มีผู้ใช้ (20+22+21+38+12+37+ รวมคือ 511 คน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนบุคลากรแยกตามกลุ่มอายุ

การศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดเปรียบเทียบกับ
การผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบว่า ปัจจัยภาวะ
แทรกซ้อนด้านการเกิดภาวะปอดบวมหลังผ่าตัด⁵
(pneumonia) พบได้มากกว่าในการผ่าตัดแบบ
ส่องกล้อง 39 ราย (15.3 %) เปรียบเทียบกับ 4 ราย
(1.6%) ที่พบในการผ่าตัดแบบส่องกล้องและ
มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.00)
นอกจากนั้นยังเป็นปัจจัยภาวะแทรกซ้อนที่พบเป็น

อันดับ 2 จากการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด คือ 44 ราย
จากการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด 511 ราย ปัจจัยภาวะ
แทรกซ้อนด้านเกิดภาวะไตวายฉับพลัน (acute
kidney injury) พบได้มากกว่าในการผ่าตัดแบบ
ส่องกล้อง 10 ราย (3.9 %) เปรียบเทียบกับ 1 ราย
(0.4%) ที่พบในการผ่าตัดแบบส่องกล้องและ
มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(P=0.023) ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนด้านการเกิด
นิ่วค้างหลังผ่าตัดจนผู้ป่วยต้องไปทำการผ่าตัด

ด้วยการส่องกล้องล้วงนิ่วภายหลัง (retain stone) พบจำนวนมากกว่าในการผ่าตัดแบบเปิดทั้งหมด 12 ราย (4.7 %) เปรียบเทียบกับ 2 ราย (0.8%) ที่พบในการผ่าตัดแบบส่องกล้องและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.025$) สำหรับปัจจัยภาวะแทรกซ้อนการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นในการผ่าตัดถุงน้ำดี และปัจจัยภาวะแทรกซ้อนการต้องทำการผ่าตัดซ้ำในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดครั้งแรก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทั้งสองปัจจัยในการผ่าตัดถุงน้ำดี ที่โรงพยาบาลมะการักษ์ นอกจากนี้ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้วอันหมายถึงปัจจัยที่เหลือ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI) การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหลังผ่าตัด (DVT) การเกิดตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) การเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ (SSI) การเกิดเลือดออกที่แผลผ่าตัด (bleeding) การเกิดท่อน้ำดีบาดเจ็บ (CBD injury) การเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) ปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีค่า P value > 0.05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมาดูรายละเอียดพบว่า ปัจจัยด้านการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI) พบจำนวนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมากกว่าในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด 23 ราย (9%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องพบเพียง 15 ราย (6%) โดยปัจจัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีพบบ่อยเป็นอันดับ 3 โดยพบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 39 รายจากการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด 511 ราย ปัจจัยการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี (DVT) พบในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดจำนวน 1 ราย (0.4%) แต่ไม่พบภาวะ

แทรกซ้อนดังกล่าวในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบหลังการผ่าตัดพบมากกว่าในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดโดยพบจำนวน 12 ราย (4.7%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องพบเพียง 5 ราย (2%) ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (SSI) หลังการผ่าตัดถุงน้ำดีพบมากกว่าในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด 26 ราย (10.2%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องพบเพียง 22 ราย (8.8%) โดยปัจจัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเป็นปัจจัยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 พบจำนวนทั้งหมด 49 รายจากการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งหมด 511 ราย ปัจจัยด้านการเกิดเลือดออกที่บริเวณบาดแผลผ่าตัด (Bleeding) พบจำนวนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมากกว่าในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง 3 ราย (1.2%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดพบเพียง 1 ราย (0.4%) ปัจจัยด้านการเกิดทางเดินน้ำดีบาดเจ็บในการผ่าตัดถุงน้ำดี (CBD injury) พบจำนวนมากกว่าหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด 10 ราย (3.9%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องพบเพียง 5 ราย (2%) ปัจจัยด้านการเกิดทางเดินน้ำดีอักเสบในการผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholangitis) พบจำนวนมากกว่าหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด 3 ราย (1.2%) ในขณะที่การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องพบเพียง 2 ราย (0.8%) จากผลการศึกษาเราพบภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านอายุรกรรมและทางด้านศัลยกรรมในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดมากกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องในโรงพยาบาลมะการักษ์ มีเพียงปัจจัยด้านศัลยกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออก⁶ ที่แผลผ่าตัดหลัง

การผ่าตัดที่พบในการผ่าตัดแบบส่องกล้องมากกว่า การผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะปอดบวม การติดเชื้อทางเดิน การผ่าตัดแบบเปิดเท่านั้น และไม่พบภาวะ ปัสสาวะ และจากภาวะแทรกซ้อนทางด้าน แทรกซ้อนเรื่องการผ่าตัดซ้ำใน 1 สัปดาห์หลัง ศัลยกรรมเรื่องการติดเชื้อแผลผ่าตัดล้วนเป็นปัจจัย การผ่าตัดถุงน้ำดี รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการ ที่สามารถอธิบายสาเหตุของการที่จำนวน บาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงอื่นๆ ในช่องท้อง วันนอนโรงพยาบาลในการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด จากการผ่าตัดถุงน้ำดีในโรงพยาบาลมะเร็งการรักษ มีระยะเวลาที่มากกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมหลังการ การส่องกล้อง⁷ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดถุงน้ำดีแยกตามชนิดของการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อน	การผ่าตัดแบบเปิด (open cholecystectomy)		การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy)		P-value
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. pneumonia	39	15.3	4	1.6	.00*
2. UTI	23	9	15	6	.359
3. AKI	10	3.9	1	0.4	.023*
4. DVT	1	0.4	0	0	.605
5. pancreatitis	12	4.7	5	2	.213
6. SSI	26	10.2	22	8.8	.799
7. Bleeding	1	0.4	3	1.2	.569
8. CBD injury	10	3.9	5	2	.4
9. Cholangitis	3	1.2	2	0.8	.882
10. other injury	0	0	0	0	0
11. retain stone	12	4.7	2	0.8	0.025*
12. re-surgery	0	0	0	0	0

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุง น้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบ ส่องกล้องและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

พบว่าการผ่าตัดแบบเปิดจะพบภาวะแทรกซ้อน มากกว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง เป็นมาตรฐานการรักษาผ่าตัดปัจจุบันทั่วโลก ใน บทความของ Mayo clinic Family Health

Book, Schwart's Text book of surgery หรือ Sarbiston's Text book of surgery ต่างเขียนไว้ว่าเป็นมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน แต่ในโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ยังคงมีการทำการผ่าตัดรักษาทั้งสองวิธี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ระหว่างการผ่าตัดรักษาจากการผ่าตัดโดยการส่องกล้องกลายเป็นแบบเปิดมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาถึงความแตกต่างภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งสองวิธี โดยศึกษาทั้งภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดถุงน้ำดีเปรียบเทียบในโรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล ในการหาแนวทางลดภาวะแทรกซ้อน และเป็นข้อมูลสนับสนุนแนวทางในการผลักดันนโยบายด้านการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องถุงน้ำดีตามนโยบายส่วนกลาง ในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับบ้านเร็วขึ้นหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง มีประเด็นความสงสัยความกังวลถึงความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จากผลวิจัยพบว่า การผ่าตัดแบบเปิดใช้ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการผ่าตัดแบบเปิดมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10.349 วัน แต่ในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนอยู่ที่โรงพยาบาล 4.996 วัน ซึ่งจำนวนวันที่มากกว่าพบว่าเป็นจากปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมทั้งภาวะปอดบวมและไตวายเฉียบพลันซึ่งพบมากกว่าในชนิดการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านภาวะแทรกซ้อนด้านศัลยกรรมเกี่ยวกับภาวะนี้ว่า ค้างเป็นอีกปัจจัยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากกว่าในการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าใกล้เคียงกับการสรุปผลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้งสองวิธีใน American college of surgeons surgical patient education Textbook แต่ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนที่เหลือนำมาพบว่ามีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลงานวิจัยสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ พิพัฒน์ จิรพงษ์ธร⁸ โรงพยาบาลพระปกเกล้าที่บ่งชี้ว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าและภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Ioannis Triantafyllidis และคณะ⁹ ที่ศึกษาในประเทศกรีซ และไม่แตกต่างกับผลงานวิจัยของศักดิ์ชาย เรืองสิน และคณะ¹⁰ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่ได้ผลการศึกษาลักษณะทั้งระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่าและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดถุงน้ำดีน้อยกว่าในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง แต่อย่างไรก็ตามจากการติดตามข้อมูลโดยภาพรวม 12 ปีวิจัยมีเพียงภาวะเลือดออกบริเวณผิวหนังที่แผลผ่าตัดเท่านั้นที่เป็นปัจจัยที่พบมากกว่าในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (1.2%) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อศึกษาในการดูรายละเอียดจากการทบทวนประวัติการรักษารายกรณีพบว่าเกิดจากปัญหาทางด้านเทคนิคการเย็บแผลและหยุดเลือดในกระบวนการผ่าตัดแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนชนิดไม่รุนแรงจึงไม่จำเป็นต้องไปทำการผ่าตัดซ้ำ (re-surgery) อัตราภาวะแทรกซ้อนด้านเลือดออกจากการผ่าตัดแบบส่องกล้องไม่ได้แตกต่างกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Ioannis Triantafyllidis, MD และคณะ⁹ ที่มีอัตราเลือดออกจากแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง 0.89% และงานวิจัยของ

AnshumanAashu และคณะ¹¹พบเลือดออกที่แผลผ่าตัด 1.2 % สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ MiodragRadunovic และคณะ¹² ที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยมอนโตรเนโกร พบเลือดออกในช่องท้องและแผลหลังการผ่าตัด 3.64% ภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (SSI) ในการทบทวนประวัติการรักษาพบจำนวน 22 ราย จากการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องทั้งหมดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการล้างแผลซ้ำที่โรงพยาบาลมะเร็งรักในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า 1 ครั้งซึ่งผลการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดไม่มีความแตกต่างในการผ่าตัดทั้งสองวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10.2% vs 8.8% (P = .799) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ผลการศึกษามากพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการส่องกล้องน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดแบบส่องกล้องพบว่าทุกรายมีแผลเปื่อยน้ำเหลืองซึมที่บริเวณสะดือทั้งหมดทุกราย จากผลการศึกษาจึงเป็นการยืนยันว่าตรงบริเวณสะดือเป็นจุดที่มีแนวโน้มโอกาสติดเชื้อมากกว่าบริเวณอื่น อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อจำกัดการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงวิเคราะห์โดยรวบรวมข้อมูล 12 ปี ย้อนหลัง เมื่อมาศึกษาเปรียบเทียบชนิดชิ้นเนื้อ (pathology) ของถุงน้ำดี ผลการศึกษาพบว่ามีการผ่าตัดถุงน้ำดีชนิดเรื้อรัง (chronic cholecystitis) โดยการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มที่เป็นการอักเสบซ้ำ (chronic and acute cholecystitis) และกลุ่มที่มีการอักเสบแบบชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (necrotizing acute cholecystitis) ได้รับการ

ผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดมากกว่าผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งด้วยข้อเท็จจริงกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มใช้เวลารักษาโรคนานกว่าปกติ แต่อย่างไรก็ตามถึงผลขึ้นเนื้อจะเป็นดังกล่าวข้างต้น กลับพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมทั้งสองชนิดการผ่าตัดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบข้อมูลจากการศึกษาว่าการผ่าตัดแบบเปิดที่สามารถใช้มือช่วยตรวจในช่องท้องระหว่างการผ่าตัดกลับพบภาวะนี้สูงกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องถือเป็นวิธีมาตรฐานที่ปลอดภัยของการรักษาโรคของถุงน้ำดีโดยเฉพาะโรคนิ่วในถุงน้ำดี จากผลการรักษาผ่าตัดที่โรงพยาบาลมะเร็งรักพบว่าผู้ที่มาทำการรักษาผ่าตัดจากการที่ป่วยเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ เป็นผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอายุที่มาทำการรักษาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ช่วง 40-50 ปี และพบว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดจะทำการรักษาในกลุ่มที่มีการอักเสบรวมถึงมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าที่โรงพยาบาลมะเร็งรัก แต่ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนในภาพรวม อันได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดตับอ่อนอักเสบ การเกิดลิ้นเลือดอุดตัน การเกิดทางเดินน้ำดีบาดเจ็บ¹³ การเกิดทางเดินน้ำดีอักเสบ การเกิดเลือดออกที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเกิดอวัยวะข้างเคียงบาดเจ็บ

ในช่องท้อง การผ่าตัดซ้ำ แต่พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยภาวะแทรกซ้อนด้านการเกิดปอดบวมและการเกิดไตวายฉับพลันและการเกิดภาวะนิ่วค้างในทางเดินน้ำดีมากกว่าในชนิดการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดมากกว่า การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดแบบเปิดมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลมาก การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องจึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ และลดภาระงานทางด้านบุคลากรในโรงพยาบาลมะเร็ง การสนับสนุนการพัฒนาด้านการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องจึงมีประโยชน์ และการพัฒนาการดูแลแผลบริเวณสะดือจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัด

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ร่วมกับ โรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใหญ่ และขนาดกลาง หรือ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อจะได้เรียนรู้ให้มีความละเอียดมากขึ้นในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภาวะนิ่วในถุงน้ำดีระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดแบบส่องกล้องด้วยวิธีมาตรฐาน^๑ อาจจะพบความแตกต่างที่หลากหลายมากขึ้น เป็นประโยชน์ในทางสนับสนุนกันและกัน

2. เพิ่มแนวทาง คู่มือ ของการดูแลรักษาอาการก่อนมาโรงพยาบาลและภายหลังการได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว เพื่อคัดกรองส่วน ผลลัพธ์ที่แท้จริงว่าได้ลดจำนวน ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้จริง และทำการสำรวจ ระยะสั้น 1 ปี ระยะกลาง 2-5 ปี และระยะยาว 10 ปีขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

1. Milson JW, B hm B, editors. History of laparoscopic surgery. New York: Springer, 1996.
2. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, et al. Short-term quality-of-life outcomes Followinglaparoscopic-assited colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. JAMA 2002;287(3):321-8.
3. ยศ ตีระพัฒนานนท์ , สัญญา ศรีรัตนะ, และคณะ. ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดด้วยกล้องเปรียบเทียบกับกรผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิ่วในถุงน้ำดีข้อมูลสำหรับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2548;14(3):464-474.
4. งามพิศ ธนไพศาล. การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2546;18(2): 110-117.
5. สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.โรคปอดอักเสบ.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm>
6. ปิยรัตน์ สุรพฤกษ์. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2543; 33(1): 41-48.
7. Mark W. Jones, Evan Guay, and Jeffrey G. Deppen.Open cholecystectomy.StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.2021 Apr 30. [PubMed]

8. พัทธน์ จิรพงษ์.การศึกษาผลการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยการส่องกล้อง โรงพยาบาลพระปกเกล้า.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.2560; 34(4):305-318.
9. Ioannis Triantafyllidis, MD Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience in a District General Hospital Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques.SurgLaparoscEndoscPercutan Tech. 2009 Dec; 19(6): 449-458. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181bd8f6d
10. ศักดิ์ชาย เรืองสิน. ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีการส่องกล้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550;25(4):315-321.
11. Anshuman Aashu A prospective study of different complications following laparoscopic cholecystectomy in a tertiary care hospital in Eastern India ISJ international surgery Journal.2016; 3(4) retrieve from <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/160>
12. Miodrag Radunovic. et.all. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis Open Access Maced J Med Sci. 2016 Dec 15; 4(4): 641–646.doi: 10.3889/oamjms.2016.128.
13. ปิว วุฒิจริยากุล. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดถุงน้ำดีโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 6-7 2548;24(3): 213-221.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกต้นขาส่วนคอหัก และมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Nursing care for hip arthroplasty due to fracture neck of femur in patient
with hypertension and diabetes mellitus: a comparative case study

พวงทิพย์ กัจฉาภรณ์*

Puangtip Katchamaporn*

*หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

*Orthopedic ward, Ratchaburi Hospital, Na-muang Sub-District, Muang District, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษาก่อนหน้านี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 2 กรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2563 กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 และ 81 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มาด้วยอาการลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย แพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษพบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ มาด้วยการเกิดอุบัติเหตุจากการบาดเจ็บไม่รุนแรง รักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยา aspirin แพทย์ให้หยุดยา ก่อนผ่าตัดและสามารถผ่าตัดได้ภายใน 6 วัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขทำให้เกิดการผ่าตัดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะท้องผูก ทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่ม ได้รับการผ่าตัดหลังจากนอนโรงพยาบาล 24 วัน มีผลให้จำนวนวันนอนเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ด้านการฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่าย การเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ ทั้ง 2 กรณีศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับและมีการทบทวนเป็นระยะทำให้ญาติและผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และจากการติดตามหลังจำหน่าย พบว่าไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ กระดูกต้นขาส่วนคอหัก ข้อสะโพกเทียม

Abstract

This case study aimed to compare the nursing care for hip arthroplasty due to fracture neck of femur in patient with hypertension and diabetes mellitus; 2 case study. The population included 2 inpatients receiving treatment in the female orthopedics ward at Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province, during 1 - 30 September, 2020. The samples were obtained by purposive sampling. Both of 2 case studies were a 74- and 81-year-old female patient with hypertension and diabetic mellitus, came to the hospital with slipping and left hip pain. The doctor diagnosed it as a

fracture of the left cervical femur. The instruments used in the study included the record form, and interview. Content analysis was used for data analysis. The results revealed that both case studies were the older adults, coming with the same accident and nonsevere injury. They received hip arthroplasty. Case Study 1 received aspirin and was instructed by the physician to stop taking it. She could receive surgery in 6 days. However, Case Study 2 had hyponatremia and must be remedied first, causing delayed surgery. The complications occurred due to long sleep, i.e., urinary tract infection (UTI) and constipation. Therefore, extra treatment was required. She received surgery after 24-day admission, causing longer length of stay and higher medical expenses. Rehabilitation and preparation for discharge, increased confidence of patients and their relatives. Both case studies had been prepared since their first admission with periodical review. According to the follow-up after discharge, neither dislocation of artificial hip joint nor recurrent falls/slipping was found.

Keywords: Aging, fracture neck of femur, hip arthroplasty

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) การบริการทางการแพทย์จะต้องตระหนักถึงประชากรสูงอายุเหล่านี้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อประชากรไทยมีอายุยืนขึ้น แต่ด้วยเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้การดำรงชีวิตมีคุณภาพลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมไม่เพียงพอ ดื่มนมค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องส่วนไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของการออกกำลังกายรวมทั้งภาวะกระดูกพรุนมากขึ้นตามความเสี่ยงของร่างกายที่เพิ่มขึ้นตามอายุเมื่อมีการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เช่น การตกเตียง ตกเก้าอี้ หรือหกล้มขณะเดินและพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ¹ โดยมีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1 โรงพยาบาลจึงต้องมีความรู้ และการจัดการที่ทัน่วงทีในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมได้ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน²

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ขณะที่หลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ให้เกิดการหักซ้ำ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางกลุ่มออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับนโยบายของเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีเป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ลดความพิการ เพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีจึงได้เข้าร่วมโครงการ ฮิปฟาสแทรค (Hip Fast Tract) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีพบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ปี 2561 - 2563 จำนวน 139, 263, 332 ราย หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงมีผู้ป่วยที่กระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 112, 113, 144 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักและได้รับการผ่าตัดจำนวน 39, 40, 42 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางเสื่อมถอยลง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เกิดการเปลี่ยนแปลง มวลกระดูกลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว อีกทั้งการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่งการตอบสนองต่าง ๆ ต่อสิ่งเร้าลดลง รวมถึงความบกพร่องในการมองเห็น ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย อีกทั้งยังพบว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่น การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การได้รับยาหลายขนานและยาทางจิตและประสาท การใส่เสื้อผ้าที่ไม่พอดีตัว ใส่รองเท้าที่หลวมและไม่มีดอกยาง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง มีพื้นขรุขระเป็นหลุมบ่อ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สายไฟ การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น¹ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากรในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ³ และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ.2568⁴ ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี เป็น

เพศหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่าและจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตสูงติดอันดับ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 ปีแรกหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก การศึกษาจากหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ในจังหวัดเชียงใหม่พบอัตราการเสียชีวิตภายหลังกระดูกหักมากถึงร้อยละ 18 - 20 และเมื่อติดตามต่อไปเป็นระยะเวลา 5 และ 10 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตมากขึ้นถึงร้อยละ 30 และ 68 ตามลำดับ (median survival 6 ปี) และการผ่าตัดล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะทุพพลภาพหรือการนอนติดเตียง เช่น ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้เมื่อเกิดกระดูกสะโพกหักครั้งแรก มีแนวโน้มพบการเกิดกระดูกหักซ้ำมากขึ้นถึง 2.5 เท่า² กระดูกสะโพกหักเป็นมากกว่าการเกิดกระดูกหัก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตเกิดภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านความแข็งแรงและการเคลื่อนไหว แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีข้อจำกัดไม่สามารถผ่าตัดได้ตามแนวทางการรักษา ต้องมีการขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดได้ภายใน 72 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อม ลดอัตราการทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ครอบคลุมทุกมิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (comparative case study)

กลุ่มอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 -30 กันยายน 2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยในการพยาบาล การสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษากกรณีศึกษา 2 รายได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติโดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาลและขออนุญาตเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาและได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างเป็นความลับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอ็กซเรย์ (x-ray) ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอนเป็นแบบในประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

ผลการวิจัย

กรณีศึกษารายที่1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย 2 ชั่วโมง หลังล้มล้ม โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยา amlodipine (5 mg) 1 tab oral od pc , losartan (50mg.) 1 tab oral od pc โรคเบาหวานได้รับยา metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc, glipizide (5 mg) 1 tab oral bid ac, mixtard (70/30) 30 unit subcutaneous เข้า และ 20 unit subcutaneous เย็น ยารักษาไขมันในเลือดสูง simvastatin (20 mg) 1 tab oral od pc และได้ รับยา aspirin (81mg) 1 tab oral od pc รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก (closed fracture neck of left femur) ผู้ป่วยรู้ตัวดี ปวดสะโพกซ้าย ระดับ

คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน ความดันโลหิต 148/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส oxygen saturation 98% แพทย์ให้ยา aspirin (81) งดยาเบาหวานชนิดรับประทานและให้ regular insulin ตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count hematocrit 31.3% BUN 17mg/dl creatinine 1.15mg/dl electrolytes, urine analysis ปกติ ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 38-307 mg% ให้การรักษาตามผลระดับน้ำตาล ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติขณะนอนรอการผ่าตัด ไม่เกิดผลกดทับ ใช้แบบประเมิน modified early warning signs พบว่าไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis)/โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ปรึกษาอายุรแพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80-200mg% ระดับความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (bipolar hemiarthroplasty) ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (retained foley's catheter) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) ไม่เกิดภาวะไฮโปโวลีเมีย (hypovolemic shock) ใช้วีตรกรรมหมอนกางขา ไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อน (hip dislocation) ไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังถอดสายสวนปัสสาวะ (off foley's catheter) ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ในผู้ป่วยรายนี้ปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4ขา (pick up walker) เดินได้หลังผ่าตัด 6 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และมีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย 5 ชั่วโมง หลังล้มล้ม โรคประจำตัวโรค คือความดันโลหิตสูง ได้รับยา amlodipine (5 mg) 1 tab oral od pc, losartan (50mg) 1 tab oral od pc โรคเบาหวาน ได้รับยา metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc, glipizide (5 mg) 1 tab oral od ac ยารักษาไขมันในเลือดสูง simvastatin (20 mg) 1 tab oral od pc รับประทานยาต่อเนื่องแพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก (closed fracture neck of left femur) ผู้ป่วยรู้ตัวดี ปวดสะโพกซ้าย ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน ความดันโลหิต 147/59 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส แพทย์ให้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc glipizide (5mg) 1 tab oral od ac และให้

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count hematocrit 26.7% BUN 9mg/dl creatinine 0.86 mg/dl electrolytes sodium 132 mmol/dl ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 40-234 mg% ให้การรักษาตามผลระดับน้ำตาล ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ขณะนอนรอการผ่าตัด แพทย์พิจารณาดึงถ่วงน้ำหนักผ่านทางผิวหนัง (skin traction) ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย (peroneal nerve injury) ไม่เกิดผลกดทับ ใช้ modified early warning signs พบว่าไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) oxygen saturation 95-97% มีความดันโลหิตสูง 158/67 มิลลิเมตรปรอทแพทย์ปรับเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง amlodipine (5 mg) 1 tab oral bid pc ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง 5 ครั้ง/วัน ภายหลังผู้ป่วยหลังนอนโรงพยาบาล 5 วัน มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 39.0 องศาเซลเซียส ตรวจร่างกาย มีกระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) จึงทำการคาสายสวนปัสสาวะ (retained foley's catheter) ได้ปัสสาวะ 1,500 มิลลิลิตร พบว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลตรวจปัสสาวะ พบ wbc10-20/HPF urine culture พบ moderate escherichia coli รักษาด้วยยา ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ระยะเวลา 10 วัน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) Na=121 mmol/dl ได้รับการดูแลรักษาด้วยโซเดียมคลอไรด์ 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ ร่วม

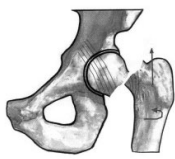
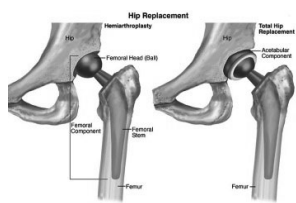
กับยา NaCl 2 tabs oral tid pc ภายหลังได้รับยา Na = 138 mmol/dl ก่อนผ่าตัดมีภาวะช็อค แพทย์มีแผนการรักษาให้เลือดชนิด pack red cell 1 unit ผล hematocrit หลังได้รับเลือด = 32% ปฏิบัติการพยาบาลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด <180mg% ระดับความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปฏิบัติการพยาบาลให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (bipolar hemiarthroplasty) ขณะผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับได้รับยามอร์ฟิน (spinal block with morphine 0.2 mg) ประเมิน sedation score = 0 อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ไม่เกิดภาวะไฮโปโวลีเมียคช็อค (hypovolemic shock) ใช้นวัตกรรมหมอนกางขาไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อน (hip dislocation) ไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) หลังถอดสายสวนปัสสาวะ (off foley's catheter) ปัสสาวะได้เอง ปฏิบัติการพยาบาลบำบัด สอนเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา (pick up walker) เดินได้หลังจากผ่าตัด 7 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์และมีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง	พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 80 เกิดในสตรี และมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุนโดยตรง เกิดจากอุบัติเหตุไม่รุนแรง	เพศหญิง อายุ 74 ปี ยืนแล้วลื่นล้ม โรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	เพศหญิง อายุ 81 ปี ยืนแล้วลื่นล้ม โรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
อาการ/อาการแสดง	-เจ็บปวดที่สะโพกหรือขาหนีบอย่างรุนแรง -ไม่สามารถทั้งน้ำหนักลงบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ -ข้และบวมในบริเวณรอบๆ สะโพกของคุณ -ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลง -ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บพลิกออกด้านข้าง	-ปวดสะโพกซ้ายรุนแรง -ไม่สามารถลงเดินได้ -สะโพกซ้ายบวม ไม่มีรอยขีด -ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา -ขาข้างซ้ายพลิกออก	-ปวดสะโพกซ้ายรุนแรง -ไม่สามารถลงเดินได้ -สะโพกซ้ายบวม ไม่มีรอยขีด -ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา -ขาข้างซ้ายพลิกออก
การวินิจฉัย	fracture neck of femur	fracture neck of left femur	fracture neck of left femur
ภาพรังสี	การจำแนกประเภทนิยมจำแนกตามวิธีของ Garden classification type I incomplete fracture. (valgus impacted) 	 type IV complete fracture. fully displaced	 type IV complete fracture. fully displaced

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	type II complete fracture. nondisplaced		
			
	type III complete fracture. partially displaced		
			
	type IV complete fracture. fully displace		
			
การรักษา	1. skin traction 2. ผ่าตัดตามโลหะ 3. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	skin traction ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
			
จำนวนวันรอผ่าตัด	3	6	24
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	8-10	12	32

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	1.ไม่สบายจากการปวดสะโพกซ้ายมาก	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
	2.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	ให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม	ให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม
	3.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (มีโอกาสดูปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง)	- อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารการปฏิบัติตัว	- อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารการปฏิบัติตัว
	4.มีโอกาสดังเกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolism	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs
	5.ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องอาหารที่มีน้ำตาลต่ำให้การแก้ไขตามแผนการรักษา	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องอาหารที่มีน้ำตาลต่ำให้การแก้ไขตามแผนการรักษา
	6. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	-	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ ให้การแก้ไขตามแผนการรักษา
	7. มีโอกาสดังเกิด pressure ulcer	ประเมินระดับ Braden score สังเกตลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	ประเมินระดับ Braden score สังเกตลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
	8.มีโอกาสดังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ chest x-ray ปรีกษาอายุรแพทย์ ปรีกษาวิสัญญีแพทย์ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา	
	9. มีภาวะความดันโลหิตสูง 158/67 มิลลิเมตรปรอท		วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำอาหารจัด ให้ยารับประทานตามแผนการรักษาสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่า

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	10. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ		retained foley's catheter, ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็นและหลังขับถ่าย แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	11.ซีด hematocrit = 26.7%		ให้ยา folic acid และให้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา
	12.ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ		อาการซึม อ่อนเพลีย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยา NaClรับประทาน ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
	13.ไม่สุขสบายจากท้องผูก		พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้ยา senokot 2 tabs oral hs. และ unison enemaตามแผนการรักษา
	14.มีโอกาสดึง peroneal nerve injury, plaster sore 15.มีโอกาสดึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด		จัดท่านอนไม่ให้ปุ่มกระดูกข้างเข่าด้านนอกถูกกดทับ สังเกตอาการเท้าตก สังเกตลักษณะผิวหนังว่ามีผื่น ตุ่มน้ำ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด (chest x-ray) ปรีกษาอายุรแพทย์ ปรีกษาวิสัญญีแพทย์ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา
ระยะผ่าตัด	1.มีโอกาสดึงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ spinal block	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการขาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ สังเกตระดับความรู้สึกตัว การหายใจ อาการคัน การคลื่นไส้อาเจียน แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการขาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน
	2.มีโอกาสดึงภาวะ hypovolemic shock	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกตจำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะ hematocrit	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกตจำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะ hematocrit

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. มีโอกาสเกิด hip dislocation	จัดท่านอนทางขาด้วยหมอนทางขา สังเกตความยาวของขา 2 ข้าง	จัดท่านอนทางขาด้วยหมอนทางขา สังเกตความยาวของขา 2 ข้าง
	4. ไม่สุขสบายจากการปวดสะโพกซ้ายมาก	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
	5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังเกตอาการบวมแดงร้อน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังเกตอาการบวมแดงร้อน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	6. มีโอกาสเกิด deep vein thrombosis/ Pulmonary embolism	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs
ระยะหลังผ่าตัด	7. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และเมื่อขับถ่าย แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ ชั่วโมง แนะนำการปฏิบัติตัวขณะคาสายสวนปัสสาวะ สังเกตลักษณะและจำนวนปัสสาวะ	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และเมื่อขับถ่าย แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ ชั่วโมง แนะนำการปฏิบัติตัวขณะคาสายสวนปัสสาวะ สังเกตลักษณะและจำนวนปัสสาวะ
	8. เสี่ยงสมดุลการเคลื่อนไหว	พยางนึ่งห้อยขาข้างเตียง แนะนำออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าขา ปรีกษานักกายภาพบำบัด	พยางนึ่งห้อยขาข้างเตียง แนะนำออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าขา ปรีกษานักกายภาพบำบัด
ระยะจำหน่าย	1. มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง	ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามหลัก DEMETHOD ของ care giver และผู้ป่วย 2. การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มซ้ำ	ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามหลัก DEMETHOD ของ care giver และผู้ป่วย 2. การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มซ้ำ
ระยะหลังจำหน่าย		มีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น	มีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วย การลื่นล้ม (การบาดเจ็บไม่รุนแรง) อาการและอาการแสดงเหมือนกัน ปวดสะโพกซ้าย สะโพกซ้าย บวม ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา ขาซ้ายพลิกออก ด้านข้าง กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยา aspirin (81) และ รอยหยดยา aspirin (81) 6 วัน จึงได้รับทำผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและภาวะ hyponatremia ซึ่งต้องได้รับการรักษา 24 วันจึงได้รับการผ่าตัด

2. การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดติดตามผล ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ chest x-ray ปรีกษาอายุรแพทย์ ปรีกษา วิสัญญีแพทย์ และให้ยาความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความดันโลหิตหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

3. การใช้การจัดการความปวด กรณีศึกษาที่ 1 ให้ยาตามระดับความเจ็บปวด กรณีศึกษาที่ 2 ให้ยาตามระดับความเจ็บปวด แต่ผู้ป่วยต้องรอความพร้อมของร่างกาย ต้องรอการผ่าตัด เป็นระยะเวลา 24 วันแพทย์ให้ on skin traction เพื่อลดอาการปวด การดัดรั้งของกล้ามเนื้อ จึงต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น plaster ulcer, peroneal nerve injury หลังให้การพยาบาลระดับความเจ็บปวดไม่เกิน 3 คะแนน

4. มีโอกาสเกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolismกระตุ้นให้ ankle

pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้งใช้ modified early warning signs พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolism

5. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (มีโอกาสนักปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง) ต้องมีการ ค้นหาผู้ดูแลหลัก (caregiver) อธิบายแผน การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ทั้งสองกรณีศึกษา มีผู้ดูแลหลัก (care giver) คือบุตร

6. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

6.1 มีโอกาสเกิด pressure ulcer ประเมินระดับ Braden score กรณีศึกษาที่ 1 = 13 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2 = 14 คะแนน สังเกต ลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงดูแลไม่ให้เกิดการเสียดสี ใช้ที่นอนโฟม หลังปฏิบัติการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา ไม่เกิด pressure ulcer

6.2 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิด กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ retained foley's catheter ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็นและเมื่อขับถ่าย แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา หลังให้การพยาบาลผล urine analysis ปกติ

7. ภาวะท้องผูก กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิด ภาวะท้องผูก กรณีศึกษาที่ 2 ท้องผูกให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้ยา senokot 2 tabs oral hs.และunison enema

ตามแผนการรักษาหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย
ถ่ายอุจจาระได้

8. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ
ระงับความรู้สึก กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการทำ
spinal block การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก
15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง
จนคงที่แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการ
ชาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน กรณีศึกษา
ที่ 2 ได้รับการทำ spinal block+ morphine
การพยาบาลวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง
ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกต
ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ อาการคัน
การคลื่นไส้อาเจียนแนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง
สังเกตอาการชาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง
ยืนหลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพปกติ

9. มีโอกาสเกิดภาวะ hypovolemic
shock กรณีศึกษาที่ 1 มียาละลายลิ่มเลือดหยุดยา
aspirin (81) ได้ 6 วัน กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะซีด
ให้การพยาบาลวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง
ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกต
จำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก
2-4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือด
ตรวจ hematocrit หลังให้การพยาบาลไม่เกิด
ภาวะ hypovolemic shock สัญญาณชีพปกติ

10. มีโอกาสเกิด hip dislocation มีการ
ให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด แจกเอกสารการ
ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
ใช้นวัตกรรมหมอนกางขา สังเกตความยาว
ของขา 2 ข้าง หลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณี
ศึกษาไม่เกิด hip dislocation

11. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด
ผู้ป่วยทั้งสองกรณีศึกษามีโรคเบาหวาน ได้รับการ
ดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล วัดสัญญาณชีพ
ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังเกต
อาการบวมแดงร้อน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการ
รักษาหลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด
การติดเชื้อแผลผ่าตัด

12. เสี่ยงสมดุลงการเคลื่อนไหว ผู้ป่วย
ทั้งสองกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง
ให้การพยาบาลโดยพยุงนั่งห้อยขาข้างเตียง
แนะนำออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขา ปรีกษา
นักกายภาพบำบัด และประเมินการฝึกเดิน
หลังให้การพยาบาล ทั้งสองกรณีศึกษาสามารถ
เดินด้วย pick up walker ได้

13. อาการข้างเคียงของยาที่ได้รับกรณีศึกษา
ที่ 1 ไม่เกิดอาการข้างเคียง กรณีศึกษาที่ 2 เกิด
อาการข้างเคียงหลังได้ยา gabapentin เวียนศีรษะ
คลื่นไส้อาเจียน ให้การพยาบาล โดยจิบน้ำอุ่น
รายงานแพทย์ หยุดยา gabapentin เฝ้าระวังการ
พลัดตกหกล้ม และให้ยารับประทานแก้เวียนศีรษะ
คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา หลังให้การ
พยาบาลอาการทุเลา

14. มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง
ทั้งสองกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถรับรู้
ข้อมูลได้ทั้งหมด ต้องการการพึ่งพา มีการค้นหา
ผู้ดูแลหลัก (care giver) ทบทวนการปฏิบัติตัวหลัง
ผ่าตัดตามหลัก DEMETHOD ของผู้ดูแลหลัก
(care giver) และผู้ป่วยการให้ความรู้เรื่อง
การป้องกันการหกล้มซ้ำหลังให้การพยาบาลญาติ
มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

15. การติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษาพบว่า การเกิดกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรุทัย รัตนเมธานนท์⁶ ที่พบว่ามีอัตราการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าห้าสิบปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคกระดูกพรุน การเกิดกระดูกหักจากกระดูกพรุนส่งผลเสียทั้งสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ภาวะความเป็นอยู่ และสภาพทางเศรษฐกิจ โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก 1.2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกบริเวณสะโพกหัก 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น คุณภาพกระดูกและความแข็งแรงของกระดูกลดลง, ผู้ป่วยเบาหวานยังมียาปฏิชีวนะของการล้มมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตาทำให้การมองเห็นผิดปกติไป การเสื่อมของเส้นประสาททำให้ภาวะพร่องวิตามินดี น้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension) รวมไปถึงผลข้างเคียงจากยารักษาโรคเบาหวาน

2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต อัตราการทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพยาบาล ทีมพยาบาลวิสัญญี ทีมห้องผ่าตัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทีมเวชกรรมสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิวัฒน์ วจนวิศิษฐ์⁷ ที่พบว่าหากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดภายใน 48-72 ชั่วโมง (Hip fast tract) สามารถลดอัตราทุพพลภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีนโยบายที่จะรักษาผู้ป่วยเหล่านี้แบบเร่งด่วน และดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วหลังจากการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปจนถึงกลับบ้าน และที่สุดสามารถนำผู้ป่วยกลับสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก/โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (deep vein thrombosis/ pulmonary embolism) แม้จะพบได้น้อย แต่มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในการเกิด deep vein thrombosis ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขาสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงพยาบาลต้องมีความรู้ในการเฝ้าระวังโดยใช้ modified early warning signs

การป้องกันการเกิดโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดกฝ่าเท้าขึ้นและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ สาริโส⁸ ที่ให้ผู้ป่วยกระดกฝ่าเท้าขึ้นและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) 10 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำอีกทั้งยังช่วยเพิ่มความเร็วในการไหลของเลือดดำที่ขา

4. พยาบาลควรต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Maher et al⁹ ที่พบว่าการจัดการความปวดควรเริ่มทำทันทีที่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น และการได้ยิน ควรให้เวลาในการตอบคำถามประเมินความปวด ผู้สูงอายุสมควรเสื่อมหรือภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีปัญหาการรับรู้ในระดับน้อย ถึงปานกลาง ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามสั้นๆง่ายๆ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ในระดับรุนแรงให้ประเมินความปวดโดยสังเกตอาการทางกายและพฤติกรรมการแสดงออก และจากการศึกษาของ นันทิกานต์ แสงทอน และคณะ¹⁰ พบว่าความปวดยังส่งผลต่อด้านจิตใจ คือทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดความเครียด หรืออาจส่งผลต่อความอยากอาหารนอนไม่หลับและอาจทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ช้า

5. การหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดอันทำให้เกิดปัญหาการผ่าตัดล่าช้าได้ หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการผ่าตัดล่าช้า

ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ของ สุวิมล ต่างวิวัฒน์ และคณะ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin, clopidogrel, ticagrelor หรือ prasugrel ไม่ควรได้รับการเลื่อนผ่าตัด ควรหลีกเลี่ยงการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับ aspirin การให้เกล็ดเลือด มีข้อบ่งชี้เฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีเลือดออกจากการผ่าตัดแบบควบคุมไม่ได้ งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยใหม่ แต่แพทย์โรงพยาบาลราชบุรียังลงความเห็นให้หยุดยา aspirin ก่อนผ่าตัด 5-7 วัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. การบริหารยาต่างๆ ในผู้สูงอายุผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียง เช่น ยา gabapentin มีอาการข้างเคียงคือเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) จนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้พยาบาลจึงต้องมีความรู้ เรื่องการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียง การแพ้ยา เพื่อสามารถเฝ้าระวังและแก้ไขได้ทันที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์¹² ที่พบว่าการใช้ยาในผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพควรตระหนักและพึงระมัดระวังเพราะปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานอกจากอันตรายที่มาจากตัวยาเองแล้วยังมีปัญหามาจากตัวผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย เช่น ความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายยา ทำให้เกิดการสะสมของยาในร่างกายเพิ่มมากขึ้น

7. การวางแผนการพยาบาลในการจำหน่าย พยาบาลต้องหาข้อมูลด้านผู้ดูแลหลัก (care giver) เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ความจำ การช่วยเหลือตัวเองที่ลดลง โรคประจำตัว การป้องกันการหกล้ม ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานที่ แหล่งประโยชน์ เพื่อวางแผนการดูแล การสอน/สาธิตการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการข้อสะโพกเทียมหลุด การป้องกันการหกล้มซ้ำ ถ้ามีการให้ความรู้ตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการทบทวนเป็นระยะ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติ (care giver) มีความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสอดคล้องกับงานวิจัยของ จินพิชญชา มะมม¹³ ที่พบว่า การเกิดกระดูกสะโพกหักทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากความเจ็บปวดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง

8. การติดตามมีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

เช่น การพลัดตกหกล้มซ้ำ ซึ่งสามารถทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติสามารถปรึกษาได้ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันทั้งที่โรงพยาบาล ที่บ้าน และในชุมชน สามารถลดอัตราการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้อย่างมีนัยสำคัญ หากดำเนินการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุทุกราย โดยเน้นการป้องกันที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน จะทำให้อัตราการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามโครงการ Hip fast tract เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง แต่เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ ก่อนการผ่าตัด อาจทำให้การผ่าตัดล่าช้า พยาบาลจึงต้องมีความรู้สมรรถนะในการจัดการ เพื่อให้การผ่าตัด การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

2. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยตามโครงการ Hip fast tract และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. พรรณงาม พิมพ์ชู. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
2. ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเถิดสิน. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 43(3): 56-9.
3. Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis Int. 2012; 23(9): 2239-56. doi:10.1007/s00198-012-1964-3
4. อัญชลี คันทานนท์. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2556; 7(2): 271-80.
5. ประเสริฐ หล้าผลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์. บูรณาการในการป้องกันและรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(4): 16-9.
6. พรฤทัย รัตนเมธานนท์, ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร. การเปรียบเทียบ FRAX score เพื่อประเมินโอกาสเกิดกระดูกหักเนื่องจากกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สองเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุนมาก่อน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564; 65(3): 221-34.
7. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์; 2554.
8. พรทิพย์ สารีโส, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. 2554; 29(2): 27-36.
9. Maher C, Olds TS, Eisenmann JC, Dollman J. Screen time is more strongly associated than physical activity with overweight and obesity in 9- to 16-year-old Australians. Acta Paediatr. 2012; 101(11): 1170-4. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02804.x
10. นันทิกานต์ แสงทอน, สุภาพ อาลีเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562; 25(1): 74-86.

11. สุวิมล ต่างวิวัฒน์, มิ่งขวัญ วงษ์ยั้งสิน, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ธัญญา บุญยศิรินันท์, อัญญา สุอมรรัตน์, สุรีย์ สมประดีกุล และคนอื่นๆ. แนวทางการดูแลรักษาของทีมสหสาขา โรงพยาบาล ศิริราช: ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ช่วงก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี. 2564; 47(3): 260-70.
12. ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์, อัญชลี เชี่ยวโสธร ดุวอล. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย อีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557; 8(2): 79-86.
13. จินพิชญ์ชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 20(5): 478-90.

กรณีศึกษา (case study)
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
Nursing care for a stroke patient at home

พรทิพย์รดา สุขรินบุลภรณ์*

Porntiprada Sukruenbulaporn*

*พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

*Registered Nurse, Community Health Nursing Department, Sena Hospital, Chao Chet
Sub-district, PhraNakhon Si Ayutthaya Province.

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย สาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือการอุดตันจากก้อนเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากทำให้เกิดการเสียชีวิตและการสูญเสียสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการ เกิดความท้อแท้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาว รายงานนี้นำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แสดงถึงการทำงานของพยาบาลชุมชนต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมขณะอยู่ในโรงพยาบาล และวางแผนกับครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันติดตามให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้สาขาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวผลลัพธ์การดูแลพบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การวางแผนจำหน่าย, การพยาบาล

Abstract

Cerebrovascular disease (Stroke) is a common neurological disease. The cause may be a ruptured blood vessel or blockage from a blood clot causing damage to brain tissue. Currently, there is a tendency to increase and is a major public health problem in Thailand. It is leading cause of death. The surviving patients are often left with disabilities, discouragement, which affects the family in the long term. This report presents a case study of nursing care for a stroke patient at home. It aims to illustrate the work of community nurses on patients and their families which is considered a very important role to set a discharge planning with the team while the patient was in the hospital, prepare the patient and family and co-ordinate with network staff of sub-district health promoting hospitals and village health volunteers to give nursing care for a stroke patient at home. Patient care uses nursing theory concepts and various fields of knowledge to be appropriately applied to

provide holistic nursing care and empowering the family. Outcome showed that patients were quickly recover and had better self-care. There were no complications, As a result, patients and their families have a good quality of life.

Keywords: cerebrovascular disease, discharge plan, nursing care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (world stroke organization : WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรค

หัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น²

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2559 ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิตและ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา³ ประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี 15,000 ราย ปี พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยนอก 980/100,000 คน ค่ารักษาเฉลี่ย 1,629 บาท ต่อราย ผู้ป่วยใน 257/100,000 คน ค่ารักษาเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปีหากประมาณการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี⁴

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2560-2562 เท่ากับ 226, 236, 305 รายตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และถึงแม้ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความทันสมัย สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย แต่ยังคงเหลือความพิการ ความผิดปกติทางด้านจิตใจ วิตกกังวล ห่อเหี่ยว สิ้นหวัง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล⁶ ดังนั้นการ

จัดการที่ดีทั้งด้านการพยาบาล การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ แพทย์แผนไทยและชุมชนให้การดูแลแบบองค์รวมได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ พี่น้องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป กระบวนการที่สำคัญ คือการทำงานเชิงรุกของพยาบาลชุมชนเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน โดยวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวผู้ป่วย พร้อมกับเครือข่ายชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนคือ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้การทำงานเชิงรุกของพยาบาลชุมชน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ให้การพยาบาล 1 ราย ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเป็นกรณีศึกษา โดยอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา

การประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง ระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม – 30 กันยายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการรักษาพยาบาล แบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESS แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel activities of daily living index: ADL) และแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารต่างๆ พร้อมทั้งขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ รวมทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประวัติการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพเศรษฐกิจและสังคม พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. นำข้อมูลที่ได้รวบรวม วิเคราะห์วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและข้อเสนอแนะ

6. เรียบเรียงเป็นเอกสารทางวิชาการ
ตรวจสอบโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์

7. จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและเผยแพร่
เอกสาร

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วนคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย 2) กระบวนการวางแผนจำหน่าย และ 3) รายงานผลการเยี่ยมบ้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่ 12 มิถุนายน 2563 ด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เวลาประมาณ 19.00 น. ขณะนั่งอยู่ที่บ้าน นิ่งไป ไม่ขยับแขนขา ไม่พูด ตาไม่ลอย ไม่มีแขนขาเกร็งกระตุก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ห้องฉุกเฉินตรวจประเมินอาการ ส่งต่อโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อเข้าระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ผลตรวจเอกซเรย์สมอง (CT-scan) พบมีภาวะเลือดออกแบบเกิดขึ้นเองภายในเนื้อสมองแบบเฉียบพลัน (acute intraparenchymal hemorrhage.R/O cerebral venous thrombosis) แพทย์ศัลยกรรมประสาทพิจารณาไม่ผ่าตัด จึงส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเสนอให้การักษาแบบประคับประคองอาการ (conservative treatment) ให้ยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin) ยาลดความดันโลหิต (nicardipine) จนเมื่ออาการเริ่มคงที่ รับการรักษา

อยู่ 33 วัน ทางแผนกอายุรกรรมจึงส่งปรึกษางานดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมกับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. กระบวนการวางแผนจำหน่าย

ผู้ศึกษาได้เยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ตอนที่นอนรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน และร่วมวางแผนกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อเตรียมสำหรับการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยสรุปดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแล พบว่าผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ต้องพึ่งพาครอบครัว ซึ่งทางครอบครัวมีการวางแผนผู้ดูแลหลักคือสามีและบุตรช่วยสลับกัน ประเมินการรับรู้และการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ พร้อมแนะนำอาการ สาเหตุ การดูแลสุขภาพ หลังออกจากโรงพยาบาล ความจำเป็นในการรับประทานยา การทำกายภาพต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน โทร 1669 นำส่งโรงพยาบาลทันที และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีนักกายภาพบำบัดมาสาธิตและฝึกกายภาพบำบัดขณะอยู่โรงพยาบาลและประเมินก่อนกลับบ้าน

2. เตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อมและสถานที่พักอาศัย กับครอบครัวผู้ป่วย ทางครอบครัวบอกว่า “ที่บ้านเป็นบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง พื้นเพปูนทั้งหมด” จึงให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องปรับสถานที่ และประสานทางเครือข่ายชุมชนลงช่วยประเมิน ครอบครัวจึงตกลงสร้างห้องเพิ่มให้ผู้ป่วยที่ด้านล่างเพื่อสะดวกในการดูแล เคลื่อนย้าย ส่วนเรื่องอุปกรณ์

ทางศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลได้
ให้ยืมอุปกรณ์รถนั่ง กลับไปใช้ที่บ้าน

3. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดย
หอบผู้ป่วยเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยส่งผ่าน
โปรแกรม smart continuum of care (smart
COC) หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจะส่งถึงปลายทางทันที ทางพื้นที่
สามารถเปิดดูข้อมูล ประวัติการรักษา และปัญหา
ที่ประเมินขึ้นต้นเพื่อต้องการการดูแลจากทีม
โรงพยาบาลเพื่อประสานงาน และวางแผนการดูแล
ร่วมกันกับทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล

4. นัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาล แก้ไข
ปัญหา ประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
แบบองค์รวม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ติดตามการ
ปรับเปลี่ยนชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย ลดภาวะ
แทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. เตรียมทีมสหวิชาชีพในการ
เยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย พยาบาลดูแลต่อเนื่อง
นักกายภาพบำบัด และพยาบาลประจำโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โดยมีการประชุม

ร่วมกัน รับทราบข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยและ
ปรึกษาหารือวางแผนการดูแลตามบทบาทหน้าที่
ก่อนไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อเยี่ยมเสร็จจะ
ประเมินผล เพื่อวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปหรือปิด
การเยี่ยม และส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายชุมชน
ติดตามดูแลต่อไป

ตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวใน
โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิวิตกกังวล
พยาบาลต้องให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจ
รวมทั้งให้กำลังใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ
เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์
และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จะค่อยๆ ดีขึ้น หาก
ผู้ป่วยพยายามฝึกทักษะต่างๆ ตามที่บุคลากรใน
ทีมสุขภาพให้การแนะนำ รวมถึงการมาตรวจพบ
แพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้
กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2553 แพทย์
ให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน รวมระยะเวลา
นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 33 วัน และแพทย์
นัดตรวจติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ ทีมดูแล
ต่อเนื่องได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 วันที่
23 กรกฎาคม 2563 ภายหลังออกจากโรงพยาบาล
1 สัปดาห์ ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง
INHOMESSS ตามตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESSS

I:immobility	ผู้ป่วยยังมีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 0,ข้างขวาปกติ เกรด5ช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วนBarthel ADL = 65 , MRS=4
N:nutrition	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง จำนวน 3 มื้อ/วัน บุตรสาวเป็นคนทำอาหาร ยังมี สําคัญบางครั้งเนื่องจากกลืนลำบาก ทำให้รับประทานได้น้อยลง
H: home environment	บ้านปูนชั้นเดียว ใต้ถุนโล่งพื้นปูนปรับปรุงทำห้องใหม่ให้ผู้ป่วยที่ชั้นล่าง มีเตียง นอน และชั้นวางอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น จัดวางเป็นระเบียบเรียบร้อย ห้องน้ำด้าน นอกติดกับห้องนอน บริเวณรอบบ้านอากาศถ่ายเทดี ปลูกลั่นไม้รอบบ้าน
O:other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี บุตรสาวและบุตรชาย สามีเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบ หลักเรื่องรายได้ ส่วนบุตรสาวและบุตรชายเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือทำ กายภาพบำบัดให้สม่ำเสมอ และมีเพื่อนบ้านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านคอยแวะมาช่วยดูแลช่วงกลางวัน อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง
M:medication	ผู้ป่วยรับประทานยาที่บุตรสาวจัดไว้ให้ ถูกต้องตามแผนการรักษา
E:examination	vital sign T 37 C,BP =126/70 mmHg, P=84/min, RR=20/min , DTX=125mg% พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีข้อติด ไม่บวม กำลังแขนขาซ้าย เกรด 0,ข้างขวา เกรด 5 , ยังนั่งทรงตัวเองไม่ได้
S:safety	เตียงนอนผู้ป่วยเป็นเตียงไม้ ขนาด 5ฟุต ไม่มีราวกันเตียง แต่ไม่สูงจากพื้นมากนัก พื้นห้องปูกระเบื้อง ไม่ลื่น ข้าวของเครื่องใช้วางเป็นระเบียบ
S:spiritual health	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบไหว้พระ ทำบุญที่วัดเป็นประจำ และชอบท่องเที่ยวกับ ครอบครัว
S:service	ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง มีนัดติดตามที่แผนกอายุรกรรม และถ้าเจ็บป่วย เล็กน้อยก็ใช้บริการที่รพสต.ใกล้บ้าน ในพื้นที่

สรุปจากการประเมินผู้ป่วย พบปัญหาและ
นำมาวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว
ที่บ้าน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 วันที่ 23 กรกฎาคม 2563
- ครั้งที่ 2 วันที่ 4 สิงหาคม 2563
- ครั้งที่ 3 วันที่ 18 สิงหาคม 2563
- ครั้งที่ 4 วันที่ 1 กันยายน 2563
- ครั้งที่ 5 วันที่ 30 กันยายน 2563

3. รายงานผลการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 23 กรกฎาคม 2563

สภาพผู้ป่วย รู้สึกตัวดี นอนบนเตียง ลืมตา
ร่างกายทั่วไปสะอาดดี พูดไม่ค่อยชัด สีหน้าวิตกกังวล
แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 0 ข้างขวาปกติ
เกรด 5 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส
ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 126/70 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 การเคลื่อนไหว บกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ข้อมูลสนับสนุน

S:ผู้ป่วยบอกว่า“แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง
เดินเองไม่ได้”

O:จากการตรวจร่างกาย แขนขาข้างซ้าย
อ่อนแรง เกรด 0 ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
สมอง (CT-scan): intraparenchymal hemorrhage,
พุดไม่ค่อยชัด, Barthel index 65 คะแนน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้
มากขึ้น เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน
2. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตัวเอง
(active exercise) ได้ และญาติช่วยผู้ป่วย
ออกกำลังกาย (passive exercise) ได้
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) มากกว่า
70 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ได้มากขึ้น
3. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ทดแทนผู้ป่วยได้ตามปกติ
4. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ
ข้อติด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน
ดัชนีบาร์เธล เอทีแอล (the Barthel activity of
daily living index: ADL)

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลในด้าน
การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหว
การลุกนั่ง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน
การปฏิบัติกิจกรรม

3. สอนและแนะนำเกี่ยวกับการออก
กำลังกายด้วยตัวเองของผู้ป่วย (active exercise)
และการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive
exercise) ร่วมกับทีมกายภาพบำบัด โดยให้พักผ่อนอย่าง
เต็มที่ก่อน และประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง
ถ้าพบอาการ มีไข้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง
มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเร็ว เจ็บแน่นอก ง่วงการ
ฟื้นฟูไว้ก่อน และช่วยเหลือในการวางแผนการ
ดำเนินชีวิตในอนาคต เรื่องกิจวัตรประจำวันและ
การออกกำลังกาย

4. แนะนำญาติให้จัดวางของใช้ที่ผู้ป่วย
ต้องหยิบยืม จำเป็นและสามารถหยิบยกเองได้
ไว้ใกล้ๆ มือเพื่อให้ฝึกช่วยตัวเองบ้างในกิจกรรม
ง่ายๆ เช่น การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร

5. สอนวิธีการควบคุมการขับถ่าย
ทั้งปัสสาวะและอุจจาระ แนะนำญาติให้ดูแล
ความสะอาด สุขสบายหลังขับถ่าย ควรจัดหา
กระโถนไว้ใกล้ผู้ป่วย

6. แนะนำญาติพูดคุยกระตุ้นและให้
กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกัน

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน
(Barthel index) เท่ากับ 65 คะแนน ต้องฝึก
ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้นและติดตาม
ประเมินต่อไป

2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ
ของกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ผลดีของการ

ออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและสามารถออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) ได้ถูกต้องในท่าที่สอน

3. ไม่มีแผลกดทับ ไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเนื่องจากกลืนลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

S:ผู้ป่วยบอก “กลืนไม่ค่อยลง เวลากินน้ำมีสำลักบ้างบางครั้ง”

O:ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CTbrain): intraparenchymal hemorrhage

:ประเมินกิจกรรมการรับประทานอาหาร (Barthel index) เท่ากับ 65 คะแนน ซึ่งต้องการความช่วยเหลือระดับเล็กน้อย-ปานกลาง

:พูดไม่ค่อยชัด

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรับประทานอาหาร ไม่มีอาการสำลักขณะรับประทาน ได้รับน้ำและอาหารพอเพียง

2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรับประทานอาหาร ไม่สำลัก

2. ได้รับสารน้ำ อาหารเพียงพอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย ถ้ายังมีภาวะกลืนลำบาก ประเมินเพื่อให้อาหาร

2. สอนญาติถึงวิธีให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและระวังการสำลัก เพื่อให้มีการกลืนอย่างปลอดภัย โดยใช้เทคนิคการฝึกกลืน (swallowing techniques) ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้าๆ ให้ทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร 5 นาที

3. แนะนำญาติเตรียมอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ พอกำ ทำอาหารให้นิ่ม กลืนง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม

4. แนะนำให้เพิ่มจำนวนมือในการรับประทานอาหาร โดยอาจให้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ช่องปากสะอาด ฝึกการกลืนได้

2. ได้รับสารอาหารเพียงพอ สัญญาณชีพปกติ

3. ญาติเข้าใจเรื่องการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย และช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกกลืนได้วันละ 2 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 วิดกกังวลเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง การคาดการณ์ในอนาคตเกี่ยวกับชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล มักถามว่า “แขนขาจะสามารถกลับมาแข็งแรง ใช้งานได้เหมือนเดิมหรือไม่ อีกนานเท่าไรถึงจะเดินได้และถามถึงการพยากรณ์โรค

O: บางครั้งมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยเพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวล รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และสื่อสารด้วยท่าทีที่ตั้งใจด้วยความจริงใจ

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดได้อย่างถูกต้อง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการนอนนาน และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ แนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ แนะนำญาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise)

3. ให้กำลังใจและอธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์จะค่อยๆ ดีขึ้นได้หากผู้ป่วยพยายามฝึกทักษะต่างๆ ตามที่ทีมสุขภาพแนะนำ เช่น การฝึกสมาธิบำบัด

4. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

ว่าโรงพยาบาลมีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน ซึ่งจะมาดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลลง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและทีมสุขภาพได้ สิ้นหน้าแจ่มใสขึ้น

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 4 สิงหาคม 2563

พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาสดชื่นขึ้นถามตอบรู้เรื่อง แขนขาซ้ายยังอ่อนแรง แขนขาขวามีแรงปกติ ญาติบอกเวลาบ่ายหรือจ้บแขนซ้ายเหยียดออกแล้วบอกเจ็บ ตึงแขน ไม่ค่อยอยากหยิบตัวทานอาหารได้ ไม่สำลัก แต่คอยระวังอยู่ ปัสสาวะปกติ ใส่ผ้าอ้อมช่วงกลางคืน ส่วนเรื่องการรับประทานยาพบว่ารับประทานต่อเนื่อง แต่ยังไม่แน่ใจเรื่องการเฝ้าระวังการใช้ยาละลายลิ่มเลือด Warfarin วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/64 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก “แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรงยกไม่ขึ้น”

O: บุตรสาวบอกว่า “ฝึกให้แม่ใช้มือข้างขวาช่วยเหลือตัวเองให้มากๆ ช่วงแรกหนูช่วยไปก่อน”

: จากการตรวจร่างกาย แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 0, ลูกนั่งเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายลีบ
2. ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง ปลายเท้าซ้ายไม่ตลก

3. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขนาดของกล้ามเนื้อแขน ขาซ้ายไม่ลีบเล็กน้อย
2. ข้อต่อต่างๆ เหยียดและงอได้ดีขึ้น ปลายเท้าซ้ายไม่ตลก
3. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมินกำลังของแขนขา (motor power)
2. การช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) โดย
 - 2.1 ให้ผู้ป่วยใช้มือขวาจับมือซ้ายยกขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำเช้า-เย็น
 - 2.2 ให้ผู้ป่วยใช้เท้าขวายกเท้าซ้ายขึ้นลง ครั้งละ 20 ครั้ง ทำเช้า-เย็น
 - 2.3 ให้ผู้ป่วยใช้มือขวาจับมือซ้ายหมุนข้อมือ ครั้งละ 20 ครั้ง ทำเช้า-เย็น
3. สอนญาติในการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) โดย
 - 3.1 ช่วยยกแขนขาที่อ่อนแรงยกขึ้นลง และงอแขนเข้าออกทำสลับกัน 20 ครั้ง เช้า-เย็น
 - 3.2 ช่วยยกขาข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลง และงอขาเข้าออกและให้เกร็งกล้ามเนื้อ

3.3 พยุงผู้ป่วยเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ

และคอยช่วยกระตุ้น

4. สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยใช้แขนขาที่ดีให้ทำการออกกำลังกายด้วยตัวเอง (active exercise) และช่วยผู้ป่วยทำการออกกำลังกาย (passive exercise) แขนขาข้างที่อ่อนแรง จัดเท้าข้างอ่อนแรงให้ตั้งตรงเพื่อป้องกันเท้าตกอาจให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็น เพื่อเปลี่ยนจุดถ่วงน้ำหนักตัวเมื่อปฏิบัติได้ดีขึ้นค่อยฝึกการลุกนั่งบนเตียงเมื่อทรงตัวได้สมดุลจึงให้เริ่มฝึกลุกยืนจนขาทั้ง 2 ข้างลงน้ำหนักได้มั่นคงดีแล้วจึงฝึกเดินตามลำดับ

5. ประเมินผลการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย (passive exercise) ของผู้ป่วยและญาติว่าทำถูกต้องหรือไม่

ประเมินผลการพยาบาล

1. ขนาดของกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายไม่ลีบเล็กน้อย
 2. ข้อต่อต่างๆ เหยียดและงอได้ดี ปลายเท้าข้างซ้ายไม่ตลก
 3. ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปลอดภัย แต่ยังจำทำไม่ได้หมด
 4. แขนขาข้างซ้ายยังอ่อนแรงเท่าเดิมต้องทำกายภาพต่อเนื่องทุกวัน และประเมินซ้ำ
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S:ญาติผู้ป่วยบอกว่า“หมอให้ยาละลายลิ่มเลือดมากินด้วย”

O:ได้รับยา Warfarin ผลตรวจเลือด PT= 13.2INR= 2.01

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออก
ง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออก
ง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออก
ตำแหน่งใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติ เน้นย้ำให้ทราบ
ถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการใส่ยา
และอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์ พยาบาลทราบ
ขณะอยู่ที่บ้าน เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออก
ตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด ป้องกันการหกล้ม
2. แนะนำวิธีการรับประทานยาอย่าง
ละเอียดและการจัดเก็บยา
3. การใช้อื่นๆ หรืออาหารเสริม ต้อง
ปรึกษาแพทย์ก่อน เพราะบางอย่างมีฤทธิ์เสริมกับ
บางอย่างมีฤทธิ์ต้านกัน
4. ติดตามค่า INR จากการตรวจรักษา
ตามนัดที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะ
เลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มี
เลือดออกตำแหน่งใดๆ ผู้ป่วยและญาติทราบ ตอบ
คำถามได้ถึงอันตรายและอาการที่เฝ้าระวังให้
พยาบาลที่ลงเยี่ยมติดตามที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 18 สิงหาคม 2563

พบผู้ป่วยนอนบนเตียง หนุนหมอนสูง
เล็กน้อย รู้สึกตัวดี สภาพร่างกาย แขนขาซ้าย
อ่อนแรง ข้างขวากำลังปกติ รับประทานอาหาร
ได้ดี แต่ท้องผูก ถ่ายแข็ง ชอบนอนท่าเดียวนานๆ

ไม่ค่อยพลิกตะแคงตัว วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ
37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ
20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/72 มิลลิเมตร
ปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีอาการท้องผูก
เนื่องจากยังเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

S:ญาติบอกว่า “ผู้ป่วยยังมีอาการท้องผูก
ถ่ายแข็ง 3-4 วัน ถ่ายครั้ง”

:ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่ค่อยพยายามพลิกตัว
หรือขยับตัวเอง

O:ผู้ป่วยนอนบนที่นอนไม่ค่อยเคลื่อนไหว
ตัวเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
อุจจาระอ่อนนุ่ม ขับถ่ายสะดวก วันละ 1 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการขับถ่ายของผู้ป่วยจากญาติ
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการ
เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ระบบไหลเวียนได้
ทำงานอย่างปกติ
3. แนะนำผู้ป่วยฝึกการขับถ่ายทุกวันเป็น
เวลา ถ้าไม่ถ่ายให้ยาระบายตามแผนการรักษา
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วย
รับประทานอาหารแต่ละมื้อให้มีปริมาณเพียงพอ
เหมาะสมและตรงเวลาทุกวันทุกมื้ออย่างสม่ำเสมอ
และเน้นอาหารที่อ่อนและกลืนง่าย มีกากใยมาก
จัดให้น้ำรับประทาน แนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่มมากขึ้น
จากเดิม รับประทานอาหารผักผลไม้ที่มีกากใย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำการปฏิบัติเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันอาการท้องผูก รอดติดตามการเยี่ยมครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเคยมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

S:ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งรู้สึกเวียนหัว”

O:แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 0, ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain): intraparenchymal hemorrhage

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์ประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคและวิธีการหลีกเลี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2. อธิบายแผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

3. แนะนำผู้ป่วยและญาติ ถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การควบคุมน้ำหนัก งดบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

4. เรียนรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน

แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสน พูดลำบาก ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารมากขึ้น

5. ต้องมีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 1669

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เกี่ยวกับอาการเตือนของการเกิดโรค รู้จักช่องทางการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน สามารถวางแผนการดูแลตนเองและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 วันที่ 1 กันยายน 2563

การติดตามเยี่ยมครั้งนี้ สภาพบ้านของผู้ป่วยสะอาดผู้ดูแลอยู่กันพร้อมหน้า จึงร่วมกันวางแผนในอนาคต สมาชิกตกลงว่าจะช่วยกันทุกคน ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ใหญ่บ้านและทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การประเมินสภาพผู้ป่วยและการประเมินการติดตามครั้งที่ 3 พบว่าผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นแขนขาข้างซ้ายมีแรงมากขึ้น เกรด 2 ขยับกายอุจจาระได้ปกติไม่แข็ง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/50 มิลลิเมตรปรอท จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวันนี้พบว่าปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นญาติสามารถช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด จึงนัดติดตามเยี่ยมครั้งต่อไปอีก 1 เดือน เพื่อติดตามการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

การติดตามเยี่ยมวันนี้ ได้ฝึกสอนทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกับญาติและการเดินที่ถูกต้องเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

1. การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเตียงสู่เก้าอี้หรือนั่ง

1.1 ช่วยพลิกผู้ป่วยให้นอนตะแคง จัดเท้าห้อยข้างเตียงจากนั้นใช้มือประคองผู้ป่วยขึ้นในท่านั่ง

1.2 เตรียมรถนั่งให้พร้อม ขยับรถนั่งให้ด้านข้างพนักแขนของรถนั่งชิดกับขอบเตียงเอาที่พนักเท้าออกเพื่อให้มีพื้นที่มากที่สุด เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการชนที่พนักเท้าและที่ห้ามล้อ

1.3 เตรียมตัวญาติให้พร้อม โดยจัดเท้าข้างหนึ่งของญาติอยู่ระหว่างเท้าของผู้ป่วย (โดยเท้าทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยวางราบกับพื้น) เลื่อนเท้าอีกข้างของญาติ จัดในทิศทางที่จะเคลื่อนไหวและจัดมือทั้ง 2 ข้างของญาติโอบด้านหลังของผู้ป่วย

1.4 เตรียมพร้อมในการเคลื่อนย้าย ทำหลังของญาติให้ตรงเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยเพื่อยกผู้ป่วยจากเตียงและหมุนตัวผู้ป่วยให้นั่งบนรถนั่งอย่างนุ่มนวล

1.5 จัดเอนตัวผู้ป่วยไปข้างหน้า เลื่อนกันผู้ป่วยให้ชิดกับพนักพิงของรถนั่งจัดให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรง

1.6 จัดที่วางแขนและที่พนักเท้าให้อยู่ในตำแหน่งเดิม จัดเท้าผู้ป่วยให้อยู่บนที่พนักเท้าในท่าที่สะดวกสบาย

2. การเปลี่ยนท่าจากท่านั่งเป็นท่านยืน

2.1 เลื่อนสะโพกผู้ป่วยให้เข้ามาใกล้ขอบเก้าอี้หรือเตียง

2.2 จัดท่านั่งหลังตรง

2.3 จัดเท้าทั้ง 2 ข้าง ให้วางราบกับพื้น โดยความกว้างของเท้าทั้ง 2 ข้าง เท่ากับช่วงไหล่ส้นเท้าตรงใต้ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และส้นเท้าทั้ง 2 ข้างแตะพื้น

2.4 ให้ผู้ป่วยโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อยและมองตรงไปข้างหน้า หลังตรง จัดไหล่โน้มมาด้านหน้า ตรงกับเข่าทั้ง 2 ข้าง

2.5 ค่อยๆ ยืนขึ้น โดยทิ้งน้ำหนักลงที่ขาทั้ง 2 ข้างเท่าๆ กัน ยืนตัวตรง

2.6 ยืนนิ่งประมาณ 2-3 นาที จนกระทั่งมีการทรงตัวที่ดีจากนั้นใช้มือจับโครงโลหะช่วยเดินก่อนที่จะเริ่มเดิน

3. การเริ่มเดินฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้

3.1 ยกโครงโลหะช่วยเดินขึ้นและวางไกลออกไปประมาณ 1 ฟุตข้างหน้า

3.2 วางขาที่อ่อนแรงไปข้างหน้า ลงน้ำหนักขาตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด สลับการลงน้ำหนักระหว่างขาหน้าและขาหลัง

3.3 ลงน้ำหนักที่แขนทั้ง 2 ข้าง เลื่อนขาที่ดีไปข้างหน้า ขาค่อยอยู่ตรงกลางของโลหะช่วยเดิน

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติได้ แต่ยังไม่นัดบ่นว่าเหนื่อย แต่บอกว่าจะพยายามฝึกทำบ่อยๆ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 วันที่ 30 กันยายน 2563

การติดตามเยี่ยมครั้งนี้สภาพบ้านผู้ป่วยสะอาดผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง หน้าตาสดใสยิ้มทักทายด้วยไมตรีจิตผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีขึ้นมาก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ประเมิน ADL=70 ญาติให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี วัตถุประสงค์ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร

80 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอทน้ำหนัก 67 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI=27.88 จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันนี้ พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลทุกข้อได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นญาติช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด ได้ทบทวนความรู้เพื่อดูแลตนเองและป้องกันการเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยสรุปดังนี้

1. ติดตามวัด ความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

2. รับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอตามคำสั่งของแพทย์

3. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ หลากหลายในปริมาณที่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย

4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารประเภททอด

5. หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปและอาหารหมักดอง เช่น หมูหยอง หมูแผ่น ปลาเค็ม ปลาร้า ผักและผลไม้ดองและแช่อิ่มต่างๆ เนื่องจากมีโซเดียมสูง ทำให้ความดันโลหิตสูงได้

6. เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา สันในสัตว์ และเลือกผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้

7. เลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แดงโม

8. ควบคุมน้ำหนักให้ BMI อยู่ในช่วงเกณฑ์ปกติ

9. รู้จักผ่อนคลายความเครียดและพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง

10. ทำกายภาพบำบัดทุกวันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

11. ติดตามการตรวจเลือดทุกครั้งเมื่อแพทย์นัด

12. สังเกตอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เช่น ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด ให้รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติฟังอย่างเข้าใจและสามารถย้อนกลับคำแนะนำได้ ผู้ป่วยและญาติมีภาวะพึ่งพาตนเองได้ดี นัดเยี่ยมครั้งต่อไปอีก 3 เดือน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 13 มิถุนายน 2563 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 มาด้วยอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอาการ (conservative treatment) โดยให้ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดความดัน ยาป้องกันการชักเกร็ง ได้รับการตรวจเอกซเรย์สมอง เป็นระยะเพื่อติดตามอาการเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยนอนพักอยู่ในรพ.รวม 33 วัน เมื่อผู้ป่วยเตรียมกลับบ้านทางแผนกอายุรกรรม จึงส่งปรึกษางานดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมกับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้รับช่วงต่อการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2563 ซึ่งจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านพบว่า ผู้ป่วยมี

ปัญหาภาวะการเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร เนื่องจากการกลืนลำบาก วิตกกังวลเนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง การคาดการณ์ในอนาคต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีอาการท้องผูกเนื่องจากยังเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเคยมีพยาธิสภาพที่สมองจึงได้เตรียมแผนจำหน่ายดังนี้ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ 2) เตรียมความพร้อมเรื่องสิ่งแวดล้อมและสถานที่ โดยประยุกต์บ้านเป็นเรือนนอน (Home ward) 3) ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลงสู่ชุมชน โดยผ่านโปรแกรมเยี่ยมบ้าน smart COC 4) นัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน 5) เตรียมทีมในการเยี่ยมบ้าน โดยร่วมประชุมวางแผนก่อนออกเยี่ยม และประเมินหลังการเยี่ยม เพื่อวางแผนเยี่ยมครั้งต่อไป และลงบันทึกการเยี่ยมในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน smart COC และ โปรแกรม HosXp โรงพยาบาล ในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน แก้ไขปัญหา ประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ เน้นย้ำถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรก ประสานทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน แนะนำ

ผู้ป่วยและครอบครัวถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือ ยามฉุกเฉิน ติดต่อบอร์ด 1669 ตลอดจนให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านพบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คลายความวิตกกังวล ชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดที่สมอง ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างพอเพียง เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก แต่ส่วนใหญ่จะพบว่ามียอรรอยความเสียหายทางระบบสมองหลงเหลืออยู่ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ความพิการส่งผลกระทบต่อการทำงานดำเนินชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อไป ดังนั้นสิ่งที่ดีที่สุดคือการป้องกันการเกิดโรค การสร้างความตระหนักให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้อง ปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การตรวจสุขภาพ การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หากพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ควรได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หากเป็นกลุ่มเสี่ยงควร

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเกิดโรค พยาบาลชุมชนควรมีความรู้ความเข้าใจทักษะที่ดี เมื่อพบผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยง ควรให้ความรู้ คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างความตระหนักให้อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างเสริมป้องกันโรคทางหนึ่งสำหรับกลุ่มที่ป่วยแล้วพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่าย เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการร่วมมือกับนักกายภาพบำบัด ในด้านการฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตนเองและเป็นผู้ช่วยฝึกให้ผู้ป่วย (active และ passive movement) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการกลับเป็นซ้ำ โดยมีการประสานงาน ทำงานกับทีมสหสาขา และครอบครัวผู้ป่วย รวมไปถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะหลายๆ ฝ่าย มาร่วม

กันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทีมสหวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญที่เป็นมาตรฐานการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย

2. พยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการประสานสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมองค์รวมและต่อเนื่อง จึงควรมีการประเมินวิเคราะห์ปัญหาที่พบหน้างานและเครือข่าย พัฒนาระบบงาน มีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อเชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน

3. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการและดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็น ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองถือว่ามีความสำคัญ ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนแก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำโครงการให้องค์ความรู้และประชาชนได้รับการคัดกรองอย่างเหมาะสมหรือให้รับรู้อาการสำคัญโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาได้ทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Day. [internet].October 29, 2019. [cited 2020 June 15] ;Available from: URL: <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2019.aspx>)
2. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. “กรมควบคุมโรครณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต” ข่าวในรั้ว สธ. 25 ตุลาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2563 สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>.

3. นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559
4. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต] 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2563 สืบค้นจาก www.thaistroke.society.org/2560
5. โรงพยาบาลเสนา. รายงานสถิติประจำปี 2562.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเสนา; 2563
6. เสาวลักษณ์ กองนิล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 2557.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ไม่เคยลงตีพิมพ์ เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้พิมพ์ ทุกคนรวมถึง ตำแหน่งและสถานที่ของผู้พิมพ์ ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้ที่ กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ทาง e-mail jaratsri@ckr.ac.th

4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้พิมพ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนด การตั้งค่าหน้ากระดาษดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านล่าง 1 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านขวา 1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ

คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐาน (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, สรุปอภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามีในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่าหน้ากระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากชื่อภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์

ไว้ได้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับ เช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่น่าลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้วหัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร) เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้น จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 1 ฉบับ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559
4. ประสงค์ ตูจินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพศุทธิ์ ศิริบุญญ์ อรุณพล บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl, C.B. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
7. กาญจนา ใจเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.[วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American. [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทไธ. การดูแลผู้สูงอายุไ้ตวายุระยะสุดท้าย: บทบาททำทหายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2) : 5-14.
10. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' perspectives. J NursEducPract. 2015; 5(6): 25-30.
11. Wisting, L , Bang, L, Skrinvanrhaug T, et al. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care. 2016; 23;4(1): 1-7. doi: 10.1136/bmjdr-2016- 000203
12. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. รามาธิบดีเวชสาร [อินเทอร์เน็ต].2557; 97-110 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557].เข้าถึงได้จาก:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
13. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci.[Internet]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>

แบบฟอร์มขอส่งต้นฉบับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

1. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)

ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....

3. สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง
และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาวนามสกุล.....
ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร
.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....
ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารประเภท () สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท
() สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท
โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....
() มกราคม – มิถุนายน 25..... () กรกฎาคม – ธันวาคม 25.....
พร้อมได้ส่ง () ธนาณัติ ส่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
() โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาบ้านโป่ง ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
บัญชีเลขที่ 706-1-44527-0
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

99 ม. 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110

หรือส่งเอกสารทาง e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการวารสารทราบด้วย

** กรุณาถ่ายสำเนาธนาณัติ หรือ สำเนาการโอนเงิน มาที่ e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

