

ร้อยเอ็ดเวชสาร

• โรงพยาบาลร้อยเอ็ด •

ISSN 2350-9694 • ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 • Vol.4 No.2 July - December 2017

นิพนธ์ต้นฉบับ • Original Article

01 ระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ
Low Density Lipoprotein Cholesterol Level is not Associated with Recurrent Ischemic Stroke

- ชุตติมา คูศิริวิเชียร, ภัศสร สี่यरรงศิริ
- *Chutima Koosiriwichian, Passorn Sueyanyongsiri*

09 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี
Risk Factors of Low Birth Weight Infant at Ratchaburi Hospital

- ชุตติมา ไตรนภากุล • *Chutima Trainapakul*

16 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Factors correlated with the competency of Nurse's Supervisor at Roi Et Hospital

- สุภิดา สุวรรณพันธ์, จุฑามาส ประจันพล • *Supida Suwannapun, Jutamas prajunpol*

25 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase
โรงพยาบาลในเครือข่าย จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients with Acute STEMI Who Received Streptokinase at Roi et Network Hospital

- เรวดี สมทรัพย์, จุฑามาส ประจันพล • *Ravadee Somsup, Jutamas prajunpol*

34 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักฟื้น
และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
The Development of Nursing Care Regulation for Post Anesthesia by Spinal Block in Recovery Room and in Ward, Roi Et Hospital

- วันเพ็ญ พันธภิบาล, อาภาภรณ์ ภคพงศ์ • *Wanpen Pantapibal, Arpamong Pakapong*

44 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิสัญญีกับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วย
ที่มารับบริการวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
The correlation between the patient's knowledge of anesthesia and Perceptive levels of anesthetic processes in Roi Et Hospital

- อาภาภรณ์ ภคพงศ์, วันเพ็ญ พันธภิบาล • *Arpamong Pakapong, Wanpen Pantapibal*

มีต่อปกหลัง

54 ปัจจัยความสัมพันธ์กับการมารับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Factors Related to Emergency Medical Service of Urgent and Critical Illness Patients in Roi Et Hospital

• สุภลักษณ์ ต้นทอง, สุริยา หล้าก้า • *Supaluck Tontong, Suriya Lakam*

65 เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย Corneal ulcer หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กับเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.
Length of Stay and Charges of Corneal Ulcer Patients in EENT Unit Roi Et Hospital with National Health Security Office

• เพชรา รัตนจันทร์ • *Petchara Ratanachan*

74 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
Development of prevention guidelines for postpartum hemorrhage Borabue Hospital Mahasarakham province

• เพ็ญศิริ กุลมงคลสวัสดิ์, อภิญญา สารภักดิ์ • *Pensiri Kunmongkolsawat, Apinya Sarapak*

83 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
Factors Affecting Happiness in Personnel Work of Borabue Hospital, Borabue District, Maha Sarakham Province

• อุดมศักดิ์ ทวดอาจ • *Udomsak Thuadard*

91 ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
The Difference between Expection and Practice in Strategic Management for Department of Roi Et Hospital

• เจริญ นิลสุ • *Charoen Nilsu*

กรณีศึกษา • Case Study

103 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด สูตรแก๊กเซน : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Hypersensitivity Reaction of Breast Cancer Patients after Receiving Chemotherapy Treatment with Taxane Regimen : 2 Cases Study

• ศิรินทรา โคตะโน • *Sirintra Kotano*

113 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Cervical Cancer Patients Receiving Chemotherapy : 2 Cases Study

• ลรุณี สายเชื้อ • *Larunee saichear*



ร้อยเอ็ดเวชสาร

• โรงพยาบาลร้อยเอ็ด •



• **เจ้าของ**

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• **ผู้อำนวยการ**

นายแพทย์มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์

• **บรรณาธิการ**

นายแพทย์ธนากร จิระชวาลา

• **บรรณาธิการร่วม**

นายแพทย์ณรงค์ชัย สังฆา

• **กองบรรณาธิการ**

นายแพทย์ฉันทิพย์ พูลลาภ
นายแพทย์บุญยงค์ จิระสุวรรณกุล
นายแพทย์ชิตเขต โตเหมือน
แพทย์หญิงพนารัตน์ เถาว์ทิพย์
นายแพทย์ชินวัฒน์ ศรีใส
นายแพทย์ชัชวาลย์ ทานตะวันสดใส
แพทย์หญิงวิราภรณ์ ณรงค์ราช
นายแพทย์พิรุณ ว่องไวทยกรกุล
นายแพทย์สาธิต ขนนไทย
นายแพทย์ธงชัย เสรีรัตน์
แพทย์หญิงวีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ
เภสัชกรหญิงจิราภรณ์ ชมพูปูตร
นางสาวพนิดา สุทธิประภา
นางภัศราภรณ์ ศิริษา
นางสาวเอี่ยมพร สุ่มมาตย์
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ
นางสาวกรณ์ทิพย์ จีไพเซอร์

• **ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

นางชไมพร ทิมเรืองเวช, นางสาวแพรวพรรณ พลเยี่ยม

• **สำนักงาน**

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

• **กำหนด**

ราย 6 เดือน

• **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ในประเด็นสาธารณสุข
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้า วิจัย ในด้านบริหาร วิชาการ และบริการสาธารณสุข



ร้อยเอ็ดเวชสารยินดีรับเรื่องที่เป็นวิชาความรู้ทางการแพทย์และวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่บทความต้องเป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย

**** เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ****

ข้อความและข้อคิดเห็นเป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของบรรณาธิการหรือของวารสาร ทางกองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข เรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

• การเตรียมและส่งต้นฉบับ •

1. ประเภทบทความ

• นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

• บทปฏิบัติตน (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 10 หน้า

• บทความพิเศษ (Special Article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิบัติตนกับบทความพื้นฐานที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

• บทความพื้นฐาน (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่นำมาหรือพื้นเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมพื้นฐานหรือการอบรมแพทย์ (training course) เป็นคราวๆ ไป

• รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือ รายงานสังเขป (short communication)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

• รายงานผู้ป่วย (Clinical Note)

เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วนบางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรง แบบที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วยบทนำ พรรณผู้ป่วย (case description) วิจารณ์หรือข้อสังเกตและเอกสารอ้างอิง

• ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทรรศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

• จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ (Correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน

100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) รวมถึงตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน เป็นภาษาไทย

2.2 บทคัดย่อ (abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทย ไว้เหนือเนื้อความย่อ สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยก็เช่นเดียวกัน ให้ใส่เรื่อง ชื่อเต็มผู้นิพนธ์ไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่อง สำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือหลักคำ

2.4 บทนำ (introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษาแต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับ จุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษา เป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (material & methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

หัวข้อวัสดุ ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและ ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการ ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งที่มีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized, double blind, descriptive หรือ quasi experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธี หรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่นรูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้ามาตรการ ที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยาย เป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไป จากผลงานที่มี ผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไรเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง แล้วจบ บทความด้วยข้อยุติ

2.8 ข้อยุติ (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ประเด็นคำถาม การวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (table, illustration, diagram)

การพิมพ์ตารางควรพิมพ์ในช่องตารางไม่ควรพิมพ์แบบตัวหนังสือแล้วครอบด้วยเส้น

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียวแจ้งให้ทราบว่า มีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหารผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่างและผู้สนับสนุนทุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ๆ ทำให้บทความด้อยความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่า งานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (Reference)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบ U.S National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.shtml>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสันขนาด A4 (216 X 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ อย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่หน้าปกชื่อเรื่องเรียงไปตามลำดับ ที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายใช้ภาพขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

4.4 ให้ส่งรูปและเรื่องฉบับจริงจำนวน 1 ชุด พร้อมแจ้งชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล ของผู้พิมพ์ด้วยทุกครั้ง

4.5 ผู้พิมพ์ต้องแนบหลักฐานว่าเรื่องที่ศึกษาได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

5. การรับต้นฉบับ

5.1 เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ให้ผู้พิมพ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์/รับและตีพิมพ์โดยไม่แก้ไข /ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เมื่อวารสารจัดพิมพ์แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 4 เล่ม

การส่งแผ่นซีดีต้นฉบับ ต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียวในแฟ้มข้อมูล ไม่ควรกำหนดชื่อแฟ้มข้อมูลเป็นภาษาไทย พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ตัวอักษร ต่อหน้า ระบุชื่อแฟ้มข้อมูลและเขียนชื่อแฟ้มข้อมูลบนแผ่นซีดีที่ใช้พิมพ์ต้นฉบับ

***** ไม่รับส่งบทความทางอีเมลโดยเด็ดขาด *****

ส่งแผ่นซีดีพร้อมพิมพ์ต้นฉบับจริง 1 ชุด มายัง

นพ.ธนากร จิรชวาลา

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ถ.รณชัยชาญยุทธ อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000

โทร. 043-518200 ต่อ 7146 โทรสาร. 043-511503

Email : vichakarn_101@hotmail.com

บรรณาธิการแปล

Editor's Note

ร้อยเอ็ดเวชสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 4 นับจากที่เราเปลี่ยนชื่อวารสารจาก วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ซึ่งในแต่ละปีเรามุ่งมั่นพัฒนาองค์ความรู้ด้านงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง ภายในเล่มจึงประกอบไปด้วยเนื้อหาที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นการรักษา พยาบาลรวมถึงงานสนับสนุนทางการแพทย์ ล้วนแล้วแต่น่าสนใจและน่าติดตามเป็นอย่างยิ่ง ผมต้องขอขอบพระคุณที่ไว้ใจให้ร้อยเอ็ดเวชสารทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่การค้นคว้า งานวิจัยที่มีคุณค่าของท่าน

ในปี 2561 นโยบายที่กระทรวงอยากเห็นบุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก โดยนำค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นตัวขับเคลื่อนได้แก่การเป็นนายตนเอง Mastery (Mastery of mind) เร่งสร้างสิ่งใหม่ Originality ใส่ใจประชาชน People centered และถ่อมตนอ่อนน้อม Humility ยังเป็นสิ่งที่เราทุกคนควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะหากเรายึดถือปฏิบัติ หยั่งลึกในจิตวิญญาณ ต่อให้งานหนักเพียงไร ก็จะมีแรงใจในการทำงานอย่างไม่ย่อท้อ นั่นเพราะเราอยากเห็นประชาชนมีสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ท้ายนี้ในโอกาสจิตสมัยขึ้นปี 2561 ผมขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย โปรดดลบันดาลให้ทุกท่าน จงประสบแต่ความสุข ความเจริญ เป็นกำลังที่มีคุณค่าด้าน สาธารณสุขของประเทศชาติ ต่อไป

นายแพทย์ธนากร จิรชวลา
บรรณาธิการ

ระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ **Low Density Lipoprotein Cholesterol Level is not Associated with Recurrent Ischemic Stroke.**

.....
ชุตินา คูศิริวิเชียร*, ภััสสร สื่อยรรยงศิริ**

Chutima Koosiriwichian, Passorn Sueyanyongsiri

ABSTRACT

Stroke is the important and common disease. Patient who has prior stroke trends to have recurrent stroke than others. The objectives of this study are to study risk factors and prevalence of recurrent ischemic stroke in Chakkarat hospital, Nakhon Ratchasima province. This study was retrospective study, collected data by using medical records. Ischemic stroke patients who attended in Chakkarat hospital, Nakhon Ratchasima province since 1 October 2012 to 30 September 2016 were enrolled in the study. The data analysis used frequency, mean and percentage. In each groups compared by logistic regression analysis and between groups compared by Chi-square test. The result found that there were 213 ischemic stroke patients. 41 patients were recurrent ischemic stroke (19.2%). In no recurrent ischemic stroke group, elder was found more often than other age groups (OR 1.87, $P < 0.05$). In recurrent ischemic stroke group, elder, hypertension and poor controlled blood sugar were found more often than others (OR 2.15, 1.93 and 4.5, respectively, $P < 0.05$). The duration of recurrent ischemic stroke was found most in 31 days to 1 year after prior stroke (46.3%). Hypertension, obesity and discontinuation of antiplatelet treatment were risk factors of recurrent ischemic stroke (OR 2.55, 2.58 and 8.44, respectively, $P < 0.05$) In addition, uncontrolled low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) level was not associated with recurrent ischemic stroke.

Keywords : ischemic stroke, recurrent ischemic stroke, risk factors, prevalence, low density lipoprotein cholesterol

* อายุรแพทย์ โรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา

** อายุรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญและพบบ่อย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้วมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำที่มารับบริการในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือน 30 กันยายน พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายในกลุ่มของประชากรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแคว์ ผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 213 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจำนวน 41 คน (ร้อยละ 19.2) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำพบเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (Odd ratio 1.87, $P < 0.05$) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำพบเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นพบมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงมากกว่า และพบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมากกว่า (Odd ratio 2.15, 1.93 และ 4.5 ตามลำดับ, $P < 0.05$) ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำพบได้บ่อยในช่วง 31 วันถึง 1 ปี (ร้อยละ 46.3) การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง การมีภาวะอ้วน และการขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรีนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (Odd ratio 2.55, 2.58 และ 8.44 ตามลำดับ, $P < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การควบคุมระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดได้ไม่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ปัจจัยเสี่ยง ความชุกไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอล



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญและพบบ่อย จากข้อมูลของ World Stroke Organization¹ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของความพิการและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 2 ของโลก สูงถึง 6.5 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทย จากรายงานสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข² ในปี พ.ศ. 2546 - 2556 พบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 237,039 ราย อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 366.8 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตาย 36.13 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

อยู่แล้วมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติ โดยพบอัตราการตายในระยะแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่าเมื่อเทียบกับครั้งแรกและสูงถึงร้อยละ 80 ในการเกิดโรคซ้ำครั้งที่ 3³ ทำให้เกิดความพิการตามมาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้มีการสูญเสียทรัพยากรที่เป็นประโยชน์จำนวนมาก ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของโรคดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำในโรงพยาบาลจักราช

จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำมาปรับเป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อไป อนึ่ง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำในการศึกษานี้ส่วนหนึ่งอ้างอิงมาจากแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสมองขาดเลือดชั่วคราวของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)⁴ ปีพ.ศ.2557

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำที่มารับบริการในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำที่มารับบริการในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงระยะเวลา 4 ปี คือ ตั้งแต่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ทุกราย และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จะต้องทำการศึกษาในผู้ป่วยอย่างน้อยจำนวน 207 คน วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายในกลุ่มของประชากรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) โดยมีคำจำกัดความดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองตีบ หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก

- โรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ หมายถึง การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

- การควบคุมความดันโลหิตไม่ดี หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ให้ต่ำกว่า 140 ม.ม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ต่ำกว่า 90 ม.ม.ปรอท

- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี หมายถึง

การที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% โดยกรณีไม่มีผลตรวจค่า HbA1c ให้ใช้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dL การควบคุม

- ระดับไขมันในเลือดไม่ดี หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอล (Low-density lipoprotein cholesterol ; LDL-C) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL

- ภาวะอ้วน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index ; BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m²

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในรพ.จักราช จ.นครราชสีมา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง กันยายน พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 213 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำจำนวน 172 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งหมด

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำ พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 49 อายุตั้งแต่ 36 ปีถึง 99 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 65 โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 43 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ภายในกลุ่มพบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Odd ratio 1.87)

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 49 อายุตั้งแต่ 27 ปีถึง 89 ปี อายุเฉลี่ย 65 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 68 โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 66 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ภายในกลุ่มพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (Odd ratio 2.15, 1.93 และ 4.5 ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและการเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ภายในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

ลักษณะทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำ (ร้อยละ) (n = 172)	Odd ratio	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (ร้อยละ) (n = 41)	Odd ratio
เพศชาย	49	0.95	49	0.95
อายุเฉลี่ย(ปี)	64		65	
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	65	1.87*	68	2.15*
มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	43	0.76	66	1.93*
มีโรคประจำตัวโรคหัวใจ	6	0.06	10	0.11
การมีภาวะอ้วน	22	0.78	41	0.71
การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี	31	0.45	44	0.78
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี	13	1.28	22	4.5*
การควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ไม่ดี	45	0.83	49	0.95
สูบบุหรี่	14	0.16	15	0.17
ดื่มสุรา	8	0.08	10	0.11
ขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพริน	6	0.07	37	0.58

* P value < 0.05

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางคนพบมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

สำหรับระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำพบได้บ่อยในช่วง 31 วันถึง 1 ปี ร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ ช่วง 1 ปี 1 วันถึง 5 ปี ร้อยละ 29.3 ระยะเวลามากกว่า 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.1 และภายใน 30 วัน ร้อยละ 7.3

การเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำพบว่า การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง การมีภาวะอ้วน และการขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพริน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odd ratio 2.55, 2.58 และ 8.44 ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

ลักษณะทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำ (ร้อยละ) (n = 172)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (ร้อยละ) (n = 41)	Odd ratio
เพศชาย	49	49	0.99
อายุเฉลี่ย(ปี)	64	65	
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	65	68	1.15
มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	43	66	2.55*
มีโรคประจำตัวโรคหัวใจ	6	10	1.75

* P value < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำ (ร้อยละ) (n = 172)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ (ร้อยละ) (n = 41)	Odd ratio
การมีภาวะอ้วน	22	41	2.58*
การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี	31	44	1.75
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี	13	22	3.52
การควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ไม่ดี	45	49	1.14
สูบบุหรี่	14	15	1.05
ดื่มสุรา	8	10	1.3
ขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรีน	6	37	8.44*

* P value < 0.05

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 213 คน พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำร้อยละ 19.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Andersen KK และ Olsen TS⁵ ที่พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำในระยะเวลา 10 ปี ที่ร้อยละ 19.6 แต่น้อยกว่าการศึกษาของ Tang M และคณะ⁶ ที่พบความชุกร้อยละ 27.2 การศึกษาของ Wang Y และคณะ⁷ ที่พบความชุกร้อยละ 22.7 และการศึกษาของ Kumral E และคณะ⁸ ที่พบความชุกร้อยละ 22.2 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำสูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอีกหลายการศึกษา^{3,9-16} ซึ่งสาเหตุน่าจะเกิดจากวิธีการเก็บข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างกัน

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายในกลุ่มพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Odd ratio 1.87)

ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำพบเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกันเช่นกัน อายุเฉลี่ย

65 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Tang M และคณะ⁶ ที่พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 80.1 และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ภายในกลุ่มพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (Odd ratio 2.15, 1.93 และ 4.5 ตามลำดับ)

ระยะเวลาในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำของการศึกษานี้พบได้บ่อยในช่วง 31 วัน - 1 ปี โดยพบว่าผู้ป่วยจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำภายใน 1 ปี สูงถึงร้อยละ 53.6 ดังนั้นการลดหรือควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงควรรีบทำตั้งแต่วินาทีแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

การเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ไม่เป็นซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ พบว่า การมีโรคความดันโลหิตสูง การมีภาวะอ้วน และการขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรีน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odd ratio 2.55, 2.58 และ 8.44 ตามลำดับ) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของความดันโลหิตสูงพบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการศึกษาหลายการศึกษา^{9, 11, 15-19} ดังนั้นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสร้าง

เสริมสุขภาพ จำกัดอาหารเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอพักผ่อนให้เพียงพอ และรักษาสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญ สำหรับปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการมีภาวะอ้วน พบมีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ 5, 20, 21 ที่พบว่าภาวะอ้วนลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ

ในส่วนปัจจัยเสี่ยงเรื่องการขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรีน พบว่าผลการศึกษานี้เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาอื่น ๆ 13, 22 ที่พบว่ายาต้านเกล็ดเลือดสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้ ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจึงควรมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการกินยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ 14, 15, 19 ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

การศึกษานี้พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำได้สูงถึง 3.52 เท่า แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xu G และคณะ¹¹ ที่พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถลดอัตราส่วนอันตรายของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวานในการศึกษานี้น้อยเกินไป

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การควบคุมระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดได้ไม่ดีไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xing Y และคณะ²³ ที่พบว่าระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดซ้ำ การศึกษาของ Zhao W และคณะ²⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวมในเลือดในระดับต่ำ ๆ มีอัตราการเกิดภาวะฟุ้งฟิง และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับไขมันคอเลสเตอรอล

รวมในเลือดในระดับสูง ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอีกหลายการศึกษา 8, 12, 15, 16, 25-28 ที่พบว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากชนิดของไขมันที่ใช้ในแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน เกณฑ์การควบคุมระดับไขมันที่แตกต่างกัน และยาที่ใช้ในการลดระดับไขมันที่แตกต่างกัน

ในปัจจุบันมีการศึกษาที่มุ่งเน้นศึกษาถึงผลของการใช้ยาลดไขมัน statin ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้เพื่อควบคุมระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือไม่ โดยไม่คำนึงถึงระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดว่าสามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์หรือไม่ และบางการศึกษา²⁹⁻³¹ พบว่ายา statin สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางการศึกษา³²⁻³⁴ ที่พบว่าผลของการใช้ยา statin กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำยังไม่ชัดเจนมากนัก

ข้อยุติ

การศึกษานี้พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำมีความชุกที่สูง โดยพบมากในผู้สูงอายุ โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำภายใน 1 ปีแรก ดังนั้นการลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงจึงควรรีบทำตั้งแต่วางแรกของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ได้แก่ การมีโรคความดันโลหิตสูง การมีภาวะอ้วน และการขาดยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรีน นอกจากนี้ยังพบว่า การควบคุมระดับไขมันแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือดได้ไม่ดี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ ดังนั้น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจึงควรเน้นไปที่ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การลดความอ้วน การติดตามการรักษาและให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการกินยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว



● เอกสารอ้างอิง ●

1. World Stroke Organization. Campaign Resources Toolkit 2016. [on line]2016: Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/campaign-toolkit-2016.html>. Accessed July 28, 2016.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. รายงานประจำปี 2557;21-36.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. Recurrent Ischemic Stroke in Srinagarind Hospital. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554;6(3):31-38.
4. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014 Jul;45(7):2160-236.
5. Andersen KK, Olsen TS. Body mass index and stroke: overweight and obesity less often associated with stroke recurrence. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013 Nov;22(8):e576-81.
6. Tang M, Sun J, Wang W, Liu J, Chao B, Liu J, et al. The prevalence and status of pre-hospital treatments of risk factors among patients with stroke in China. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2015 Dec;54(12):995-1000.
7. Wang Y, Ma H, Yang J, Li J, Hao X, Mou Q, et al. Association between estimated glomerular filtration rate, ankle-brachial index, and recurrent ischemic stroke in a Chinese population of ischemic stroke patients. *Vasa*. 2013 May;42(3):177-83.
8. Kumral E, Evyapan D, Gökçay F, Karaman B, Orman M. Association of baseline dyslipidemia with stroke recurrence within five-years after ischemic stroke. *Int J Stroke*. 2014 Oct ; 9 Suppl A100:119-26.
9. Toyoda K, Okada Y, Kobayashi S. Early recurrence of ischemic stroke in Japanese patients : the Japan standard stroke registry study. *Cerebrovasc Dis*. 2007;24(2-3):289-95.
10. Zhang C, Zhao X, Wang C, Liu L, Ding Y, Akbary F, et al. Prediction factors of recurrent ischemic events in one year after minor stroke. *PLoS One*. 2015 Mar 16;10(3):e0120105.
11. Xu G, Liu X, Wu W, Zhang R, Yin Q. Recurrence after ischemic stroke in chinese patients: impact of uncontrolled modifiable risk factors. *Cerebrovasc Dis*. 2007;23(2-3):117-20.
12. Callaly E, Ni Chroinin D, Hannon N, Marnane M, Akijian L, Sheehan O, et al. Rates, Predictors, and Outcomes of Early and Late Recurrence After Stroke: The North Dublin Population Stroke Study. *Stroke*. 2016 Jan;47(1):244-6.
13. Bergström L, Irewall AL, Söderström L, Ögren J, Laurell K, Moee T. One-Year Incidence, Time Trends, and Predictors of Recurrent Ischemic Stroke in Sweden From 1998 to 2010: An Observational Study. *Stroke*. 2017 Aug;48(8):2046-2051.
14. Kuwashiro T, Sugimori H, Ago T, Kamouchi M, Kitazono T; FSR Investigators. Risk factors predisposing to stroke recurrence within one year of non-cardioembolic stroke onset: the Fukuoka Stroke Registry. *Cerebrovasc Dis*. 2012;33(2):141-9.
15. An YC, Chen YX, Wang YX, Zhao XJ, Wang Y, Zhang J, et al. Risk factors on the recurrence of ischemic stroke and the establishment of a Cox's regression model. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2011 Aug;32(8):816-20.
16. Feng SJ, Liu M, Li WZ, Li W, Zhang SH. A prospective study of stroke recurrence and the risk factors. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 2009 May;29(5):983-5.
17. Li Q, Zhu X, Feng C, Fang M, Liu X. Duration of symptom and ABCD2 score as predictors of risk of early recurrent events after transient ischemic attack: a hospital-based case series study. *Med Sci Monit*. 2015 Jan 21;21:262-7.

• เอกสารอ้างอิง (ต่อ) •

18. Suanprasert N, Tantirithisak T. Impact of risk factors for recurrent ischemic stroke in Prasat Neurological Institute. *J Med Assoc Thai*. 2011 Sep;94(9):1035-43.
19. Liou CW, Tan TY, Lin TK, Wang PW, Yip HK. Metabolic syndrome and three of its components as risk factors for recurrent ischaemic stroke presenting as large-vessel infarction. *Eur J Neurol*. 2008 Aug;15(8):802-9.
20. Doehner W, Schenkel J, Anker SD, Springer J, Audebert HJ. Overweight and obesity are associated with improved survival, functional outcome, and stroke recurrence after acute stroke or transient ischaemic attack: observations from the TEMPiS trial. *Eur Heart J*. 2013 Jan;34(4):268-77.
21. Ovbiagele B, Bath PM, Cotton D, Vinisko R, Diener HC. Obesity and recurrent vascular risk after a recent ischemic stroke. *Stroke*. 2011 Dec;42(12):3397-402.
22. Ostergaard K, Pottegård A, Hallas J, Bak S, dePont Christensen R, Gaist D. Discontinuation of antiplatelet treatment and risk of recurrent stroke and all-cause death: a cohort study. *Neuroepidemiology*. 2014;43(1):57-64.
23. Xing Y, An Z, Yu N, Zhao W, Ning X, Wang J. Low Density Lipoprotein Cholesterol and the Outcome of Acute Ischemic Stroke: Results of a Large Hospital-Based Study. *Eur Neurol*. 2016;76(5-6):195-201.
24. Zhao W, An Z, Hong Y, Zhou G, Guo J, Zhang Y, et al. Low total cholesterol level is the independent predictor of poor outcomes in patients with acute ischemic stroke: a hospital-based prospective study. *BMC Neurol*. 2016 Mar 15;16:36.
25. Nomura E, Suzuki A, Inoue I, Nakagawara J, Takahashi K, Takahashi T, et al. Subsequent vascular events after ischemic stroke: the Japan Statin Treatment Against Recurrent Stroke-Longitudinal. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015 Feb;24(2):473-9.
26. Lai SL, Weng HH, Lee M, Hsiao MC, Lin LJ, Huang WY. Risk factors and subtype analysis of acute ischemic stroke. *Eur Neurol*. 2008;60(5):230-6.
27. Amarenco P, Goldstein LB, Messig M, O'Neill BJ, Callahan A 3rd, Sillesen H, et al. Relative and cumulative effects of lipid and blood pressure control in the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels trial. *Stroke*. 2009 Jul;40(7):2486-92.
28. Amarenco P, Labreuche J. Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurol*. 2009 May;8(5):453-63.
29. Flint AC, Conell C, Ren X, Kamel H, Chan SL, Rao VA, et al. Statin Adherence Is Associated With Reduced Recurrent Stroke Risk in Patients With or Without Atrial Fibrillation. *Stroke*. 2017 Jul;48(7):1788-1794.
30. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al. High-Dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med* 2006; 355:549-559.
31. Kotłęga D, Ciećwież S, Turowska-Kowalska J, Nowacki P. Pathogenetic justification of statin use in ischaemic stroke prevention according to inflammatory theory in development of atherosclerosis. *Neurol Neurochir Pol*. 2012 Mar-Apr;46(2):176-83.
32. Bersano A, Ballabio E, Lanfranconi S, Mazzucco S, Candelise L, Monaco S. Statins and stroke. *Curr Med Chem*. 2008;15(23):2380-92.
33. Feher A, Pusch G, Koltai K, Tibold A, Gasztonyi B, Szapary L, et al. Statintherapy in the primary and the secondary prevention of ischaemic cerebrovascular diseases. *Int J Cardiol*. 2011 Apr 14;148(2):131-8.
34. Manktelow BN, Potter JF. Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD002091.

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี

Risk Factors of Low Birth Weight Infant at Ratchaburi Hospital

ชุตินา ไตรนภากุล*
Chutima Trainapakul

ABSTRACT

Background : Low birth weight infants are higher risk of morbidity and mortality. Identification of risk factors is useful for solving the problem in each hospital.

Objective : To determine risk factors of low birth weight infant at Ratchaburi Hospital.

Material and method : This is a retrospective study. The data was collected from all maternal medical records, who delivered at Ratchaburi Hospital between 2015, 1st October to 2016, 30th September. There were 2,725 pregnant women, with totally 2,751 of live births. The newborn were divided into two groups: Low birth weight group were 359 cases and normal birth weight group were 2,392 cases. Maternal data was collected, including age, marital status, occupation, gravida, gestational age at first antenatal care, anemia, poor antenatal care (< 5 times), gestational age, previous history of pregnancy loss or abortion, premature rupture of membrane, twins, route of delivery, hypertension and sexually transmitted diseases. Newborn data included birth weight, sex and congenital anomaly. Data was analyzed by using chi-square test at the significance level was $p < 0.05$.

Result : There were 359 of low birth weight infants (13.05 %). The factors which significantly correlated to low birth weight infants (p value < 0.05) were pregnant women less than 17 years old, employee, multigravida, maternal anemia, poor antenatal care, preterm labor, previous history of pregnancy loss or abortion, twins, hypertension, sexually transmitted diseases and congenital anomaly.

Conclusion : Related factors of low birth weight infants were pregnant women age less than 17 years old, employee, multigravida, maternal anemia, poor antenatal care, preterm labor, history of abortion, twins, hypertensive, sexually transmitted diseases and congenital anomaly.

Keywords : Low birth weight infant, Risk Factors, Related factors

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอัตราป่วยและตายสูงกว่าทารกน้ำหนักปกติ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงมีประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในแต่ละโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่คลอดในโรงพยาบาลราชบุรี

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวน 2,725 ราย และข้อมูลทารกที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 2,751 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย 359 ราย และ น้ำหนักปกติ 2,392 ราย โดยเก็บข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ จำนวนของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ภาวะโลหิตจาง การมาฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ประวัติการแท้ง ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ครรภ์แฝด วิธีการคลอด โรคความดันโลหิตสูง และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลของทารก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด เพศ และทารกพิการแต่กำเนิด เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการทดสอบ chi-square กำหนดค่าความเชื่อมั่น $p < 0.05$

ผลการศึกษา : พบว่าเป็นทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย 359 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.05 ของทารกทั้งหมด พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$) ดังนี้ มารดาอายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง มารดามีภาวะโลหิตจาง มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ มารดามาคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มารดามีประวัติแท้งบุตร ครรภ์แฝด มารดามีโรคความดันโลหิตสูง มารดามีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และทารกพิการแต่กำเนิด

สรุป : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง ภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ การคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง ครรภ์แฝด มีโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และทารกพิการแต่กำเนิด

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, ปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Infant : LBW) คือ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ อาจจะคลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด หรือคลอดเกินกำหนดก็ได้^{1, 2} ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอัตราตายในระยะแรกเกิดมากกว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานถึง 40 เท่า และ 2 ใน 3 ของทารกที่เสียชีวิตภายใน 28 วัน หลังคลอดเป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปีสูงเป็น 5 เท่าของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้พบว่ามีความผิดปกติทางสมองและพัฒนาการสูงเป็น 3 เท่าของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์

มาตรฐาน³ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่ยังไม่สามารถลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ตามเป้าหมาย แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2554) ได้กำหนดเป้าหมายอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 โดยผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2550 และ ปี พ.ศ. 2551 มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 8.6 เท่ากัน⁴ ล่าสุดปี พ.ศ. 2557 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9⁵

ในโรงพยาบาลราชบุรี ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ร้อยละ 9.5, 11.22 และ 12.50 ตามลำดับ ยังสูงกว่าเป้าหมาย

จากการทบทวนเอกสารวิชาการต่างๆ และงานวิจัยที่ศึกษาถึงสาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าการคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) และทารกที่มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction or retardation : IUGR) เป็น 2 สาเหตุหลักของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในประเทศกำลังพัฒนาสาเหตุหลักเกิดจาก IUGR ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมสาเหตุหลักเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด⁶ ในประเทศไทยทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับการที่มารดาไม่มาฝากครรภ์ มารดาสูด มารดาตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น⁷ กลุ่มหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ดีคือฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์⁸ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวของมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม การคลอดก่อนกำหนด และการมีโรคประจำตัวของมารดา⁹⁻¹¹ จากการทบทวนสาเหตุที่มีผลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารกวมทั้งข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลราชบุรี ที่ผ่านมามีค่าตอบที่ชัดเจนถึงสาเหตุของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แต่คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านมารดา จึงได้ทำวิจัยนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่คลอดในโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการ

วัสดุ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 2,725 ราย และข้อมูลทารกที่คลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน 2,751 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย 359 ราย และ น้ำหนักปกติ 2,392 ราย ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 ลงในแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลของมารดา ประกอบด้วย อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ จำนวนของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก มารดาที่มีภาวะโลหิตจาง การมาฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ประวัติการแท้ง ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด วิธีการคลอด มีโรคความดันโลหิตสูง และมีโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลของทารก ประกอบด้วย น้ำหนักแรกเกิด เพศ และทารกพิการแต่กำเนิด

วิธีการ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลประชากร และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดากับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยการทดสอบ chi-square ที่กำหนดค่าความเชื่อมั่น $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ทารกน้ำหนักน้อย (<2,500 กรัม) จำนวน 359 ราย (ร้อยละ 13.05) ทารกน้ำหนักปกติ (>2,500 กรัม) จำนวน 2,392 ราย (ร้อยละ 86.95) และพบว่า มารดาที่มาคลอด มีอายุน้อยที่สุด 13 ปี และอายุมากที่สุด 48 ปี จากตารางที่ 1 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับมารดาอายุน้อยกว่า 17 ปี และอาชีพรับจ้าง (p value = 0.039 และ <0.001 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรของมารดาจำแนกตามน้ำหนักทารก

ข้อมูล	กลุ่มทารกน้ำหนักน้อย N = 359 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทารกน้ำหนักปกติ N = 2,392 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ			
<17 ปี	20 (5.6)	74 (3.1)	0.039 ^b
17 - 35 ปี	301 (83.8)	2,021 (84.5)	
>35 ปี	38 (10.6)	297 (12.4)	

b = Pearson chi-square, $p < 0.05$ = มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรของมารดาจำแนกตามน้ำหนักทารก (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทารกน้ำหนักน้อย N = 359 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทารกน้ำหนักปกติ N = 2,392 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพ			
สมรส	180 (50.1)	1,203 (50.3)	0.995 ^b
คู่ (ไม่ได้สมรส)	174 (48.5)	1,157 (48.4)	
หม้าย/หย่า	5 (1.4)	32 (1.3)	
อาชีพ			
รับจ้าง	252 (70.2)	1,311 (54.8)	<0.001 ^b
แม่บ้าน	78 (21.7)	339 (14.2)	
นักเรียน นักศึกษา	14 (3.9)	345 (14.4)	
ค้าขาย	6 (1.7)	135 (5.6)	
รับราชการ	3 (0.8)	56 (2.3)	
อื่นๆ (เกษตรกรกรรม, พนักงาน, ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	6 (1.7)	206 (8.6)	

b = Pearson chi-square, p<0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ ตั้งครรภ์ท้องหลัง มารดามีภาวะโลหิตจาง ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีประวัติแท้งบุตร ไม่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด มารดาคลอดปกติทางช่องคลอด มารดามีโรคความดันโลหิตสูงและมารดามีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนมารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ p-value เท่ากับ 0.141 ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาจำแนกตามน้ำหนักทารก

ข้อมูล	กลุ่มทารกน้ำหนักน้อย N = 359 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทารกน้ำหนักปกติ N = 2,392 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ตั้งครรภ์ท้องแรก	45 (12.5)	1,138 (47.6)	<0.001 ^c
ตั้งครรภ์ท้องหลัง	314 (87.5)	1,254 (52.4)	
ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ >12wks	183 (51)	1,116 (46.7)	0.141 ^c
ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ <12wks	176 (49)	1,276 (53.3)	
ภาวะโลหิตจาง	96 (26.7)	197 (8.2)	<0.001 ^c
ไม่พบภาวะโลหิตจาง	263 (73.3)	2,195 (91.8)	

a = Fisher's exact test, b = Pearson chi-square, c = continuity correction, p<0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาจำแนกตามน้ำหนักทารก

ข้อมูล	กลุ่มทารกน้ำหนักน้อย N = 359 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทารกน้ำหนักปกติ N = 2,392 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ไม่ครบ 5 ครั้ง	337 (93.9)	981 (41)	<0.001 ^c
ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ครบ 5 ครั้ง	22 (6.1)	1,411 (59)	
คลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์	106 (29.5)	187 (7.8)	<0.001 ^c
คลอดอายุครรภ์ > 37 สัปดาห์	253 (70.5)	2,205 (92.2)	
ประวัติแท้งบุตร	45 (12.5)	13 (0.5)	<0.001 ^c
ไม่มีประวัติแท้งบุตร	314 (87.5)	2,379 (99.5)	
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	3 (0.8)	83 (3.5)	0.012 ^c
ไม่พบถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	356 (99.2)	2,309 (96.5)	
ครรภ์แฝด	38 (10.6)	14 (0.6)	<0.001 ^c
ครรภ์เดี่ยว	321 (89.4)	2,378 (99.4)	
คลอดปกติทางช่องคลอด	188 (52.4)	978 (40.9)	<0.001 ^b
คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด	171 (47.6)	1,292 (54)	
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือคีมช่วยคลอดทางช่องคลอด	0	122 (5.1)	
ภาวะความดันโลหิตสูง	53 (14.8)	96 (4)	<0.001 ^c
ไม่พบภาวะความดันโลหิตสูง	306 (85.2)	2,296 (96)	
ภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	4 (1.1)	6 (0.3)	0.031 ^a
ไม่พบภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	355 (98.9)	2,386 (99.7)	

a = Fisher's exact test, b = Pearson chi-square, c = continuity correction, p<0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 ทารกพิการแต่กำเนิด มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) ส่วนเพศของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย (p value = 0.264)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทารกจำแนกตามน้ำหนักทารก

ข้อมูล	กลุ่มทารกน้ำหนักน้อย N = 359 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทารกน้ำหนักปกติ N = 2,392 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ทารกพิการแต่กำเนิด	81 (22.6)	152 (6.4)	<0.001 ^c
ทารกไม่พิการแต่กำเนิด	278 (77.4)	2240 (93.6)	
เพศหญิง	183 (51)	1,140 (47.7)	0.264 ^c
เพศชาย	176 (49)	1,252 (52.3)	

c = continuity correction, p<0.05 = มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การศึกษานี้พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลราชบุรี ร้อยละ 13.05 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขปี พ.ศ. 2557 คือร้อยละ 8.6 เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดที่มีการรับส่งต่อผู้ป่วยหนักมาจากโรงพยาบาลต่างๆ

จากการศึกษานี้มารดาที่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอดิ ปรียานิ และคณะ³ ส่วนสถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประคอง ตั้งสกุล และคณะ¹² พบว่าอาชีพรับจ้างมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณพิศ วิทยถาวรวงศ์ และคณะ¹⁰

มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอดิ ปรียานิ และคณะ, สุดารัตน์ วัฒนโยธิน และคณะ, วิสุทธิ์ สุวิทยะศิริ และคณะ, ประคอง ตั้งสกุล และคณะ, สุรัชย์ พงศ์หล่อพิศิษฐ์ และคณะ, สำเร็จ ไตรติลานันท์ และคณะ^{3, 7, 8, 12-14} อธิบายได้ว่ามารดาที่มาฝากครรภ์จะได้รับการดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ หากมีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มารดาจะได้รับคำปรึกษาและเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ มารดาคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์สัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอดิ ปรียานิ และคณะ, อรณูช สมอุดร และคณะ, ประคอง ตั้งสกุล และคณะ, สุรัชย์ พงศ์หล่อพิศิษฐ์ และคณะ^{3, 9, 12, 13} ประวัติการแท้งบุตรมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประคอง ตั้งสกุล และคณะ, ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ และคณะ^{12, 15}

มารดามีโรคความดันโลหิตสูง มารดาติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และมารดามีภาวะโลหิตจาง มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอดิ ปรียานิ และคณะ, สุดารัตน์ วัฒนโยธิน และคณะ, อรณูช สมอุดร และคณะ, พรรณพิศ วิทยถาวรวงศ์ และคณะ, ประคอง ตั้งสกุล และคณะ, สำเร็จ ไตรติลานันท์ และคณะ^{3, 7, 9, 10, 12, 14} และมีรายงานว่าภาวะโลหิตจางในระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด และทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้^{16, 17} ครรภ์แฝดสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณูช สมอุดร และคณะ, สำเร็จ ไตรติลานันท์ และคณะ^{9, 14} ซึ่งปัจจัยนี้สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกโตช้าในครรภ์¹⁸ วิธีการคลอดทางช่องคลอดสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณูช สมอุดร และคณะ⁹ เนื่องจากทารกน้ำหนักน้อยคลอดได้ง่ายทางช่องคลอด

ส่วนปัจจัยเรื่องอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณูช สมอุดร และคณะ⁹ อธิบายได้ว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกช้า แต่มาฝากครรภ์สม่ำเสมอ และรับประทานยาบำรุงอาหารที่ดีทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติได้ รวมถึงการที่มารดามีภาวะเบาหวาน ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากได้ จำนวนของการตั้งครรภ์โดยการตั้งครรภ์ท้องแรก ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ที่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้านี้ว่าสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย^{3, 7, 9, 10, 14} ตรงข้ามกับการศึกษานี้พบว่าท้องหลัง และการไม่พบภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เนื่องจากการศึกษานี้ได้รวมท้องหลังทั้งหมด ซึ่งมีการตั้งครรภ์มากกว่าสี่ท้อง ซึ่งมีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย⁹

ทารกพิการแต่กำเนิด มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุดารัตน์ วัฒนโยธิน และคณะ, ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ และคณะ^{7, 15} ส่วนเพศของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณูช สมอุดร และคณะ⁹

ข้อยุติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้แก่ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง ภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ การคลอดก่อนกำหนด มารดามีประวัติการแท้ง ตั้งครรภ์แฝด มีโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และทารกพิการแต่กำเนิด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางบังอร พุทธา(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานห้องคลอด) นายณพล เชียงฉิน (หน่วยเวชสถิติสารสนเทศโรงพยาบาล) สำหรับข้อมูลการศึกษา และดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย และให้คำแนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

• เอกสารอ้างอิง •

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization 2010: p. 685.
2. Overview of obstetrics. In: Cunningham FG, Levano KJ, Bloom SL, et al ; editors. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014. p.1-13.
3. เอดิ ปรียาโน, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และ จิราพร ชมพิกุล. ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ณ โรงพยาบาลเฟทมาวาติ กรุงเทพมหานคร ประเทศอินโดเนเซีย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551;6(1) : 125-33.
4. รายงานประจำปี 2551. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี: 2552.
5. รายงานประจำปี 2558. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี: 2559.
6. สุจิต คุณประดิษฐ์. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จุดเริ่มต้นในทารกสูโรเคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. Chula Med J 2004; 48(5): 310-22.
7. สุดารัตน์ วัฒนโยธิน. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อย ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2546; 27(1): 35-42.
8. วิสุทธิ์ สุวิริยะศิริ, มานิต ศรีประโมทย์ และปราโมทย์ เจริญรัตน์. ความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์ไม่ดีกว่าการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเวชศาสตร์ 2546; 47(1): 9-15.
9. อรุณข สมอุดร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบ้านหมี่. ว.วิชาการสาธารณสุข 2551;17(5):774-82.
10. พรรณพิศ วิฑยถาวรวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และ อุบลรัตน์ ภักดีจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2551;15(1):34-5.
11. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557: 2, 28
12. ประคอง ตั้งสกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2554;6(2):113-22.
13. สุรัชย์ พงศ์หล่อพิชัย. ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. ลำปางเวชสาร 2552;30(3):146-53.
14. สำเร้ง ไตรติลานันท์. ปัจจัยเสี่ยงการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(1):886-90.
15. ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ, เสาวลักษณ์ มงคลชัยอรุณญา, จารุรัช เลขวรรณจิตร, ดารัตน์ สุขสวรรค์, สุกัญญา ภูษาราบ และอำไพ ทองแบน. อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 8. 2546;11(1):15-25.
16. วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. โภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร 2542;14(2):141-45.
17. วรพงศ์ ภูพงค์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. ใน: ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ชนวัฒนาเจริญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สุนิติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2551. หน้า 446-52.
18. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ชีระ ทองสง. ภาวะทารกโตช้าในครรภ์. ใน: ชีระ ทองสง, ชานนท์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สุนิติศาสตร์ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์; 2541. หน้า 289-98.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**Factors correlated with the competency of Nurse's Supervisor
at Roi Et Hospital**

.....
สุภิดา สุวรรณพันธ์*, จุฑามาส ประจันพล**
Supida Suwannapun, Jutamas prajunpol

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the level of competency and relationships of personal factors and situational factors with the competency of nurse's supervisor at Roi Et hospital. The population of 51 nurse's supervisor working in Roi Et hospital for 1 year and more. The research instrument included questionnaire 2 parts about the privacy of the respondents and competency measurement of nurse's supervisor. Data collection from 1 November 2016 to 31 January 2017. Analyze data using the program. The frequency, percentage, mean, and standard deviation. Pearson's product moment correlation coefficient.

Result : The research findings were as Nurse's supervisor at Roi Et hospital under study exhibited a high level of competency in all six aspects. Human Relations and Communication $\bar{X} = 4.09$, Problem solving and decision making $\bar{X} = 4.03$, Quality control and ethics $\bar{X} = 4.00$, Management $\bar{X} = 3.86$, Clinical Aspects $\bar{X} = 3.81$ and the supervision $\bar{X} = 3.74$ Correlated analysis revealed that personal factors and situational factors, additional training, position and experience in the work correlated with the competency of the nurse's supervisor at Roi Et Hospital with $r = 0.397, 0.336$ and 0.309 , respectively.

Summary : Personal factors and situational factors. Additional training, position and experience in the work there were positive correlations with the competency of the nurse's supervisor at Roi Et Hospital. Statistically significant at the 0.05 level.

Key words : Competency, Nurse's Supervisor

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะและความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประชากร คือ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 51 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามวัดสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 มกราคม 2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่า ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ทั้ง 6 ด้าน ด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร $\bar{X} = 4.09$ ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ $\bar{X} = 4.03$ ด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม $\bar{X} = 4.00$ ด้านการบริหารจัดการ $\bar{X} = 3.86$ ด้านความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก $\bar{X} = 3.81$ และด้านการนิเทศ $\bar{X} = 3.74$ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ด้านการได้รับการอบรมเพิ่มเติม ตำแหน่ง และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยมีค่า $r = 0.397, 0.336$ และ 0.309 ตามลำดับ

สรุป : ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ด้านการได้รับการอบรมเพิ่มเติม ตำแหน่งและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: สมรรถนะ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ



บทนำ

โลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางด้านต่างๆ มากมาย ทำให้มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของประชาชน และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความต้องการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอย่างมาก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2544)¹ จึงทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลขึ้น วิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลเพื่อให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถวัดผลลัพธ์ได้จากผู้รับบริการ การวัดผลลัพธ์จึงถูกนำมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2549)² จากความรับผิดชอบต่องานที่หลากหลาย

ยุ่งยากซับซ้อนดังกล่าวจึงเป็นภาระงานที่หนักสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติงานที่จะแก้ไขได้จึงจำเป็นต้องมีผู้ให้คำแนะนำ ปรึกษา ชี้แนะและช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้อย่างจริงจัง ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวใน เวลาราชการมีผู้บริหารทางการพยาบาลหลายระดับ บริหารจัดการ ส่วนนอกเวลาราชการเป็นบทบาทของพยาบาลเวรตรวจการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แทนผู้บริหาร การพยาบาล ในการบริหารอัตรากำลัง การเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ การประสานงาน รวมทั้งการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อให้งานบริการพยาบาลมีคุณภาพตามที่คาดหวัง การเตรียมผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ จำเป็นต้องกระทำอย่างเป็นทางการ ให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน และกำหนดสมรรถนะให้ชัดเจน เพราะสมรรถนะสามารถสะท้อนคุณค่าการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ปลอดภัยและเป็นที่

ยอมรับได้ สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา ราชการ เป็นการผสมผสานของความรู้ ความสามารถ ทักษะและเจตคติ ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ ถ้าขาด ส่วนใดส่วนหนึ่งก็ไม่เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้ บรรลุผลสำเร็จตามคาดหวังได้ (พรกุล สุขสด, 2546)³ ศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลรัฐ ได้สมรรถนะที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นสมรรถนะที่พึงประสงค์มี 6 ด้าน ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร 3) ด้านการนิเทศ 4) ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 5) ด้านความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก และ 6) ด้านการควบคุมรักษา คุณภาพและจริยธรรม สมรรถนะที่พึงประสงค์หลัก ทั้ง 6 ด้านประกอบด้วยสมรรถนะรายข้อย่อย 79 รายการ โดยเป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นในระดับมากที่สุด 62 รายการ และมีความจำเป็นในระดับมาก 17 รายการ ดังนั้นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการจำเป็นต้อง มีการประเมินสมรรถนะเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะ พัฒนาบุคคลให้มีสมรรถนะอยู่ในระดับที่พึงประสงค์ หรือมาตรฐานที่ยอมรับของหน่วยงาน

สมรรถนะหรือความสามารถในการปฏิบัติงานของ พยาบาล เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความรู้ ทักษะและนิสัยที่มุ่งมั่นต่อการปฏิบัติงาน ความต้องการ ทางร่างกายหรือความต้องการทางจิตใจปัจจัยสำคัญของการมีสมรรถนะของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ส่วนบุคคล และองค์ประกอบจากสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Mc Cormick and Leigen, (1985)⁴ ได้กำหนดแนวคิด องค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติงานของ บุคคลว่า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัย ด้านสถานการณ์ โดยปัจจัยด้านบุคคลเป็นลักษณะที่ แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และ จะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคล แตกต่างกันไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจและแรงจูงใจประสบการณ์ เป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ หมายถึง เงื่อนไขเหตุการณ์ หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมนอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการ แสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ วิธีการทำงาน รูปแบบเครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงาน สภาพแวดล้อม ของที่ทำงานลักษณะโครงสร้างและนโยบายขององค์การ การฝึกอบรม ค่าตอบแทนและสวัสดิการซึ่งปัจจัย

เหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 820 เตียง มีจำนวนหอผู้ป่วย 59 หอผู้ป่วย มีผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการจำนวน 51 คน และมีผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ หน้าที่ ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป จำนวน 44 คน ผู้ตรวจการที่ ปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 7 คน ผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการ ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการขึ้นไปที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ปฏิบัติ หน้าที่เป็นผู้ตรวจการนอกเวลาราชการ ซึ่งได้มาจากการ คัดเลือกโดยผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่ตรวจ เยี่ยมหอผู้ป่วยทั้ง 59 หอผู้ป่วยและรับผิดชอบดูแล สิ่งแวดล้อมทั่วไปในโรงพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคใน การปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ คือ รูปแบบการนิเทศที่ไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน การ ถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา ราชการ พี่เลี้ยงมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แนวทางการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการแก้ไข ปัญหาที่ต่างกัน สมรรถนะของพยาบาลเวรตรวจการ แต่ละคนมีความแตกต่างกัน และมีหลายระดับ หลายวัย ซึ่งทำให้การนิเทศทางการพยาบาลได้แตกต่างกัน จาก การสัมภาษณ์ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ซึ่ง ปฏิบัติงานมาไม่เกิน 2 ปี มีความเห็นไปในทิศทาง เดียวกันว่า ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพราะ ปัญหาที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายบางครั้งเป็นปัญหาที่ ต้องใช้ดุลพินิจในการแก้ไขปัญหา ผู้นิเทศไม่เคยได้รับ การอบรมเรื่องงานการพยาบาลมาก่อน และ จากการสอบถามพยาบาลระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับการ นิเทศของเวรตรวจการพยาบาล พบว่า การตัดสินใจและ การสั่งการของเวรตรวจการบางคน ยังไม่ชัดเจน ไม่มี ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จากสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ทราบระดับสมรรถนะและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะ ที่แท้จริง เพื่อจะได้นำมาพัฒนาและปรับปรุงสมรรถนะของผู้ตรวจการ พยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีความมั่นใจ มีความพร้อมในการปฏิบัติงานมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามการรับรู้ของตนเอง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากรได้แก่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 51 คน โดยเลือกมาทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม รายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และ เครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลของรัฐ ของ พรกุล สุขสด (2546) ซึ่ง ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร 3) ด้านการนิเทศ 4) ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 5) ด้านความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก และ 6) ด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม ผู้วิจัยได้นำมาจัดทำเป็นแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 77 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นคำถามปลายปิดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity) เพื่อดูว่าข้อคำถามในแบบสอบถามครอบคลุม

เนื้อหาและสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษาหรือไม่ แล้วนำผลมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence--IOC) ซึ่งมีการให้คะแนนผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC = 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) มีค่าความเชื่อมั่น = 0.87

วิธีการ เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 มกราคม 2560 โดยผู้วิจัยแจกและเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการไปพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ไปให้ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการพร้อมกับใส่ซองปิดผนึกนัดหมายวันและเวลาที่ผู้วิจัยจะมาขอรับข้อมูลกลับคืนด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ มีอายุระหว่าง 42 - 55 ปี อายุเฉลี่ย 49.02 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ อยู่ในช่วง 51-55 ปี ร้อยละ 43.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยใน ร้อยละ 66.7 เป็นหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 76.5 เป็นส่วนมาก มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการ ระหว่าง 2 - 20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 7.06 ส่วนใหญ่ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อยู่ในช่วง <8 ปี ร้อยละ 62.74 มีการใช้คู่มือในการนิเทศ ร้อยละ 74.5 ได้รับการอบรมเพิ่มเติม ร้อยละ 82.35 ได้รับเงินเดือน ระหว่าง 30,060 - 56,200 บาท เงินเดือนเฉลี่ย 41,915 บาท ส่วนใหญ่ได้รับเงินเดือน >43,000 บาท ร้อยละ 56.86 และได้รับสวัสดิการอื่นๆ คือ หอพัก (ร้อยละ 35.3) ค่าล่วงเวลา อุปกรณ์อำนวยความสะดวก อาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 100)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ พบว่าผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีระดับ

สมรรถนะในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.92$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีสมรรถนะในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรกได้แก่ ด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.09$) ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ($\bar{X} = 4.03$) และด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม ($\bar{X} = 4.00$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ด้านการนิเทศ ($\bar{X} = 3.74$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำแนกเป็นรายด้าน

สมรรถนะของพยาบาลผู้ตรวจการ รายด้าน	\bar{X}	SD	ระดับสมรรถนะ
สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ	3.86	.37	สูง
สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร	4.09	.34	สูง
สมรรถนะด้านการนิเทศ	3.74	.39	สูง
สมรรถนะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ	4.03	.42	สูง
สมรรถนะด้านความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก	3.81	.35	สูง
สมรรถนะด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม	4.00	.48	สูง
รวม	3.92	.34	สูง

3. ผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณืกับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณื กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณื	สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาล
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	
1.1 อายุ	.231
1.2 ระดับการศึกษา	.152
1.3 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	.309*
1.4 ตำแหน่ง	.336*
2. ปัจจัยด้านสถานการณื	
2.1 การได้ รับการอบรมเพิ่มเติม	.397*
2.2 ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	.236

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์กับสมรรถนะรายด้านของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

	สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาล						
	การบริหารจัดการ	มนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร	การนิเทศ	การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ	ความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก	การควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม	ภาพรวม
1. ปัจจัยส่วนบุคคล							
1.1 อายุ	.265	.288*	.177	.345*	.037	.098	.231
1.2 ระดับการศึกษา	.082	.085	.195	.056	.268	.119	.152
1.3 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	.278*	.250	.262	.420*	.151	.226	.309*
1.4 ตำแหน่ง	.354*	.295*	.198	.260*	.253	.280*	.336*
2. ปัจจัยด้านสถานการณ์							
2.1 การได้รับการอบรมเพิ่มเติม	.255	.185	.440*	.445*	.376*	.335*	.397*
2.2 ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	.291*	.258	.222	.326*	.040	.095	.236

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

วิจารณ์

1. ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีระดับสมรรถนะในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง โดยสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม ด้านการบริหารจัดการ ด้านความเป็นนักวิชาการเชิงคลินิก และด้านการนิเทศ ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ไว้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการขึ้นไป ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า/ที่ปฏิบัติงานสนับสนุนกลุ่มงานอื่นๆในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และเคยผ่านการอบรมหลักสูตรด้านบริหารหรือการฝึกปฏิบัติการทำหน้าที่เวรตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ เวรตรวจการพิเศษ ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีความรู้

ความสามารถ มีความรู้ความเข้าใจในกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล มีความสนใจและหมั่นศึกษาพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นผู้นำ มีความเชื่อมั่นในตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความหนักแน่น ยุติธรรม มีมนุษยสัมพันธ์ดี สุภาพอ่อนโยนต่อผู้ร่วมงานและบุคคลทั่วไป สอดคล้องกับที่เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2549)² ได้กล่าวไว้ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่สามารถยอมรับปฏิบัติการตอบสนองจากผู้ปฏิบัติงานได้ เป็นผู้มีทักษะในการฟังที่ดีและสามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดี มีทักษะในการคิดเชิงวิเคราะห์ มีเหตุมีผล และสามารถแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เคารพในเอกสิทธิ์ของบุคคล ให้อิสระในการปฏิบัติงาน มีความสามารถในการชี้แนะ และพัฒนางานให้ข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ มีความสามารถในการสื่อสาร มีความสามารถในการจัดการกับความขัดแย้ง มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีทักษะในการตัดสินใจ มีความสามารถในการมอบหมายงานโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคคล มีภาวะผู้นำ มีทักษะในการ

บริหารจัดการทรัพยากร มีทักษะในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก มีทักษะในการวิเคราะห์เชิงระบบ มีทักษะในการบริหารเวลา และมีความอดทนสามารถทำงานได้แม้นอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดัน สอดคล้องกับที่แลนด์มาร์ค (Landmark, 2003)⁵ ได้กล่าวไว้ ผลจากการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดจิต ไตรประคอง และ ภินวนันท์ เพชรบำรุงเขตต์ (2554)⁶ ทำการศึกษา สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ตามการรับรู้ของตนเอง และพยาบาลหัวหน้าเวร ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ตามการรับรู้ของตนเอง โดยรวม อยู่ในระดับมาก สมรรถนะรายด้านสูงใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสาร ด้านการแก้ปัญหา และตัดสินใจ และด้านการควบคุมรักษาคุณภาพและจริยธรรม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปัจจัยด้านสถานการณ์ การได้รับการอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนค่าตอบแทนและสวัสดิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา อุ่นเรือง (2554)⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนขนาด 200 - 250 เตียง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับการอบรมเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนขนาด 200 - 250 เตียง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า

2.1 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสั่งสมความรู้ ทักษะ การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ก่อให้เกิดสมรรถนะในการทำงาน สามารถนำ

ความรู้ และทักษะมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ กุลวดี มุขมูล (2542)⁸ ศึกษาเรื่อง การเสริมพลังอำนาจและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และ Khomeiran et al. (2006)⁹ ที่พบว่าประสบการณ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการพัฒนา สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลเนื่องจาก ประสบการณ์ จะพัฒนาทักษะแนวคิด ในการปฏิบัติงาน

2.2 ตำแหน่งที่สูงขึ้น ทำให้มีความสามารถด้านการบริหารได้สูงกว่าผู้บริหารที่อยู่ในตำแหน่งน้อยกว่า งานผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ในด้านการบริหารเป็นส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นผู้ที่อยู่ในตำแหน่งบริหารจะมีสมรรถนะในหลายๆ ด้านมากกว่าผู้ที่อยู่ในตำแหน่งปฏิบัติการ ซึ่งความสามารถของคนขึ้นอยู่กับ การได้รับความรู้ภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐากวีศรีนนท์ (2540)¹⁰ ศึกษาเรื่อง การศึกษาสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านการบริหาร โดยผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า มีความสามารถด้านการบริหารได้สูงกว่า ผู้บริหารที่มีระยะเวลาในตำแหน่งน้อยกว่า

2.3 การได้รับการอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อภิปรายได้ว่าการได้รับการอบรมหรือการศึกษาเพิ่มเติม ทำให้ มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสติปัญญาในการพิจารณาอย่างมีเหตุผลโดยเฉพาะ ถ้าการอบรมนั้นสอดคล้องกับการทำงาน สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้จะยิ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ในงานและพัฒนา งานได้มากขึ้น สอดคล้องกับที่อารียา สัพพะเลข (2542, หน้า 81-85)¹¹ กล่าวไว้ว่าการได้รับความรู้ จากภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติมีผลต่อความสามารถของพยาบาลทั้งสิ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของสุชาดา อิมพิทักษ์ (2542)¹² ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติเชิงวิชาชีพของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเชิงวิชาชีพของพยาบาลเพราะการศึกษาทำให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสติปัญญา ในการพิจารณาอย่างมีเหตุผล

ข้อยุติ

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และการได้รับการอบรมเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์ กับระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังนั้น การประเมินระดับสมรรถนะและการวางแผนพัฒนาสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ นั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อจะได้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดโดยเฉพาะพยาบาลเวรตรวจการใหม่ ซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะความสามารถในหลายด้านและนอกจากนี้ยังต้องมีคุณลักษณะเฉพาะที่มีความสำคัญ โดยตรงกับงานเวรตรวจการ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน แต่จากแนวคิดองค์ประกอบ ของความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคลว่า ปัจจัยสำคัญของการมีสมรรถนะของ บุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความเชื่อค่านิยม ความสนใจและแรงจูงใจ ประสิทธิภาพ และจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วิธีการทำงาน การฝึกอบรม รูปแบบเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน สภาพแวดล้อมของที่ทำงาน ลักษณะโครงสร้าง และนโยบายขององค์กร ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ซึ่งในการวิจัยนี้ ยังไม่ได้ นำปัจจัยในอีกหลายๆ ด้านมาศึกษา โดยเฉพาะด้านสภาพแวดล้อมของที่ทำงาน ลักษณะโครงสร้างและนโยบายขององค์กร ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้ จึงต้องปรับให้เหมาะสม กับนโยบายและโครงสร้างของโรงพยาบาล



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เกรียงไกร โกวิทางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ศึกษา และนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้โอกาสและช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่าน ขอขอบพระคุณแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์โดยเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนະบุญ ที่ปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแนวทางในการดำเนินการค้นคว้าเป็นอย่างดี รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดการทำวิจัยครั้งนี้

• เอกสารอ้างอิง •

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพคู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดีไซน์ จำกัด; 2544.
2. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การจัดการทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุขุมวิทการพิมพ์; 2549.
3. พรกุล สุขสด. สมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
4. McCormick, E. J., & Leigen, D. Industrial and organization psychology(3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1985.
5. Landmark, B.T. Hansen,G.S. and Bjones, I. Clinical supervision – factors Defined by nurses influential upon the development of competence and skills in supervision. Journal of Clinical Nursing. Norway. 2003.
6. สูดจิต ไตรประคอง และภินันท์ เพชรบำรุงเขตต์. สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ตามการรับรู้ของตนเอง และพยาบาลหัวหน้าเวร ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารพยาบาล. 2554:
7. นิภา อุ่นเรือง. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน ขนาด 200-250 เตียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 255
8. กุลวดี มุขมุล. การเสริมพลังอำนาจและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2542.
9. Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M., & Ahmadi, F. Professional competence: Factors described by nurses as influencing their development. International Nursing Review. 2006; 53(1), 66-72.
10. ขนิษฐา กวีศรีนนท์. การศึกษาสมรรถนะของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย. 2540.
11. อาริยา สัพพะเลข. อายุการทำงานบริการของพยาบาลไทย: เท่าไรจึงจะพอดี. วารสารการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษย ด้านสุขภาพ, 2542; 1(2), 81-93.
12. สุชาดา อิมพิทักษ์. การปฏิบัติเชิงวิชาชีพของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2542.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase โรงพยาบาลในเครือข่าย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients with Acute STEMI Who Received Streptokinase at Roi Et Network Hospital

.....
เรวดี สมทรัพย์*, จุฑามาส ประจันพล**
Ravadee Somsup, Jutamas prajunpol

ABSTRACT

The purpose of this research was to develop and validate the results from the clinical nursing practice guidelines (CNPG) for STEMI patients who received thrombolytic drug named Streptokinase and study the satisfaction and opinions of nurses on the use of the guidelines. The samples were : 1) 20 STEMI patients receiving streptokinase, and 2) 20 registered nurses who implemented the CNPG. Purposive sampling was used. The study instruments were : 1) record form of patient's clinical outcomes, 2) nurse's opinion and satisfaction on CNPG application and 3) record form of CNPG practice. Content validity of nurse's opinion and record form of CNPG practice were tested with CVI = 0.85 and = 0.90 respectively. Reliability of nurse's opinion was examined using alpha Cronbach coefficient with $\alpha = 0.87$. Data collection was conducted between January and April 2017. Statistics used in data analysis were descriptive statistics; the frequency, percentage, mean, standard deviation, max and min.

Result : 1) CNPG for STEMI patients receiving streptokinase. was developed covering nursing cares before, during, and after receive streptokinase. 2) The waiting time for electrocardiogram examination, the waiting time for thrombolytic drugs was reduced to 8 and 38 minutes, respectively. The rate of complications was 40%, the patients were evaluated and corrected for complications 100%. The mortality rate was reduced to 0%. 3) The satisfaction of nurses on the use of the guidelines was 90% and registered nurse mostly agreed with CNPG application at high to highest level.

Summary : The CNPG for STEMI patients developed is effective and can lead to patients' clinical outcomes. Suggestion to apply it should be adapted to the context of treatment and care.

Keywords : STEMI patients, Streptokinase, Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase และศึกษาความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ประชากรคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase 20 ราย และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ทดสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.85 ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า $\alpha = 0.87$ และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทดสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.90 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย : 1) ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2) ผลการใช้นโยบายปฏิบัติพบระยะเวลารอผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลารอรับยาละลายลิ่มเลือดลดลงเหลือ 8 และ 38 นาที ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบ ร้อยละ 40 ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 และอัตราการเสียชีวิต ลดลงเหลือร้อยละ 0 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบร้อยละ 90 ส่วนความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบ เห็นด้วยมากถึงมากที่สุด

สรุป : แนวปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ได้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยข้อเสนอแนะควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาและการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI), Streptokinase, แนวปฏิบัติการพยาบาล



บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 6.26 ล้านคน ในเพศชาย และ 5.63 ล้านคน ในเพศหญิง และในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทยจากการจัดทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR) ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2 พบอัตราตายในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 5.3¹ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) เป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที² ทำให้เกิดการนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เพียงพอกับความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial) ในระยะแรกจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (Myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาได้ทันเวลาจะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมา ซึ่งการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลที่รวดเร็วจะช่วยลดความรุนแรงของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ (Wenaweser & Windecker, 2008)³ (Antman, 2005)⁴

หลักการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่สำคัญ ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันได้เร็ว มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) พบว่า ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 และถ้าให้ภายใน 4-6 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้เพียงร้อยละ 18 (Antman, Anbe, Armstrong, Bates, Green, Hand, et al., 2004)⁵ การรักษาโรคนี้ มี 2 วิธี ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Trans luminal Coronary Angioplasty : PTCA) ดังนั้นข้อแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาของ American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) ของโรคนี้ จึงแนะนำว่า ควรให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที และควรให้การรักษาด้วยบอลลูนภายใน 90 นาที (Antman, et al, 2004)⁵ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจะมีข้อจำกัดของการรักษาเนื่องจากยามีผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุบัติการณ์การเกิด major non-cerebral bleeding ได้แก่ การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารพบที่ 4-13% โดยพบมากที่สุดในพื้นที่ที่มีการทำหัตถการ (Procedure related bleeding) เลือดออกรุนแรงจนต้องมีการให้เลือดทดแทน คือเสียจำนวนเม็ดเลือดแดงเกิน 5 กรัมต่อเดซิลิตร พบประมาณร้อยละ 0.5 อาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดงคันพบประมาณร้อยละ 5.8 และทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงพบประมาณร้อยละ 12.5 ดังนั้นก่อนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกครั้งและในขณะเดียวกันจะต้องติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง ทั้งขณะ และหลังการได้รับยา จะต้องมีการติดตามประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁶ ดังนั้นควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย⁷ และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน สามารถประเมิน เฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว มีวันนอนโรงพยาบาลสั้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง (Cannon, 2003)⁸

จังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น การรักษากันไขโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ทำได้ภายในจังหวัด คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่ง นโยบาย Service Plan สาขาหัวใจ ได้กำหนดให้โรงพยาบาล ในระดับ F2 ขึ้นไปให้สามารถ ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ได้ เพื่อเป็นการลดระยะเวลา รอคอยในการให้ยาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทั้งหมด มี 17 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นแม่ข่าย ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI แบบช่องทางด่วนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มาตั้งแต่ปี 2549 มีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac Care Unit : CCU) ในระยะแรก โดยมีการจัดเตียงเสริมในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ไว้ตลอดเวลาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด และเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการพัฒนาเครือข่ายร่วมด้วย โดยได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) แบบช่องทางด่วนในโรงพยาบาลที่เป็น Node ก่อน และขยายสู่โรงพยาบาลในระดับ F2 F3 ได้ครอบคลุมในปี พ.ศ. 2558 โดยได้ทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงล้อ PDCA เป็นตัวขับเคลื่อน มีการปรับปรุงระเบียบปฏิบัติโครงการ Fast Track Acute Coronary Syndrome มีการปรับใช้ Clinical Practice Guideline Acute Coronary Syndrome, Standing order ทบทวนระบบการรายงานแพทย์ Staff Med ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำกิจกรรม ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีม และสะท้อนกลับข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปี 2557, 2558 และ 2559 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 73, 74 และ 117 ราย ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล

จนได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ใช้เวลา 12, 10 และ 10 นาที ระยะเวลาการรับยาละลายลิ่มเลือดใช้เวลา 37, 31 และ 40 นาที ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่ามาตรฐาน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 43, 35 และ 40 ตามลำดับและพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.26, 9.42 และ 6.91 ตามลำดับ⁹ จะเห็นได้ว่า ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และระยะเวลาการรับยาละลายลิ่มเลือดยังสูงกว่ามาตรฐาน พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตยังสูงกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนข้อมูลการปฏิบัติใน ส่วนของการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents) Streptokinase พบว่าถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline [CPGs]) ซึ่งเป็นของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline [CNPGs]) ที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาเป็น การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นไปตามประสบการณ์การทำงานและการอบรมเฉพาะทางของแต่ละคน ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนในระดับ F2 หลายๆ แห่ง เพิ่งเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ยังขาดความมั่นใจและกลัวในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหา จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้ยา STREPTOKINASE ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบและทันสมัย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย เฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase ที่เข้ามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 20 ราย 2) พยาบาลคือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 20 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย : 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของ ฉวีวรรณ ชงชัยและพิกุล ชัยนันท์พันธ์¹⁰ และ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจสอบเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของแบบประเมินความเห็นของพยาบาลและแบบบันทึกแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.85 และ 0.90 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเห็นของพยาบาลกับพยาบาลแผนกอายุรกรรม ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = 0.87

วิธีการ เก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2560 โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเครือข่ายชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษาและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา

1. ผลจากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปใช้ พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิด การพัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์โมเดลการศึกษาของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศ สหรัฐอเมริกา⁹ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ : 1) การพยาบาลก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ 13 ข้อ 2) การพยาบาลขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือดประกอบด้วย แนวปฏิบัติ 9 ข้อ และ 3) การพยาบาลหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ 12 ข้อ ผลจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อน ขณะ และหลัง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครบทุกข้อ (ร้อยละ 100)

2. ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คนคิดเป็นร้อยละ 70 อายุระหว่าง 44 - 86 ปี อายุเฉลี่ย 59 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 46 - 56 ปี ร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 40 มีโรคร่วมที่พบ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35 และเบาหวาน ร้อยละ 20 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่พบ Anterior wall ร้อยละ 50 ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่นำมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นแบบ Typical ร้อยละ 60 ผลการตรวจ Cardiac enzyme แรกรับ Trop I Mean = 48.23 SD = 145.79 สถานภาพผู้ป่วยที่จำหน่ายที่พบมากที่สุดคือ ส่งต่อเพื่อทำ PCI ร้อยละ 80 รองลงมา คือ อาการดีขึ้น ร้อยละ 20

2.2 ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase (n = 20)

ผลลัพธ์	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ระยะเวลาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (n = 20) (Min-Max = 3-27)		
Mean = 8.41 (SD = 7.54)		
ระยะเวลาการรับยาละลายลิ่มเลือด (n = 20) (Min-Max = 11-495)		
Mean = 38.4 (SD = 104.67)		
อาการทางคลินิก		
• อาการเจ็บแน่นหน้าอก		
ลดลง	12	60
ไม่ลดลง	8	40
• คลื่นไฟฟ้าหัวใจตำแหน่งเอสทีโดยตำแหน่งเอสทีลดต่ำลง อย่างน้อย ร้อยละ 50 ในเวลา 90 - 120 นาที		
ลดลง	12	60
เท่าเดิม	5	25
เพิ่มขึ้น	3	15

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase (n = 20) (ต่อ)

ผลลัพธ์	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
• การเต้นของหัวใจโดยมีการเต้นผิดจังหวะของหัวใจในช่วงสั้นๆ (reperfusion arrhythmias)		
ไม่เกิด	11	55
เกิด	9	45
• ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา Streptokinase		
ไม่เกิด	12	60
เกิด	8	40
• ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 8)		
ภาวะความดันโลหิตต่ำ	6	30
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	4	20
ภาวะเลือดออกตามร่างกาย	1	5
• การได้รับการแก้ไขจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา SK (n = 8)		
ได้รับการแก้ไข	8	100
ไม่ได้รับการแก้ไข	0	0
• ผลจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา SK (n = 8)		
ไม่เสียชีวิต	8	100
เสียชีวิต	0	0

3. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าเป็นเพศหญิง(ร้อยละ 90) อายุระหว่าง 24 - 44 ปี อายุเฉลี่ย 35.4 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 45) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ระหว่าง 1 - 20 ปี เฉลี่ย 9.15 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 85) ส่วนใหญ่ประวัติการอบรม ผ่านการอบรมการพยาบาลระยะสั้นโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 - 5 วัน (ร้อยละ 35) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระหว่าง 3 - 10 ปี เฉลี่ย 3.25 ปี (SD = 3.00) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา streptokinase โดยเฉลี่ย 2.45 ปี (SD = 2.76) คะแนนความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ระหว่าง 4 - 5 คะแนน เฉลี่ย 4.5คะแนน

3.2 ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยภาพรวม (n = 20)

รายการประเมิน	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สะดวกในการนำไปปฏิบัติ	6 (30)	11 (55)	3 (15)	0	0
ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	5 (25)	11 (55)	3 (15)	1 (5)	0
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	9 (45)	9 (45)	2 (10)	0	0
ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	7 (35)	11 (55)	2 (10)	0	0
ความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ	7 (35)	8 (40)	5 (25)	0	0
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ	10 (50)	10 (50)	0	0	0

วิจารณ์

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase และการนำแนวปฏิบัติไปใช้เริ่มตั้งแต่ค้นหาปัญหาในหน่วยงานหรือในพื้นที่ ทั้งจากการปฏิบัติงานจริงและจากความรู้ที่ยังไม่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ จนถึงระยะดำเนินงานทุกขั้นตอน ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดนี้มีข้อดี คือ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลมากที่สุดเพราะปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการปฏิบัติงานจริง ๆ และต้องการที่จะนำความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยและมีความน่าเชื่อถือที่ผ่านการทบทวนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่าสามารถปฏิบัติตามได้ทุกกิจกรรม มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจระยะเวลาการรับยาละลายลิ่มเลือดลดลงอาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในช่วงสั้นๆ (reperfusion arrhythmias) และผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินและแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและไม่มีการเสียชีวิตเกิดขึ้น อภิปรายได้ว่าหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งมีกิจกรรมเป็นขั้นตอนชัดเจนทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้นและมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกดีขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขได้เร็วขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจน์นลิน พีระกมลโรจน์¹¹ และ จุฑามาส ประจันพล¹²

ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้สามารถดูแลและประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทร เป้าสร้อย¹³ ซึ่งพบว่าผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และการศึกษาของ พุทธกัญญานารทศิลป์¹⁴ ซึ่งไม่พบการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

ความคิดเห็นพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากถึงมากที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจวิธา ชะพลพรรค¹⁵ ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมในระดับมากขึ้นไป ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทุกกิจกรรมมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับและมีความทันสมัย มีการกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมที่ชัดเจน และข้อความในกิจกรรมแต่ละข้อสั้นกระชับ ทำให้สามารถนำไป

ปฏิบัติด้วยความมั่นใจและสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ข้อยุติ

แนวปฏิบัตินี้ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการได้รับยา Streptokinase ได้ มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานดังนี้

1. พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาและการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล
2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเผยแพร่เพื่อพัฒนาไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานต่อไป
3. ควรศึกษาผลลัพธ์จากการใช้นโยบายปฏิบัติโดยประเมินประสิทธิภาพด้านค่าใช้จ่ายและการลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เกรียงไกร โกวิททางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้โอกาสและช่วยเหลือในการทำงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่เข้ามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดและพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทุกท่าน และ ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ที่ปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

• เอกสารอ้างอิง •

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:ศรีเมืองการพิมพ์.2557
2. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนาวิททยา.2550.
3. Wenaweser, P., & Windecker, S. Acute coronary syndromes. Herz.2008; 33(1), 25-37.
4. Antman, E. M. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. (7th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.2005.
5. Antman, Anbe, D.T., Armstrong, P. W., Bates, E. R., Green, L. A., Hand, M., et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). Circulation.2004; 110: 282-292.
6. เกรียงไกร เสงรัมย์ และกนกพร แจ่มสมบุญ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก; 2555.
7. อัจฉรา เตชสุทธิพิทักษ์ และคณะ. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Standards of clinical nursing practice in acute coronary syndrome) โดยชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย;2543.
8. Cannon, C.P., Critical pathway for acute myocardial infarction. Review in Cardiovascular medicine.2003; 4,47-53.
9. งานสถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติข้อมูลการบริการร้อยเอ็ด:โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.2559.
10. ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล ชัยนันท์พันธ์. การใช้ Evidence Based Practice. เอกสารประกอบคำบรรยาย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (เอกสารอัดสำเนา).2547.
11. รุจน์นลิน พีระกมลโรจน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น.2553.
12. จุฑามาส ประจันพล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดSTEMI ที่ได้รับยา Streptokinase โรงพยาบาลร้อยเอ็ด: กรณีศึกษานำร่อง.รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น.2558.
13. อาทร เป้าสร้อย. การพัฒนาวิธีการประเมินและการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลหนองบัวแดง. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น. 2556.
14. พุทธกัญญา นารถศิลป์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น. 2555.
15. กัณทิราชะพลพรรค. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่. 2553.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
ทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักฟื้น และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Nursing Care Regulation for Post Anesthesia by Spinal Block in Recovery Room and in Ward, Roi Et Hospital

.....
วันเพ็ญ พันธภิบาล*, อภาภรณ์ ภคพงษ์*
Wanpen Pantapibal, Arpaporn Pakapong

ABSTRACT

The objective of this study was to develop systematic and standard direction of post spinal block anesthesia nursing care in the recovery room of Roi Et Hospital and continuous nursing care at patient ward as well. The study was action research, focusing on the development of process standard and outcome standard, according to Mason's concept (Mason, 1994). The tools of this study included patient's personal data form, nursing documentation form and nursing assessment form. The data were collected from 20 cases, using nursing documentation form and nursing assessment form for post spinal block anesthetic patient, at both recovery room and patient's ward, during the 1st April to 31st May, 2017. Statistical analyses were using percentage, mean and standard deviation.

In this study, we found that two nursing care regulation were accepted in Roi Et hospital including 1) post spinal block nursing care and complication awareness in recovery room, 2) post spinal block nursing care during moving patient form recovery room to patient's ward and continuous care at ward; both of which had 100 percent standard activities and 100 percent of outcome standard. Anesthetist nurses had much satisfied with this development regulation (Mean = 2.89, S.D = 0.20)

In conclusion, we developed post spinal block instructions for nurses at the ward and the patient themselves, to have the same direction of post spinal block caring such as time for lying down after the operation, the use of pillow and rolling patient etc. However, to move from research data onto actual routine care, the instructors of the hospital need to encourage and support the using of this regulated nursing care, to maximize the patient's benefit and the great progression of nursing profession.

Keywords : Nursing Care, Spinal Block, Recovery Room

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง อย่างเป็นระบบและมีทิศทางเดียวกันของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการศึกษา (Action Research : AR) ซึ่งประกอบด้วยการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ โดยใช้แนวคิดการสร้างมาตรฐานการพยาบาลตามขั้นตอนของเมสัน (Mason, 1994) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล, แบบสังเกตผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบบันทึกการปฏิบัติของพยาบาลและแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักฟื้นและการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยระหว่าง วันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2560 จำนวน 20 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้น และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 ข้อ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้น แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นและการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 และเชิงผลลัพธ์ ได้ผลเชิงบวก ร้อยละ 100 และวิสัญญีพยาบาล มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20

สรุปผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ได้พัฒนาคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เพื่อสื่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและผู้ป่วยทราบเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติตัว เช่น ระยะเวลาในการนอนราบ สามารถหนุนหมอนหรือพลิกตะแคงตัวได้และในการนำผลแนวปฏิบัติการพยาบาลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนพยาบาลให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นมาตรฐานรวมถึงใช้ประกันคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล

คำสำคัญ : การพยาบาล, การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง, ห้องพักฟื้น



บทนำ

การบริการพยาบาลวิสัญญี เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัด และทีมแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านบริการทางวิสัญญี จากประกาศสภาการพยาบาล

ได้กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลให้ครอบคลุมประเด็น การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การบริหารยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก การตัดสินใจแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤต การทำหัตถการ การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมงานวิสัญญี การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การใช้เทคโนโลยีได้

อย่างปลอดภัย การพัฒนาแนวปฏิบัติและหรือมาตรฐาน การให้ยาระงับความรู้สึก การวางแผนและพัฒนาฟื้นฟูความรู้เป็นต้น¹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมทุกสาขาจากกลุ่มงานการพยาบาล วิชาญมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก ทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย หลังให้ยาระงับความรู้สึกจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกปี 2557² จำนวน 15,570 ราย ปี 2558 จำนวน 15,736 ราย และ ปี 2559 จำนวน 16,251 ราย มีการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง คิดเป็นร้อยละ 16.20, 16.41 และ 17.72 ตามลำดับ พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง คืออัตราการเกิดภาวะ high block ร้อยละ 0.04 ในปี 2558 และปี 2559 อัตราการเกิดภาวะ post dural puncture headache (PDPH) ร้อยละ 0.04 ในปี 2559 ผู้ศึกษาซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้นและอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพตรงตาม พันธกิจ และวิสัยทัศน์ของกลุ่มการพยาบาล และ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพงานให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับแก่ผู้มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย หลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง อย่างเป็นระบบและมีทิศทางเดียวกัน ของกลุ่มงานการพยาบาล วิชาญ และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักฟื้นและอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อแนวพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักฟื้น และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวิสัญญีพยาบาลจำนวน 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยจากตารางการผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน โดยได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เมื่อเสร็จผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้นก่อนส่งกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 เมษายนถึง 31 พฤษภาคม 2560 จำนวน 20 คน

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสังเกตผลลัพธ์ ซึ่งแบบบันทึกนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การประชุมกลุ่มย่อย และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ³ (System theory) และแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ และแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ ใช้เทคนิคของเมสัน⁴ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอค่าสถิติในรูปแบบแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ นำมาหาค่าร้อยละรายข้อ โดย

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล นำมานับจำนวนครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการ ซึ่งแต่ละกิจกรรมต้องปฏิบัติได้ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 จึงจะถือว่าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความตรง
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการแล้ว ก่อให้เกิดผลดีทุกครั้งหรือไม่ หรือมีสาเหตุจากอะไรที่ไม่ได้ทำตามทีระบุไว้ในช่องหมายเหตุ
3. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการที่มีความตรง มาพิจารณาความสอดคล้องหรือความสัมพันธ์ว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชิงผลลัพธ์หรือไม่ ถ้าเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังทุกครั้งตามที่กำหนดไว้ในเชิงผลลัพธ์ นั้นแสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชิงผลลัพธ์จริงสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไปได้

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยนำเข้า

ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยการประชุมกลุ่มคณะกรรมการวิชาการ จำนวน 5 คน เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังตามแนวคิดเทคนิคเมสัน

2. กระบวนการ

ได้พัฒนาข้อความแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังเมื่อเสร็จผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ก่อนส่งกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย โดยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม, ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่และร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม	ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่	ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
1. การเฝ้าระวังปริมาณน้ำ-เลือดพร่อง/ การไหลกลับของเลือดลดลงมีการขยายตัวของหลอดเลือด/สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด	1. การพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้น	1. การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้น
2. การสูญเสียความรู้สึกจากระบบประสาทถูก Block ชั่วคราว	2. การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย	2. การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นและการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

การตรวจสอบความตรงตามความสัมพันธ์ (Criterion Related Validity) โดยวิธีของเมสัน การรวบรวมข้อมูลข้อมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เมื่อทำการสังเกตจากการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่ห้องพักฟื้นก่อนย้ายไปดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย จำนวน 20 คน สังเกตพฤติกรรมพยาบาล จากวิสัญญีพยาบาล จำนวน 20 คน ได้ผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของวิสัญญีพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลที่ใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่ห้องพักฟื้นและก่อนย้ายไปดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย จำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 95.0 มีตำแหน่งทางการพยาบาลเป็นระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 85.0 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่อง ไซสันหลัง ที่ห้องพักฟื้น และก่อนย้ายไปดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 อายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือความดันเลือดต่ำ และอาการหนาวสั่น คิดเป็นร้อยละ 62.5 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ

2.3 ผลการปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไซสันหลัง ในห้องพักฟื้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไซสันหลังในห้องพักฟื้น

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ได้ผลลัพธ์
1	ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทางการประเมินของ Modified Aldrete's Score	100	0	1. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัยจากการ	100
2	ประเมินระดับของการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนัง แบ่งตามระดับของเส้นประสาทไซสันหลัง	100	0	ระงับความรู้สึกทางช่องไซสันหลัง	
3	ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที	100	0	2. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวัง หลังได้รับ	100
4	ตรวจวัดความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง	100	0	การระงับความรู้สึกทางช่องไซสันหลัง	
5	จัดท่านอนหัวสูง ประมาณ 15 - 30 องศา จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย	100	0	ตามแผนการพยาบาล	
6	ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยใช้ผ้าห่ม หรือ เครื่องเป่าลมอุ่น Forced Air Warming System	100	0	3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฝ้าระวังและรักษาภาวะ	100
7	ดูแลการได้รับสารน้ำในกลุ่ม crystalloid/ colloid/ เลือด ตามแผนการรักษา	100	0	แทรกซ้อนตามแผนการรักษา	
8	ประเมินภาวะพร่องน้ำและเลือด จากการสังเกตเฝ้าระวังอาการ อาการแสดง และจากรายงานการบันทึกขณะผ่าตัด	100	0		
9	เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทิ้งผู้ป่วยตามลำพัง ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง	100	0		
10	อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาชา และการปฏิบัติตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไซสันหลัง	100	0		

ตารางที่ 2 ร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักรักษา (ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ได้ผลลัพธ์
11	<p>ให้การดูแลเฝ้าระวังและรักษาตามแนวทางการปฏิบัติของกลุ่มงานเมื่อพบภาวะแทรกซ้อน ดังนี้</p> <p>11.1 ความดันเลือดต่ำ รักษาโดยการให้สารน้ำ และ/หรือยาตีบหลอดเลือดตามความเหมาะสม และค้นหาสาเหตุ</p> <p>11.2 หัวใจเต้นช้า หรือร่วมกับความดันเลือดที่ลดลง พิจารณาให้ atropine และยาตีบหลอดเลือด ตามความเหมาะสม</p> <p>11.3 อาการหนาวสั่น (shivering) ให้ความอบอุ่นด้วยเครื่องเป่าลมอุ่น หรือหกลีกล้วย การให้สารน้ำที่เย็น</p> <p>11.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบร่วมกับภาวะความดันเลือดต่ำ และหัวใจเต้นช้าลง ให้รักษาภาวะความดันเลือดต่ำและหัวใจเต้นช้า</p> <p>11.5 LAST ความเป็นพิษของยาชา อาการเริ่มแรกทางระบบประสาท และตามด้วยระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ ให้การรักษาตามอาการ</p> <p>11.6 ภาวะ High block อาการ ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เพียงพอ ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้า ให้การควบคุมและช่วยหายใจ และรักษาระบบไหลเวียนเลือด</p> <p>11.7 ภาวะ Total spinal block อาการ ผู้ป่วยจะหมดสติ ความดันเลือดต่ำมาก หัวใจเต้นช้า และหยุดหายใจ ให้การรักษาตามแนวทาง CPR</p>	100	0		

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อนย้ายออกจากห้องพักรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น และการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ได้ผลลัพธ์
1	ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทางการประเมินของ Modified Aldrete's Score	100	0	1. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และ	100
2	ประเมินระดับของการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังแบ่งตามระดับของเส้นประสาทไขสันหลัง	100	0	ปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง	
3	ตรวจวัดสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	100	0	2. ผู้ป่วยได้รับการ	100
4	ดูแลการไหลของสารน้ำ หรือเลือดตามแผนการรักษา	100	0	เฝ้าระวังหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง	
5	ประเมินสภาพของแผลผ่าตัด ปริมาณเลือดออกจากแผลผ่าตัด/ท่อระบายต่างๆ ถ้าผิดปกติต้องจัดการแก้ไขและรายงานแพทย์	100	0	ตามแผนการพยาบาล	
6	แจ้งพยาบาลที่หอผู้ป่วยทราบภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะผิดปกติต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนยอมรับได้ ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย	100	0	3. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	100
7	ขณะเคลื่อนย้ายเปลี่ยนเตียงมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด	100	0	4. ผู้ป่วย/ญาติยอมรับและเข้าใจปฏิบัติตามคำแนะนำได้	100
8	ประสานงานกับพยาบาลประจำตึก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยมีอาการหนักมีพยาบาลนำส่ง	100	0		
9	อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการชาของขา/การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ซึ่งอาจใช้เวลานานหลายชั่วโมง	100	0		
10	แนะนำการนอนราบหนุนหมอนได้ หรือพลิกตะแคงซ้ายขวาได้ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยมีคำแนะนำ ระยะเวลากำกับผูกไว้ที่ข้อมือผู้ป่วย	100	0		
11	แนะนำการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะไม่ได้ หรือกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ให้แจ้งพยาบาลเพื่อสวนปัสสาวะทั้งเป็นครั้งคราว	100	0		
	ทุก 6 ชั่วโมง และเฝ้าสังเกตอาการต่อไป (กรณีคาสายสวนปัสสาวะให้แนะนำและอธิบายผู้ป่วยด้วย)				

ตารางที่ 3 ร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น และการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ได้ผลลัพธ์
12	อธิบายภาวะผิดปกติที่ผู้ป่วย/ญาติต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย อึดอัด หายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก หยุดหายใจ หัวใจเต้นช้า หมดสติ	100	0		

2.4 การประเมินผลเครื่องมือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาการพยาบาล (n = 20)

รูปแบบการพัฒนา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความทันสมัย	2.70	0.47	มาก
2. มีความชัดเจนเข้าใจง่าย	2.85	0.36	มาก
3. มีความสะดวกในการบันทึก	2.80	0.41	มาก
4. ใช้เวลาในการประเมินเหมาะสม	2.85	0.36	มาก
5. สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังได้อย่างครอบคลุม	2.95	0.22	มาก
6. ลดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังได้	2.95	0.22	มาก
7. สอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	3.00	0	มาก
8. นำไปใช้งานได้ในสภาพการณ์จริงได้	2.95	0.22	มาก
9. การพัฒนารูปแบบดังกล่าวเป็นการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้บริการของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	2.95	0.22	มาก
10. สามารถใช้เป็นแนวทางประกันคุณภาพการพยาบาลสำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกได้	2.90	0.31	มาก

$\bar{X} = 2.89, \pm S.D. = 0.20$

3. ผลผลิต (Output)

จากผลการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในห้องพักฟื้น และอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าสามารถปฏิบัติได้จริงเกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกทุกครั้ง และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 จึงถือว่าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเที่ยงตรง และมีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักรักษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ก่อนย้ายออกจากห้องพักรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

วิจารณ์

1. การสร้างแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดโดยปฏิบัติได้ คิดเป็นร้อยละ 100 และแบบสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปฏิบัติได้ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการตรวจสอบความตรงตามแนวคิดของเมสัน คือ มาตรฐานเชิงกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์จริง สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานต่อไปได้

2. กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักรักษาจะพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพัฒนาหรือการสร้างแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ในห้องพักรักษา จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังได้ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

ข้อยุติ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ได้พัฒนาคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เพื่อสื่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและผู้ป่วยทราบเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติตัว เช่น ระยะเวลาในการนอนราบ สามารถหนุนหมอน หรือพลิกตะแคงตัวได้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	
ชื่อผู้ป่วย.....	
เริ่มให้ยาทางช่องไขสันหลัง วันที่.....เวลา.....	
ให้นอนราบถึง วันที่.....เวลา.....	
(ระหว่างนอนราบให้ผู้ป่วยหนุนหมอนและพลิกตะแคงตัวได้)	

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดประโยชน์และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เกรียงไกร โกวิทางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานวิจัย
นางสาวเอื้อมพร สุ่มมาตย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิสัญญาแพทย์ วิสัญญาพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ทำให้
ผลงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์



• เอกสารอ้างอิง •

1. อรลักษณ์ รอดอนันต์ และคณะ. (2555). พื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา.กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
2. สถิติการให้บริการกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติการให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2557- 2559.
3. กฤษญา แสงดี และคณะ. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : กลุ่มมาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
4. จุฑามาศ ประจันพล และคณะ. (2552). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิสัญญี
กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระดับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาใช้บริการวิสัญญี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**The correlation between the patient's knowledge of anesthesia
and Perceptive levels of anesthetic processes in Roi Et Hospital**

.....
อาภาภรณ์ ภาคพงศ์*, วันเพ็ญ พันธภิบาล*
Arpaporn Pakapong, Wanpen Pantapibal

ABSTRACT

This study was a correlation research, focused on the correlation between the patient's knowledge of anesthesia and perceptive levels of anesthetic processes, using the questionnaires to the patients that underwent surgery and received anesthesia, in the official time during the 1st, April to 31st May, 2017. The participants were 150 cases, calculated by Pearson Correlation. Statistical analyses were descriptive statistic, percentage, mean, standard deviation (S.D.), maximum, minimum and Pearson product-moment correlation coefficient.

The result showed that the participant had quite good knowledge of anesthesia (78.0%) and good perceptive levels of anesthetic processes (91.1%). The correlation by Pearson product-moment correlation coefficient (r), revealed a medium positive linear correlation between patient's knowledge of anesthesia and perceptive levels of anesthetic processes, statistically significant (r=0.405; p-value <0.001). The correlation assessment of perceptive level of anesthetic processes of each step of processes, including pre-anesthesia, during anesthesia and post anesthesia, appeared high positive linear correlation with statistically significant as well (r = 0.809; p-value <0.001, r = 0.842 ; p-value <0.001 and r = 0.643; p-value <0.001, respectively).

In conclusion, the patient's knowledge of anesthesia was quite good, and the level of perception of anesthetic processes was good. We recommended that anesthetist nursing team should improve their communication skills during pre-operative and pre-anesthetic evaluation, to be able to educate patients about the important issues; to help to decrease conflict and prosecution after unintended complication of anesthesia.

Keywords : anesthesia, knowledge, perceptive

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และระดับความรู้ทางวิสัญญี กับระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยโดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ป่วย ที่มารับการทำผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก ในเวลาราชการ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของการคำนวณขนาดตัวอย่างในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) จำนวน 150 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 เมษายน ถึง 31 พฤษภาคม 2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมานได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางวิสัญญี ร้อยละ 78.0 อยู่ในระดับค่อนข้างดี ระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกร้อยละ 91.1 อยู่ในระดับดี การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ทางวิสัญญี กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient; r) พบว่า ความรู้ทางวิสัญญีมีความสัมพันธ์ (เชิงเส้นตรง) ทางบวก ในระดับปานกลาง กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.405$; $p \text{ value} < 0.001$) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก กับรายด้าน คือ ระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก และระยะเวลาหลังให้ยาระงับความรู้สึก พบว่า มีความสัมพันธ์(เชิงเส้นตรง) ทางบวก ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.809$; $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.842$; $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.643$; $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ)

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ ระดับความรู้ทางวิสัญญีของผู้ป่วย อยู่ในระดับค่อนข้างดี และระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก อยู่ในระดับดี การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและการให้ ยาระงับความรู้สึก ที่มรักษาพยาบาลควรให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในประเด็นสำคัญนี้ เพิ่มการสื่อสารการเข้าใจข้อมูลการรับรู้มากที่สุด ลดความขัดแย้งและการฟ้องร้อง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นเหตุสุดวิสัย

คำสำคัญ : การให้ยาระงับความรู้สึก, ความรู้, การรับรู้



บทนำ

การคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงสิทธิ และการได้รับการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งทาง สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ได้พัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิ โดยครอบคลุมตั้งแต่การสร้างการรับรู้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ จนถึงการรับเรื่องร้องเรียนเมื่อถูกละเมิดจากการรับบริการสุขภาพ¹ และในวันที่ 12 สิงหาคม 2558 ได้มีคำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยฉบับใหม่ออกและรับรองโดย 6 สาขาวิชาชีพ คือ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด

สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการและตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยกำหนดสิทธิของผู้ป่วยไว้ 9 ข้อ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย 7 ข้อ² และที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2551 ในโครงการ WHO's Second Global Patient Safety Challenge และ Safe Surgery Save Lives Program โดยแนะนำให้ใช้ Surgical safety checklist หรือรายการตรวจสอบ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในห้องผ่าตัด ลดความผิดพลาด

และผลอันไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เพื่อแสดงเจตจำนงความมุ่งมั่นในการนำ Surgical safety checklist มาประยุกต์ใช้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ³ โดยรายการตรวจสอบจะครอบคลุม 3 ช่วงเวลาของการผ่าตัด คือ ระยะเวลาก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ระยะเวลาก่อนการลงมีดผ่าตัด (Time out) และระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) เช่นเดียวกับงานบริการวิสัญญีซึ่งมีบทบาทหน้าที่ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก็มีกระบวนการทำงานให้ครอบคลุมทุกระยะเช่นกัน

จากการให้บริการของ สปสช.¹ พบว่าในปีงบประมาณ 2556 มีข้อร้องเรียน 612,502 ครั้ง ปี 2557 มีข้อร้องเรียน 601,426 ครั้ง ปี 2558 มีข้อร้องเรียน 583,325 ครั้ง ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในส่วนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 594 ครั้ง พบว่าเป็นข้อร้องเรียนด้านบริการมากที่สุดร้อยละ 69.90 ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 402 ครั้ง พบว่าเป็นข้อร้องเรียนด้านบริการมากที่สุดร้อยละ 70.89 ซึ่งข้อร้องเรียนด้านบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁴ การให้บริการทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยสถิติย้อนหลัง 3 ปี⁵ สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกในเวลาราชการโดยการนัดผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน เพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ ในปีงบประมาณ 2557 จำนวน 5,615 ราย ปี 2558 จำนวน 5,899 ราย และปี 2559 จำนวน 6,441 ราย ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิสัญญีกับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วย ที่มารับบริการวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ จะนำมาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญี ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการให้บริการไม่ล่งละเมิดสิทธิผู้ป่วย และร่วมกันพัฒนาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทางวิสัญญีกับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางวิสัญญี และระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้ มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านสำนักงานวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง 029/2560 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในเวลาราชการ และได้รับการเตรียมล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) ใช้ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 150 คน

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ (correlation Research) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม ที่สร้างและออกแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอค่าสถิติในรูปแบบแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด อธิบายระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกโดยจัดกลุ่มเป็น ระดับคะแนนการรับรู้ คือ รู้ ไม่รู้ และไม่แน่ใจ เป็นจำนวนและร้อยละ โดยแบ่งระดับคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม⁶ รายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ทางวิสัญญีกับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน⁷ (Person Product Moment Correlation Coefficient, r) นำเสนอค่า P-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับบริการวิสัญญี ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการรับบริการวิสัญญี (n = 150)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับบริการวิสัญญี	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	97	64.7
ชาย	53	35.3
อายุ		
น้อยกว่า 20	18	12.0
21 - 40	69	46.0
41 - 60	51	34.0
มากกว่า 60	12	8.0
$\bar{X} = 38.8, S.D. \pm 15.5$		
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	4.6
ประถมศึกษา	43	28.7
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	82	54.7
ปริญญาตรี	18	12.0
อาชีพ		
แม่บ้าน	34	22.7
เกษตรกร	49	32.7
รับจ้าง/ลูกจ้าง	53	35.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	6.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	3.3
รายได้		
น้อยกว่า 5,000	69	46.0
5,000 - 10,000	58	38.7
มากกว่า 10,000	23	15.3
Median 6,000 (1,000 - 50,000)		
วิธีการระงับความรู้สึก		
แบบทั่วไป	130	86.7
แบบเฉพาะส่วน	20	13.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	122	81.3
มี	28	18.7
โรคประจำตัว (n = 28)		
เบาหวาน	13	46.4
ความดันโลหิตสูง	7	25.0
โลหิตจาง	4	14.3
หอบหืด	3	10.7
ไวรัสตับอักเสบ	1	3.6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และการรับบริการวิสัญญี (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับบริการวิสัญญี	จำนวนคน	ร้อยละ
ประสบการณ์ของการให้ยาระงับความรู้สึก		
เคย	78	52.0
ไม่เคย	72	48.0
ภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในครั้งนี้		
ไม่มี	100	100
มี	0	0

2. ระดับความรู้ทางวิสัญญี และระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก

2.1 ระดับความรู้ทางวิสัญญี ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ทางวิสัญญี (n = 150)

ข้อ	ความรู้ทางวิสัญญี	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	การได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพเรื่องการระงับความรู้สึก	129	86.0	ดี
2	วิธีการระงับความรู้สึก มี 2 วิธี คือ ให้ยาสลบ และ ฉีดยาชาเฉพาะที่	131	87.3	ดี
3	ความจำเป็นที่ต้องงดน้ำ และอาหาร ก่อนมาผ่าตัด และระงับความรู้สึก	146	97.3	ดี
4	การถอดฟันปลอมและไม่นำของมีค่าเข้าห้องผ่าตัด	134	89.3	ดี
5	การแจ้งโรคประจำตัวหรือยาที่ทานประจำให้ทราบ ทุกครั้งเมื่อมารับการระงับความรู้สึก	135	90.0	ดี
6	ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดควรได้รับการดูแลรักษา	144	96.0	ดี
7	ผลข้างเคียงของการระงับความรู้สึก คือ การไม่ฟื้น จากยาสลบ การแพ้ยาอย่างรุนแรง หรือ การเสียชีวิต	85	56.7	ต่ำ
8	การพบภาวะผิดปกติ ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ควรแจ้งทีม รักษาให้ทราบทันที เพื่อให้การช่วยเหลือ	143	95.3	ดี
9	อาการไม่พึงประสงค์ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ เกิดขึ้น ได้เสมอในขณะที่ให้การระงับความรู้สึก	105	70.0	ค่อนข้างดี
10	การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย คือ ได้รับการรักษา พยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ	131	87.3	ดี
			$\bar{X} = 78.0$	ค่อนข้างดี

2.2 ระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก (n = 150)

ข้อ	การรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	84.1	ดี
2	ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก	94.5	ดี
3	ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	94.9	ดี
		$\bar{X} = 91.1$	ดี

2.3 ระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (n = 150)

ข้อ	ความรู้ทางวิสัยทัศน์	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	การรู้จักตำแหน่งของผู้ให้ยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด	91	60.7	ค่อนข้างดี
2	การปกปิดความลับด้านสุขภาพของตนเองมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก	121	80.7	ดี
3	การได้ร่วมยืนยันตัวตนก่อนการระงับความรู้สึก	143	95.3	ดี
4	การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก	142	94.7	ดี
5	การได้รับคำแนะนำขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนยินยอมรับการระงับความรู้สึก	141	94.0	ดี
6	การได้รับโอกาสเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก หลังจากได้รับฟังคำอธิบายถึงผลดี/ผลเสียของวิธีระงับความรู้สึก	101	67.3	ค่อนข้างดี
7	การได้รับบริการด้วยความสุภาพไม่บีบบังคับล่วงเกินทั้งทางร่างกาย และจิตใจ	144	96.0	ดี
			$\bar{X} = 84.1$	ดี

2.4 ระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก (n = 150)

ข้อ	กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก (ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก)	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	การแจ้งให้ทราบ/ขอความร่วมมือก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก	144	96.0	ดี
2	ทีมผู้ให้การระงับความรู้สึก มีสิทธิเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยได้	139	92.7	ดี

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก (n = 150) (ต่อ)

ข้อ	กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก (ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก)	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
3	ร่างกายไม่ถูกเปิดเผยเกินความจำเป็นขณะอยู่ในห้องผ่าตัด	141	94.0	ดี
4	การดูแลป้องกันอันตราย / ความเสี่ยงในขณะผ่าตัด / ให้ยาระงับความรู้สึก	144	96.0	ดี
5	การใช้อุปกรณ์เฝ้าระวังติดตามการทำงานของร่างกาย ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก	138	92.0	ดี
6	การเฝ้าระวังตลอดเวลาในขณะให้ยาระงับความรู้สึก/ผ่าตัด	142	94.7	ดี
7	ความพร้อมของทีม เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน / มีอาการ ผิดปกติในขณะให้ยาระงับความรู้สึก / ผ่าตัด	141	94.0	ดี
8	ทีมผู้ให้ยาระงับความรู้สึกมีความเชี่ยวชาญและชำนาญ ในการปฏิบัติงาน	145	96.7	ดี
			$\bar{X} = 94.5$	ดี

2.5 ระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละและระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก (n = 150)

ข้อ	กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก (ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก)	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับคะแนน
1	การดูแลในห้องพักฟื้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย	143	95.3	ดี
2	การติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำหลังผ่าตัด / ให้ยาระงับความรู้สึก	148	98.7	ดี
3	ผู้ป่วยและญาติต้องทำตามแนวทางการรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาล	150	100	ดี
4	ทีมรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล มีสิทธิส่งผู้ป่วย ไปรักษาต่อในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ถ้าจำเป็น	138	92.0	ดี
5	ผู้ป่วยสามารถร้องเรียน / ขอความเป็นธรรมได้เมื่อเกิด ผลเสียหายต่อตนเอง	133	88.7	ดี
			$\bar{X} = 94.9$	ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิสัญญี กับระดับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของตัวแปรความรู้ทางวิสัญญี กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P value
กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก	0.405	<0.001
ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	0.338	<0.001
ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก	0.304	<0.001
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	0.310	<0.001

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกับรายด้าน คือ ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึกและระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของตัวแปรการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกับระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึกและระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P value
ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก	0.809	<0.001
ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก	0.842	<0.001
ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก	0.643	<0.001

วิจารณ์

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางวิสัญญี กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ผลการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ทางวิสัญญี กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ทางวิสัญญีมีความสัมพันธ์ (เชิงเส้นตรง) ทางบวกในระดับ ปานกลาง กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.405$; $p \text{ value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ทางวิสัญญีมีความสัมพันธ์ (เชิงเส้นตรง) ทางบวกในระดับ ปานกลาง กับการรับรู้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.338$; $p \text{ value} < 0.001$, $r = 0.304$; $p \text{ value} < 0.001$, $r = 0.310$; $p \text{ value} < 0.001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลกับพฤติกรรม การปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร⁸ ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการ พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลและเจตคติต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วย สามารถ

ร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล
วิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ระดับความรู้ทางวิสัญญี ผลการศึกษาระดับ
ความรู้ทางวิสัญญี จำนวน 10 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
มีระดับความรู้ทางวิสัญญี ร้อยละ 78.0 อยู่ในระดับ
ค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความรู้ทาง
วิสัญญี เรื่องความจำเป็นที่ต้องงดน้ำและอาหาร
ก่อนมาผ่าตัดและระดับความรู้สึกมากที่สุด ร้อยละ 97.3
อยู่ในระดับดีและความรู้ทางวิสัญญี เรื่องผลข้างเคียง
ของการระงับความรู้สึก คือ การไม่ฟื้นจากยาสลบ การ
แพ้ยาอย่างรุนแรงหรือการเสียชีวิต ร้อยละ 56.7
อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษา
ความรู้เกี่ยวกับวิสัญญีของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับ
ความรู้สึกแผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ 9
ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึก
อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าความรู้
ความเข้าใจทางวิสัญญีอยู่ในระดับต่ำ ความรู้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่
ไม่ทราบ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการ
ให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ร้อยละ 49.5 ระยะ
เวลาในการผ่าตัด ร้อยละ 47.0 และภาวะหลังลืม
หลังผ่าตัด ร้อยละ 41.0

ข้อยุติ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับความรู้ทาง
วิสัญญี อยู่ในระดับค่อนข้างดี เพื่อให้เกิดองค์ความรู้
อย่างต่อเนื่องในการให้บริการระงับความรู้สึก ควรมีช่อง
ทางเผยแพร่ความรู้ในทุกช่องทางสื่อสาร ให้ข้อมูลการ
รับรู้มากขึ้น ลดความขัดแย้งและการฟ้องร้อง เมื่อเกิด
ภาวะแทรกซ้อนอันเป็นเหตุสุดวิสัย ผู้ป่วยมีการรับรู้
ในขั้นตอนระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก น้อยกว่า
ทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก ทีมผ่าตัดและ
ทีมให้การระงับความรู้สึก ต้องแสดงเจตน์จำนงความ
มุ่งมั่นที่จะนำ Surgical Safety Checklist มาประยุกต์
ใช้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การ
บริการในห้องผ่าตัดมีคุณภาพ และความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยอย่างสูงสุด

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับระดับความรู้ และการรับรู้ในกระบวนการให้
ยาระงับความรู้สึก และการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการให้
บริการด้านความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วยต่อ
บริการทางวิสัญญี เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุม
ลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องด้านบริการทางวิสัญญี



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เกรียงไกร โกวิททางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สำนักงานวิจัย
นางสาวเอี่ยมพร สุ่มมาตย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ทำให้
ผลงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

• เอกสารอ้างอิง •

1. นิภาพรรณ สุขศิริ และคณะ.(2559).วารสารก้าวใหม่หลักประกันสุขภาพ. 9 (43) : 5-11.
2. แพทยสภา. (2558). คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2555). ปฏิญญาว่าด้วย “การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด.” กรุงเทพมหานคร : สถาบัน พัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
4. ศูนย์ข้อมูลคุณภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติการรับเรื่องร้องเรียนปี 2557-2558.
5. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติการให้ยาระงับความรู้สึก ปี 2557-2559.
6. Bloom, B.S. (1971). Learning : Theory and practice. New York : Holt, Rinehart and Winston.
7. Cohen, J.W. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
8. มณสิชา ฐานะวุฒฒ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการปกป้องสิทธิผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลกับพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอ ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
9. อนุช จิ่งสมาน และคณะ. (2559). การศึกษาความรู้เกี่ยวกับวิสัญญีของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกแผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลรามาริบดี. วิสัญญีสาร. 42 (1) : 1-10.



ปัจจัยความสัมพันธ์กับการมารับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน
ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Factors Related to Emergency Medical Service of Urgent and Critical Illness Patients in Roi Et Hospital

.....
สุภลักษณ์ ต้นทอง*, สุริยา หล้าก่ำ*
Supaluck Tontong, Suriya Lakam

ABSTRACT

The objective of the study “Factors associated with the service in the emergency medical services system of emergency patients and Critical Patient in Roi Et Hospital” were to study

1) The relationship between personal factor and medical belief in order to receive emergency service.

2) The opinion of medical belief like ability to acknowledge benefits of emergency service, self-diagnostic for symptom, and obstruction to receive emergency service.

Population for the data is patient with critical condition in emergency room at Roi Et Hospital. With purposive sample of 384 patients, collected between 1, October 2016 through 31, August 2017. Data was collected by Likert’s rating scale questionnaire. Analyze by using percentage, average, and standard deviation. Correlation test was done by chi-square test with 95% significant level

The Study can conclude that :

1. Personal factors like age, education, private vehicle, and perceived symptom do have correlation with emergency service. While the rest of personal factor do not share any correlation with emergency service .Elements that related to the health belief model like perceived benefits and perceived obstacles in the emergency medical service system have no correlation with the emergency medical services.

2. The highest levels of opinion related to component of health belief model were perceived at benefits, the second were perceived symptoms, followed by perceived obstacle on emergency medical services.

Recommendations : All related personnel should develop communications and understanding on access to emergency medical services and enhance the service by ensuring fast and satisfy service.

Keywords : Emergency medical services system, Emergency patients, Critical Patient.

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและองค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพกับการมารับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ศึกษาระดับความคิดเห็นองค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประชากรได้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sample) จำนวน 384 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณ (Rating Scale) ของลิเคอร์ท วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์โดยการทดสอบ chi-square กำหนดค่าความเชื่อมั่น $p < 0.05$

ผลการศึกษา : พบว่าอายุ, ระดับการศึกษา, การมีพาหนะของตนเองและการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อาการเจ็บป่วยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาได้แก่ระดับการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามลำดับ

คำสำคัญ : ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน, ผู้ป่วยวิกฤต



บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิต และมีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการระยะยาวในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ถูกวิธี ทันเวลาและเป็นไปอย่างรวดเร็วพร้อมการส่งต่อระบบบริการอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโรค¹ ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีมีคนกว่า 5 ล้านคนทั่วโลกที่บาดเจ็บ จนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ สำหรับสถิติประเทศไทยของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งเกิดจากอุบัติเหตุ และ

ภาวะโรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บฉุกเฉิน และสาเหตุของการตายในอันดับที่ 2 ใน 4 ของประชากรไทย² ซึ่งการลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อการเสียชีวิต และเกิดความพิการระยะยาว จะต้องได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม ถูกวิธี ทันเวลา และรวดเร็วที่จุดเกิดเหตุ หรือระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาล³ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดนโยบาย และส่งเสริมการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขึ้นมาให้ประเทศ

ทั่วโลกเพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ในระดับต่างๆ เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน (World Health Organization, 2005) สำหรับประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งขององค์การอนามัยโลกได้ตอบสนอง พันธกิจโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสาน และ กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ ด้วยเจตนารมณ์พระราชบัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553 - 2555 ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น³

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินใน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁴ ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พบว่าการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในปี 2554 จำนวน 27,027,689 ครั้ง เรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 855,778 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.1 ซึ่งเป็นปริมาณที่ น้อยมาก ถึงแม้จะมีการส่งเสริมและการจัดตั้งระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในทุกระดับครอบคลุมพื้นที่ เกือบทั้งหมดทั่วประเทศ จังหวัดร้อยเอ็ดเองก็มีการ พัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นแม่ข่ายในการ สนับสนุน ต่อมาจังหวัดร้อยเอ็ดมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้ง เหตุและสั่งการขึ้นโดยในปี 2549 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ก็ได้พัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นศูนย์ระดับ 1 ทำหน้าที่รับแจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง และประสานหน่วยกู้ชีพออกปฏิบัติการ จาก ผลสรุปการดำเนินงานพบว่าการออกปฏิบัติการเพิ่มขึ้น เรื่อยๆ ทุกปี ในปี 2555 มีการออกปฏิบัติการทั้งจังหวัด 39,179 ครั้ง เฉลี่ย 3,245 ครั้ง/เดือน (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2555) และในอำเภอเมือง มีการออกปฏิบัติการ 5,648 ครั้ง เฉลี่ย 470 ครั้ง/เดือน

จากปัญหาการรับบริการในระบบบริการแพทย์ ฉุกเฉินที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร รวมถึงการ ทบทวนวรรณกรรม ทำให้พบว่าการใช้ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจะประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย หรือผู้นำส่ง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน^{5,6,7,8} อายุมีความสัมพันธ์กับการ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน^{6,9} การศึกษาและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน^{5, 10}

รายได้มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁸ การมีพาหนะส่วนตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหรือ ผู้นำส่งผู้ป่วยข้ามขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน^{6, 11} 2) ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยจะใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินสูงกว่า¹² 3) ปัจจัยด้านการรับรู้และการเข้าถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการรับรู้อาการเมื่อเริ่ม ป่วยโดยอาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการกล้ำเนื้อหัวใจ ขาดเลือดจะเรียกรถฉุกเฉินมากกว่าผู้ไม่รู้แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{13, 14} จึงทำให้ผู้ศึกษา ในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ให้ความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมารับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุง แก้ไข ค้นหาวิธีการ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือประชาชนมาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเหลือ ในระยะฉุกเฉินก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนได้ใน ระยะยาว

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ กับการมารับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นด้านองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์, การรับรู้อาการและการรับรู้ ต่ออุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ขนาด กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่าง ของ W.G Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 384 ชุด ผู้ศึกษาวางแผน เก็บแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด ในกลุ่มตัวอย่าง ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับมาจำนวน 384 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.5 ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ใช้

วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sample) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยพิจารณาจากผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างข้อคำถาม (item) ตามขอบเขตของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่างๆ 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส อาการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสิ้น 9 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

- ความคิดเห็นด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแบบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่ใช้มาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert Scale) ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบ 5 ระดับ ต่อไปนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ

- ความคิดเห็นด้านการรับรู้ว่าการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่ใช้มาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert Scale) ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบ 5 ระดับ ต่อไปนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ

- ความคิดเห็นด้านอุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่ใช้มาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert Scale) ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบ 5 ระดับ ต่อไปนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) และนำแบบสอบถามที่ได้ประยุกต์แล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ตรวจสอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ให้มีความครอบคลุมในทุกประเด็นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว จำนวน 30 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้มา

รับบริการในภาวะฉุกเฉินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.76, การรับรู้ว่าการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.80, การรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.80

วิธีการ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเลือกใช้สถิติ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและการเคยมารับบริการระบบการแพทย์ ได้แก่ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง, ระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ในการใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การรับรู้ว่าการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายระดับความรู้ต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งจะเป็นการคำนวณค่าคะแนนโดยพิจารณาดังนี้

ช่วงห่างคะแนนชั้น

= คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น

= $5 - 1/3$

= 1.33

จากเกณฑ์ความกว้างของอันตรภาคชั้น (Class Interval) สามารถแปลความหมายและกำหนดช่วงกว้างของคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึงระดับความรู้/การรับรู้ต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงระดับความรู้/การรับรู้ต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงระดับความรู้/การรับรู้ต่อการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน น้อย

และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เลือกใช้สถิติทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test = χ^2)

สำหรับการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการเคยรับบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0) ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 52.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.4) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.4) และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 54.4) โดย 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.0) ไม่มียานพาหนะมีจำนวนมากกว่ามียานพาหนะเล็กน้อย (ร้อยละ 53.1) อาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่มาด้วยโรคเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่นๆ เช่น ไม่รู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง ซึม หายใจหอบ วิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 62) มีเพียง 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 33.9)

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมารับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าอายุ ระดับการศึกษาและการมีพาหนะส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปร	การรับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		รวม	χ^2	df	p
	ไม่เคย	เคย				
เพศ						
ชาย	70 (58.8)	49 (41.2)	119 (100.0)	3.668	1	0.05
หญิง	184 (69.4)	81 (30.6)	265 (100.0)			
อายุ						
ต่ำกว่า 20 ปี	13 (76.5)	4 (23.5)	17 (100.0)	14.138	3	.003
21 - 40 ปี	44 (59.5)	30 (40.5)	74 (100.0)			
41 - 60 ปี	148 (73.6)	53 (26.4)	201 (100.0)			
มากกว่า 60 ปี	49 (53.3)	43 (46.7)	92 (100.0)			
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (100)	0 (0)	2 (100.0)	13.065	5	.023
ประถมศึกษา	118 (63.4)	68 (36.6)	186 (100.0)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	27 (60.0)	18 (40.0)	45 (100.0)			
ปวช. หรือมัธยมปลาย	81 (73.0)	30 (27.0)	111 (100.0)			
ปวส. หรืออนุปริญญา	10 (45.5)	12 (54.5)	22 (100.0)			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	16 (89.9)	2(11.1)	18 (100.0)			
อาชีพ						
เกษตรกร	120 (67.4)	58 (32.6)	178 (100.0)	6.682	6	.351
ค้าขาย	13 (72.2)	5 (27.8)	18 (100.0)			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ต่อ)

ตัวแปร	การรับบริการในระบบ บริการแพทย์ฉุกเฉิน		รวม	χ^2	df	p
	ไม่เคย	เคย				
แม่บ้าน	39 (63.9)	22 (36.1)	61 (100.0)			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (100.0)			
รับจ้างภาคอุตสาหกรรม	30 (68.2)	14 (31.8)	44 (100.0)			
รับจ้างภาคเกษตรกรรม	10 (47.6)	11 (52.4)	21 (100.0)			
ไม่ได้ทำงาน	27 (61.4)	17 (38.6)	44 (100.0)			
สถานภาพสมรส						
โสด	38 (63.3)	22 (36.7)	60 (100.0)	4.656	2	.098
คู่	200 (68.5)	92 (31.5)	292 (100.0)			
หม้าย/หย่า/แยก	16 (50.0)	16 (50.0)	32 (100.0)			
รายได้ของครอบครัว						
น้อยกว่า 5,000 บาท	133 (63.6)	76 (36.4)	209 (100.0)	2.009	3	.571
5,001 - 10000 บาท	101 (69.7)	44 (30.3)	145 (100.0)			
10,001-15,000 บาท	7 (58.3.0)	5 (41.7)	12 (100.0)			
มากกว่า 15,000 บาท	13(72.2)	5 (27.8)	18 (100)			
การมีพาหนะ						
ไม่มีพาหนะ	97 (47.5)	107 (52.5)	204 (100.0)	65.453	1	.000
มีพาหนะ	157 (87.2)	23 (12.8)	180 (100.0)			
อาการเจ็บป่วย						
อุบัติเหตุ, ถูกทำร้ายร่างกาย	62 (68.9)	28 (31.1)	90 (100.0)	7.459	4	.114
โรคหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, ระบบประสาท	12 (75.0)	4 (25.0)	16 (100.0)			
โรคมะเร็ง	9 (100.0)	0 (0.0)	9 (100)			
โรคชรา	17 (54.8)	14 (45.2)	31 (100)			
อื่นๆ ระบุ	154 (64.7)	84 (35.3)	238 (100)			

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพกับการมารับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าการรับรู้การที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ประโยชน์การเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพกับการเคยรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ	การรับบริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน		รวม	χ^2	df	p
	ไม่เคย	เคย				
การรับรู้ประโยชน์						
ระดับปานกลาง	31 (59.6)	21 (40.4)	52 (100.0)	.833	1	.361
ระดับมาก	223 (67.2)	109 (32.8)	332 (100.0)			
การรับรู้อาการ						
ระดับปานกลาง	118 (76.1)	37 (23.9)	155 (100)	10.83	1	.001
ระดับมาก	136 (59.4)	93 (40.6)	229 (100.0)			
การรับรู้อุปสรรค						
ระดับปานกลาง	64 (65.3)	34 (34.7)	98 (100)	.006	1	.936
ระดับมาก	190 (66.4)	96 (33.6)	286 (100.0)			

4. ผลการศึกษาระดับความคิดเห็นขององค์ประกอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ถึงประโยชน์การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมสูงสุด ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = .605) รองลงมาได้แก่ระดับการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = .533) และระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = .503) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระดับความคิดเห็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 384)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. การรับรู้ถึงประโยชน์การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.40	.606	สูง
2. การรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.95	.533	สูง
3. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.94	.50	สูง

5. ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกรายองค์ประกอบดังนี้

5.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินมีไว้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะเร่งด่วน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .778) รองลงมาคือสามารถเรียกใช้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกพื้นที่เมื่อเกิดเหตุหรือพบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = .847) และสามารถเชื่อมั่นในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือโทร 1669 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .931)

5.2 การรับรู้อาการการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะเมื่อพบผู้บาดเจ็บจากการถูกยิง ถูกแทง หรือถูกทำร้ายร่างกายมีอาการเจ็บสาหัส เลือดออกมาก ไม่รู้สึกตัว กระดูกแตกหัก

จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือโทรแจ้ง 1669 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = .659) รองลงมาคือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือพบผู้ป่วย อุบัติเหตุที่มีบาดแผล สับสน ระดับการรู้สติลดลง แขนขาหัก จำเป็นต้องใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือโทรแจ้ง 1669 ($\bar{X} = 4.72$, S.D. = .511) และเมื่อพบผู้ป่วยเจ็บจากการถูกยิง ถูกแทง หรือถูกทำร้ายร่างกาย มีอาการเจ็บสาหัส เลือดออกมาก ไม่รู้สึกตัว กระตุก แตะหัก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือโทรแจ้ง 1669 ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = .659)

5.3 การรับรู้ต่ออุปสรรคในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ช่วยลดความพิการ อัตราการตายได้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = .827) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกันเองในการให้บริการ สร้างความมั่นใจในผู้รับบริการ ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .921) และเจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ผ่านการอบรมเป็นมาตรฐานเดียวกัน ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .1004) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่เป็นเชิงลบแต่มีระดับการรับรู้ระดับสูงได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้เฉพาะญาติผู้มีอิทธิพล หรือข้าราชการเท่านั้น ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 1.118), ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 1.201), การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เสียเวลา ไม่ทันต่ออาการของผู้ป่วยและผู้ป่วยเจ็บ ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 1.318) รายละเอียดดังตารางที่ 4

วิจารณ์

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า

- เพศ พบว่าเพศชายเคยรับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 41.2 และ 30.6) และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนาภิจและบวร วิทยาชำนาญกุล¹¹ ที่ได้ศึกษาเหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าเพศ ระดับ การศึกษาและอาชีพ ไม่มีผลต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่

เมอพีและเฮบเวิร์ด^{7,8} ได้ศึกษาพบว่าเพศหญิงจะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าในเพศชาย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่ไม่มีพาหนะเป็นของตนเองหรือมีแต่ไม่มีความสามารถในการขับขี่ได้มากเท่ากับเพศชาย

- อายุ พบว่ากลุ่มที่เคยรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี (46.7) รองลงมาคืออายุระหว่าง 21 - 40 ปี (40.5) และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเคยมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รูเจอร์และริตเตอร์⁹ ได้ศึกษาไว้พบว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุมากกว่าผู้มีอายุน้อยถึง 1.3 เท่า แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

- ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มที่เคยรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนมากมีการศึกษาระดับปวส. หรืออนุปริญญา (54.5) รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (40.0) และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเคยมารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลวนและคณะ⁵ ที่ได้เคยศึกษาไว้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง

- อาชีพ พบว่ากลุ่มที่เคยใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างภาคเกษตรกรรม (52.4) รองลงมาคือกลุ่มไม่ได้ทำงาน (38.6) และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าอาชีพกับการใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของฮันเซลและคณะ⁸ ที่พบว่าอาชีพเกษตรกรรมเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนาภิจและบวร วิทยาชำนาญกุล¹¹ ที่พบว่าอาชีพไม่มีผลต่อการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มที่เคยรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (50.0) รองลงมาคือสถานภาพโสด (36.7) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าสถานภาพสมรสกับการใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับที่แมค คลาสเกอร์ และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาว่าผู้มีสถานภาพสมรสจะเรียกใช้ บริการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าสถานภาพโสด หมายถึง

- รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มที่เคยรับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท (41.7) รองลงมาคือน้อยกว่า 5,000 บาท (36.4) และเมื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่ารายได้ของครอบครัวต่อ เดือนกับการใช้บริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ฮันเซล⁸ ที่ศึกษาว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

- การมีพาหนะส่วนตัว พบว่ากลุ่มที่ไม่มี พาหนะเคยใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า กลุ่มที่มีพาหนะ (52.5) (12.8) ตามลำดับ เมื่อทดสอบ ความสัมพันธ์พบว่าการมีพาหนะของตนเองมีความ สัมพันธ์กับการเคยมารับบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์เซนธนากิจและบรร วิทยาชำนาญกุล¹¹ ที่ได้ศึกษาไว้ว่าผู้ที่มีรถยนต์ ส่วนตัวเรียกใช้บริการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่า ผู้ที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ใช้ บริการทั้งหมด

- อาการเจ็บป่วยที่มารพ. พบว่ากลุ่มที่เคยใช้ บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย โรคชรา (45.2) รองลงมาคือโรคฉุกเฉินอื่นๆ (35.3) และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าอาการที่ เจ็บป่วยมารพ. กับการใช้บริการในระบบบริการแพทย์ ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้จากการศึกษาของ ฮวงและคณะ¹² พบว่าเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นผู้ที่มี อายุมากจะเข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่มี อายุน้อยๆ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะจากโรคชราจะมี การเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ มีความคุ้นเคยและ มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความ เข้าใจการเรียกใช้และใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการใช้บริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

- การรับรู้ประโยชน์ในการเรียกใช้ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อย ถึงปานกลางเคยใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก และเมื่อ ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าการรับรู้ประโยชน์

ในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการใช้ บริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์ กันอภิปรายได้ว่าถึงแม้ประชาชนจะเข้าใจว่าระบบ การแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับ อาการเจ็บป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน ก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วย ลดอัตราการตาย, ภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาวก็ตาม แต่กลับไม่ได้เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ประชาชนมาใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- การรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการ แพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อาการที่เรียกใช้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับมากเคยใช้บริการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ อาการในระดับปานกลาง (23.9) (40.6) ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าการรับรู้ อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความ สัมพันธ์กับการใช้บริการในระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องการศึกษาของ โฮลเด็นท์และคณะ¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ เรียกใช้รถฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดในประเทศออสเตรเลีย พบว่าการรับรู้ อาการเมื่อเริ่มป่วยโดยอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเรียกรถฉุกเฉินมากกว่า ผู้ไม่รู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษา ของ ทาลูและคณะ¹³ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การใช้รถฉุกเฉินกับการให้ประเมินอาการเจ็บป่วยด้วย ตนเอง รวมทั้งปัจจัยด้านทัศนคติ และการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินอาการตนเองที่รับรู้อาการตนเอง และมีทัศนคติทางบวกต่อความรุนแรงของอาการที่ จะเกิด ส่งผลต่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการ ใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่ไม่มีการ รับรู้อาการและขาดทัศนคติทางบวกต่อหน่วยรถ ฉุกเฉินรวมถึงการศึกษาของสุกัญญา เดชขุน¹⁵ ที่ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับพฤติกรรมการ ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในเขต เทศบาลนครนนทบุรีพบว่า การรับรู้อาการป่วยฉุกเฉิน การรับรู้บริการ ทัศนคติต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน การรับรู้บริการและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 22.7

- การรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรค

ในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปานกลางเคยใช้บริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการใช้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ รวมถึงจากความเข้าใจของผู้รับบริการที่เข้าใจว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินรับเฉพาะอุบัติเหตุ และเสียค่าใช้จ่าย ที่สำคัญประชาชนส่วนมากไม่เข้าใจวิธีแจ้งเหตุ การประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วยเบื้องต้น เมื่อเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ และส่งการสอบถามรายละเอียดของผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความไม่พอใจ รู้สึกถึงความยุ่งยากในการบอกสถานที่อาการผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาพัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ และศิริอร สินธุ¹⁶ ที่ศึกษาว่าผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งคิดว่าไม่ทราบจะขอความช่วยเหลือจากรถพยาบาลอย่างไรดี และคิดว่ามีความยุ่งยากซับซ้อน

3. ระดับความคิดเห็นรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า มีค่าเฉลี่ยในทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับดี เพราะอาจเคยมีประสบการณ์ที่เห็นผู้อื่นหรือสื่อต่างๆ ที่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจึงทำให้เข้าใจถึงประโยชน์ของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแสดงว่ามีการรับรู้อาการที่เรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้อง จากการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่เปิดกว้างในทุกรูปแบบและทุกกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของอาการที่เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ได้อย่างดี ส่วนด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินถึงแม้ว่าจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นระดับสูงก็ตามแต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคไม่ดีเท่าที่ควร สังเกตได้จากข้อคำถามเชิงลบ

ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูง นั้นแสดงว่ายังเป็นอุปสรรคที่ผู้รับผิดชอบต้องดำเนินการแก้ไขความเข้าใจของผู้ที่จะเรียกใช้บริการการแพทย์โดยด่วนได้แก่

- 1) ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินใช้เฉพาะญาติผู้มีอิทธิพล หรือข้าราชการเท่านั้น
- 2) ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น
- 3) การใช้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เสียเวลา ไม่ทันต่ออาการของผู้ป่วย และผู้บาดเจ็บ

ข้อยุติ

จากการศึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของควรริบดำเนินการเพื่อพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

- 1) ควรเพิ่มการสื่อสารเพื่อลดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่นระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินใช้เฉพาะญาติผู้มีอิทธิพลหรือข้าราชการเท่านั้น, ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น และการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บเท่านั้น โดยการประชาสัมพันธ์สื่อต่างๆ ทุกช่องทางและโปสเตอร์ในชุมชน
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการให้รวดเร็ว โดยการประกันเวลาในการให้บริการ
- 3) สร้างกลุ่มเครือข่ายในชุมชนเพื่อเป็นอาสาสมัครในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างความตระหนักให้ความรู้เพื่อสังเกตอาการฉุกเฉิน รวมทั้งการแจ้งเหตุภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว พร้อมทั้งการดูแลเบื้องต้น
- 4) มีการกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและจัดทำข้อมูลแผนที่บ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว
- 5) มีระบบทะเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หอบหืด โดยระบุข้อมูลที่จำเป็นในการแจ้งเหตุ ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ค้นหาง่าย เพื่อสะดวกในการแจ้งเหตุ ลดเวลาในการแจ้งเหตุ



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมวิจัย และผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

• เอกสารอ้างอิง •

1. World Health Organization. 2008. Prehospital trauma care system. Geneva.
2. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2558. จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2552 – 2556. Retrieved from <http://bps.moph.go.th/content>.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2552. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2553.
4. วิทยา ชาติบัญชาชัยและไพศาล โชติกล่อม. 2556. ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Services) และผู้ป่วยที่มาทำการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554. Retrieved from <http://www.niems.go.th>
5. Raun, L.H. Ensor, K.B., Campus, L.A. & Persse, D. 2015. Factors affecting ambulance utilization for asthma attack treatment : understanding where to target interventions. Public health, (129), 501-508.
6. Kawakami, C. Ohshige, K, Kubota, K., Tochikubo, O. 2007. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. BMC Health Service Research, (7), 1-9
7. Murphy JF, Hepworth JT. 1996. Age and gender differences in health services utilization. Res Nurs Health, (19), 323-329.
8. Hansell S, Sherman G, Mechanic D. 1991. Body awareness and medical care utilization among older adults in an HMO. J Gerontol, (46), 151-159
9. Ruger, J.P., Richter, C.J. & Lewis, L.M. 2006. Clinical and economic factor associated with ambulance use to the emergency department. The Society for Academic Emergency Medicine, 13(8), 879-885.
10. Mc Cusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. 1997. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. Academer Med, 4(4), 325-337.
11. ณัชชา หาญสุทธิเวชกุล, บริบูรณ์ เชนธนากิจและบวร วิชาชำนาญกุล. 2555. เหตุใดคนเชียงใหม่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุจึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6, 268 - 277.
12. Haung, C.H., Chen, W.J., Ma, M.H-M., Lai, C.L. & et al. 2001. Ambulance utilization in metropolitan and rural areas in Taiwan. Journal of Formos Med Assoc., 100(9), 581 - 586.
13. Taloo, G., FitzGerald, G.J., Aitken, P.J., Ting, J.Y.S. & et al. 2013. Ambulance use is associated with higher self - rated illness seriousness : user attitudes and perception. Academic Emergency Medicine, 20(6), 576 - 583.
14. Holden, D.K., Smith, J., Kelly, A.M. & Bunker, S. 2006. Predictors of ambulance use in patients with acute myocardial infarction in Australia. Emergency Medical Journal, (23), 948 - 952
15. สุกัญญา เดชขุน. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา).บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
16. พัทธภรณ์ อุ่นเต๊ะ, ศิริอร สินธุ์. 2554. การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย Corneal ulcer
คอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดกับเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.
**Length of Stay and Charges of Corneal Ulcer Patients
in EENT Unit Roi Et Hospital with National Health Security Office**

.....
เพชรารัตนจันทร์*
Petchara Ratanachan

ABSTRACT

Background : Corneal ulcer caused by corneal infections. It is a severe condition. If a patient lacks of treatment, healing will be more difficult and eyesight might be lost or blind. Especially fungal infection that makes longer length of stay and leads to the patient spends more money.

Objective : To compare length of stay and total hospital charges of corneal ulcer patients in EENT unit Roi Et hospital with National Health Security Office.

Methods : This retrospective analytical research study was conducted. Total 212 of corneal ulcer patients were admitted in EENT Unit at Roi Et hospital during 1 October 2013 to 30 September 2016 that discharged by improving status was enrolled. The tool was used to study that was the recording form for comparison length of stay and total hospital charges of corneal ulcer patients in EENT Unit Roi Et hospital with National Health Security Office that is separated to 3 parts; 1) General data 2) history of illness/ diagnosis 3) length of stay and total hospital charges. Descriptive statistic and one samples t-test were used for analysis in this study.

Results : Most the patients were male 63.2 % and the age was more than 60 years old 36.8 %, averaged 53 years old, minimum 3 years old and maximum 93 years old 14.2 %. live in Phonhong district, 79.7 % were married, 95.8 % had had the right Universal Coverage Scheme (UC), 63.2 % were Agriculturist, 54.7% were in primary school. There was not comorbid disease 75.9% but the most comorbid disease were diabetic mellitus and hypertension 11.3%. The patient who got treatment with doctor (1) 53.8% and second diagnosis was Fungal Corneal Ulcer 54.7%. After statistic analysis found that length of stay were not significant but charges were significantly.

Conclusions : The expenditure from the medical record was higher than the National Health Security Office standard. Data for the hospital to allocate suitable money equal cost and quality of service and guide to develop quality of treatment.

Keywords : length of stay, charges, corneal ulcer

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความสำคัญ : Corneal ulcer หรือกระจกตาเป็นแผล เกิดจากการติดเชื้อที่กระจกตาเป็นภาวะที่รุนแรง ถ้าปล่อยทิ้งไว้ การรักษาจะลำบากมากขึ้นและสายตาสายตาจะเสียหรือบอดได้ โดยเฉพาะการติดเชื้อรา ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผล หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดกับเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analytical research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลที่มานอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 กันยายน 2559 จำหน่ายโดยทุเลาทั้งหมด จำนวน 212 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบบันทึกเปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กับเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ประวัติการเจ็บป่วย/ การวินิจฉัย 3) วันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ใช้สถิติพรรณนาและสถิติสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย one samples t-test

ผลการศึกษา : ส่วนมากเป็นผู้ชาย ร้อยละ 63.2 เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุต่ำสุด 3 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี อยู่ที่อำเภอโพนทอง ร้อยละ 14.2 สถานภาพสมรสร้อยละ 79.7 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.8 มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 63.2 และศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.9 แต่ส่วนใหญ่ที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.3 เป็นคนไข้แพทย์คนที่ 1 ร้อยละ 53.8 และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Fungal corneal ulcer ร้อยละ 54.7 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของวันนอนโรงพยาบาลและวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายตามเวชระเบียนและค่าใช้จ่ายตามมาตรฐาน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

สรุปผลการศึกษา : ค่าใช้จ่ายตามเวชระเบียนซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายตามมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นข้อมูลสนับสนุนในการจัดสรรเงินชดเชยที่เหมาะสมกับต้นทุนและคุณภาพบริการและเป็นแนวทางพัฒนาระบบการตรวจ วินิจฉัย เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : วันนอนเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย กระจกตาเป็นแผล



บทนำ

Corneal ulcer หรือกระจกตาเป็นแผล เกิดจากการติดเชื้อที่กระจกตาเป็นภาวะที่รุนแรง หากรักษาไม่เหมาะสมอาจทำให้ตาเสียอย่างถาวรได้¹ การติดเชื้อที่กระจกตาอาจเกิดจาก bacteria fungus หรือ virus ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับ corneal infection แต่เนื่องจากการเสียเวลารอคอยเพียงไม่กี่ชั่วโมง อาจทำให้ Cornea ถูกทำลายอย่างรวดเร็วถึงกับตาบอดได้² ดังนั้นในระยะแรกการซักประวัติและตรวจร่างกายจึงเป็น

สิ่งสำคัญเพราะเป็นแนวทางไปสู่การวินิจฉัยโรคได้ ซึ่งหากยังวินิจฉัยโรคไม่ได้แน่ชัดก็ต้องรักษาไปก่อน โดยใช้ยาฆ่าเชื้อให้ครอบคลุมทำให้สิ้นเปลืองเวชภัณฑ์

สาเหตุของตาบอดจากการติดเชื้อเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ ข้อควรระวังคือการถลอกของเนื้อเยื่อที่คลุมส่วนต่างๆ ของตา ที่สำคัญที่สุด คือกระจกตาเพราะเนื้อเยื่อเหล่านี้เป็นกำแพงป้องกันเชื้อโรคโดยธรรมชาติ หากมีการถลอกของกระจกตา (abrasion) ถ้ารักษาตั้งแต่วินิจฉัยยังไม่ติดเชื้อจะรักษาง่ายและไม่เกิดแผลเป็น แต่ถ้า

ปล่อยทิ้งไว้จนเกิดการติดเชื้อกลายเป็นแผลแล้ว การรักษาจะลำบากมากขึ้นและสายตาสายจะเสียหรือบอดได้³ โดยเฉพาะการติดเชื้อราทำให้ระยะเวลาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

จากสถิติหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลจำนวน 101 ราย (4.03 %) จากจำนวนผู้ป่วยในตา 2,507 ราย และเป็นโรคตาที่พบเป็นอันดับ 2 ใน 5 อันดับโรคแรก ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก การศึกษาระบบจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อใช้วัดผลผลิตในการบริการของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) โดยใช้หลักการจัดกลุ่มเดียวกัน เมื่อมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพใกล้เคียงกัน ซึ่ง DRG ในประเทศไทย ได้ปรับจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) เป็นระบบจำแนกกลุ่มเคสมิกซ์ (CaseMix Classification system) ระบบหนึ่งและการคิด CaseMix Index (CMI) คือค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) หรือน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service plan ต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด⁴

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยเปรียบเทียบกับวันนอนมาตรฐานและค่าใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อมีข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนบริหารจัดการและหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ใกล้เคียงตามมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ย ของผู้ป่วย กระจกตาเป็นแผลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กับวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการศึกษา

วัสดุ ประชากรเป้าหมายคือผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวด้วยโรคกระจกตาเป็นแผลในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 261 ราย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย กระจกตาเป็นแผลจำนวน 212 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผลที่มานอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2559 2) จำหน่ายโดยทุเลาเท่านั้น

วิธีการ การศึกษามีรูปแบบการศึกษาเป็น Retrospective analytical research เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกเปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกระจกตาเป็นแผล หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการพิจารณาและตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แล้วจึงเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ (อำเภอ) สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ และการศึกษา 2) ประวัติการเจ็บป่วย / การวินิจฉัย ได้แก่โรคร่วม แพทย์ และการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย 3) วันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ได้แก่ วันนอนโรงพยาบาล วันนอนมาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายตามเวชระเบียน ค่าใช้จ่ายตาม มาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าบริการในการรักษา วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดรหัสการลงข้อมูล ป้อนข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความถูกต้องแล้วใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้านวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ใช้สถิติอนุมาน one samples t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ที่อยู่ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ และการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 212)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	134	63.2
หญิง	78	36.8
อายุ		
< 20	17	8
20 - 29	8	3.8
30 - 39	18	8.5
40 - 49	41	19.3
50 - 59	50	23.6
60 ปีขึ้นไป	78	36.8
ค่าเฉลี่ย : ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (53.20 : 18.84)		
ที่อยู่		
อำเภอโพธารอง	30	14.2
อำเภอเสลภูมิ	21	9.9
อำเภอเมือง	19	9
อำเภอสุวรรณภูมิ	19	9
อำเภอเกษตรวิสัย	17	8
อำเภอจตุรพักตรพิมาน	17	8
อำเภออาจสามารถ	16	7.5
อำเภอธวัชบุรี	11	5.2
อำเภอโพธิ์ชัย	11	5.2
อำเภอจังหาร	9	4.2
อำเภอพนมไพร	8	3.8
อำเภอหนองพอก	8	3.8
อำเภอปทุมรัตน์	6	2.8
อำเภอเมยวดี	5	2.4
อำเภอเมืองสรวง	4	1.9
อำเภอเชียงขวัญ	3	1.4
อำเภอพนทราย	3	1.4
อำเภอศรีสมเด็จ	3	1.4
อำเภอทุ่งเขาหลวง	2	0.9
สถานะภาพสมรส		
สมรส	169	79.7
โสด	39	18.4
หม้าย/หย่า/แยก	4	1.9

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 212) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพ	203	95.7
ประกันสังคม	5	2.4
ส่งเบิก	4	1.9
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	134	63.2
นักเรียน/แม่บ้าน/ว่างงาน	49	23.1
รับจ้าง	28	13.2
ค้าขาย	1	0.5
การศึกษา		
ประถมศึกษา	116	84.7
มัธยมศึกษา	16	11.7
อนุปริญญา	2	1.4
ไม่ได้เรียน	3	2.2

2. ประวัติการเจ็บป่วย/ การวินิจฉัยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคร่วม แพทย์ และการวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย/การวินิจฉัย (n = 212)

ประวัติการเจ็บป่วย / การรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มี	162	76.4
มี	50	23.6
โรคร่วมที่กลุ่มตัวอย่างมี ได้แก่		
Diabetes mellitus	24	48
Hypertension	24	48
Dyslipidemia	5	10
Kidney disease	5	10
RA/Gout	4	8
Asthma	4	8
Delirium	3	6
Stroke	3	6
Heart disease	3	6
CA colon	1	2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย/การวินิจฉัย (n = 212) (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วย / การรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
HIV	1	2
Mental retard	1	2
แพทย์		
แพทย์คนที่ 1	114	53.8
แพทย์คนที่ 2	17	8
แพทย์คนที่ 3	31	14.6
แพทย์คนที่ 4	50	23.6
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย		
Fungal corneal ulcer	116	54.7
Corneal ulcer	86	40.6
Bacterial corneal ulcer	6	2.8
Fungal & bacterial corneal ulcer	3	1.4
Viral corneal ulcer	1	0.5

3. วันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวันนอนโรงพยาบาล วันนอนมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายตามเวชระเบียน ค่าใช้จ่ายตาม มาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าบริการในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด จำแนกตามวันนอนโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่าย (n = 212)

วันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่าสูงสุด : ค่าต่ำสุด
วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล	212	7.13 (6.34)	61.00 : 1.00
วันนอนเฉลี่ยมาตรฐานสปสช.	212	6.87 (2.07)	13.65 : 2.21
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามเวชระเบียน	212	15,503 (13,630.44)	133,983.00 : 1,255.00
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตามมาตรฐานสปสช.	212	10,571 (4475.70)	44,839.98 : 1184.22
ค่าบริการ ในการรักษา			
คลังเลือด (inc 02)	1	1,220.00 (0)	1,220.00 : 1,220.00
พยาธิวิทยา (inc 03)	175	565.71 (305.90)	1,980.00 : 40.00
รังสีวิทยา (inc 04)	17	297.06 (187.68)	870.00 : 220.00
ตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (inc 05)	16	313.33 (247.46)	1,100.00 : 200.00
ผ่าตัด (inc 06)	21	3,527.2 (3,052.16)	9,250.00 : 50.00
อวัยวะเทียม (inc 08)	11	742.27 (429.16)	1,400.00 : 200.00
อุปกรณ์บำบัดโรค (inc 09)	3	120.00 (34.64)	160.00 : 100.00

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด จำแนกตามวันนอนโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่าย (n = 212) (ต่อ)

วันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่าสูงสุด : ค่าต่ำสุด
ยาและเวชภัณฑ์ (inc 12)	212	4,114.3 (3197.27)	18,903.00 : 102.00
ห้องและอาหาร (inc 16)	212	2,759.5 (2,500.8)	24,400.00 : 300.00
ทางการแพทย์ บัตรทอง (inc17)	212	7,811.4 (9,525.69)	89,840.00 : 300.00

4. เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล กับวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยกับวันนอนมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (n = 212)

วันนอน	Mean	S.D.	Mean different	95% CI	p-value
• วันนอนโรงพยาบาล	7.13	6.34	.26	-.58 to 1.15	.515
• วันนอนมาตรฐานสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6.87	2.07			

5. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ย กับค่าใช้จ่ายมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ย กับค่าใช้จ่ายมาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (n = 212)

ค่าใช้จ่าย	Mean	S.D.	Mean different	95% CI	p-value
• ค่าใช้จ่ายตามเวชระเบียน	15,503.42	13,630.44	4,932.74	3169.69 to 6,801.80	<.001
• ค่าใช้จ่ายตามมาตรฐาน สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	10,570.68	4,475.70			

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกระดูกตาเป็นแผลส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.2 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.8 และมากกว่าครึ่งร้อยละ 55.2 เป็นช่วงอายุวัยทำงาน มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.2 และอยู่ตามชนบทเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิด กระจกตาเป็นแผลได้แก่ผู้ที่มีอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ที่ดวงตา เช่น เกษตรกร, ช่างเหล็ก, ช่างไม้ โดยในประเทศไทยพบว่าอุบัติเหตุต่อดวงตาเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่น่ามาสู่การเกิดแผลอักเสบที่กระจกตา และพวกที่อยู่ตามชนบท⁵ และรองลงมาเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 36.8 สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยง กระจกตาเป็นแผลในผู้มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคผิดปกติ เช่น ผู้สูงอายุ⁶

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนที่มีโรคร่วม เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.3 ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยง กระจกตาเป็นแผลในผู้มี ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคผิดปกติ เช่นผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ วัณโรค ผู้มีโรคทางกายเรื้อรัง (เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ผู้ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วย โรคเอดส์ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

เปรียบเทียบวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย กระจกตา เป็นแผลในโรงพยาบาลร้อยละ (7.15) กับ สปสช. (6.87) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ย ของวันนอนโรงพยาบาล และวันนอนมาตรฐานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ DRG grouper version 5.1 มีระยะเวลา วันนอนในกลุ่ม กระจกตาเป็นแผล Bacterial corneal ulcer 4.79 วัน ส่วน Fungal corneal ulcer มีระยะเวลาวันนอน 7.31 วัน ซึ่งการแปลผล คุณถึง ประสิทธิภาพในการให้บริการการรักษาออกถึงความ สามารถในการรักษาผู้ป่วยให้หาย และกลับบ้านได้ใน ระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย ของกลุ่มสถานบริการสาธารณสุขเดียวกัน ถ้าสูงกว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม อาจหมายถึง มีผู้ป่วยโรครุนแรง หรือเรื้อรังมาก หรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม อาจหมายถึง สถานบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดี หรือมีการจำหน่ายเร็ว⁷

เปรียบเทียบค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วย กระจกตา เป็นแผลในโรงพยาบาลร้อยละ (15,556.42) กับ สปสช. (10,570.68) แต่คะแนนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายตาม เวชระเบียน และค่าใช้จ่ายตามมาตรฐานของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = <.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ DRG grouper version 5.1 มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.64 คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 4,480 บาท ($0.64 \times 7,000$) ส่วน Fungal corneal ulcer มีค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ เท่ากับ 1.8394 คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 12,875.8 บาท ($1.8394 \times 7,000$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาต้นทุนกิจกรรมผู้ป่วยโรคตา โรงพยาบาล อุดรดิตถ์⁸ พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย โรคตาต่อ 1 วันนอน สูงกว่าอัตราค่าบริการพยาบาล ทั่วไปที่กรมบัญชีกลาง

ข้อยุติ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นข้อมูลสนับสนุน ในการจัดสรร เงินชดเชยที่เหมาะสมกับต้นทุน และคุณภาพบริการ และโอกาสในการพัฒนาระบบการตรวจ วินิจฉัย เพื่อ การรักษาที่มีประสิทธิภาพ เช่นการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ การเฝ้าระวังและการดูแลรักษาที่เหมาะสม



กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณา และการสนับสนุนจากอาจารย์สุทิน ชนะบุญ นายแพทย์เกรียงไกร โกวิททางกูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทีมงานสำนักงานวิจัย ตลอดจน ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อนุญาตให้ศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล ให้ความรู้ แนะนำ ตรวจสอบ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องของงานวิจัยชิ้นนี้ให้สมบูรณ์

• เอกสารอ้างอิง •

1. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. 2552. แนวทางจักษุวิทยาสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
2. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และโกศล คำพิทักษ์. 2550. ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
3. อภิชาติ สิงคาลวณิช และญาติ เจียมไชยศรี. 2540. จักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิงจำกัด.
4. เมธี เขยประเสริฐ. 2556. Casemix Index (ตอนที่ 2): เอกสารเผยแพร่ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับระบบเคสมิกซ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. วิมลรัตน์ ประทีปเสน และวิลาวัลย์ พวงศรีเจริญ. 2556. CORNEAL CU ALUMNI 2013. ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2557, จาก <http://www.chulaophthalmology.org/public/index.php?op=knowledge-detail&id=69>
6. สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. 2556. กระจกตาอักเสบ (Keratitis) กระจกตาเป็นแผล (Corneal ulcer). ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2557, จาก <http://haamor.com/th/กระจกตาอักเสบ/#article101>
7. วิโรจน์ รัชชสงครามสกุล. 2555 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG). กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
8. สุกัญญา เตชะสุวรรณ. 2549. ต้นทุนกิจกรรมผู้ป่วยโรคตา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).



การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

**Development of prevention guidelines for postpartum hemorrhage.
Borabue Hospital Mahasarakham province**

.....
เพ็ญศิริ กุลมงคลสวัสดิ์*, อภิญญา สารภักดิ์**
Pensiri Kunmongkolsawat, Apinya Sarapak

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is the leading cause of maternal mortality worldwide. Based on the analysis of hospital indicators. Mahasarakham province The postpartum hemorrhage rate is expected to increase from 1.57%, 1.33% and 2.83%, respectively. This is due to uterine atony during early postpartum hemorrhage to 92.85%. There are no guidelines. Risk Assessment for Postpartum Hemorrhage Baby weight Assessment of blood loss and Active Management in 3rd stage. purpose To develop a prevention for postpartum hemorrhage. The samples is term Pregnancy in vaginal delivery in 73 case. And a summary of supervisory practice of register nurses. Data were collected from October 2016 to April 2017. Thinking framework by Kemmis & McTaggart. The data were analyzed by descriptive statistics; number, Percentage, means. The results showed that followed by the developed practice, 100% had risk factors for postpartum haemorrhage 47.95% were treated. Monitoring and prevention of postpartum hemorrhage effectively. As a result, the rate of postpartum hemorrhage decreased from 2.83% to 1.36%. Criticize the results of the study. This is consistent with the objective of preventing postpartum hemorrhage. Supervision of register nurses should be monitored continuously.

Keyword : Development of prevention guidelines for postpartum hemorrhage.

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญการตายของมารดาทั่วโลกอัตราการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2557 - 2559 ร้อยละ 1.56 1.33 และ 2.83 ตามลำดับ ร้อยละ 92.85 เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด² ชั่วโมงจากการทบทวนกระบวนการดูแลในห้องคลอด พบว่าการประเมินภาวะเสี่ยงและการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดยังไม่ครอบคลุมการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 73 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินภาวะเสี่ยงและแบบสรุปการนิเทศการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2559 - เมษายน 2560 ศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 พบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 47.95 ได้รับการดูแลรักษาเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง จากร้อยละ 2.83 เหลือ ร้อยละ 1.36

สรุป : ผลการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และควรมีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด



บทนำ

องค์การอนามัยโลก การตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาสำคัญร้อยละ 25 ของการตายมารดาทั่วโลก มีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอดและ 1 ใน 4 ของการตายมารดาหลังคลอดเกิดจากการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด¹ การตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะช็อกหรือเสียชีวิตได้ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายในระยะยาว เช่น ภาวะซีด ภาวะซีฮานซินโดรม ด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ เข้ารับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น² จากการรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาในประเทศไทย พ.ศ. 2547 -2550 พบว่า การตายของมารดาหลังคลอดต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 18.2, 18.1, และ 17.4 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็น

ปัญหาการตายที่สำคัญของมารดาดังนั้นจึงควรมีการค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว³

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร้อยละ 1.56, 1.33 และ 2.83 ตามลำดับ ร้อยละ 92.85 เป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Early Postpartum Hemorrhage) และเกิดในระยะที่ 3 ถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมงสาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร้อยละ 78.57 เกิดจากการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ร้อยละ 14.28 เกิดจากรกหรือเศษรกค้าง ร้อยละ 7.14 จากการทบทวนกระบวนการดูแลในห้องคลอด พบว่าการประเมินภาวะเสี่ยงและการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ความแม่นยำในการคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ การประเมินการสูญเสียโลหิต การทำ Active management of 3rd stage of labor (AMTSL) และการเฝ้าระวังการเกิด uterine Atony ในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
 2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
- คำถามการวิจัยการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้หรือไม่

วิธีการศึกษา

วัสดุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการวิจัยประกอบไปด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≥ 34 สัปดาห์ที่คลอดในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 ถึงเมษายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 30 ข้อ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 ข้อ และส่วนสรุปจำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าครั้งนี้แบบประเมินภาวะเสี่ยงเท่ากับ 0.92 และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยให้ทำการศึกษาได้

วิธีการศึกษา

1. การวางแผน (Plan)

1.1 ทบทวนอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง และทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในทุกระยะของการคลอด

1.2 ศึกษาค้นคว้า เอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 เรื่อง งานวิจัยเรื่องประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด⁴ และวิจัยเรื่องประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด รพ.เชียงใหม่⁵ และพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง⁶ และได้ปรับปรุงเครื่องมือและพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1.3 ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดังนี้

- ประเมินภาวะเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การดูแลในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ของการคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง กรณีพบภาวะเสี่ยงให้การดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับ CPG

- คาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนคลอด โดยใช้สายวัดเป็นเซนติเมตร วัดรอบเอวตำแหน่งสะดือ (A) และวัดจาก Symphysis pubic ถึง High of fundus (B) แล้วใช้สูตรคำนวณโดยนำค่าที่ได้จากการวัด A คูณด้วยค่าที่ได้จากการวัด B แปลผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกเป็นกรัมกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัว ≥ 80 กิโลกรัมและ Head engagement ให้ใช้ค่าที่ได้จากการคำนวณ $A \times (B-11)$ กรณีกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัว ≥ 80 กิโลกรัมและ Head float ให้ใช้ค่าที่ได้จากการคำนวณ $A \times (B-12)$

- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในสตรีตั้งครรภ์แรกที่ปากมดลูกเปิด 3 cm. และกลุ่มเสี่ยง เช่น ทารกตัวโต EFW $\geq 3,500$ กรัม ครรภ์หลังมีประวัติการคลอดเร็วประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อนล้วนรก/ชุดมดลูกซืด Hct. ≤ 33 Vol%, Prolonged 1 st 2nd 3 rd stage.

- เจาะเลือดตรวจ Hct. แกรับในห้องคลอดเพื่อประเมินภาวะซีด กรณี Hct. ≤ 33 vol % รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาของ PRC

- ประเมิน Blood loss โดยใช้ถุงตวงเลือด กำหนด Early warning sign เมื่อพบ Blood loss ≥ 350 ml. ปรึกษาสาเหตุของการสูญเสียโลหิตตามหลัก 4T

- Active Management in 3rd stage โดยการบริหารยา uterotonic drugs เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำคลอดครกโดยวิธีcontrolled cord traction ทำ uterine massage ภายหลังคลอดทันที

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่ง Stable

- ประเมินการหดตัวของมดลูกทันทีหลังรกลอด และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนกระทั่งมั่นใจว่ามดลูกหดตัวดีใน 2 ชั่วโมงแรก กรณีมดลูกหดตัวไม่ดีให้ปรึกษาสาเหตุและแก้ไขตามสาเหตุ เช่น Full bladderการมีเศษรกค้างหรือมี blood clot ค้างในโพรงมดลูก

- กลุ่มเสี่ยงต่อ Uterine atony เช่น ทารกตัวโตน้ำหนัก $\geq 3,500$ กรัม Precipitate labor, Prolonged 1st 2nd 3rd stage กลุ่มที่มีปัญหามดลูกหดตัวไม่ดีในระยะที่ 1 ของการคลอดและได้ Induction/Augmentationให้ 5% D/N/2 1,000 ml+synto 10-20 Unit vein drip 120 cc/hr.

- Observe bleeding per vagina กรณีพบ Active bleed ให้ประเมินซ้ำเพื่อหาสาเหตุของ bleeding per vaginaตามหลัก 4T และแก้ไขตามสาเหตุ

- ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างทุกระยะของการคลอดและกระตุ้น void ภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง

- ประเมินซ้ำหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยประเมิน bleeding per vagina การหดตัวของมดลูกการมีเลือดออกจากแผล Perineum การเกิด Hematoma

- ให้มารดาหลังคลอดนอนพักคนเดียว พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

2. การปฏิบัติตามแผน (Act)

2.1 ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่พัฒนาขึ้น

2.2 ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดทุกราย

2.3 สรุปผลลัพธ์ การใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยประเมินจากกรณีศึกษาทางการแพทย์ผลการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงและตัวชี้วัด

3. การสังเกต (Observe)

นำผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งยังพบการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.35 เกิดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง สาเหตุจากมี Blood clot ค้างในโพรงมดลูก และจาก full bladder

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ(Reflection)

ปรับปรุงแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มเติม ดังนี้

- ขณะประเมินการหดตัวของมดลูกทุกครั้ง ให้คลึงมดลูกและไล่ blood clot ร่วมด้วย

- ประเมิน bladder และกระตุ้น void ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด กรณีกระเพาะปัสสาวะเต็มและไม่ void พิจารณาสวนปัสสาวะและดูแลต่อเนื่องที่ตึกหลังคลอด

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 37 อายุ 20 - 34 ปี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9 และอายุมากกว่า 34 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 อาชีพรับจ้าง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 37 รายได้ของครอบครัว 10,001-15,000 บาท จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 สถานภาพสมรสจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 ตั้งครรภ์แรก จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 ตั้งครรภ์ที่ 2 จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 ไม่มีประวัติการแท้ง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 73 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ(ปี)		
น้อยกว่า 19	27	37
19 - 34	43	58.9
มากกว่า 34	3	4.1
2. อาชีพ		
ทำนา	2	2.7
รับจ้าง	26	35.6
ค้าขาย	5	6.8
แม่บ้าน	36	49.3
รับราชการ	0	0
อื่นๆ	4	5.5
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	5	6.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	37
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	52.1
ปวช. - ปวส.	3	4.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0
ปริญญาโท	0	0
4. รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	10	13.7
5,000 - 10,000 บาท	25	34.2
10,001 - 15,000 บาท	28	38.4
มากกว่า 15,000 บาท	10	13.7
5. สถานภาพ		
สมรส	72	98.6
หย่าร้าง	1	1.4
หม้าย	0	0
6. ประวัติการตั้งครรภ์		
6.1 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	32	43.8
ครรภ์ที่ 2	29	39.7
ครรภ์ที่ 3 หรือมากกว่า	12	16.4
6.2 ประวัติการแท้งบุตร		
เคยแท้ง	9	12.3
ไม่เคยแท้ง	64	87.7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 73 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6.3 อายุครรภ์		
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	4	5.5
37 - 40 สัปดาห์	57	78.1
มากกว่า 40 สัปดาห์	12	16.4
6.4 การฝากครรภ์คุณภาพ		
ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	44	60.3
ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	29	39.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกพบว่ามีภาวะเสี่ยงจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.95 โดยแยกตามความเสี่ยงดังนี้ มีประวัติได้ขูดมดลูก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDM, Overt DM จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 ทารกตัวโตน้ำหนัก $\geq 3,500$ gm. จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.3 มดลูกหดตัวไม่ดีหรือได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1, 2 จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.8 Prolonged 1st stage จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.2 การคลอดเร็ว จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 มีรก/เศษรกค้าง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 Prolonged 3rd stage จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 Blood loss ≥ 350 ml. จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.2 มดลูกหดตัวไม่ดี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 ส่วนรายการความเสี่ยงอื่นไม่พบในกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (n = 73 คน)

รายการความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	35	47.95
2. ประวัติได้ขูดมดลูก	4	5.5
3. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDM, Overt DM	4	5.5
4. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	1	1.4
5. ทารกตัวโต BW ≥ 3500 gm.	9	12.3
6. มดลูกหดตัวไม่ดี และ/หรือได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด	13	17.8
7. Prolonged 1 st stage	6	8.2
8. การคลอดเร็ว	2	2.7
9. รก/เศษรกค้าง	1	1.4
10. Prolonged 3 rd stage	1	1.4
11. Blood loss ≥ 350 ml.	6	8.2
12. มดลูกหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด	3	4.1

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติใหม่

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติใหม่ประเมินได้จากการใช้รายการเช็คคลิสต์ โดยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 ส่วนสรุป

จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 73 คน คลอดปกติ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ปริมาณการสูญเสียโลหิต < 350 ml. จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 94.5 ปริมาณการสูญเสียโลหิต 350 - 490 ml. จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ไม่พบการสูญเสียโลหิต \geq 500 ml. น้ำหนักทารก 2,500 - 2,990 กรัม จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 น้ำหนักทารก 3,000 - 3,490 กรัม จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 น้ำหนักทารก 3,500 - 3,990 กรัม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปการคลอด (n = 73 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. วิธีการคลอด		
คลอดปกติ	72	98.6
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	1	1.4
คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด	0	0
2. น้ำหนักทารก		
น้อยกว่า 2,000 กรัม	2	2.7
2,000 - 2490 กรัม	2	2.7
2,500 - 2990 กรัม	28	38.4
3,000 - 3,490 กรัม	28	38.4
3,500 - 4,000 กรัม	12	16.4
มากกว่า 4000 กรัม	1	1.4
3. การสูญเสียโลหิตจากการคลอด		
น้อยกว่า 350 ml.	69	94.5
350-490 ml.	4	5.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 500 ml.	0	0
4. การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด		
มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	0	0
ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	100	100

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพัฒนาการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 100 พบภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 47.95 จากการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอัตราการตกเลือดหลังคลอดครั้งที่ 1 ร้อยละ 1.35 ไม่พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดหลังปรับปรุงแนวปฏิบัติใหม่ สอดคล้องกับ ธนกร กฤษณาพันธ์, 2553.⁴ และควรมีการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อยุติ

- 1) ใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการประเมินสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกราย สามารถค้นหาภาวะเสี่ยงและวางแผนดูแลรักษาและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นแนวทางเดียวกัน
- 3) การใช้ถุงตวงเลือดทำให้สามารถประเมินการสูญเสียโลหิตได้อย่างถูกต้องแม่นยำ กำหนด Early warning sign เมื่อ Blood loss ≥ 350 ml. ทำให้สามารถดูแลรักษาและแก้ไขตามสาเหตุได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
- 4) ควรนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติให้เป็นงานประจำของหน่วยงาน เพื่อคุณภาพบริการและเกิดผลลัพธ์ให้ดีที่สุดต่อผู้รับบริการ
- 5) ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิเชียร ฉกาจนโรดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยากรชำนาญการพิเศษ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาสับสนุนงบประมาณให้คำปรึกษา แนะนำ ในการทำวิจัยจนสำเร็จ และขอขอบพระคุณ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลบรบือ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

• เอกสารอ้างอิง •

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2547). สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2544-2546. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
2. ชัยยุทธ เครือเทศน์.(2549).การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management) ในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 15, 753-759.
3. สถิติอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
4. ธนกร กฤษณาพันธ์. (2553). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. แสงเดือน วงศ์ใหญ่. (2553). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. ชญาณิศวรรี กุณา. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา บัณฑิต,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลบรบือ
อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

**Factors Affecting Happiness in Personnel Work of Borabue Hospital,
Borabue District, Maha Sarakham Province**

.....
อุดมศักดิ์ ทวดอาจ*
Udomsak Thuadard

ABSTRACT

Happiness in work And good organizational climate affects performance and personnel in the organization have the ability to learn. Quality standards meet customer satisfaction. This research is a survey. The purpose is to 1) study personal factors. 2) To study the relationship between factors affecting work happiness and work happiness of personnel. The data were collected by questionnaire during March 1, 2560 to April 28, 2017. The total number of personnel was 253. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, Independent Samples t-test, One-way ANOVA and Pearson Correlation. The research found that Workers are happy to work in a very high level, status, working time, work enjoyment, work enthusiasm. Have fun in different overall work. Factors affecting job satisfaction, corporate values, workplace relationships, quality of work life, supervisors, supervisors, physical environment. Relationships with happiness in the work of hospital personnel. In the enjoyment of work, the pleasant work. And the enthusiasm for work. Research recommendations 1) Determine the task assignment and workload to meet individual needs. 2) Build and develop organizational values. Continuously learn to share responsibility, share experiences. 3) Create an environment conducive to work.

key words : Factors Happy Workplace

* -

บทคัดย่อ

ความสุขในการทำงาน และบรรยากาศองค์กรที่ดีส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและบุคลากรในหน่วยงาน มีสมรรถนะการเรียนรู้ เกิดองค์กรคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากร วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 28 เมษายน 2560 จำนวนบุคลากร 253 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Samples t-test, One-way ANOVA และ Pearson Correlation ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สถานภาพ ระยะเวลาการทำงาน ความสุขในการทำงานด้านความเพลิดเพลินในงาน, ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความสุขในการทำงานโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมขององค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบรบือ ในด้านความเพลิดเพลินในงาน ด้านความรื่นรมย์ในการทำงาน และด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย 1) กำหนดหน้าที่การมอบหมายงานและปริมาณงานให้สอดคล้องกับความสามารถรายบุคคล 2) เสริมสร้างและพัฒนาค่านิยมองค์กร อย่างต่อเนื่องเรียนรู้การมีส่วนร่วมรับผิดชอบแบ่งปันประสบการณ์ 3) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน



บทนำ

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือกับองค์กร ก่อให้เกิดประโยชน์ องค์กรบรรลุเป้าหมาย ก่อให้เกิดความเชื่อและพฤติกรรมที่แสดงออกด้านดีต่อองค์กร ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และปฏิบัติงานกับองค์กรในระยะเวลา ยาวนาน ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูง จะปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำและหากขาดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ก็จะส่งผลเสียหายตามมาหลายประการ ได้แก่ ความเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน การลดลงของผลงาน การขาดงาน และการลาออกจากงานในที่สุด อย่างไรก็ตาม ผลกระทบของการมีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ มีแนวโน้มที่จะเป็น

ปัญหาอย่างมากในวงราชการไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการประชาชน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้ความสุขในการทำงานก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่จะทำให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะบุคลากรที่มีความสุขจะมีความกระตือรือร้น ในการทำงาน นำไปสู่ผลการทำงานที่มีคุณภาพ บุคลากรมีความสุข รู้สึกผูกพันต่อองค์กร ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้¹

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุขครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ

เมื่อสภาพแวดล้อมของสังคมไทยและโลกเปลี่ยนแปลงไปได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างระบบงาน บทบาทหน้าที่และวิธีการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล มีการปรับเปลี่ยนบทบาท ทิศทางการบริหารจัดการสู่มิติใหม่ที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการและปรับลดขนาดกำลังคนภาครัฐ มีผลทำให้องค์กรหน่วยงานบริการสาธารณสุขจะต้องประสบกับปัญหาขาดแคลนกำลังคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของกำลังคนด้านสาธารณสุขว่าเป็นสิ่งมีค่ายิ่ง มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะบุคลากรที่มีความรู้มีคุณภาพจะก่อให้เกิดงานที่มีคุณค่าและมีประสิทธิภาพตามมา ดังนั้นทุกหน่วยงานต้องทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร โดยสร้างแรงจูงใจ สร้างขวัญและกำลังใจ ให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในระบบงานได้แก่ การบริหารงานที่โปร่งใส มีการมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาองค์กร ให้อำนาจตามตำแหน่งหน้าที่ พัฒนาความรู้ความสามารถและการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในงาน การเลื่อนตำแหน่ง การขึ้นเงินเดือน สวัสดิการ การให้ผลตอบแทนอย่างเป็นธรรม² โรงพยาบาลบรบือ เป็นองค์กรหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม และพื้นที่ใกล้เคียง มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ แบบองค์รวม มีบุคลากรทั้งหมด 325 คน ทั้งนี้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบรบือจะทำงานได้ดีนั้น ก็ต้องมีความสุขในการทำงาน มีความรักและผูกพันกับ โรงพยาบาลบรบือ จึงจะก่อให้เกิดการบริการที่ดี เกิดผลงานที่ดี มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะได้้นำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา และสร้างความรัก ความผูกพันและมีความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากร

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ รพ.บรบือ ตำแหน่ง และสายงานตำแหน่งแตกต่างกันมีผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกัน
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะงาน ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ไม่รวมลูกจ้างรายวันในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 266 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 95.49 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ส่วนที่ 2 ความผูกพันต่อองค์กร ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ซึ่งประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมขององค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ส่วนที่ 4 ความสุขในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) มีความรู้สึกเพลิดเพลินในงาน 2) มีความรู้สึกรื่นรมย์ในการทำงาน และ 3) ความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงาน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบวัดทั้งหมดที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าดังนี้ แบบวัดความผูกพันต่อองค์กร เท่ากับ 0.94, แบบวัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานเท่ากับ 0.86, และแบบวัดความสุขในการทำงานเท่ากับ 0.88 และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยให้ทำการศึกษาได้

วิธีการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 - 28 เมษายน 2560 การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การทดสอบสมมติฐาน ดังนี้ สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ที่แตกต่างกันมีผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test, One-way ANOVA กรณีพบความแตกต่างกันเป็นรายกลุ่มจะวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายกลุ่มเป็นรายคู่ โดยใช้ LSD และสมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ในการทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.7 เพศชาย ร้อยละ 25.3 มีอายุเฉลี่ย 36.28 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.38) ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 49.4 อายุมากที่สุดคือ 60 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 49.8 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 40.3 รองลงมาพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบรบือ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.7

ส่วนที่ 2 ความผูกพันต่อองค์กรพบว่าบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.49$ พิจารณารายข้อพบว่าท่านทำงานโดยคำนึงถึงชื่อเสียงของโรงพยาบาลบรบือ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.49, $SD = 0.56$ รองลงมาคือท่านเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จ $\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.61$ และท่านมีความรู้สึกจงรักภักดีต่อโรงพยาบาล $\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.64$ ส่วนหัวข้อท่านพร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่นถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.08, $SD = 1.20$

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.86$, $SD = 0.71$ พิจารณารายข้อพบว่า

งานที่ท่านทำอยู่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาลของท่าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{X} = 4.36$, $SD = .059$ รองลงมาคืองานที่ท่านทำอยู่ต้องใช้ความรับผิดชอบเป็นอย่างมาก $\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.69$ และลักษณะงานที่ท่านได้รับมอบหมายมีความเป็นระบบระเบียบที่แน่นอน $\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.67$ ส่วนหัวข้อท่านมีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ท่านอยู่ในปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด $\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.81$ รองลงมาคือ ท่านมีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่ท่านรับผิดชอบอยู่ $\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.72$ และท่านมีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่ $\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.78$

2. ปัจจัยด้านค่านิยมขององค์กร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.03$, $SD = 0.66$ พิจารณารายข้อพบว่า ท่านตระหนักว่าความสำเร็จในงานของท่านมีผลต่อค่านิยมของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.65$ รองลงมาคือท่านเข้าใจว่างานที่ท่านทำส่งผลต่อองค์กร $\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.59$ และท่านยึดเป้าหมายและคุณค่าขององค์กรเป็นเป้าหมายของตัวเอง $\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.65$ ส่วนหัวข้อท่านมีความเชื่อต่อค่านิยมขององค์กรมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด $\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.76$ รองลงมาคือ ท่านมีพฤติกรรมในการทำงานที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่องค์กรต้องการ $\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.64$ และท่านมีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่ $\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.78$

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.75$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทรต่อท่าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.71$ รองลงมาคือ ท่านมีความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน $\bar{X} = 4.10$, $SD = .74$ และเพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจกับท่าน $\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.73$ ส่วนหัวข้อเมื่อท่านมีปัญหาท่านสามารถปรึกษา กับเพื่อนร่วมงานได้ทุกเรื่อง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด $\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.84$ รองลงมาคือท่านรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญต่อองค์กร $\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.70$ และท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในทุกเรื่อง $\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.84$

4. ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.75$ พิจารณารายข้อพบว่า ผู้บังคับบัญชาของท่านมีการบริหารที่เป็นธรรม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.84$ รองลงมาคือ ท่านสามารถแบ่งหรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว

และที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ $\bar{X}=3.70$, $SD=0.80$ และทำนอยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ $\bar{X}=3.60$, $SD=0.86$

5. ปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=4.15$, $SD=0.74$ พิจารณารายละเอียดพบว่า ผู้บังคับบัญชาของท่านมีความซื่อสัตย์ เป็นที่ไว้วางใจและนับถือของคนทั่วไป มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{X}=4.21$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 รองลงมาคือ ผู้บังคับบัญชาของท่านเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงาน $\bar{X}=4.19$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 และผู้บังคับบัญชาของท่านกล้าตัดสินใจ บนพื้นฐานของเหตุผล $\bar{X}=4.16$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76

6. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=3.97$, $SD=0.75$ เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทรต่อท่าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.15, $SD=0.71$ รองลงมาคือ ท่านมีความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ย 4.10, $SD=0.74$ และเพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจกับท่าน $\bar{X}=4.04$, $SD=0.73$

7. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=3.97$, $SD=0.75$ เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทรต่อท่าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.15, $SD=0.71$ รองลงมาคือ ท่านมีความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน $\bar{X}=4.10$, $SD=0.74$ และเพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจกับท่าน $\bar{X}=4.04$, $SD=0.73$

ส่วนที่ 4 ความสุขในการทำงาน บุคลากรมีความสุขในการทำงานโดยภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 เรียงลำดับ คือ ความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงานโดยเกิดความรู้สึกว่าอยากทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.96 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 ความรู้สึกเพลิดเพลินในงานโดยเกิดความรู้สึกพอใจเพลิดเพลินเต็มใจสนใจมีความภูมิใจและยินดีในการปฏิบัติงานค่าเฉลี่ย 3.96 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 ความรู้สึกชื่นชมยินดีในการทำงานโดยเกิดความรู้สึกสนุกกับงานและไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใดๆ ในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.96 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

บุคลากรที่มีสถานภาพ สายงานตำแหน่ง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีความสุขในการทำงานด้านความเพลิดเพลินและด้านความกระตือรือร้น แตกต่างกันดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

ความสุขในการทำงาน	ปัจจัยส่วนบุคคล							
	เพศ	อายุ	สถานภาพ	การศึกษา	รายได้	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.บรบือ	ประเภทตำแหน่ง	สายงานตำแหน่ง
ความเพลิดเพลินในงาน			*			*		
ความรื่นรมย์ในการทำงาน								
ความกระตือรือร้นในการทำงาน			*			*		*
ความสุขในการทำงานโดยรวม			*			*		*

* $p<0.05$

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ได้แก่ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมขององค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบรบือ ด้านความเพลิดเพลินในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ได้แก่ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมขององค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบรบือ ด้านความรื่นรมย์ในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ได้แก่ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมขององค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบรบือ ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงสรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข ในการทำงาน	ด้านความเพลิดเพลิน ในงาน		ด้านความรื่นรมย์ ในการทำงาน		ด้านความกระตือรือร้น ในการทำงาน	
	r	P value	r	P value	r	P value
ด้านลักษณะงาน	.539**	.000	.534**	.000	.573**	.000
ด้านค่านิยมขององค์กร	.514**	.000	.509**	.000	.563**	.000
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	.439**	.000	.485**	.000	.488**	.000
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน	.627**	.000	.623**	.000	.596**	.000
ด้านผู้บังคับบัญชา	.542**	.000	.514**	.000	.541**	.000
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.483**	.000	.486**	.000	.500**	.000
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	.484**	.000	.466**	.000	.463**	.000

**p value <0.01

วิจารณ์

1. บุคลากรที่มีสถานภาพ สายงานตำแหน่ง และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแตกต่างกัน มีความสุขในการทำงานด้านความเพลิดเพลิน และมีความสุขในการทำงานด้านความกระตือรือร้นแตกต่างกันสอดคล้องกับรัตนา เตจะวารี (2553)³ ได้ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าบุคลากรมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระดับความสุข = 3.87) โดยมีระดับความสุขอยู่ในระดับมากต่อองค์ประกอบย่อยของความสุขในการทำงานทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ความกระตือรือร้นในการทำงาน และความรื่นรมย์ในงาน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรที่มีอายุระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทการจ้างงาน

และอายุงานที่แตกต่างกัน มีระดับความสุขในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานในทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบรบือ ด้านความเพลิดเพลินในงาน ด้านความรื่นรมย์ในการทำงาน และด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน สอดคล้องกับอัชฌา ชื่นบุญและคณะ (2556)⁴ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเซนต์เมรี่ พบว่าปัจจัยระดับองค์กรที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านคุณลักษณะของงาน และด้านสภาพแวดล้อมในงาน ตามลำดับ

ข้อยุติ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 กำหนดหน้าที่การมอบหมายงานและปริมาณงานให้สอดคล้อง เหมาะสมกับความถนัดและความสามารถรายบุคคล

1.2 มีกระบวนการเสริมสร้างและพัฒนาค่านิยมองค์กร (OD : Organization Development) อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นบุคลากรทุกระดับ ให้มีความสามัคคี เกิดขวัญกำลังใจที่ดีในการทำงาน เรียนรู้การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ แบ่งปันประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน

1.3 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป ควรศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลบรบือ เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นในเขตจังหวัดมหาสารคาม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิเชียร ฉกาจนโรดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยากรพิเศษ ชำนาญการพิเศษ ที่ได้ให้ความกรุณาในการให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ ในระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยตลอดจนสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ เครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบรบือทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

• เอกสารอ้างอิง •

1. อมร ทองรักษ์. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์กรของทีมีสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ชินกร น้อยคำยาง และ ปภาดา น้อยคำยาง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากร สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (รายงานการวิจัย). นครนายก : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
3. รัตนา เตชะวารี. (2553). ความสุขในการทำงานของบุคลากรสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. อัจฉา ชื่นบุญ และคณะ. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเซนต์แมรี”, ปัญญาภิวัฒน์. 4, พิเศษ(2556) : 21-23



ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์
ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Difference between Expectation and Practice in Strategic Management for Department of Roi Et Hospital

เจริญ นิลสุ*
Charoen Nilsu

ABSTRACT

Background : Deficiencies in strategic management of hospital units are not expected.

Objective : To study the difference between expectation and practice in strategic management of units in Roi-Et Hospital. And Develop a strategic management system for Roi-et Hospital.

Methods : This research is descriptive research. To study the difference between expectation and practice in strategic management of units within Roi-Et Hospital. Population and sample: Chief of Hospital And the staff responsible for the planning of the agency, 2 units, each of 50 units total 100 people. The researcher used the questionnaire as a questionnaire to collect data. There are 1 questionnaire with 4 episodes.

Results : The results showed that. The majority of respondents were female. 89.0% expectation of strategic management of units in Roi-Et Hospital. Overall, it was at a high level. The average score was 4.25. The opinions on the strategic management of the unit in Roi-Et Hospital. The mean score was 3.53 and the expectation and practice of strategic management of the unit in Roi-Et hospital in 6 aspects and overall as per the opinion of the head of the agency. And the staff responsible for planning the agency. There was a statistically significant difference at <0.001 level, and the mean score of the questionnaire showed that Expectations of strategic management of units in Roi-Et Hospital are higher than actual ones.

Conclusion : Personnel and stakeholders have an expectation in strategic management of units in Roi-Et Hospital.

Key words : Expectations, strategic

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความสำคัญ : ความบกพร่องในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการจัดการกลยุทธ์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวางแผนของหน่วยงาน หน่วยงานละ 2 คน จำนวน 50 หน่วยงาน รวม 100 คน ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ใช้ถามความคิดเห็นเพื่อใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งมีทั้งหมด 4 ตอน

ผลการศึกษา : จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.0 ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 และความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้ง 6 ด้าน และในภาพรวม ตามความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวางแผนของหน่วยงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นแสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสูงกว่าการปฏิบัติจริง

สรุป : บุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คำสำคัญ : ความคาดหวัง, ยุทธศาสตร์



บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน โดยได้จัดทำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐขึ้น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการต่างๆ นำไปใช้ในการยกระดับและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการให้เป็นหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติงานสูง และมีมาตรฐานการทำงานเทียบเคียงกับมาตรฐานสากล ซึ่งในเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การนำองค์กร หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวดที่ 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 4 การวัด

วิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวดที่ 6 การจัดกระบวนการ โดยมี การเชื่อมโยงกระบวนการทำงานของหมวดต่างๆ เพื่อให้ส่งผลการดำเนินการ ไปสู่ หมวดที่ 7 ผลลัพธ์บริการ โดยในเกณฑ์หมวดที่ 2 เรื่องการการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์มุ่งเน้นการปรับปรุงองค์กรใน 2 กระบวนการหลักได้แก่ (1) การวางแผนยุทธศาสตร์ของผู้บริหารองค์กร ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หลัก รวมทั้ง แผนปฏิบัติราชการของส่วนราชการ (2) การถ่ายทอดกลยุทธ์หลักเพื่อนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย การถ่ายทอด เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์หลัก

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นำ เกณฑ์หมวดที่ 2 เรื่อง การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ มาเป็นแนวทางในการวางแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน และมีการถ่ายทอดกลยุทธ์หลักเพื่อนำไปปฏิบัติเป็นประจำทุกปี โดยมีกลไกการสื่อสารความต้องการและการสนองตอบก่อให้เกิดความสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับโรงพยาบาลและระดับบริหาร 2) ระดับกระบวนการที่สำคัญ 3) ระดับหน่วยงานและระดับงานรายบุคคล โดยในระดับหน่วยงานได้นำการจัดการยุทธศาสตร์ได้แก่ 1) การจัดทำยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และการกำหนดกลยุทธ์หลัก 2) การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการ นำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติ และการทบทวนผลการดำเนินการของหน่วยงานมาใช้เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์

จากการประเมินความคืบหน้าของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลประจำปี โดยวัดจากคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลรายปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่ามีค่าร้อยละ 63.00, 59.11 และ 59.45 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าไม่มีความคืบหน้าในการขับเคลื่อนแผนดังกล่าว และคาดว่าสาเหตุน่าจะมีความบกพร่องในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของความคาดหวังกับการปฏิบัติของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการจัดการกลยุทธ์ของหน่วยงานในของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ : ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหน่วยงานของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

งานวางแผนของหน่วยงาน หน่วยงานละ 2 คน จำนวน 50 หน่วยงาน รวม 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถาม (Questionnaire) ปรับปรุงจากเกณฑ์ PMQA ของ ก.พ.ร. โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานของโรงพยาบาล ใช้สอบถามความคิดเห็นเพื่อใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแบบบันทึกข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานด้านวางแผนของหน่วยงาน การได้รับการอบรมด้านการวางแผน ตอนที่ 2 ได้แก่ ความคาดหวังต่อการจัดการกลยุทธ์ของหน่วยงาน มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 2) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ 3) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดกลยุทธ์หลัก 4) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดแผนงาน / โครงการและการบริหารโครงการ 5) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการนำแผนงาน / โครงการไปปฏิบัติ และ 6) ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการทบทวนผลการดำเนินงาน ตอนที่ 3 ความคิดเห็นในการปฏิบัติการจริงต่อการจัดการกลยุทธ์ของหน่วยงานมีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 2) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ 3) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดกลยุทธ์หลัก 4) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกำหนดแผนงาน / โครงการและการบริหารโครงการ 5) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการนำแผนงาน / โครงการไปปฏิบัติ และ 6) ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการทบทวนผลการดำเนินงาน และตอนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างระบุปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 2) การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ 3) การกำหนดกลยุทธ์หลัก 4) การกำหนดแผนงาน / โครงการและการบริหารโครงการ 5) การนำแผนงาน / โครงการไปปฏิบัติ 6) การทบทวนผลการดำเนินงาน

วิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ใช้ระยะเวลา 30 วัน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1

เดือน กรกฎาคม 2559 ถึงวันที่ 31 เดือนกรกฎาคม 2559 ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ระดับความคาดหวัง และการปฏิบัติ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 อยู่ในระดับน้อย ส่วนการเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้สถิติ t-test รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ยความต่าง (mean different) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และช่วงเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.0 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 49.0 ระดับการศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.0 ตำแหน่งงาน หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้าตึก/หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแผนงาน หรือ โครงการของหน่วยงาน กลุ่มละร้อยละ 50 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 5-6 ปี ร้อยละ 56.0 การเข้าร่วมประชุม / อบรม เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เคยเข้าร่วม ร้อยละ 78.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11	11.0
หญิง	89	89.0
2. อายุ (ปี)		
20-30	2	2.0
31-40	17	17.0
41-50	49	49.0
51-60	32	32.0
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	6.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	56	56.0
สูงกว่าปริญญาตรี	38	38.0
4. ตำแหน่งงาน		
หัวหน้ากลุ่มงาน /หัวหน้าตึก /หัวหน้างาน	50	50.0
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแผนงาน หรือ โครงการของหน่วยงาน	50	50.0
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)		
1-2	27	27.0
3-4	17	17.0
5-6	56	56.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. การเข้าร่วมประชุม / อบรม เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ในรอบ 2 ปี ที่ผ่านมา		
เคย	78	78.0
ไม่เคย	22	22.0

2. ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความ คาดหวัง
1. การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์			
1.1 หน่วยงานควรจะต้องมีการประชุมหรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาทบทวนความเข้าใจถึง ทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล	4.23	.58	มาก
1.2 หน่วยงานควรจะต้องมีการประชุมหรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีสอดคล้องพันธกิจของหน่วยงาน	4.21	.56	มาก
1.3 หน่วยงานควรจะต้องมีการประชุมหรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อเลือกประเด็นยุทธศาสตร์ที่เป็นไปได้ในการดำเนินการภายใต้ กรอบระยะเวลาของวิสัยทัศน์โรงพยาบาล	4.28	.60	มาก
การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์โดยรวม	4.24	.55	มาก
2. การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์			
2.1 หน่วยงานควรจะต้องมีการประชุมหรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อกำหนดเป้าประสงค์ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ได้เลือกไว้	4.24	.65	มาก
2.2 หน่วยงานควรจะต้องมีการประชุมหรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ ที่ได้กำหนดขึ้น	4.33	.64	มาก
2.3 หัวหน้าหน่วยงานควรจะต้องมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ทุกตัวที่กำหนดขึ้น	4.51	.61	มาก
2.4 ผู้ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายควรจะต้องนำข้อมูล ผลงานในอดีต หรือข้อมูลอ้างอิงจากแหล่งที่เชื่อถือได้มาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดเป็นค่าเป้าหมายตัวชี้วัด และระยะเวลาที่จะบรรลุผล	4.34	.67	มาก
การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์โดยรวม	4.36	.56	มาก

ตารางที่ 2 ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ต่อ)

ความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความคาดหวัง
3. การกำหนดกลยุทธ์หลัก			
3.1 หน่วยงานควรจะต้องหาหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อ วิเคราะห์เป้าประสงค์ทุกข้อ เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา ภาวะคุกคาม ก่อนที่จะกำหนดกลยุทธ์	4.24	.62	มาก
3.2 การวิเคราะห์เป้าประสงค์ควรจะนำข้อมูลความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ด้วย	4.27	.57	มาก
3.3 การกำหนดกลยุทธ์หลักควรจะต้องให้รองรับเป้าประสงค์ให้ครบถ้วนทุกข้อ	4.18	.61	มาก
3.4 หัวหน้าหน่วยงานควรจะมีผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ก่อน ถึงจะจัดทำแผนงานหรือ โครงการในลำดับต่อไป	4.06	.72	มาก
การกำหนดกลยุทธ์หลักโดยรวม	4.19	.49	มาก
4. การกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการ			
4.1 หน่วยงาน ควรมีการหารือกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมคิดและเลือกโครงการที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของ รพ.และหน่วยงาน	4.34	.64	มาก
4.2 หัวหน้าหน่วยงานควรจะต้องตั้งผู้บริหารโครงการเพื่อวางแผนติดตามความคืบหน้าโครงการ	4.22	.60	มาก
4.3 หน่วยงานควรมีระบบรายงานความก้าวหน้าโครงการเพื่อติดตามความคืบหน้าโครงการ	4.17	.55	มาก
4.4 หน่วยงานควรมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามติดตามความคืบหน้าโครงการ	4.15	.61	มาก
การกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการโดยรวม	4.22	.52	มาก
5. การนำไปปฏิบัติ			
5.1 หน่วยงานควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับหน่วยงานก่อนการนำแผนงาน /โครงการไปปฏิบัติ	4.30	.59	มาก
5.2 หน่วยงานควรจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลก่อนการนำแผนงาน /โครงการไปปฏิบัติ เพื่อใช้ในการประเมินผลการทำงานผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ	4.10	.66	มาก
5.3 หัวหน้าหน่วยงานควรจะต้องพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผนงาน /โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	4.20	.64	มาก
5.4 หัวหน้าหน่วยงานควรจะต้องจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการตามแผนงาน /โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	4.23	.60	มาก

ตารางที่ 2 ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ต่อ)

ความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับความคาดหวัง
5.5 หัวหน้าหน่วยงานควรจะสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	4.33	.62	มาก
การนำไปปฏิบัติโดยรวม	4.23	.51	มาก
6. การทบทวนผลการดำเนินงาน			
6.1 หน่วยงานควรจัดระบบการการเก็บและรวบรวมข้อมูลเพื่อวัดและวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการ	4.28	.64	มาก
6.2 หน่วยงานควรนำผลลัพธ์ได้จากการวัดและวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ใน แผนงาน/โครงการ ไปประเมินให้ได้ว่าระดับผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร	4.30	.64	มาก
6.3 หน่วยงานควรจะนำผลการประเมินโครงการมาคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ก่อนที่โครงการจะเสร็จสิ้น เพื่อหาโอกาสปรับปรุงการดำเนินการ หรือล้มเลิกการดำเนินการ	4.32	.58	มาก
6.4 หน่วยงานควรมีระบบการจัดการความรู้เพื่อนำผลการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างรวดเร็ว	4.26	.61	มาก
การทบทวนผลการดำเนินงานโดยรวม	4.29	.56	มาก
ความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานโดยรวม	4.25	.47	มาก

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์			
1.1 หน่วยงานมีการประชุมหารือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อนำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาทบทวนความเข้าใจถึงทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล	3.68	.75	มาก
1.2 หน่วยงานมีการประชุมหารือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีสอดคล้องพันธกิจของหน่วยงาน	3.68	.72	มาก
1.3 หน่วยงานมีการประชุมหารือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อเลือกประเด็นยุทธศาสตร์ที่เป็นไปได้ในการดำเนินการภายใต้กรอบระยะเวลาของวิสัยทัศน์โรงพยาบาล	3.72	.77	มาก
การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์โดยรวม	3.55	.55	มาก

ตารางที่ 3 การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ต่อ)

การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
2. การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์			
2.1 หน่วยงานควรมีการประชุมหารือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อกำหนดเป้าประสงค์ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ได้เลือกไว้	3.59	.78	ปานกลาง
2.2 หน่วยงานควรมีการประชุมหารือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ที่ได้กำหนดขึ้น	3.67	.72	ปานกลาง
2.3 หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดทุกตัวที่กำหนดขึ้น	3.74	.79	มาก
2.4 ผู้ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายควรนำข้อมูลผลงานในอดีต หรือข้อมูลอ้างอิงจากแหล่งที่เชื่อถือได้มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นค่าเป้าหมายตัวชี้วัด และระยะเวลาที่จะบรรลุผล	3.53	.93	ปานกลาง
การกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์โดยรวม	3.51	.57	ปานกลาง
3. การกำหนดกลยุทธ์หลัก			
3.1 หน่วยงานหารือผู้เกี่ยวข้องเพื่อ วิเคราะห์เป้าประสงค์ทุกข้อ เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา ภาวะคุกคาม ก่อนที่จะกำหนดกลยุทธ์	3.58	.78	ปานกลาง
3.2 การวิเคราะห์เป้าประสงค์ได้นำข้อมูลความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ด้วย	3.64	.80	ปานกลาง
3.3 การกำหนดกลยุทธ์หลักให้รองรับเป้าประสงค์ให้ครบถ้วนทุกข้อ	3.58	.78	ปานกลาง
3.4 หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ก่อนถึงจะจัดทำแผนงานหรือ โครงการในลำดับต่อไป	3.67	.78	ปานกลาง
การกำหนดกลยุทธ์หลักโดยรวม	3.56	.63	ปานกลาง
4. การกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการ			
4.1 หน่วยงาน มีการหารือกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมคิดและเลือกโครงการที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของ รพ.และหน่วยงาน	3.66	.86	ปานกลาง
4.2 หัวหน้าหน่วยงานแต่งตั้งผู้บริหารโครงการเพื่อวางแผนติดตามความคืบหน้าโครงการ	3.70	.90	มาก
4.3 หน่วยงานมีระบบรายงานความก้าวหน้าโครงการเพื่อติดตามความคืบหน้าโครงการ	3.58	.89	ปานกลาง
4.4 หน่วยงานมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามติดตามความคืบหน้าโครงการ	3.53	.96	ปานกลาง
การกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการโดยรวม	3.45	.64	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (ต่อ)

การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
5. การนำไปปฏิบัติ			
5.1 หน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับหน่วยงานก่อนการนำแผนงาน /โครงการไปปฏิบัติ	3.84	.69	มาก
5.2 หน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลก่อนการนำแผนงาน /โครงการไปปฏิบัติ เพื่อใช้ในการประเมินผลการทำงานผู้รับผิดชอบแผนงาน /โครงการ	3.54	.72	ปานกลาง
5.3 หัวหน้าหน่วยงานมีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	3.64	.77	ปานกลาง
5.4 หัวหน้าหน่วยงานจัดได้รับจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	3.64	.82	ปานกลาง
5.5 หัวหน้าหน่วยงานได้สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	3.58	.85	ปานกลาง
การนำไปปฏิบัติโดยรวม	3.58	.59	ปานกลาง
6. การทบทวนผลการดำเนินงาน			
6.1 หน่วยงานมีจัดระบบการการเก็บและรวบรวมข้อมูล เพื่อวัดและวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการ	3.65	.77	ปานกลาง
6.2 หน่วยงานได้นำผลลัพธ์ได้จากการวัดและวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ใน แผนงาน/โครงการ ไปประเมินให้ได้ว่าระดับผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร	3.64	.73	ปานกลาง
6.3 หน่วยงานได้นำผลการประเมินโครงการมาคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ก่อนที่โครงการจะเสร็จสิ้น เพื่อหาโอกาสปรับปรุงการดำเนินการ หรือล้มเลิกการดำเนินการ	3.60	.68	ปานกลาง
6.4 หน่วยงานมีระบบการจัดการความรู้เพื่อนำผลการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างรวดเร็ว	3.55	.78	ปานกลาง
การทบทวนผลการดำเนินงานโดยรวม	3.53	.55	ปานกลาง
การปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานโดยรวม	3.53	.53	ปานกลาง

4. การเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้ง 6 ด้าน และในภาพรวม ตามความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวางแผนของหน่วยงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ และจากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นแสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สูงกว่าการปฏิบัติจริง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การบริหารยุทธศาสตร์	ความคาดหวัง		การปฏิบัติ		Mean different	95% CI	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1. ด้านการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์	4.24	.55	3.55	.55	.54	.37 to .71	<.001
2. ด้านการกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	4.36	.56	3.51	.57	.72	.56 to .88	<.001
3. ด้านการกำหนดกลยุทธ์หลัก	4.19	.49	3.56	.63	.57	.40 to .73	<.001
4. ด้านการกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการ	4.22	.52	3.45	.64	.60	.40 to .79	<.001
5. ด้านการนำไปปฏิบัติ	4.23	.51	3.58	.59	.58	.41 to .75	<.001
6. ด้านทบทวนผลการปฏิบัติงาน	4.29	.56	3.53	.55	.68	.51 to .84	<.001
รวม	4.25	.47	3.53	.53	.72	.58 to .86	<.001

5. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการทบทวนผลการดำเนินงานทั้ง 6 ด้าน สรุปโดยรวมได้แก่ (1) การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ของหน่วยงานควรให้ความเชื่อมโยงกัน และสอดคล้องกับระดับโรงพยาบาลและกลุ่มภารกิจ (2) ควรกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการสะท้อนผลสำเร็จของเป้าประสงค์และโครงการของหน่วยงาน (3) ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลในหน่วยงาน ก่อนที่จะนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติ (4) ควรจะสามารถคาดการณ์ผลดำเนินการโครงการก่อนเสร็จสิ้นโครงการได้ว่าจะเป็นอย่างไรรูปแบบไปปรับปรุงแก้ไขหรือยุติโครงการ

วิจารณ์

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังและการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำแนกตามความคิดเห็น ด้านการ

กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ ด้านการกำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ด้านการกำหนดกลยุทธ์หลัก ด้านการกำหนดแผนงาน/โครงการและการบริหารโครงการ ด้านการนำไปปฏิบัติ และด้านการทบทวนผลการดำเนินงาน โดยรวม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคาดหวังต่อการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระบรรพต ตยยานนโท (ปิ่นสง) (2556)¹ ซึ่งวิจัยเรื่อง ความคาดหวังของประชาชนต่อการพัฒนาสังคมของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ได้กล่าวว่า ประชาชนมีความเห็นต่อความคาดหวังของประชาชนต่อการพัฒนาสังคมของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรชัย ดีไพศาลสกุล (2556)² ได้ศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยสำคัญของคุณภาพ

บริการโรงพยาบาล คือ แพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ มีจรรยาบรรณ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ความเข้าใจ ในแผนการรักษา กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้ ครบถ้วนควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่อื่น ความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ คือ ต้องการความเลิศจิต และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างสมบูรณ์ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และมาตรฐานการรับรอง เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการต้องการได้รับตามความเหมาะสมกับระดับชั้นทางสังคมและฐานะทางการเงิน

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นที่มีต่อการปฏิบัติในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พวงพกา มะเสนา และคณะ (2557)³ การบริหารจัดการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า (1) ระดับความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการคิดเป็นร้อยละ 83 ค่าเฉลี่ย 4.15 (2) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กรอันดับแรก (3) รูปแบบการการจัดการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข จากผลการวิจัยสามารถวิเคราะห์กลยุทธ์จาก SWOT analysis TOWS Matrix 4 ด้าน จึงนำไปสู่แผนพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ (service plan) ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยร์ดี โจอาษา (2555)⁴ ได้ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี พบว่า บุคลากรที่มีความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากและผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรีพบว่า บุคลากรที่มีเพศอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและหน่วยงานที่สังกัดต่างกันมีความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรีไม่แตกต่างกัน

ข้อยุติ

จากผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคาดหวังในการบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสูงกว่าการปฏิบัติจริง



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและบุคลากรประจำหน่วยงานทุกหน่วยงานทุกท่านที่มีเกี่ยวข้อง ที่ให้ความรู้และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์โดยเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่มีส่วนทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

• เอกสารอ้างอิง •

1. พระบรรพต ตยยานนโท (ปิ่นสง). ความคาดหวังของประชาชนต่อการพัฒนาสังคมของเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ; 2556
2. พรชัย ดีไพศาลสกุล. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล. Veridian E-Journal, Silpakorn University ปีที่ : 6 ฉบับที่ : 1 เลขหน้า : 573-592 ปีพ.ศ. ; 2556
3. พวงผกา มะเสนาและคณะ. การบริหารจัดการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม ; 2557
4. นิตยร์ดี ใจอาษา. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อกระบวนการบริหารจัดการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2555



ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติในการจัดการยุทธศาสตร์
ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

Nursing Care of Hypersensitivity Reaction of Breast Cancer Patients after Receiving Chemotherapy Treatment with Taxane Regimen : 2 Cases Study

.....

ศิรินทรา โคตะโน*
Sirintra Kotano

ABSTRACT

Background : The Hypersensitivity Reaction (HSR) during receiving chemotherapy by Taxane regimen is an emergency medical problem and the incidence of HSR was high. Patients were HSR with Taxane therapy were severity cases and high risk of mortality. In 2016 have one patient underwent with level 4th anaphylactic during treatment and became safely of after nursing care.

Objective : The objectives of this study were to compare nursing diagnosis, planning care, nursing implementation, evaluation and development of the nursing care for breast cancer patients who were underwent with HSR after receiving chemotherapy treatment by Taxane regimen.

Methods : The case reported of this study was conducted. The 2 cases of this study were come from purposive sampling of breast cancer patients who were with HSR after chemotherapy treatment by Taxane regimen at Roi Et Hospital. The data were collected by observation, questionnaire, their relatives and from medical records. The nurse diagnoses assessment were followed Marjory Gordon's 11 guidelines for planning of nursing implementation from nurse diagnoses, conclusion, evaluation of nurse outcome.

Results : The two cases of breast cancer patients were underwent with HSR after chemotherapy treatment by Taxane regimen. The case 1 after received Paclitaxel chemotherapy of 2nd cycle, she got anaphylactic and the severity was the level 4th. Then, she has 2 days nursing care and treatment. After 2 days of admitted, patient get better and have no complication and has discharged. The case 2 have two times of HSR after Docetaxel chemotherapy in cycle 2nd and 3rd. The severities of HSR were in the level 2nd and 3rd. After 2 times nursing care and treatment until patients get better and without any complication was discharged.

Conclusion : The earlier evaluation and efficiency of nursing care of patients with HSR during Taxane it is can reduce the severity of diseases and mortality of patients. The professional nurse and the nursing guidelines need to be clear for patient with HSR during Taxane treatment.

Keywords : Nursing Care, Breast Cancer, Hypersensitivity Reaction, Taxane

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : อุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินเป็นภาวะฉุกเฉินขณะให้ยาเคมีบำบัดสูตรแท็กเซนที่พบว่า มีมากขึ้น มีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินที่รุนแรงระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic 1 ราย ได้รับการดูแลและรักษาจนปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแท็กเซน

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแท็กเซน ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน กรณีที่ 1 รับยา Paclitaxel รอบที่ 2 ของการให้เคมีบำบัดเกิดภาวะภูมิไวเกินที่รุนแรงระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic ได้รับการประเมินให้การพยาบาล และรับการรักษาต่อเนื่องโดยให้ออนโรงพยาบาล 2 วัน เมื่อปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงอนุญาตให้กลับบ้าน กรณีที่ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกินซ้ำ 2 ครั้ง โดยพบในรอบที่ 2 และ 3 ของการให้ยา Docetaxel มีความรุนแรงระดับ 2 และ 3 ได้รับการรักษาพยาบาลจนปลอดภัยก่อนกลับบ้านทั้ง 2 รอบ

สรุป : การประเมินภาวะภูมิไวเกินได้อย่างรวดเร็วและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดระดับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลต้องมีความชำนาญเป็นพิเศษและต้องมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยจากภาวะภูมิไวเกิน

คำสำคัญ : การพยาบาล, มะเร็งเต้านม, ภาวะภูมิไวเกิน, แท็กเซน



บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2015 โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง พบรายใหม่มากถึง 231,840 ราย คิดเป็นร้อยละ 29 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 40,290 ราย คิดเป็นร้อยละ 15¹ ในประเทศไทยข้อมูลสถิติมะเร็งจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง คิดเป็น 28.5 ต่อประชากรแสนคน² อัตราการป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต่อประชากรแสนคนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2556

- 2558 เป็น 61.03, 54.61 และ 63.99 และอัตราการตายต่อประชากรแสนคนคือ 9.9, 10.5 และ 11.3 ตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปี³ ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสถิติโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบว่ามี 970, 1,160 และ 1,247 ราย ตามลำดับ⁴ และในกลุ่มนี้เข้ามารับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยนอกปีละ 107, 143 และ 149 รายต่อปี ตามลำดับ ซึ่งมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มารับบริการมากที่สุด⁵

ยาเคมีบำบัดสูตร Taxane มีจำนวนการให้เพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่ายาสูตร Taxane ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction: HSR) อุบัติการณ์

การเกิดพบได้ร้อยละ 30 และร้อยละ 40 โดยมักเกิดใน Cycle ที่ 1 และ Cycle ที่ 2 ของการให้ยาร้อยละ 95 และมักเกิดในช่วงเริ่มต้นของการให้ยาภายใน 2 - 10 นาที หรือชั่วโมงแรกของการได้รับยา^{6,7,8} ซึ่งมีความรุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Taxane จำนวน 28, 59 และ 68 คน จำนวนครั้งของการรับยาเคมีบำบัดของยากลุ่มนี้คือ 63, 279, และ 412 ครั้ง ตามลำดับ จะเห็นว่ายาสูตร Taxane เพิ่มขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นจำนวนมากเมื่อเทียบกับจากเดิม และพบการเกิดภาวะ HSR ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 เพิ่มขึ้นจาก 5 คน เป็น 15 คน ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 - 2 และส่วนใหญ่จะพบใน Cycle ที่ 1 ร้อยละ 52.94 (9 คน) และ Cycle ที่ 2 ร้อยละ 35.29 (6 คน) ของการให้ยาในปี พ.ศ. 2559 พบการเกิดภาวะ HSR 11 คน ลดลงเนื่องจากการพัฒนา CQI เรื่องการจัดการภาวะ HSR แต่กลับพบว่าระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR ความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 - 2 เกิด 9 คน ระดับ 3 เกิด 1 คน และระดับ 4 ที่เป็น Anaphylactic 1 คน⁵ ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งถ้าหากช่วยเหลือไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะ HSR เพื่อป้องกันการเกิดการแพ้อย่างรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลภาวะ Hypersensitivity Reaction จากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Taxane ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะภูมิไว (Hypersensitivity Reaction) จากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแทกเซน (Taxane)

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีภาวะ HSR จากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตร

Taxane ในระหว่างปีงบประมาณ 2559 - 2560 ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2 ราย มีรายละเอียดต่อไปนี้

กรณีที่ 1 หญิงไทย อายุ 32 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย ระยะที่ 3 การรักษาคือ ผ่าตัดเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด และส่งต่อรังสีรักษา หลังผ่าตัดเต้านมได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร AC (Doxorubicin, Cyclophosphamide) + P (Paclitaxel) ได้รับเคมี AC 4 Cycle ได้ Paclitaxel 1 Cycle ครั้งนี้ผู้ป่วยมีนัดมารับยา Paclitaxel Cycle 2 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา แต่ผู้ป่วยบอกว่าแพ้กล้วยดิบ บอกว่าเวลากินจะมีตุ่มแดงคล้ายลมพิษ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 7,300 /ul Hct 37.4% Platelet 351,000 /ul Neutrophil 75% BUN 10 mg/dl Cr 0.74 mg/dl ANC 5,475 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับก่อนให้ยาเคมีบำบัด ECOG 0 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 °C ชีพจร 72 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 130/80 mmHg น้ำหนัก 98.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร BSA 1.69 m²

เวลา 13.45 น. เริ่มให้ยา Premedication ซึ่งประกอบด้วย Dexamethasone 20 mg + Onsia 16 mg in 0.9% NSS 100 ml IV drip in 30 min, Ranitidine 50 mg IV push, CPM 10 mg IV push และ Lorazepam 1 tab ก่อนให้ยาเคมีบำบัด

เวลา 14.30 น. สัญญาณชีพ ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/78 mmHg เริ่มให้ยา Paclitaxel (175 mg/m²) 295 mg + D5W 250 ml iv drip over 3 hr. การให้ยาเริ่มอัตราการให้ที่ 25 ml/hr 15 นาทีต่อมา เวลา 14.45 น. สัญญาณชีพ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 111/76 mmHg ปรับอัตราการให้ 50 ml/hr หลังได้ยา 11 ml เวลา 14.50 น.

สังเกตเห็นผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง ผู้ป่วยบอกว่าแน่นหน้าอก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกหนักปาก ริมฝีปากเริ่มบวม พยาบาลหยุดให้ยาทันที และวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 °C ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/34 mmHg O₂Sat 90% รายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพซ้ำ เวลา 14.52 น. ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 78/34 mmHg O₂Sat 90% แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ Dexamethasone 8 mg IV stat, CMP 1 amp IV stat, Load NSS 1,000 ml then 120 ml/hr และให้ Admit ศัลยกรรม 2 hold chemotherapy

กรณีที่ 2 หญิงไทย อายุ 49 ปี มีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง มีประวัติการแพ้ยาเพนนิซิลิน เมื่อ 2 ปีที่แล้วได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา ระยะที่ 3 และได้รับการรักษาโดย ผ่าตัดเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด สูตร FAC (5-FU, Doxorubicin และ Cyclophosphamide) ครั้งนี้มาด้วยมะเร็งเต้านมข้างขวามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและปอด เป็นมะเร็งระยะที่ 4 แพทย์วางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Docetaxel 6 Cycle เพื่อประคับประคอง ผู้ป่วยได้รับยา Docetaxel 1 Cycle แล้ว

รอบนี้ผู้ป่วยมีนัดมารับยา Docetaxel Cycle 2 การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับก่อนให้ยาเคมีบำบัด ECOG 1 คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำงานได้แต่หนักมากมีอาการนิดหน่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 °C ชีพจร 120 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 130/88 mmHg

เวลา 14.00 น. เริ่มให้ยา Premedication ซึ่งประกอบด้วย Dexamethasone 20 mg + Onsia 16 mg in 0.9% NSS 100 ml IV drip in 30 min, Ranitidine 50 mg IV push, CPM 10 mg IV push, Plasil 10 mg iv และ Ativan (0.5) 1 tab PO ก่อนให้ยาเคมีบำบัด

เวลา 14.30 น. สัญญาณชีพ ชีพจร 115 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 149/68 mmHg เริ่มให้ยา Docetaxel (75 mg/m²) 115 mg + D5W 250 ml iv drip in 3 hr. การให้ยาเริ่มอัตราการให้ที่ 25 ml/hr 25 นาทีต่อมา เวลา 14.55 น. หลังปรับอัตราการให้ 50 ml/hr ได้ยา 11 ml ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก และหน้าแดง พยาบาลหยุดให้ยา

ทันที และวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 °C ชีพจร 115 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 141/60 mmHg O₂Sat 92% รายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพซ้ำ เวลา 15.00 น. ชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/57 mmHg O₂Sat 100% แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยพักจนอาการดีขึ้นแล้วเริ่มให้ยาอีกครั้งช้าๆ หลังจากที่พัก 30 นาที ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงเริ่มให้ยาใหม่อีกครั้งจนครบ ผู้ป่วยไม่มีภาวะ HSR

Cycle 3 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดสูตร Docetaxel หลังได้รับยา Docetaxel Cycle 2 แล้วมีภาวะ HSR grade 2 รอบนี้ผู้ป่วยมีนัดมารับยา Docetaxel Cycle 3 การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับก่อนให้ยาเคมีบำบัด ECOG 1 คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำงานได้แต่หนักมากมีอาการนิดหน่อย อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 95 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 101/73 mmHg

เวลา 14.30 น. เริ่มให้ยา Premedication ซึ่งประกอบด้วย Dexamethasone 20 mg + Onsia 16 mg in 0.9% NSS 100 ml IV drip in 30 min, Ranitidine 50 mg IV, CPM 10 mg IV push, Plasil 10 mg iv และ Ativan (0.5) 1 tab PO ก่อนให้ยาเคมีบำบัด

เวลา 15.00 น. สัญญาณชีพ ชีพจร 91 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/70 mmHg เริ่มให้ยา Docetaxel (75 mg/m²) 110 mg + D5W 250 ml iv drip in 3 hr. การให้ยาเริ่มอัตราการให้ที่ 10 ml/hr 25 นาทีต่อมา เวลา 15.25 น. ได้ยา 14 ml ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เกร็งแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดแหว และหน้าแดง/คอแดง พยาบาลหยุดให้ยาทันที และวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 °C ชีพจร 78 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 141/79 mmHg O₂Sat 97% รายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพซ้ำ เวลา 15.30 น. ชีพจร 98 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 139/68 mmHg O₂Sat 99% แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ Dexamethasone 20 mg IV ให้ผู้ป่วยพัก 30 นาที จนอาการดีขึ้นแล้วเริ่มให้ยาอีกครั้งช้าๆ หลังจากที่พัก 30 นาที จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงเริ่มให้ยาใหม่อีกครั้งจนครบ ผู้ป่วยไม่มีภาวะ HSR ดังแสดงตามตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีที่ 1	กรณีที่ 2	
	Paclitaxel cycle 2	Docetaxel cycle 2	Docetaxel cycle 3
อายุ	32 ปี	49 ปี	49 ปี
อาการสำคัญที่มา	มารักษาเคมีบำบัด สูตร Paclitaxel ครั้งที่ 2 ตามแพทย์นัด	มารักษาเคมีบำบัด สูตร Docetaxel ครั้งที่ 2 ตามแพทย์นัด	มารักษาเคมีบำบัด สูตร Docetaxel ครั้งที่ 3 ตามแพทย์นัด
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- 5 เดือนก่อนหลังผ่าตัด เต้านมข้างขวา - 3 สัปดาห์ก่อนรับยา เคมีบำบัดสูตร Paclitaxel ครั้งที่ 1 - วันนี้มารักษาเคมีบำบัด ต่อเนื่องตามแพทย์นัด สูตร Paclitaxel ครั้งที่ 2	- 1 ปี ก่อนหลังผ่าตัดเต้านมข้างขวาและรับยาเคมีบำบัด สูตร FAC ครบ 6 cycle - 5 เดือนก่อนมีก้อนที่เต้านมทั้ง 2 ข้าง ด้านขวาปวด และตรวจพบว่ามี การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ไปที่ปอด - 3 สัปดาห์ก่อนรับยา เคมีบำบัดสูตร Docetaxel ครั้งที่ 1 - วันนี้มารักษาเคมีบำบัด ต่อเนื่องตามแพทย์นัด สูตร Docetaxel ครั้งที่ 2	- 3 สัปดาห์ก่อนรับยา เคมีบำบัดสูตร Docetaxel ครั้งที่ 2 - วันนี้มารักษาเคมีบำบัด ต่อเนื่องตามแพทย์นัด สูตร Docetaxel ครั้งที่ 3
โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา แต่แพ้ กล้วยตึบเวลากินจะมี ตุ่มแดงคล้ายลมพิษ	Diabetes mellitus (DM) and Dyslipidemia (DLD) Penicillin	
การวินิจฉัย	Breast cancer Right Staging III (T ₃ N ₃ M ₀)	Breast cancer Right with Lung Mastastasis Staging IV (T ₂ N ₀ M ₁)	
การผ่าตัด	23 กุมภาพันธ์ 2559 Right breast MRM (Modified Radical Mastectomy)	3 มีนาคม 2558 Right breast MRM (Modified Radical Mastectomy)	
แผนการรักษา	Chemotherapy AC 4 cycle + Paclitaxel 4 cycle Regimen	Chemotherapy Docetaxel 6 cycle Regimen	
วันที่รับไว้ดูแล	29 มิถุนายน 2559 - 1 กรกฎาคม 2560	23 มกราคม 2560	16 กุมภาพันธ์ 2560
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	98.1 กิโลกรัม	51 กิโลกรัม	49 กิโลกรัม
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	169 เซนติเมตร	156 เซนติเมตร	156 เซนติเมตร
พื้นที่ผิวของร่างกาย BSA (m ²)	1.69 m ²	1.49 m ²	1.46 m ²

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีที่ 1	กรณีที่ 2	
	Paclitaxel cycle 2	Docetaxel cycle 2	Docetaxel cycle 3
การประเมินสภาพ KPS and ECOG	KPS 100 and ECOG 0	KPS 90 and ECOG 0	KPS 70 and ECOG 1
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ปกติ WBC 7300 /u, Hb 11.9 g/dL, Hct 37.4 %, ANC 5475, Bun 10 mg/dL, Cr 0.74 mg/dL, Plt 351,000 /ul ค่าการทำงานของตับสูง Globulin 4.0 g/dL, ALT 57 U/L	ผิดปกติ ต่ำกว่าปกติ Hb 8.3 g/dL, Hct 27.2 % สูงกว่าปกติ WBC 14,000 /u, ANC 10, 220, Plt 969,000 /ul	ผิดปกติ ต่ำกว่าปกติ Hb 8 g/dL, Hct 26.2 % สูงกว่าปกติ WBC 20,500 /u, ANC 160,000 Plt 698,000 /ul
ระยะเวลาที่เกิด HSR หลังให้ยา	20 นาที	20 นาที	30 นาที
ปริมาณยาที่ได้รับ	11 ml	11 ml	14 ml
อาการที่เกิด	หน้า/ คอแดง แน่นหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน ริมฝีปากบวม และความดันโลหิตต่ำ	หน้า/ คอแดง และแน่นหน้าอก	หายใจลำบาก/ หลอดลมหายใจเรื้อรัง แน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดเอว และหน้าแดง/ คอแดง
ระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ HSR	grade 4	grade 2	grade 3
สัญญาณชีพ	T = 37.6 °C	T = 37.2 °C	T = 37.3 °C
ขณะเกิดอาการ	PR = 96 ครั้ง/ นาที RR = 22 ครั้ง/ นาที BP = 78/34 mmHg O ₂ Sat = 90%	PR = 115 ครั้ง/ นาที RR = 20 ครั้ง/ นาที BP = 141/60 mmHg O ₂ Sat = 92%	PR = 78 ครั้ง/ นาที RR = 20 ครั้ง/ นาที BP = 141/79 mmHg O ₂ Sat = 97%
การรักษา	- Dexamethasone 8 mg IV stat - CMP 1 amp IV stat - Load NSS 1,000 ml then 120 ml/hr - Admit ศัลยกรรม 2 hold chemotherapy	Observe 30 นาที Re-challenge ได้ยาจนครบ Home medication เพิ่ม -Dexamethasone 4 mg 1 tab oral Bid pc x 3 วัน ก่อนมารับยาครั้งต่อไป	- Dexamethasone 20 mg IV stat - Observe 30 นาที Re-challenge ได้ยาจนครบ
รวมวันที่ดูแล ค่ารักษา	3 วัน 12,086 บาท	1 วัน 6,724 บาท	1 วัน 8,708 บาท

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนของ Gordon สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ในกรณีศึกษาที่ 1 เกิดภาวะ HSR ใน Cycle 2 และในกรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะ HSR ซ้ำ 2 ครั้งใน Cycle 2 และ Cycle 3 โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะคือ 1) ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 2) ขณะให้ยาเคมีบำบัด/ วิกฤตเฉียบพลันและดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยปลอดภัย 3) หลังให้ยาเคมีบำบัด/ วางแผนจำหน่าย โดยทุกระยะมีเป้าหมายคือ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดความรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ลดความวิตกกังวลและผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้องหลังให้ยาเคมีบำบัด ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2 (เกิดซ้ำ 2 รอบ)	
	cycle 2	cycle 3
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด		
1. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวจะเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการให้ยาเคมีบำบัด	1. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวจะเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการให้ยาเคมีบำบัด 2. วิตกกังวลเนื่องจากโรคกลับเป็นซ้ำ	1. วิตกกังวลมากเนื่องจากกลัวจะเกิดภาวะภูมิไวเกินซ้ำจากการให้ยาเคมีบำบัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด		
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะรับยาเคมีบำบัด 2.1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction เนื่องจากได้ยาสูตร Paclitaxel cycle 2 2.2. เสี่ยงต่อภาวะยาออกนอกเส้นเลือดไปทำลายหลอดเลือดดำ ผิวหนัง และเนื้อเยื่อ (Extravasation) ขณะรับยาเคมีบำบัด 2.3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายถึงชีวิตเนื่องจากมีการแพ้ยาอย่างรุนแรง Anaphylactic	3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะรับยาเคมีบำบัด 3.1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction เนื่องจากได้ยาสูตร Docetaxel cycle 2 3.2. เสี่ยงต่อภาวะยาออกนอกเส้นเลือดไปทำลายหลอดเลือดดำ ผิวหนัง และเนื้อเยื่อ (Extravasation) ขณะรับยาเคมีบำบัด 3.3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction ซ้ำเนื่องจากการ Re-challenge	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะรับยาเคมีบำบัด 2.1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction เนื่องจากได้ยาสูตร Docetaxel cycle 3 2.2. เสี่ยงต่อภาวะยาออกนอกเส้นเลือดไปทำลายหลอดเลือดดำ ผิวหนัง และเนื้อเยื่อ (Extravasation) ขณะรับยาเคมีบำบัด 3.3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypersensitivity Reaction ซ้ำเนื่องจากการ Re-challenge
3. วิตกกังวลเนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาต่อเนื่อง		
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด		
4. ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	4. วิตกกังวลเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายการเดินทางกลับบ้าน เพราะให้ยานานไม่มีรถโดยสารกลับบ้าน	3. วิตกกังวลเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายการเดินทางกลับบ้าน เพราะให้ยานานไม่มีรถโดยสารกลับบ้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด (ต่อ)

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2 (เกิดซ้ำ 2 รอบ)	
cycle 2	cycle 2	cycle 3
5. ส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านให้สามารถดูแลตัวเองได้หลังให้ยาเคมีบำบัด	5. ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	4. ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D
6. วิดกกังวลเนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์ และกลัวการกลับซ้ำของโรค	6. ส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านให้สามารถดูแลตัวเองได้หลังให้ยาเคมีบำบัด	5. ส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยและญาติในเรื่องอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านให้สามารถดูแลตัวเองได้หลังให้ยาเคมีบำบัด
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและทำงานได้น้อยลง	7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและทำงานได้น้อยลง	6. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและทำงานได้น้อยลง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกัน สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้ดังนี้

1. ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด

การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง เพราะการให้ยาเข้าสู่ร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (Life Threatened) มากกว่าอาการเจ็บป่วยของโรค และยังประสบกับปัญหาความไม่สุขสบายนานาประการ เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยา และอาการข้างเคียงของการรักษาภาวะวิกฤตและความไม่สุขสบายเหล่านี้จะลดลงได้จากการยอมรับและความเข้าใจของตัวผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการช่วยเหลือ ดูแลตนเอง การพยาบาลที่สำคัญในขั้นตอนนี้ก็คือ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษา วัตถุประสงค์ที่ให้ยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะและหลังให้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้า

2. ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด

การพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัด หลักสำคัญก็คือ

- 1) การตรวจสอบชนิด ขนาด วิธีการให้ยา ระยะเวลา ถูกต้องตรงกับผู้ป่วยที่จะรับยา
- 2) เตรียมอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมอาการต่างๆ และกรณีฉุกเฉินให้พร้อม
- 3) การใช้หลัก Aseptic technique ในทุกขั้นตอนของการให้ยา และเลือกเส้นเลือดดำที่เหมาะสมในการให้ยา
- 4) ก่อนที่จะเริ่มให้ยาแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าจะมีอาการข้างเคียงใดเกิดขึ้นบ้าง เช่น การรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด (Extravasation) การเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction) ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
- 5) ระหว่างการให้ยา คอยตรวจสอบบ่อยๆ ว่าเข็มอยู่ในเส้นเลือด สังเกตอาการเจ็บปวด บวมแดงบริเวณที่แทงเข็มว่ามีกรร่วของยาออกนอกเส้นเลือดดำหรือไม่
- 6) วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่ายาจะหมดในการให้ยากลุ่ม Taxane
- 7) ฝ้าระวังอาการแพ้แบบฉุกเฉินหรือการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ถ้าผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ร้อนวูบวาบให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
- 8) สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

หยุดให้ยาทันทีและรีบรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือ

3. ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด

แนะนำผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตัวเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อไปอยู่บ้านในเรื่องต่อไป เน้นเรื่องอาหาร ความสะอาด ระวังเรื่องการติดเชื้อแนะนำให้สังเกตความผิดปกติของร่างกายที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ไข้สูง หนาวสั่น มีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มีเลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เลือดออกไม่หยุด เป็นต้น การขอคำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อเป็นประโยชน์กรณีที่มีอาการผิดปกติ และอยู่ต่างอำเภอ เพื่อขอเข้ารับการรักษาตามอาการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาที่ยังไม่เข้าใจ ประเมินความเข้าใจก่อนผู้ป่วยและญาติกลับบ้าน

วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Taxane มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ HSR ได้ร้อยละ 30 - 40 โดยมักเกิดใน Cycle ที่ 1 และ Cycle ที่ 2 ของการให้ยาร้อยละ 95^{6,7,8} ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเกิดในรอบที่ 2 ทั้ง 2 ราย ในรายที่ 2 ที่พบว่ามีอาการเกิดซ้ำในรอบที่ 3 ก็สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน เติวิชัย⁹ ที่พบว่าหากผู้ป่วยเกิดภาวะ HSR ครั้งแรกแล้วมีโอกาสร้อยละ 44.6 ที่จะเกิดภาวะ HSR ครั้ง 2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีประวัติการแพ้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ HSR ได้ โดยการศึกษาของอรอมล มาลีหวล และคณะ¹⁰ พบว่า อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดภาวะ HSR ลดลง เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภูมิคุ้มกันชนิด IgE ซึ่งเป็นภูมิต้านทานต่อสารก่อภูมิแพ้ลดลงรวมทั้งการทำหน้าที่ของสารก่อภูมิแพ้จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะ HSR 2 ราย อายุ 31 ปี และ 49 ปี เพราะการตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ของคนที่อายุน้อยจะดีกว่าอายุมาก และกรณีศึกษาที่ 2 ก็อยู่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวคือเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง และมีประวัติการแพ้ยาเพนนิซิลินอีกด้วย

การเกิดภาวะ HSR เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากผู้ป่วยได้รับการประเมินการเกิดได้อย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดระดับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลต้องมีประสบการณ์ในการดูแล มีความชำนาญเป็นพิเศษ และต้องมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัยจากภาวะ HSR ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาล การดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพจนปลอดภัยต่างกันตรงที่กรณีที่ 1 มีระดับความรุนแรงมากต้องได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นและท้ายที่สุดไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดต่อไปได้เนื่องจากแพ้อย่างรุนแรง กรณีที่ 2 เกิดซ้ำ 2 รอบถึงแม้ว่าในด้านการศึกษาผู้ป่วยจะได้ยาจนครบแต่ผลกระทบที่ตามมาที่เกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจครอบครัว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Taxane จึงควรมีการพัฒนาการพยาบาลให้ครอบคลุม ชัดเจน เพื่อประโยชน์อันสูงสุดของผู้ป่วยต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการพยาบาลที่ยุ่ยากซับซ้อน มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากยาเคมีบำบัด ดังนั้นจึงต้องมีการจัดระบบบริการที่ดี มีมาตรฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการจัดการ เพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่าได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญช่วยลดความทุกข์ทรมานเป็นผู้ที่เลือกกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาวะปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกับการนำความรู้มาใช้วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อการยอมรับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องของผู้ป่วย ฉะนั้นการดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ความระมัดระวังและเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสามารถประเมินอาการ ตลอดจนวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงขณะรับการรักษาให้สามารถดูแลตนเองตลอดระยะเวลาในการรักษา และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

• เอกสารอ้างอิง •

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. [56 screene]. Atlanta: American Cancer Society. 2015. Available from: RL: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts-and-figures-2015.pdf>. htm Accessed August, 2016.
2. Imsamran, W., Chaiwerawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangrajrang, S., et all. Cancer in Thailand Vol.VIII 2010 - 2012. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) CO., Ltd; 2015.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. ได้จาก: https://www.msociety.go.th/article_attach/18527/20347.pdf. วันที่สืบค้น 30 กันยายน 2559.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สรุปสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการปี พ.ศ. 2556 – 2559.
5. สถิติข้อมูลผู้รับบริการหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สรุปรายงานประจำปี 2557 - 2559.
6. โกสินทร์ วีระขร. ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งที่พบบ่อย. ศรีนครินทร์วารสาร, 2558;30(2), 200 - 211.
7. Berger, M.J., Dunlea, L.J., Rettig, A.E., Lustberg, M.B., Phillips, G.S. & Shapiro, C.L. Feasibility of stopping paclitaxel premedication after two doses in patients not experiencing a previous infusion hypersensitivity reaction. Support Care Cancer, 2012;20, 1991 - 1997.
8. Joerger, M. Prevention and handling of acute allergic and infusion reactions in oncology. Annals of Oncology, 2012;23(10), x313 - x319.
9. สายฝน เติวิชัย. ระบาดวิทยาของการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการใช้ยา paclitaxel ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี 2556 - 2558. จุลสาร โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2558;22(62). สืบค้นวันที่ 20 กันยายน 2560. <http://www.lpch.go.th/km/uploads/20170125143113365781.pdf>
10. อรอมล มารีทวล, กชชุกร หว่างนุ่ม, เจษฎา มณีขวงจร และสุดสวาท เลหาวินิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel. วารสารกรมการแพทย์, 2559;41(4), 105 - 117.



การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา 2 ราย
**Nursing Care for Cervical Cancer Patients Receiving Chemotherapy
: 2 Cases Study**

.....
ลรูนี สายเชื้อ*
Larunee saichear

ABSTRACT

Background : Chemotherapy is modality to treat for safe patient life cervical cancer. Serious complications and risks can be highly occurred. Special care and close monitoring are necessary.

Objective : To compare nursing care between 2 cervical cancer patients receiving chemotherapy at KhonKaen hospital.

Study design : Two patients whom diagnosed cervical cancer and experiencing hypersensitivity to chemotherapy during July to September 2016 were selected. The data were collected from patient's medical record, patient and relatives interview and patient observation Gordon's 11 health patterns were used as a guide for establishing nursing diagnosis, care plan and evaluation

Result : Case No.1 was cervical cancer stage 3b, and No. 2 was stage 4, both received paclitaxel and carboplatin for chemotherapy. During treatment, case No.1 was grade 3 hypersensitive to paclitaxel where as No.2 was grade 3 hypersensitive to carboplatin. The patients were suddenly taken care from crisis. Preparation before, during, and after chemotherapy were set. The patients were no more serious complications, got holistic and palliative nursing care and health promotion complete the course.

Recommendation : Nursing care for cervical cancer patients receiving chemotherapy. Nurses must be specific competency about the cancer's disease. Treatment, Assessment, Monitoring of potential serious complications. There is a proper nursing practice

Keywords : cervical cancer, chemotherapy, nursing

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำ : การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น แต่การรักษามีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความเสี่ยงต่อชีวิตค่อนข้างมาก จึงควรให้ความใส่ใจ และเฝ้าระวังขณะที่ทำให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 2 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา : เลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะใกล้เคียงและได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดเดียวกัน ที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน ระหว่าง 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ และการสังเกตอาการผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผน กอร์ดอน นำมา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 3b รายที่ 2 เป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 4 ได้รับยาเคมีบำบัด คือ paclitaxel และ carboplatin เช่นกัน พบว่า รายที่ 1 ขณะให้ยาเกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จาก paclitaxel ในขณะที่รายที่ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จาก carboplatin ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ แก้อาการภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว มีการเตรียมความพร้อมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้น ได้รับการพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวม การพยาบาลแบบปรับระดับประคอง และผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสามารถเข้ารับการรักษารอบตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะ : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางด้านความรู้โรคมะเร็ง การรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก เคมีบำบัด การพยาบาล



บทนำ

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยมะเร็งที่สุดในสตรี 45 ประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่ามะเร็งใดๆ ใน 55 ประเทศทั่วโลก¹ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมีประโยชน์อาจหายขาดได้หรือในกรณีที่หายขาดยาเคมีบำบัดจะช่วยลดอาการทุกข์ทรมานสามารถยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น หรือยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคได้² นอกจากยาเคมีบำบัดจะมีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังสามารถทำลายเซลล์ปกติอีกด้วยซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากมาย³ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่อกินอาหาร กัดการทำงานของไขกระดูกทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดติดเชื้อง่าย และมีเลือดออก

ผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีพิษต่อการทำงานของไต หัวใจ และระบบประสาทอีกด้วย นอกจากผลกระทบทางกายข้างต้นแล้วผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลที่เปลี่ยนไป เช่น ผม่วง การสูญเสียบทบาทต่างๆ เช่น บทบาทการเป็นมารดา ภรรยา ปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักใช้เวลายาวนานและต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย² จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่มารับยาเคมีบำบัดตั้งแต่ปี 2557-2559 จำนวน 51, 212 และ 162 ราย

ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ดังนี้ ภาวะภูมิไวเกิน(hypersensitivity reaction) จำนวน 12, 25 และ 9 ครั้ง ตามลำดับ หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) จำนวน 2, 1 และ 2 ครั้ง ตามลำดับ มีผู้ป่วยมารับรังสีรักษา จำนวน 10, 29 และ 81 ราย ตามลำดับ⁴ จะเห็นได้ว่า การบริหารยาเคมีบำบัดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาเคมีบำบัด มีทักษะในการประเมินอาการผิดปกติ หาสาเหตุและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับยาเคมีบำบัดจำนวน 2 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูก หมายถึง ก้อนเนื้อร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณปากมดลูก ซึ่งเป็นขบวนการเกิดแบบต่อเนื่อง จากรอยโรคระยะเริ่มแรก ที่เรียกว่า dysplasia คือมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและลักษณะของเซลล์เยื่อบุและเมื่อมีสภาวะที่เหมาะสมก็จะดำเนินต่อไปเป็น invasive carcinoma⁶

สาเหตุหลัก คือเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น human papilloma virus (HPV) พบไวรัสชนิดนี้ได้สูงถึงร้อยละ 90 - 95 ส่วนสาเหตุอื่นๆ คือ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมักจะมีประวัติสำส่อนทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับสตรีมากกว่า 20 คน ตั้งแต่อายุน้อยๆ เรื่องความสะอาดขององคชาติ เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เคยมีเพศสัมพันธ์กับสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก สตรีที่มารดาเคยใช้ diethylstilbestrol (DES) อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด Cervical Intraepithelium Neoplasia สูงขึ้น การสูบบุหรี่ สาร conitine, nicotine และสาร mitogens เป็น carcinogen สตรีที่มีสภาพความเป็นอยู่ในการครองชีพต่ำ (low socioeconomic) และสตรีที่มีบุตรมาก มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรที่สูงขึ้น⁷

อาการและอาการแสดง ในระยะแรกเริ่ม อาจมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ออกเป็นหยดๆ ในวัยหมดระดู ออกกระปริดกระปรอยไม่เป็นเวลา หรือการมีช่องไหล (discharge) ที่ผิดปกติออกจากช่องคลอดมากกว่าปกติ และมักจะมีกลิ่นเหม็น ในระยะท้ายของโรคจะมีอาการเจ็บปวดในอุ้งเชิงกราน ปวดหลังรุนแรง ขาและเท้าบวม หรืออาจจะปัสสาวะลดลง มีปัสสาวะ

หรืออุจจาระออกทางช่องคลอด⁸

พยาธิสภาพ (Pathology) ลักษณะของเซลล์มะเร็งอาจแบ่งออกได้เป็น Squamous cell carcinoma พบมากที่สุด ร้อยละ 85 ที่เริ่มก่อตัวขึ้นใน transformation zone ของ ectocervix ส่วน Adenocarcinoma พบได้ประมาณร้อยละ 15 ซึ่งก่อตัวขึ้นในเยื่อบุชนิด columnar ที่มีต่อมสร้างมูกของ endocervix ส่วนอื่นๆ ซึ่งพบได้น้อย เช่น Adenosquamous, Adenoacanthoma, Clear Cell Carcinoma, Papillary Carcinoma, Undifferentiated⁹

การวินิจฉัยโรค การตรวจหาเซลล์มะเร็ง โดยการนำ Pap smear นับเป็นหัวใจสำคัญของการวินิจฉัย ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรก ถือว่าเป็น screening test ที่ดีที่สุด การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก (cervical biopsy) เป็นการวินิจฉัยที่ดีที่สุด การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ควรที่จะทำทุกราย การตัดเนื้อปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cervical conization) ซึ่งอาจจะเป็นการตัดเพื่อการวินิจฉัยโรคหรือการตัดเพื่อการรักษา¹⁰

การรักษา (Treatment) มีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือหลายวิธีร่วมกัน การผ่าตัดสามารถกระทำได้เฉพาะมะเร็งปากมดลูกที่เป็นระยะต้นๆ การรักษามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ใช้รังสีรักษา โดยใช้สองเทคนิคหลักคือ การใส่แร่ และการฉายรังสี การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีรักษานี้ใช้ได้ในทุกระยะของโรค ผลการรักษาพบว่า อัตราการรอดชีวิต 5 ปี สำหรับระยะที่ 1 ร้อยละ 88.46 ระยะที่ 2 ร้อยละ 64.10 และระยะที่ 3 ร้อยละ 38.36¹¹

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีหลายวิธีแตกต่างกัน ได้แก่ 1) ให้ร่วมกับรังสีรักษา 2) เคมีบำบัดเฉพาะที่ 3) Induction Chemotherapy หรือ Neoadjuvant Chemotherapy คือการให้ยาเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา เพื่อให้ก้อนมะเร็งเล็กลง 4) ให้ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีการกลับเป็นใหม่ของโรคภายหลังการรักษาด้วยรังสีหรือการผ่าตัด และผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ 5) การรักษาแบบประคับประคองให้ในระยะหลังๆ ของมะเร็งระยะสุดท้าย มิได้หวังให้หายขาด เคมีบำบัดเฉพาะที่ มีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตัวเดียว หรือให้แบบผสมกัน ซึ่งการตอบสนองต่อยาแต่ละตัวแตกต่างกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด²

การกดไขกระดูก (bone marrow toxicity)

โดยมากมักเกิดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7-10 วัน และจะคงอยู่ต่อไปนาน 3-10 วัน ส่วนภาวะเม็ดเลือดต่ำมักเกิดหลังจากเม็ดเลือดขาวต่ำประมาณ 4-5 วัน ยาที่มีผลข้างเคียงนี้อย่างมาก เช่น Carboplatin, Actinomycin-D เป็นต้น พิษต่อทางเดินอาหาร (gastrointestinal toxicity) ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจเกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัดหรือมากกว่านั้น ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนอย่างมาก เช่น Cisplatin Cyclophosphamid เป็นต้น ผมร่วง (alopecia) ผมและขนจะเริ่มร่วงประมาณสัปดาห์ที่ 2 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจะร่วงไปเรื่อยๆ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับยา ยาเคมีบำบัดทำให้ผมร่วงอย่างมาก เช่น doxorubicin, paclitaxel เป็นต้น พิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ส่วนใหญ่มักพบพยาธิสภาพที่ประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) จากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น cisplatin, etoposide, paclitaxel เป็นต้น พิษต่อผิวหนัง (skin toxicity) ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้ผิวหนังมีผื่นขึ้นเกิดการอักเสบสีผิวคล้ำขึ้นหรือไวต่อแสงมากขึ้น และยังทำให้เล็บมีสีคล้ำหรือเปราะแตกหักง่ายขึ้น ยาในกลุ่มนี้ เช่น doxorubicin, actinomycin-d, mitomycin-c, vincristine เป็นต้น พิษต่อระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary toxicity) โดยเฉพาะยา cisplatin ทำให้เกิดพิษต่อไต (tubular damage) หรือเกิดการตายของเนื้อไตได้

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วย 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกและได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะภูมิไวเกินระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2559 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนกอร์ดอน นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 ภาวะสุขภาพและการรับไว้ดูแลผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 46 ปี ผิวสีดำนาง รูปร่างผอม ท้องบวมโต ตกขาวมีกลิ่นเหม็น อาการสำคัญ มารับยา

เคมีบำบัดตามแผนการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีตกขาวและเลือดออกทางช่องคลอด ผู้ป่วยไปพบแพทย์ ที่คลินิกได้รับยารับประทาน อาการดีขึ้น 1 เดือน ก่อนมามีอาการท้องบวมโตมากขึ้นปัสสาวะไม่ออก ตกขาวมีกลิ่นเหม็นไปโรงพยาบาลใกล้บ้านได้รับการใส่สายสวนคาปัสสาวะและอัลตราซาวช่องท้องพบมี Pelvic mass จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกไปตรวจวินิจฉัย และนัดมาฟัง 2 สัปดาห์ พบผลชิ้นเนื้อเป็น endocervical adenocarcinoma ได้รับการวินิจฉัย cervix cancer stage 3b with ovarian and omental metastasis และนัดให้มารับยาเคมีบำบัดเป็น neoadjuvant ก่อนรักษาโดยการผ่าตัด อาการแรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัว ตามตอบรูเรื่อง ลูกเดินได้เอง หายใจปกติ ท้องโตปวดท้อง มีสายสวนคาปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอนขุ่น มีภาวะชืด ความเข้มข้นของเลือด 27.1 % ผลการตรวจปัสสาวะมีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ปกติ แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยการให้เลือด PRC 1 ถุง ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มเป็น 31 % มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แพทย์พิจารณา ให้ยาปฏิชีวนะ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์ได้ให้การรักษายาเคมีบำบัด Paclitaxel 280 mg ร่วมกับ Carboplatin 507 mg ระหว่างการให้ยา Paclitaxel ผู้ป่วยมีภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 ความดันโลหิตต่ำ 60/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็ว 124 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ได้รับแก้ไขภาวะดังกล่าวจนปลอดภัย และเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น เส้นเลือดดำอักเสบ เยื่อช่องปากอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับยา

ครบตามแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 2 ภาวะสุขภาพและการรับไว้ดูแลผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวตามตอบรูเรื่อง หน้าชืด เปลือกตาขาวชืด อ่อนเพลียปวดท้อง ท้องบวมโต อาการสำคัญ มารับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 4 ปี ก่อนเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการมีตกขาวมาก มีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ตรวจภายในพบ Cervix cauliflower growth at upper lip, ผล Cervix Biopsy พบเป็น squamous cell carcinoma ชนิด small cell แพทย์วินิจฉัยเป็น Cervical cancer stage II b, ได้รับการรักษาด้วย

chemotherapy สูตร Cisplatin จำนวน 4 ครั้ง ได้รับการฉายรังสี 23 ครั้ง และสอดใส่แร่ 4 ครั้ง หลังจากนั้น ได้มาตรวจรักษาต่อเนื่องทุกปี 3 เดือนก่อนมีอาการปวดท้องมาก ท้องโต อ่อนเพลีย จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ ได้ทำ CT Whole abdomen พบ CA Cervix Recurrent stage IV (metastatic inferior vena cava) แพทย์วางแผนการรักษาด้วย palliative chemotherapy จำนวน 6 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel 287 mg ร่วมกับ Carboplatin 690 mg ประเมินผู้ป่วยโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/59 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดได้ 99% ระหว่างการให้ยา Carboplatin ผู้ป่วยมีภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 ความดันโลหิตต่ำ 75 / 56 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็ว 144 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ได้รับแก้ไข ภาวะดังกล่าวจนปลอดภัย และเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์กรณีศึกษาและได้นำมาเปรียบเทียบกับตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 ราย

หัวข้อการศึกษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	Docetaxel cycle 2	Docetaxel cycle 3
1. ระยะของการดำเนินโรค	Cervical cancer Stage IIIB	Cervical cancer stageIV (Recurrent)	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และเข้ารับการรักษารั้งแรก ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นการกลับมารักษาด้วยมะเร็ง กลับเป็นซ้ำ แพทย์กระจายไปที่ Inferior vena cava บริเวณช่องท้อง
2. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ	Adenocarcinoma	Squamous cell carcinoma	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเซลล์ชนิด adenocarcinoma (15%) ผู้ป่วยรายที่ 2 ชนิดที่พบบมากที่สุดของมะเร็งปากมดลูก คือ Squamous cell carcinoma (85%)
3. การรักษาที่ได้รับ	1. neoadjuvant chemotherapy (paclitaxel + carboplatin) 2. พิจารณาทำผ่าตัด radical hysterectomy หลังให้ยาเคมีบำบัด	2. palliative chemotherapy (paclitaxel + carboplatin)	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นระยะที่ 3 ชนิดของ cell มะเร็ง มีการตอบสนองเคมีบำบัดก่อน เพื่อให้ก้อนมะเร็งเล็กลง แล้วจึงผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น Cervical cancer stage 4 (Recurrent) การให้เคมีบำบัดเพื่อประคับประคอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 ราย (ต่อ)

หัวข้อการศึกษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	Docetaxel cycle 2	Docetaxel cycle 3
4. สาเหตุและปัจจัยในการเกิดอาการวิกฤติ	- เกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จากยา paclitaxel ทำให้ความดันโลหิตต่ำ 60/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็ว 124 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที - ให้การพยาบาลตามแนวทางที่เกิด Anaphylactic Shock	- เกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จากยา carboplatin ทำให้ความดันโลหิตต่ำ 75/56 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเร็ว 144 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที - ให้การพยาบาลตามแนวทางที่เกิดภาวะ Anaphylactic shock	ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะภูมิไวเกินต่อ paclitaxel ผู้ป่วยรายที่ 2 ภาวะภูมิไวเกินต่อ carboplatin ยาทั้ง 2 ชนิดเป็นยาที่ทำให้เกิดภูมิไวเกินที่พบบ่อยและพบได้ทุกกระยะ
5. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความกลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งกลัวรักษาไม่หาย เนื่องจากเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความกลัวตาย เนื่องจากว่าเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง	การพยาบาลในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันตรงที่มีความกลัวที่ต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 กลัวรักษาไม่หาย ผู้ป่วยรายที่ 2 กลัวตายเพราะการกลับเป็นซ้ำของโรค
6. ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย มีโอกาสเกิดการอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วออกนอกหลอดเลือด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาเคมีบำบัด เชื้อนภายในช่องปากมีการอักเสบ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการอักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วออกนอกหลอดเลือด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาเคมีบำบัด เชื้อนภายในช่องปากมีการอักเสบ	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะภูมิไวเกิน ขณะที่ให้ยา paclitaxel ผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะภูมิไวเกิน ขณะที่ให้ยา carboplatin ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลอื่นๆ สามารถเกิดได้เหมือนกันทุกคน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 ราย (ต่อ)

หัวข้อการศึกษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	Docetaxel cycle 2	Docetaxel cycle 3
	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีเสียงต่อการเกิดพิษต่อไต</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเนื่องจากท้องโตแน่น อืดอืดท้อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีเสียงต่อการเกิดพิษต่อไต</p>	
7. ระยะเวลาให้ยาเคมีบำบัด การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ หลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังกลับไปอยู่บ้าน และมีโอกาสไม่มารักษาต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ หลังได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย</p>	<p>ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกปฏิบัติตามสภาพความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีการติดตามต่อเนื่องทุกครั้งที่กลับบ้าน</p>

การพยาบาล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยจะมีแผนการพยาบาลที่คล้ายกัน ภายหลังจากที่ได้รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลพยาบาลได้มีการวางแผนการพยาบาล 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุกราย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีการแก้ไขอาการผิดปกติก่อนให้ยาเคมีบำบัด ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 คือ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งกลัวรักษาไม่หาย เนื่องจากเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 คือ 1) ผู้ป่วยมีความกลัวตายเนื่องจากว่าเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ได้ให้การพยาบาลเพื่อลดความกังวลพร้อมครอบครัว (family meeting) โดยให้ข้อมูลอย่างละเอียด และเปิดโอกาสได้ซักถามข้อสงสัย 2) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ได้ให้การพยาบาล โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำ

ในการดูแลตนเองพร้อมทั้งให้สมุดประจำตัว การเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง 3) ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ ได้ให้การพยาบาลการให้เลือดตามมาตรฐานการพยาบาลการให้เลือด ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 31 % ขณะให้เลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน 4) ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ให้การพยาบาลแบบ Aseptic technique การลดการติดเชื้อ การให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา

2. ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัด มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1) ผู้ป่วยเกิด ภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยาเคมีบำบัดเป็น Paclitaxel ร่วมกับ Carboplatin ก่อนการให้ยา พยาบาลได้มีการประเมินประวัติการแพ้ยาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จากการให้ยา Paclitaxel ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกิน ระดับ 3 จากการให้ยา Carboplatin การพยาบาล

ตามแนวทาง การเกิด Anaphylactic Shock โดย จัดทำนอนราบ หยุดยาเคมีบำบัดทันที ดูดยาเคมีบำบัด ออกจากเส้นเลือดให้มากที่สุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml vein drip 120 ml/hr ให้ ออกซิเจน Cannular 3 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด 30 นาทีต่อมา ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถรับยา Paclitaxel และยา Carboplatin ครบตามแผนการรักษา 2) เนื้อเยื่อ บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการ อักเสบเนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจรั่วออกนอกหลอดเลือด ให้การพยาบาลโดย เลือกลงเส้นเลือดที่เหมาะสมแก่การให้ยา พร้อมเข็มที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยเลือกลงบริเวณ ส่วนปลายก่อนหลีกเลี่ยงการให้ยาบริเวณข้อและหลังมือ ที่สำคัญควรบริหารยาในกลุ่ม Vesicant drugs ก่อน แล้วจึงตามด้วยยาในกลุ่ม Irritants และ Non-vesicant drugs ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังได้ยาเคมีบำบัด เยื่อภายในช่องปากมีการอักเสบ ได้ให้ข้อมูลการดูแลความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำ มากกว่า 2,000 ซีซี รับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด 4) ผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไตให้การพยาบาล โดยการให้ข้อมูลการดูแลความสะอาดอวัยวะพิเศษ เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ การดื่มน้ำมากกว่า 2,000 ซีซี การ สังเกตการณ์ไหลของปัสสาวะ ดูแลสายสวนไม่ให้พับงอ การรีดสายปัสสาวะเพื่อไม่ให้สายสวนปัสสาวะอุดตัน จากตะกอนของปัสสาวะ 5) ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องโตแน่นอึดอัดท้องได้ ให้การพยาบาล การจัดทำนอนศีรษะสูง พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง การ รับประทานอาหารทีละน้อย หลังรับประทานอาหาร ให้นอนศีรษะสูง การจัดกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดความอึดอัด

3. ระยะเวลาให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยได้รับการ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลได้ ให้การส่งเสริมภาพลักษณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ รักษาของผู้ป่วยของญาติ ให้คำแนะนำในการดูแล ตนเองพร้อมทั้งให้สมุดประจำตัว การเสริมพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวต่อเนืองที่บ้าน รวมถึงการสร้างเครือข่ายผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ประเมินผลการพยาบาลก่อนกลับบ้าน พบว่าการ คิดเชิงลบลดลง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของยา เคมีบำบัด ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย เข้าใจการรักษา และมีกำลังใจพร้อมที่จะมารับยาเคมีบำบัดให้ครบตาม แผนการรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกัน ด้านพยาธิกำเนิด ของมะเร็ง ระยะของมะเร็ง และการรักษา ทำให้การ จัดการการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปตามบริบทปัญหา ของภาวะสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติ ที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย ร่วมกับการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ระยะเวลายาวนาน มีค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้น พยาบาล จะต้องเป็นผู้มีความรู้เรื่องโรค การรักษา การประเมิน สภาพผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง การวางแผน จำหน่ายและการติดตามต่อเนื่อง มีการปฏิบัติการ พยาบาลระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่พบภาวะ แทรกซ้อนที่รุนแรง



• เอกสารอ้างอิง •

1. International Agency for Research on Cancer (IARC).World Health Organization WHO). GLOBOCAN 2012 : estimated cancer incidence, mortality and worldwide in 2012 : cervicalcancer, Lyon : IARC ; 2014.
2. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, ชีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู่ประเสริฐ, สายพิณ พงษ์ธา, บรรณานิการ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนซ์เคสเซนเตอร์. 2551
3. Benedet JL, Pecorelli S, Ngan HY, Hacker NF. Staging classifications and clinical practiceguidelines for gynaecological cancers. 3rded. Illinois: Elsevier; 2000.
4. ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น. ทะเบียนมะเร็งประจำปี 2557. โรงพยาบาลขอนแก่น ขอนแก่น. 2557
5. ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ, พัสมณท์ คุ่มทวีพร. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะกราฟฟิค; 2548.
6. จตุพล ศรีสมบุรณ์ และคณะความรู้ เจตคติ และความตั้งใจของสตรี เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เชื้อไวรัสแพปพิโลมาในมนุษย์และวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสแพปพิโลมาในมนุษย์.เชียงใหม่:รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
7. ยูพิน เพียรมงคล.การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553.
8. กรมอนามัย.การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม :แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2559.
9. Tavassoli FA, DevileeP,editors.Pathology and genetics:tumours of the breast and female genital organ:World Health Organization classification of tumours.Lyon:international Agency for Research on Cancer;2003.
10. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women.Geneva :WHO;2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/3/9789241505147_eng.pdf)
11. Jutapol,S,,et al. Annual report 2008 gynecologic oncology.Chaing Mai:Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.2008.



