



ISSN 2673-0979 (Online)

ISSN 2730-2490 (Print)

วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 Vol.2 No.2 July - December 2020

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
Dynamic Health Standard and Smart Journal

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2563

ที่ปรึกษา

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นายไพรัชณ์ สงคราม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.ขอนแก่น
นายอดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝ้าย	สสจ.ขอนแก่น
	รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นายมนูญ เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นายเชิดชัย อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นางจิรประภา ศิริสุนเนิน	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สสจ.ขอนแก่น

บรรณาธิการ

นางกมล วัฒนายิ่งเจริญชัย	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	บรรณาธิการ
ดร.จักรพันธ์ เลยหยุด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองบรรณาธิการด้านบริหาร
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.จุฬารัตน์ ไสตะ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ดร.ราณี วงษ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.แสงดาว จันทรिता	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.วิไลภิญญ ทองไทย
ดร.จริยา อินทรวิสัย
ดร.บุญทนกร พรหมภักดี
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์
ดร.สงกรานต์ นักบุญ
นพ.ธนิต พูเจริญ
ดร.จกกลณี จันทร์ศิริ
ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม
นพ.พรพล เหล่าวิวัฒน์
ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี
ดร.สมเด็จ ก้าวพิทักษ์
นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์
ดร.พรรณา ไชยรัตน์
ดร.เจษฎา สุวรรณรัตน์
ดร.อรินรดา ลาตลาด

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.ขอนแก่น
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต
อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.มัญจาคีรี
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง
นายธนาวุฒิ จำปาแดง
นางสาวจุฑามาศ ขารี
นางวนิภรณ์ ศรีตามณี
นายกิตติภพ บุญเอก
นางสาวสุรจณี ศรีนางใย

สสจ.ขอนแก่น	ผู้จัดการ
สสจ.ขอนแก่น	ฐานข้อมูลและสารสนเทศ
สสจ.ขอนแก่น	พิสูจน์อักษร
สสจ.ขอนแก่น	พิสูจน์อักษร
สสจ.ขอนแก่น	พิสูจน์อักษร
สสจ.ขอนแก่น	ออกแบบรูปเล่ม

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2563) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 7 เรื่อง และ บทความทั่วไป 3 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแล ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง 3) การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) การเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม LGBT ในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพัทลุง 6) การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 7) การคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น 8) การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และภาวะสุดสัปดาห์ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย 9) การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา 10) การสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต กรณีรถตู้ชนรถพ่วง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 15 พฤษภาคม 2562

ในศักราชที่ดีขึ้นปีใหม่ ปี 2564 กองบรรณาธิการวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขออำนาจศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย โปรดดลบันดาลให้สมาชิกวารสารและผู้อ่านทุกท่านและครอบครัว ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยจตุรพิพรชัยและสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ และขอให้ทุกท่าน อย่าประมาท ตั้งสติให้มั่น การ์ดอย่าตก สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ เว้นระยะห่างจากสังคม ดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	139
Results of the development of model for stroke patients care Sirindhorn hospital Khon Kaen province	
ยุวดี พงสา Yuwadee Phongsra	
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง	155
The development of a financial management model in lampaang provincce	
ธนียา เหลี่ยมพงศาพุทธิ Taneeya Liamongsabuddhi	
ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	171
Effectiveness of health education program based on health belief model for preventing iodine deficiency in pregnant women registered at antenatal care clinic, Sirindhorn hospital Khon Kaen, Ban Haet district, Khon Kaen province	
วัลลภา สอนธิเส็ง Vallapa Sonthiseng	
การเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม LGBT ในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว	187
Comparison of stress between family acceptance LGBT and non-acceptance LGBT's students in Mahidol University	
พุดิตา รุ่งเรือง , ธัญวรัตน์ สุกใส , อานนท์ จินวงษ์โป้ , ประเสริฐ ประสมรักษ์ , อิสระพงศ์ ไพธิสุข , สุภาวดี พันธุมาศ	
Puttita Rungraung , Thanwarat Suksai , Arnon Jinwongpo , Prasert Prasomruk , Issarapong Phosuk , Suphawadee Panthumas	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง	199
Factor related using emergency medical service, Phatthalung province	
เจริญ ปรวบปรี Charoen Prabpree	

สารบัญ (ต่อ)

การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ 2560 - 2562	213
---	-----

A retrospective study of deep neck infection among inpatients Otolaryngology
Department at Sisaket Hospital, Sisaket Province between 2017-2019

รัชดาพร รุ่งแก้ว

Ratchadaporn Roongkraw

การคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น	231
---	-----

The work retention of back office personnel in Khon Kaen hospital

วรรณกร แพงกระโทก , สงกรานต์ กลั่นด้วง

Wannakorn Phaengkrathok , Songkran Klunduang

บทความทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ และภาวะสูดสำลักควัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	247
---	-----

Nursing care of patients with burn and inhalation injury: 2 cases study

จิราวดี ชุมศรี

Jirawadee Chumsri

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา	265
--	-----

Nursing care in patients with paranoid schizophrenia: Case study

พ้องศรี งามดี

Pongsri Ngamdee

การสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กรณีรถตู้ชนรถพ่วง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 15 - 23 พฤษภาคม 2562	281
---	-----

Injury and death investigation of the van crashing with The trailer, Chum Phae district,
Khon Kaen province, 15th - 23rd may 2019

สุรพงษ์ ฝานาค , กรวิกา น้อยเชียง

Surapong Bhanak , Kornwika Noichiang

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ยุวดี ผงสา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) เตรียมการพัฒนา 2) ดำเนินการพัฒนา 3) ประเมินผล ตั้งแต่เดือน พ.ค.-ก.ย. 2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจำนวน 24 คน เครื่องมือวิจัย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แบบบันทึกผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 1) ด้านผู้ป่วย พบว่า (1) ปอดอักเสบจากการสำลักลดลงจากร้อยละ 11.11 เป็น 2.50 (2) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลงจากร้อยละ 2.77 เป็น 2.50 (3) กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 5.55 เป็น 0 (4) ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจำหน่าย (5) วันนอนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน 2.31 วัน (SD = 1.60) เป็น 2.30 วัน (SD = 1.07) (6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (7) Modified Rankin scale ค่าเฉลี่ยลดลง (8) ค่ารักษาเฉลี่ยลดลงจาก 8,154.72 เป็น 6,478.43 บาท 2) ด้านผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{X}=4.32, SD=0.78$) สรุปการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเกิดความปลอดภัยอย่างไรก็ตามยังพบภาวะแทรกซ้อนซึ่งควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย

คำสำคัญ : การพัฒนา รูปแบบการดูแล แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: Yuwadee Phongsas. E-mail: yuwadeephongsas@gmail.com

Received: September 30, 2020; Revised November 23, 2020; Accepted November 24, 2020

RESULTS OF THE DEVELOPMENT OF MODEL FOR STROKE PATIENTS CARE SIRINDHORN HOSPITAL KHON KAEN PROVINCE

Yuwadee Phongsa¹

ABSTRACT

This action research the objective is to develop and study the results of the development of a model for stroke patients care at Sirindhorn Hospital. Khon Kaen Province conduct 3 research phases 1) prepare for development 2) Conducted development 3) Evaluation from May to September 2020, selected 40 samples were selected as ischemic stroke patients. 24 professional nurses in the wards. 1) Nursing practice 2) Record form for using nursing practice guidelines 3) Satisfaction questionnaire The quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data for content analysis

Results of a study of a developed cerebrovascular care model using a nursing practice guideline 1) Patients found that (1) aspiration pneumonia decreased from 11.11% to 2.50. (2) Urinary tract infection decreased from 2.77% to 2.50. (3) Returned hospitalization 28 days, decreased from 5.55% to 0 (4) Relatives or care receiving readiness information. (5) The average sleep days did not differ from 2.31 days (SD = 1.60) to 2.30 days (SD = 1.07). (6) the ability to perform daily activities, mean increased (7) Modified Rankin scale mean value decreased. (8) Average treatment cost decreased from 8,154.72 to 6,478.43 baht 2) Professional nurse service providers were satisfied with the use of nursing practice at a high level ($\bar{X}$ =4.32, SD = 0.78). Cerebrovascular disease patients receive standardized care and safety. However, complications were still found, which should be developed on an ongoing basis for the best efficacy for the patient.

Key words: Development, Care Model, Nursing practice, Stroke patients

¹ Registered Nurse, Profession Level, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่า Stroke เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วย ลักษณะความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง จากสาเหตุเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือตีบทำให้เนื้อสมองตาย และเส้นเลือดในสมองแตกมีเลือดออกในสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก¹ โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศทำให้เกิดการเสียชีวิตเกิดความพิการ องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 มีผู้พิการเพิ่มขึ้นทั่วโลกปีละประมาณ 13 ล้านคน 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2563 ทั่วโลก จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย เสียชีวิตในปี พ.ศ.2559-2561 เท่ากับร้อยละ 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ³ ข้อมูลผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 - 2561 พบผู้ป่วย 293,463 , 304,807 และ 331,086 รายตามลำดับ⁴

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบต่อเนื่องครบวงจรด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

ให้บริการตั้งแต่ ก.ค. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยปี 2560-2562 เท่ากับ 62, 103 และ 173 รายตามลำดับ⁵ ผลการดูแลพบว่า 1) เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 8.06, 8.73 และ 6.93 ตามลำดับ 2) กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 4.83, 2.91 และ 5.20 ตามลำดับ 3) ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมจำหน่าย ร้อยละ 88.88, 94.11 และ 92.23 ตามลำดับ 4) เสียชีวิตร้อยละ 1.75, 1.06 และ 1.23 ตามลำดับ 5) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเฉลี่ย 65, 80 และ 75 ตามลำดับ 6) Modified rankin scale เฉลี่ย 4, 3 และ 3 ตามลำดับ 7) วันนอนเฉลี่ย 6, 5 และ 5.5 วัน/รายตามลำดับ 8) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 19,576, 17,765 และ 12,791 บาท/รายตามลำดับจากการบริการที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมเนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการดูแลพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พัดตกหักล้ม ขาดการวางแผนดูแลต่อเนื่องและจำหน่ายทำให้กลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายมากขึ้น จากการทบทวนวิชาการและการศึกษาของนิภาพร บุตรสิงห์⁶ โรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับการพัฒนานโยบายหน้าที่สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย การพยาบาลที่

เป็นเลิศ รูปแบบและบทบาทการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องการศึกษาก่อนหน้านี้ หาญยุทธ⁷ พบว่าบทบาทของพยาบาลที่ดีจะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ โดยมีกรอบการทำงานและความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลได้แก่ กระบวนการพยาบาล มาช่วยวิเคราะห์และตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการครอบคลุมทุกมิติผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพมาพัฒนาปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการวางแผนพัฒนา ลงมือปฏิบัติ ติดตามผลและสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขพัฒนา ให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธรที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเกิดผลลัพธ์ที่ดีสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในการพัฒนาระบบ

บริการservice plan เน้นการเข้าถึงบริการ พัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานและบุคลากรมีความรู้ เพื่อลดอัตราการตาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน⁸

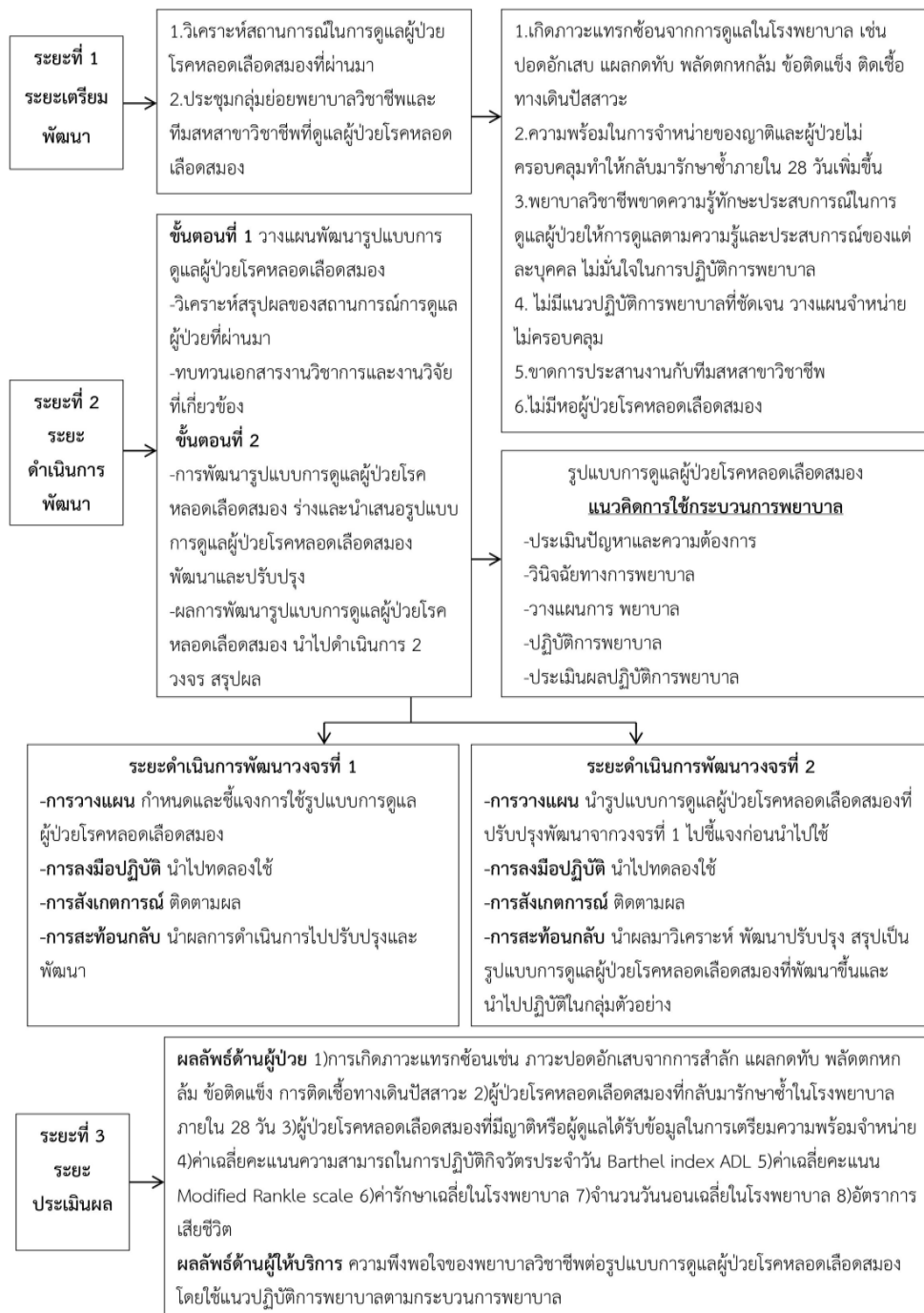
วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process)^{7,9,10} มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart¹¹ ประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตการณ์ สะท้อนกลับ



วิธีการดำเนินวิจัย (Methodology)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) เตรียมการพัฒนา 2) ดำเนินการพัฒนา 3) ประเมินผล ตั้งแต่ เดือน พ.ค.-ก.ย. 2563 ในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.1. กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน

1.2 กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย จำนวน 24 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประกอบด้วย

2.1 ระยะเตรียมพัฒนาเครื่องมือ รวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยย้อนหลังปี 2560-2562 การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 ระยะดำเนินการพัฒนาและระยะประเมินผลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ้างอิงเอกสาร

งานวิชาการนำไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

2.2.2 แบบบันทึกผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98

2.2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองนำไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการพัฒนา (เดือน พ.ค. 2563) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังปี 2560-2562 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง นำข้อมูลที่ได้มาประชุมกลุ่มย่อยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ทีมสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา 2 ขั้นตอน (เดือน พ.ค.- ส.ค. 2563)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์สรุปผลการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา ทบทวนเอกสารงานวิชาการและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวางแผนพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยร่างและนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์อ้างอิงเอกสารงานวิชาการทฤษฎี 1) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2) คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล 5) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อพิจารณาปรับปรุงแล้วกำหนดนำไปใช้ จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ

ระยะดำเนินการพัฒนางานครั้งที่ 1
(เดือน พ.ค.- มิ.ย. 2563)

ชี้แจงการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชายนำไปใช้ 1 เดือน ติดตามผลรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสอบถาม และแสดงข้อคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาอุปสรรคและการพัฒนาในการใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนผลนำไปปรับปรุงพัฒนาครั้งที่ 1 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะดำเนินการพัฒนางานครั้งที่ 2
(เดือน มิ.ย. - ส.ค. 2563)

นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับปรุงพัฒนาชี้แจงในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชายนำไปใช้ 1 เดือน ติดตามผลรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสอบถามและแสดงข้อคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาอุปสรรคและการพัฒนาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สะท้อนผลที่ได้นำไปปรับปรุงและพัฒนาครั้งที่ 2 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองแล้วสรุปผลเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล
(เดือนส.ค.- ก.ย. 2563)สรุปผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

3.1 ด้านผู้ป่วย 1) ภาวะแทรกซ้อน 2) กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน 3) การเสียชีวิต 4) ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจำหน่าย 5) วันนอนเฉลี่ย 6) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

7) ค่าเฉลี่ย Modified Rankin scale 8) ค่ารักษาเฉลี่ย

3.2 ด้านผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาล

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผลการใช้นโยบายการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกตปฏิบัติงาน การตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย เก็บบันทึกข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6. จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยหมายเลข KEC63047/2563 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 หมดอายุวันที่ 19 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ
พัฒนา จากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาจากเวชระเบียนย้อนหลังปี 2560-2562 พบว่า 1) เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 8.06, 8.73 และ 6.93 2) กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 4.83, 2.91 และ 5.20 3) ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมจำหน่าย ร้อยละ 88.88, 94.11 และ 92.23 4) เสียชีวิตร้อยละ 1.75, 1.06 และ 1.23 5) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 65, 80 และ 75 6) คะแนน Modified rankin scale เฉลี่ย 4, 3 และ 3 7) วันนอนเฉลี่ย 6, 5 และ 5.5 วัน/ราย 8) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 19,576, 17,765 และ 12,791 บาท/รายจากการสนทนากลุ่มย่อยที่มสสหาวิชาชีพพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้การดูแลตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล วางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม 2) ขาดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) ไม่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า พยาบาล

เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นต้องมีการวางรูปแบบการพยาบาลและบทบาทการพยาบาลที่ดีได้แก่ กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมต่อเนื่องจะทำให้สามารถค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ จึงได้มีการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลมากำหนดเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยร่างและนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง อ้างอิงเอกสารงานวิชาการทฤษฎี 1) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 2) คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล 5) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล นำมาประยุกต์ปรับปรุง

พัฒนาเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการปฏิบัติงาน

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการดำเนินการ 2 วงจร

ระยะดำเนินการพัฒนางานครั้งที่ 1 ที่แจ้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 36 คน ผลพบว่า 1) เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 11.11 2) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2.77 3) กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 5.55 4) ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจำหน่ายร้อยละ 91.67 5) วัน นอนเฉลี่ย 2.31 วัน/คน 6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคะแนนเฉลี่ยวันแรก 73.19 คะแนน ในวันจำหน่ายเพิ่มขึ้น 84.86 คะแนน 7) Modified Rankin scale คะแนน เฉลี่ยวันแรก 2.19 คะแนน ในวันจำหน่ายลดลง 1.75 คะแนน 8) ค่ารักษาเฉลี่ย 8,154.72 บาท/คน สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพจำนวน 24 คนหลังปฏิบัติพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 75 ไม่เคยผ่านการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้น้อย จากการสังเกตขณะปฏิบัติงานและการบันทึกในเวชระเบียนมีการใช้แบบประเมินต่างๆ ไม่ครบถ้วนแต่ละหอแบบประเมินไม่เหมือนกัน การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุมนำข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อปรับปรุงพัฒนาได้แก่ ปรับปรุงแบบประเมิน Barthel Index ADL Modified rankin scale การกลืนแบบแผนการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมจำหน่ายและเอกสารคู่มือโรคหลอดเลือดสมองอ้างอิงจากคู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น แบบบันทึกส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด แบบบันทึกส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน โดยจัดทำเป็นชุดคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลพร้อมแบบประเมินตั้งแต่แรกรับไว้ที่หอผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลและการใช้แบบประเมินเป็นรายบุคคลและกลุ่มใช้เวลา 3 วัน

ระยะดำเนินการพัฒนางานครั้งที่ 2
นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับปรุงพัฒนาไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 32 คน ผลพบว่า 1) เกิดปอดอักเสบจากการสำลักร้อยละ 6.25 2) ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจำหน่ายและเข้าใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 3) วันนอนเฉลี่ย 2.21 วัน/คน 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคะแนนเฉลี่ยวันแรก 77.03 คะแนน ในวันจำหน่ายเพิ่มขึ้น 82.97 คะแนน 7) Modified Rankin scale คะแนนเฉลี่ยวันแรก 2.31 คะแนน ในวันจำหน่ายลดลง 1.88 คะแนน 8) ค่ารักษาเฉลี่ย 7,676.72 บาท/คน จากผลพบว่ายังเกิดภาวะแทรกซ้อนปอด

อักเสบ สอบถามและสังเกตการปฏิบัติงานพบว่าพยาบาลประเมินภาวะปอดอักเสบและให้การพยาบาลได้ไม่ครอบคลุม นำข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองเพื่อปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมแบบประเมินปอดอักเสบจากการสำลักอ้างอิงคู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น เน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากการประเมินการกลืนโดยการสอนและฝึกปฏิบัติ อาหารที่เหมาะสมโดยนักโภชนาการ การส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเมื่อมีปัญหาการกลืน

สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล 5) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมแบบประเมินได้แก่ 1) Barthel Index ADL 2) Modified rankin scale 3) การกลืน 4) ผลกดทับ 5) พลิคตทกล้ม 6) ปอดอักเสบจากการสำลัก 7) Glasgow Coma scale 8) แบบแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติในการวางแผนจำหน่ายพร้อมคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและสมุดประจำตัวผู้ป่วย 9) แบบบันทึกส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด 10) แบบบันทึกส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยในระยะก่อน-หลังพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.11, 53.12 และ 42.50 มีช่วงอายุ 71-80 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.67, 34.38 และ 45 สถานภาพคู่ร้อยละ 83.33, 93.75 และ 95 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่มีอาชีพร้อยละ 30.56, 37.50 และ 47.50 เป็นประเภทตีบ ร้อยละ 100, 93.75 และ 97.50 เกิดด้านขวา มากที่สุดร้อยละ 61.11, 43.75 และ 62.50

1.2 ผลการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลในระยะก่อน-หลังพัฒนาพบว่า ปอดอักเสบจากการสำลักลดลงร้อยละ 11.11, 6.25 และ 2.50 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลงร้อยละ 2.77, 0 และ 2.50 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 1 รายในระยะหลังพัฒนาได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะมาก่อนนอนโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะต่อมลูกหมากโต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 86.11, 93.75 และ 95 ไม่มีเสียชีวิต กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 5.55, 0 และ 0 ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจำหน่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 91.67, 100 และ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลหลังการใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนพัฒนา				หลังพัฒนา (N=40)	
	วงจรที่ 1 (N=36)	วงจรที่ 2 (N=32)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เกิดภาวะแทรกซ้อน						
- ปอดอักเสบจากการสำลัก	4	11.11	2	6.25	1	2.50
- ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1	2.77	-	-	1	2.50
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	31	86.11	30	93.75	38	95
3. เสียชีวิต	-	-	-	-	-	-
4. กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน	2	5.55	-	-	-	-
5. ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจำหน่าย	33	91.67	32	100	40	100

1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากวันแรกที่นอนโรงพยาบาล

ทุกระยะเท่ากับ 84.86, 82.97 และ 80 ดังตารางที่ 2

1.4. Modified Rankin scale ในวัน
จำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากวันแรกที่
นอนโรงพยาบาลทุกระยะเท่ากับ 1.75, 1.88
และ 1.93 ดังตารางที่ 2

1.5 วันนอนเฉลี่ยระยะก่อน-หลัง
พัฒนาไม่แตกต่างกันเท่ากับ 2.31วัน (SD=

1.60), 2.22 วัน (SD= 1.68) และ 2.30 วัน
(SD= 1.07) ดังตารางที่ 2

1.6 ค่ารักษาเฉลี่ยลดลงเท่ากับ
8,154.72, 7,676.72 และ 6,478.43 บาท/คน
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อน-หลังการใช้รูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลหลังการใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา (N=40)			
	วงจรที่ 1 (N=36)	วงจรที่ 2 (N=32)				
	Admit	D/C	Admit	D/C	Admit	D/C
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI)						
- ค่าเฉลี่ย	73.19	84.86	77.03	82.97	74.38	80
Min -Max	0-100	10-100	15-100	25-100	15-100	20-100
SD	31.35	22.76	24.06	23.14	22.39	22.13
2. Modified Rankle scale (MRS)						
- ค่าเฉลี่ย MRS	2.19	1.75	2.31	1.88	2.50	1.93
Min -Max	0-5	0-5	0-5	0-5	1-5	0-5
SD	1.51	1.44	1.47	1.54	1.38	1.31
3. เฉลี่ยค่ารักษา						
	8,154.72		7,676.72		6,478.43	
Min -Max	4,414-20,753		4,080-28,984		4,421-11,298	
SD	3,918.07		5,007.22		1,747.11	
4. เฉลี่ยวันนอน						
	2.31		2.22		2.30	
Min -Max	1-9		1-10		1-5	
SD	1.60		1.68		1.07	

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤติ
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชายส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.67 อายุ 21-30 ปี
ร้อยละ 62.50 ศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 100

ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมโรคหลอดเลือด
สมองร้อยละ 75 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย
อายุรกรรมหญิงมากที่สุดร้อยละ 41.67 มี
ระยะเวลาปฏิบัติงาน 4-6 ปี สูงสุดร้อยละ
37.50 มีความพึงพอใจต่อการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุดคือทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.65$) รองลงมาคือตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในระดับมาก ($\bar{X}=4.50$, $SD=0.65$) สรุปพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมระดับมาก ($\bar{X}=4.32$, $SD=0.78$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

อภิปรายตามผลการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล 5) ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมแบบประเมินได้แก่ 1) Barthel Index ADL 2) Modified rankin scale 3) การกลืน 4) แผลกดทับ 5) พัลตตกหกล้ม 6) ปอดอักเสบจากการสำลัก 7) Glasgow Coma scale 8) แบบแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติในการวางแผนจำหน่ายพร้อมคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและสมุดประจำตัวผู้ป่วย 9) แบบบันทึกส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด 10) แบบบันทึกส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นหลังนำไปปฏิบัติพบว่า

2.1 ด้านผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลักลดลงจากร้อยละ 11.11 เป็น 2.50 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะลดลงจากร้อยละ 2.77 เป็น 2.50 สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ¹⁴ อมรรรัตน์ กุลทิพวรรณ, วัชรภรณ์ โต๊ะทอง และจิระกานต์ สุขเมือง¹⁵ วรณวรา ไหลวารินทร์, กัญญา เลียนเครือ¹⁶ ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจำหน่ายครบถ้วนครอบคลุมเพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 เป็น 100 กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 5.55 เป็น 0 ค่ารักษาเฉลี่ยลดลง 8,154.72 เป็น 6,478.43 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ¹⁴ วันนอนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน 2.31 เป็น 2.30 วันเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารักษาส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้มีความพิการน้อย ได้รับการจำหน่ายภายใน 3 วันความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากวันแรกที่นอนโรงพยาบาลทุกระยะเท่ากับ 84.86 และ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของวรณวรา ไหลวารินทร์, กัญญา เลียนเครือ¹⁶ Modified Rankin scale ในวันจำหน่ายคะแนนเฉลี่ยลดลงจากวันแรกที่นอนโรงพยาบาลทุกระยะเท่ากับ 1.75 และ 1.93 แสดงให้เห็นว่าการ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้รับการเตรียมพร้อมจำหน่ายอย่างครอบคลุมทำให้กลับมารักษาลดลงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และความพิการลดลง วันนอนและค่าใช้จ่ายลดลงตามมาเป็นลำดับ

2.2 ด้านผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นแนวทางเดียวกันทำให้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 0.78$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะมีการพัฒนาทักษะความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรจะมีการศึกษาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. นิพนธ์ พวงวรวิทร. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
2. World Stroke Organization [WSO]. About World Stroke Day[Online]. 2019 [cited 07 May 2020];Available from: <https://ncdalliance.org/news-events/news/world-strokeday2019>
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf.
4. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561. [ออนไลน์]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.>

- thaincd.com/2016/mission/document
sdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1
-020.
5. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์งานเวช
ระเบียนและสถิติ. **สรุปสถิติผู้ป่วย
ปี 2560-2562**:โรงพยาบาลสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น; 2562.
 6. นิภาพร บุตรสิงห์. **การพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะ
เฉียบพลัน**. วารสารสภาการพยาบาล
2562; 34(3):15-29.
 7. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล
และการนำไปใช้. **วารสารพยาบาล
ทหารบก**. 2557; 15(3): 137-143.
 8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผน
ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้าน
สาธารณสุข)**. [ออนไลน์]. 2559. [สืบค้น
เมื่อ 12 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
[https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/
2017/20171117-MinistryofPublic
Health.pdf](https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf).
 9. ฟาริดา อิบราฮิม. **ปฏิบัติการพยาบาล
ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**.
กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์;
2546.
 10. ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. **กระบวนการ
พยาบาล** [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29
เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https://](https://sites.google.com/site/wingsswagger/4-krabwnkar-thangkar-phyabal-1)
[sites.google.com/site/wingsswagger/
4-krabwnkar-thangkar-phyabal-1](https://sites.google.com/site/wingsswagger/4-krabwnkar-thangkar-phyabal-1).
 11. Kemmis, S & McTaggart, R. **The
Action Research Planer**. 3rd edition.
Victoria : Deakin University; 1988.
 12. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับพยาบาลทั่วไป**. 2558.
 13. ทีมสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง. **คู่มือ
ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น
PNC : Provincial Healthcare Network
Certification**. 2562.
 14. อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ. การพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองอุดตัน โรงพยาบาลระนอง.
วารสารวิชาการแพทย์ 2559; 30(4):
335-343.
 15. อมรรัตน์ กุลทิพรธน์, วัชรภรณ์ ไช้ทอง,
จิระกานต์ สุขเมือง. การพัฒนารูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบ
ครบวงจรเครือข่ายโรงพยาบาล
เพชรบูรณ์. **วารสารวิชาการแพทย์**
2560; 31(4): 619-630.
 16. วรณวรา ไหลวารินทร์, ภัฏญา เลียนเครือ.
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพล
พยุหเสนา. **วารสารกองการพยาบาล**
2559; 43(3): 92-11.

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง

ธัญญา เหลี่ยมพงศาพุทธิ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 3 ด้าน 1) คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง 2) ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และ 3) ต้นทุนบริการ รวมถึงการรับรู้นโยบายและการดำเนินงานการจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลตามรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA เก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2560-2562 กลุ่มประชากรได้แก่ คณะกรรมการด้านการเงินการคลัง จำนวน 262 คน รวบรวมจากแบบบันทึกข้อมูลติดตามรายได้และค่าใช้จ่ายจากแผน Planfin แบบประเมินภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนบริการ จากเว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า 1) สถานการณ์ทางการเงินการคลัง ในปีงบประมาณ 2560-2562 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง ด้านรายได้จริงเทียบกับประมาณรายได้ ผ่านตามตัวชี้วัดร้อยละ 8.33 , 50 และ 83.33 ตามลำดับ รายจ่ายจริงเทียบกับประมาณรายจ่าย ผ่านตามตัวชี้วัด ร้อยละ 50, 75 และ 83.33 ตามลำดับ ตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และ ต้นทุนบริการผ่านทุกตัวชี้วัด ร้อยละ 100

2) ด้านการรับรู้นโยบายการบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง จังหวัดลำปาง ตามรูปแบบในกิจกรรมการพัฒนาโดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ PDCA ในทุกกิจกรรมมีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.72

3) การพัฒนาแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดลำปาง โดยใช้เครื่องมือการพัฒนาศักยภาพ ตามโมเดล 70:20:10 ดังนี้ 1) การเรียนรู้แบบ ร้อยละ 70 เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ร้อยละ 20 เรียนรู้จากผู้อื่น และร้อยละ 10 การอบรมอย่างเป็นทางการ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการการเงินการคลัง คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Corresponding Author: Taneeya Liamongsabuddhi , Email: taneeya.liam@gmail.com

Received: October 13, 2020; Revised December 3, 2020; Accepted November 4, 2020

THE DEVELOPMENT OF A FINANCIAL MANAGEMENT MODEL IN LAMPANG PROVINCE

Taneeya Liampongsabuddhi¹

ABSTRACT

The research was research and development, which the objectives of the research were to investigate the operating performance according to indicators based on three aspects comprising 1) the quality of financial management 2) the crisis of financial management, and 3) service cost, including policy perception and hospital financial management based on the development activity model that used the PDCA cycle. The data were collected from 2017 to 2019. The population was 262 finance committees. The data were collected from record forms of revenue and expense recognition from the planfin, evaluation forms of the crisis of financial management, and record forms of service cost from a website of Division of Health Economics and Health Security. The statistics used in data analysis were frequency, percentages, mean, and standard deviation. The findings of the research indicated that; 1) in terms of a financial situation in 2017-2019; for the operating performance according to Indicator 1, it was found that actual revenue comparing to revenue estimating passing the indicators was at 8.33%, 50% and 83.33% respectively, actual expense comparing to expense estimating passing the indicators was at 50%, 75% and 83.33% respectively, and the operating performance according to Indicator 2 – the crisis of financial management and service cost passing the indicators of all hospitals seemed to be at 100%. 2) In terms of policy perception of hospital financial management of finance management committees in Lampang based on the development activity model that used the PDCA cycle, it was found that; in all activities, policy perception seemed to be at the moderate level (51.72%). 3) In terms of the development of the hospital finance management model in Lampang using HRD tools according to the 70:20:10 learning model, the model consisted of 70% of knowledge from experiences, 20% from interactions with others, and 10% from training.

Key words: Financial management, Financial management quality, Hospital in Lampang

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Lampang Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งหวังให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ โดยตั้ง 3 เป้าประสงค์หลัก คือ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคน รวมถึงการลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน โดยเป็นข้อบ่งชี้ อีกประการหนึ่งในการสะท้อนถึงการประสบผลสำเร็จในการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า¹ การแยกหน่วยผู้ให้บริการสุขภาพ และหน่วยผู้ซื้อบริการสุขภาพเพื่อความชัดเจนและให้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล และการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ที่ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิประชาชน และยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง วิธีการจัดงบประมาณที่อิงผลลัพธ์ แตกต่างจากการงบประมาณในอดีต โดยจะอาศัยปัจจัยนำเข้า ระบบงบประมาณและการจัดการสุขภาพแนวใหม่ ยังต้องตระหนักถึงหลักการกระจายอำนาจโดย การมอบอำนาจในการตัดสินใจลงไปยังหน่วยสุขภาพในพื้นที่ในต่างจังหวัด ซึ่งทำให้ผลระบบการวางแผน และการกำกับกรให้บริการสุขภาพในระดับจังหวัด แต่ในขณะเดียวกันการเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ²

การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณส่วนมากที่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ในการจัดบริการ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการมีปัญหาด้านสภาพคล่องทางการเงิน เกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีองค์ความรู้ด้านวิชาการด้านสาธารณสุขและบริการประชาชน แต่ยังขาดองค์ความรู้และความถนัดในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง³ ซึ่งการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีคุณภาพ ต้องเฝ้าระวัง ตลอดจนกิจกรรมที่ดำเนินงานในการป้องกันและลดปัญหาทางการเงินการคลัง รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงานแก่หน่วยบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล การขับเคลื่อนตามกระบวนการ PDCA ได้แก่ บริหารแผน ปรับประสิทธิภาพ ประเมินขบวนการ และการเฝ้าระวัง ในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพและการบริหารจัดการการเงินการคลังเพื่อใช้ในการวางแผนทางการเงินการคลัง พัฒนาระบบควบคุมภายใน คุณภาพบัญชีและประเมินประสิทธิภาพได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มความสะดวกและความคล่องตัวให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) รวมถึงให้ผู้บริหารประกอบการตัดสินใจในการบริหารการเงินการคลัง นำไปสู่การพัฒนาไปสู่ข้อปฏิบัติที่ดี³ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาหา

รูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดลำปาง เพื่อให้การบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ (Objective)

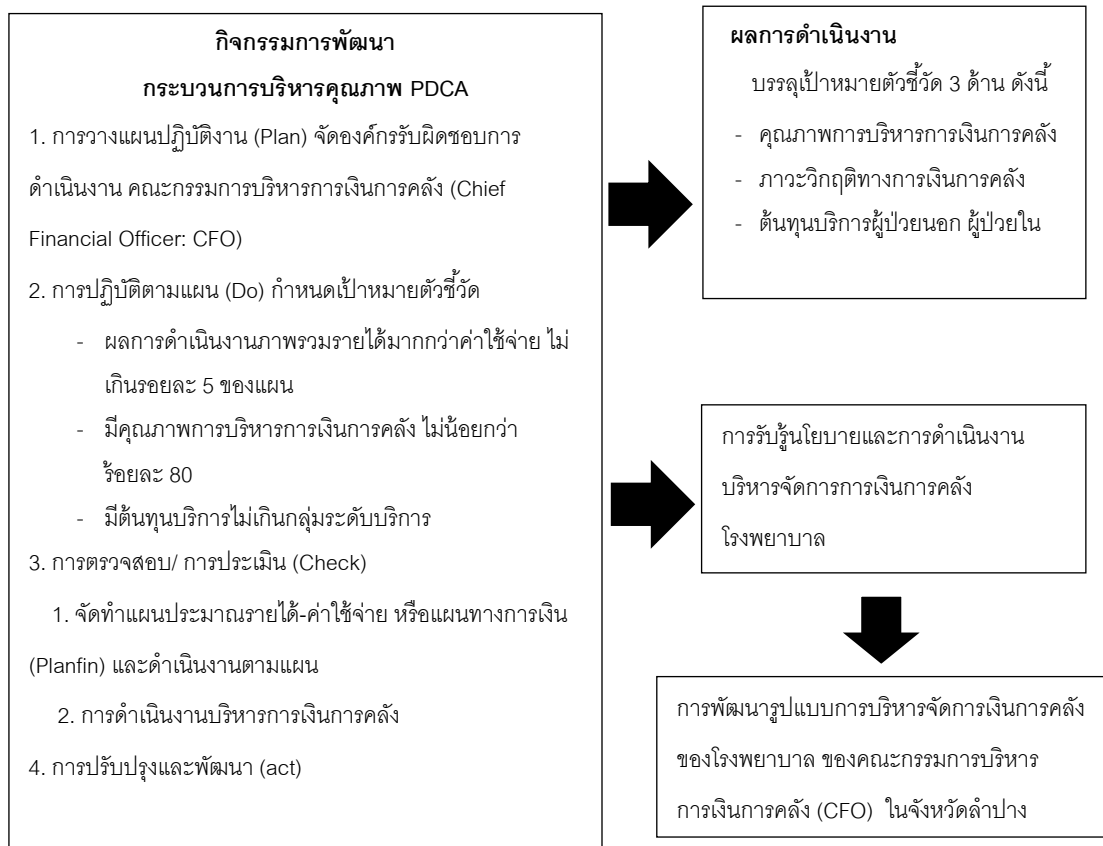
1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด 3 ด้าน คือ คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และต้นทุนบริการ ตาม

รูปแบบในกิจกรรมการพัฒนาโดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ PDCA

2. เพื่อศึกษาการรับรู้และการดำเนินงานการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ในจังหวัดลำปาง

3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ในจังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดทางวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษากการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการการเงิน การคลัง โรงพยาบาล ผู้ศึกษามีวิธีการศึกษา ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

คณะกรรมการด้านการเงินการคลัง (CFO) จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง ระดับจังหวัด แต่งตั้งในปี พ.ศ. 2563 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขต จังหวัดลำปาง จำนวน 262 คน ดังตาราง แสดงที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง ระดับจังหวัด

คณะกรรมการด้านการเงินการคลัง	จำนวน
ระดับจังหวัด	60
ระดับอำเภอ	
อำเภอเมืองลำปาง	17
อำเภอแม่เมว	17
อำเภอเกาะคา	16
อำเภอเสริมงาม	15
อำเภอองาว	10
อำเภอแจ้ห่ม	16
อำเภอวังเหนือ	18
อำเภอเถิน	17
อำเภอแม่พริก	10
อำเภอแม่ทะ	16
อำเภอ.สบปราบ	18
อำเภอห้างฉัตร	12
อำเภอเมืองปาน	20
รวมจำนวนทั้งสิ้น	262

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลติดตามรายได้ และค่าใช้จ่าย จากแผนประมาณการรายได้

ค่าใช้จ่าย (Planfin) ของหน่วยบริการ ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้น ตัวชี้วัดการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลมีผลต่างการดำเนินงานด้านรายได้จริงน้อยกว่าแผนประมาณการรายได้ประจำปีไม่เกินร้อยละ 5 มีค่าใช้จ่ายจริงเทียบกับแผนประมาณการค่าใช้จ่ายประจำปีไม่เกินร้อยละ 5 แบ่งออกเป็น 1 ข้อมูล ปี 2560 จากเว็บไซต์ <http://hfo60.cfo.in.th/> 2 ข้อมูลปี 2561 จากเว็บไซต์ <http://hfo61.cfo.in.th/> 3 ข้อมูลปี 2562 จากเว็บไซต์ <http://hfo62.cfo.in.th/>

2) แบบประเมินภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ใช้ผลการประเมินดัชนีชี้วัดการเฝ้าระวัง ความเสี่ยงทางการเงินการคลัง หน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่วิเคราะห์จากงบทดลองของโรงพยาบาล ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การเงินออกเป็น 7 ระดับ ความเสี่ยงสูงสุดหรือมีภาวะวิกฤติทางการเงินที่รุนแรง คือ ระดับ 7 ต่ำสุดระดับ 1 ไม่มีภาวะวิกฤติระดับ 0 - ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง เก็บข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง แบ่งออกเป็น 1. ข้อมูล ปี 2560 จากเว็บไซต์ <http://hfo60.cfo.in.th/> 2. ข้อมูลปี 2561 จากเว็บไซต์ <http://hfo61.cfo.in.th/> 3. ข้อมูลปี 2562 จากเว็บไซต์ <http://hfo62.cfo.in.th/>

3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนบริการ ใช้ผลการประเมินการดำเนินงานการ

วิเคราะห์ต้นทุน (unit cost) แบบ Quick Method วิเคราะห์จากข้อมูลงบทดลองและผลการให้บริการที่โรงพยาบาลจัดส่งข้อมูลไปที่ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นใช้แบบบันทึกการจัดทำต้นทุนบริการ แบบ Quick method รายเดือนจากข้อมูลงบทดลอง กำหนดเกณฑ์คุณภาพเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง คือต้นทุนบริการไม่เกินต้นทุนโรงพยาบาลตามเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน เก็บข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง แบ่งออกเป็น 1 ข้อมูลปี 2560 จากเว็บไซต์ <http://hfo60.cfo.in.th/> 2 ข้อมูลปี 2561 จากเว็บไซต์ <http://hfo61.cfo.in.th/> 3 ข้อมูลปี 2562 จากเว็บไซต์ <http://hfo62.cfo.in.th/>

4) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายและการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง (CFO) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง มีจำนวน 17 ข้อ

การแปลความหมายการรับรู้ ดังนี้

คะแนนจากการวัด	ระดับการรับรู้
คะแนน 34 คะแนน	หมายถึง ระดับการรับรู้กิจกรรมมากที่สุด
คะแนน 33 - 30 คะแนน	หมายถึง ระดับการรับรู้กิจกรรมมาก
คะแนน 31 - 26 คะแนน	หมายถึง ระดับการรับรู้กิจกรรมปานกลาง
คะแนน น้อยกว่า 25 คะแนน	หมายถึง ระดับการรับรู้กิจกรรมน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานบริหารการเงินการคลัง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง ดังนี้

1) แบบประเมินผลการดำเนินงานรายได้ – ค่าใช้จ่าย ภาวะวิกฤติการเงินการคลัง ต้นทุนบริการ ที่ได้จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการการเงินการคลัง นำในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เท่ากับ 0.76 ยอมรับค่าความเที่ยงที่ 0.7 โดยค่า Reliability ที่ได้คือ 0.813

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้โปรแกรม

สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง เลขที่ E 2563-117 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลการดำเนินงาน ตามเป้าหมายตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงาน ตามเป้าหมายตัวชี้วัด 3 ด้าน คือ คุณภาพการบริหารการเงินการคลังภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และต้นทุนบริการ สถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง ได้ประเมินการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของการดำเนินงาน และการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังของคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน พบว่า

ในปี 2560 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตัวที่ 1 รายได้จริงเทียบกับแผนประมาณรายได้ ผ่านตัวชี้วัดจำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.33 รายจ่ายจริงเทียบกับแผนประมาณรายจ่ายการ ผ่านตัวชี้วัด 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 และตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และตัวชี้วัดที่ 3 ผ่านตัวชี้วัดทุกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

ในปี 2561 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตัวที่ 1 ในรายได้จริงเทียบกับแผนประมาณรายได้ ผ่านตัวชี้วัดจำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 รายจ่ายจริงเทียบกับแผนประมาณรายจ่าย ผ่านตัวชี้วัด จำนวน 9 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75 และตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง

การคลัง และ ตัวชี้วัดที่ 3 ผ่านตัวชี้วัดทุกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100

ในปี 2562 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตัวที่ 1 ในรายได้จริงเทียบกับแผนประมาณรายได้และ รายจ่ายจริงเทียบกับแผนประมาณรายจ่าย ผ่านตัวชี้วัดจำนวน 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.33 และตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง และ ตัวชี้วัดที่ 3 ผ่านตัวชี้วัดทุกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 สรุปได้ว่ามีแนวโน้มในการบรรลุตัวชี้วัดมากขึ้นตามลำดับ รวมถึงสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง และต้นทุนบริการของโรงพยาบาลไม่เกินต้นทุนโรงพยาบาลตามเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน และไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงินการคลังระดับ 7 ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ภาพรวมการผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล	ผ่านตัวชี้วัด	ร้อยละ
2560	ตัวชี้วัดที่ 1 ดำเนินงานด้านรายได้	1	8.33
	ตัวชี้วัดที่ 1 ดำเนินงานด้านรายจ่าย	6	50.00
	ตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง	12	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 3 ต้นทุนบริการ	12	100.00
2561	ตัวชี้วัดที่ 1 ดำเนินงานด้านรายได้	6	50.00
	ตัวชี้วัดที่ 1 ดำเนินงานด้านรายจ่าย	9	75.00
	ตัวชี้วัดที่ 2 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง	12	100.00
	ตัวชี้วัดที่ 3 ต้นทุนบริการ	12	100.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ภาพรวมการผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงาน (ต่อ)

ปีงบประมาณ	โรงพยาบาล	ผ่าน ตัวชี้วัด	ร้อยละ
2562	ตัวชี้วัดที่ 1	ดำเนินงานด้านรายได้	10
		ดำเนินงานด้านรายจ่าย	10
	ตัวชี้วัดที่ 2	ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง	12
	ตัวชี้วัดที่ 3	ต้นทุนบริการ	12

2. การรับรู้นโยบายและการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง โรงพยาบาล

การรับรู้ นโยบาย และการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง โรงพยาบาล พบว่า มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง จำนวนร้อยละ 120 คน คิดเป็น

ร้อยละ 51.72 ทั้งนี้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ การฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในด้านนโยบายการบริหารจัดการการเงินการคลัง และการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของการบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาล จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ทุกกิจกรรม	36	15.52
รับรู้ระดับมาก	74	31.90
รับรู้ระดับปานกลาง	120	51.72
รับรู้ระดับน้อย	2	0.86

3. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล

จากการนำผลการสรุปจากผลการวิจัยมาสรุปเป็นข้อค้นพบเพื่อเป็นการสร้างรูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือการ

พัฒนาบุคลากร ตามโมเดล การเรียนรู้แบบ 70:20:10 สำหรับคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)

1) การเรียนรู้แบบ ร้อยละ 70 เป็นการการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง การดึงศักยภาพที่

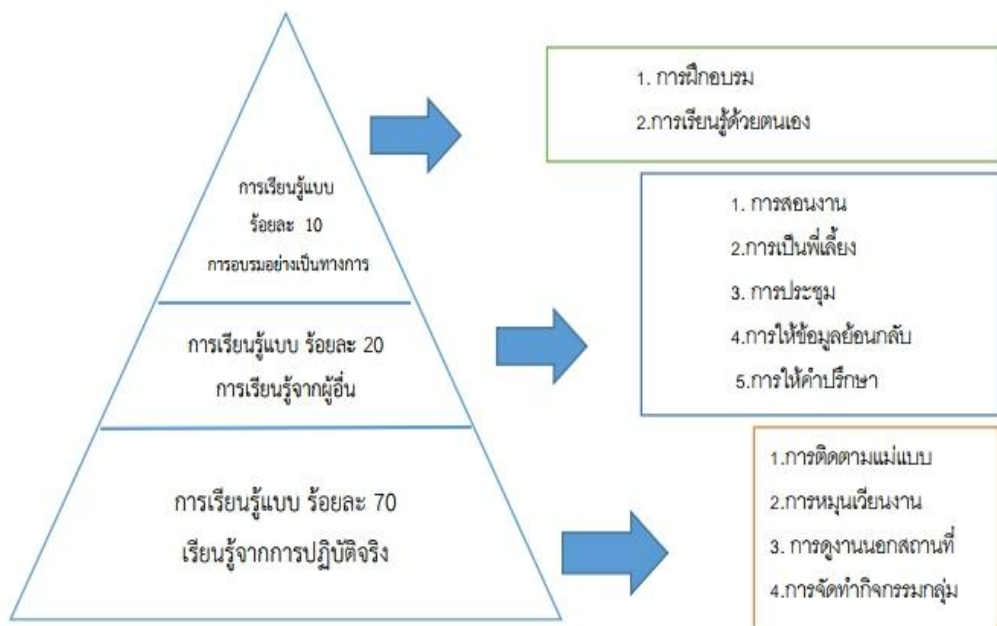
มียุ่มาใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีรูปแบบดังนี้ คือ 1. การติดตามแม่แบบ ในโรงพยาบาลที่มีผลงานดีเด่น 2. การหมุนเวียนงาน ภายในกลุ่มงาน และระหว่างโรงพยาบาล 3. การดูงานนอกสถานที่ โรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ 4. การจัดทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ได้แก่ สอบทานระบบโรงพยาบาล ตรวจสอบภายใน

2) การเรียนรู้แบบ ร้อยละ 20 การเรียนรู้จากผู้อื่น การเรียนรู้จากการเข้าสังคม โดยมุ่งเน้นจากการเรียนรู้ผ่านผู้อื่น หรือผ่านเครือข่ายเพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนในมุมมองอื่นๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคณะกรรมการบริหารการเงินการ

คลัง โดยมีรูปแบบดังนี้ คือ 1. การสอนงาน ด้านบัญชี การเงิน พัสดุ การใช้โปรแกรมทางการเงิน 2.การเป็นพี่เลี้ยง การจัดทำแผนทางการเงิน 3. การประชุม วางแผนการให้บริการ จัดสรรทรัพยากร 4.การให้ข้อมูลย้อนกลับ การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3-5 ปี 5. การให้คำปรึกษา การลงทุน

3) การเรียนรู้แบบ 10 เป็นการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ เป็นการเรียนรู้หลักจากการฝึกอบรม การศึกษา การสัมมนา ตามรูปแบบ คือ 1. การฝึกอบรมระยะสั้น หลักสูตร 5 2.การเรียนรู้ด้วยตนเอง อ่านหนังสือวิชาการ ค้นคว้าทาง Internet ดังภาพแสดงที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงโมเดล 70:20:10 สำหรับการพัฒนาคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษารูปแบบของการบริหารจัดการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง พบว่า การนำกิจกรรม PDCA เข้ามาปรับในการบริหารการเงินการคลัง โดยเน้นการดำเนินงานในรูปแบบ One Province One Hospital ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการบริการร่วม ได้แก่ บริหารจัดการร่วม ให้บริการร่วม และใช้ระบบสนับสนุนร่วม ทำให้เกิดการดำเนินงานและจัดการร่วมกันทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณ บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับ เพ็ญพรรณ บางอร⁴ ที่ว่า การดำเนินตามรูปแบบ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจถึงภารกิจตัวเอง รวมถึงไปถึงการจัดทำ การจัดสรร การติดตาม รวมถึงการประเมิน การรายงานการใช้เงินและผลการดำเนินงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับ ปาหนัน กนกวงศานุวัฒน์⁵ ที่กล่าวว่ารูปแบบของการบริหารจัดการการเงินการคลังมีส่วนในการพัฒนางานในโรงพยาบาลทั้งด้านโครงสร้าง การบริหารงานและกระบวนการภายใน เป็นวงจรต่อเนื่องให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้นโยบายและการดำเนินงานของคณะกรรมการด้านการเงินการคลัง จังหวัดลำปาง (CFO) อยู่ในระดับรับรู้ระดับ

ปานกลาง และผลวิจัยพบว่าคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรด้านการบริหารการเงินการคลัง คิดเป็นร้อยละ 80.60 ของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ทั้งนี้ในการบริหารการเงินการคลังนั้น อาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ การฝึกอบรม ให้มีความรู้ความเข้าใจในด้านนโยบายการบริหารจัดการการเงินการคลัง การเพิ่มทักษะในการเงินการคลัง หรือระบบบัญชี รวมถึงการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้มากขึ้น องค์การควรส่งเสริมให้มีกระบวนการที่มีส่วนร่วม การดำเนินการให้ทรัพยากรมนุษย์เกิดการเรียนรู้ ทักษะความสามารถ และการปรับปรุงศักยภาพของตัวบุคคลเอง รัตนภรณ์ บุญสุข⁶ ที่เห็นด้วยว่าการพัฒนาและการฝึกอบรมบุคลากร เป็นการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กร ทำให้มีสมรรถนะตามวิสัยทัศน์ขององค์กรและยังสอดคล้อง กับ วิรินทร์ญา ทวีอนันต์ธัญกุล⁷ ที่ว่าการบริหารงานการจัดอบรม หรือจัดศึกษาดูงาน มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของตามแนวคิดการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้โมเดลการเรียนรู้แบบ 70:20:10 เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่พึงประสงค์ และมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้ 3 ส่วน ดังนี้

1) การเรียนรู้ ร้อยละ 70 เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เป็นการพัฒนาบุคคลให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ซึ่งการเรียนรู้และการปฏิบัติงาน ตามรูปแบบดังนี้

1.1) การติดตามแม่แบบ ควรให้มีการติดตามบุคคลที่เป็นต้นแบบ หรือในเรื่องที่ต้องการติดตามในการบริหารจัดการเงินคลัง หรือเลือกหน่วยงานที่เป็นต้นแบบที่ดีของการบริหารการเงินการคลัง โดยการจำลองและลอกเลียนแบบพฤติกรรมที่ต้องการมาปรับใช้ในหน่วยบริการของตนเองในเรื่องความรู้ ทักษะ หรือคุณลักษณะพิเศษ^๘

1.2) การหมุนเวียนงาน ควรเน้นให้คณะกรรมการการบริหารการเงินการคลังมีการสลับเปลี่ยนงานระหว่างกลุ่มงานในลักษณะแนวนอน เพื่อเน้นการพัฒนาทักษะที่หลากหลาย โดยแนวทางปฏิบัติ โดยพลิน พรธนะ โชติพงษ์^๙ กล่าวว่าองค์ที่มีการหมุนเวียนเปลี่ยนงานมีความพึงพอใจงาน ต่างกับ องค์ที่ไม่มีการหมุนเวียนเปลี่ยนงาน การสลับเปลี่ยนงานในระดับเดียวกัน จะช่วยลดการทำงานแบบซ้ำซากจำเจ

1.3) การดูงานนอกสถานที่ ควรมีการเลือกหน่วยงานที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี ในการบริหารจัดการการเงินการคลัง อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์^๘ ได้กล่าวว่า การการดูงานนอกสถานที่ ทำให้เกิดการพัฒนาและเกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ รวมถึงยังมีโอกาสได้สอบถามหรือแลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ เพื่อ

นำมาปรับปรุงการทำงาน ในหน่วยงานของตนเองได้

1.4) การจัดทำกิจกรรมกลุ่ม ควรมีการจัดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุง และพัฒนาองค์กร สร้างความสามัคคี สนับสนุนให้มีการกล้าแสดงออก สามารถแสดงสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายในออกมาอย่างเต็มที่¹⁰

1.5) การเพิ่มปริมาณงาน โดยเน้นให้คณะกรรมการการบริหารการเงินการคลังมีปริมาณงานหลากหลายมากขึ้น การเพิ่มปริมาณงานในสัดส่วนที่ใกล้เคียงงานเดิม ในหน่วยงานเดิม

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาตามแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ผู้บังคับบัญชาต้องมีความเข้าใจในลักษณะของแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถนำเครื่องมือมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

2) การเรียนรู้แบบ ร้อยละ 20 การเรียนรู้จากผู้อื่น

2.1) การสอนงาน ควรสอนงานโดยเน้นเทคนิคต่างๆ ที่วางแผนไว้ ให้ผู้ได้รับมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารการเงินการคลัง ซึ่งอาจมีการสอนงานผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ทั้งนี้ อาจจะมีการสอนงานเป็นกลุ่มเล็ก หรือ รายบุคคล โดย ณัฐธิดา เจริญสุข และคณะ¹¹ กล่าวว่า การสอนงานเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนาบุคลากร ทำให้บุคลากรมีคุณภาพ และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในองค์กร ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน¹¹

2.2) การเป็นพี่เลี้ยง เป็นการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม โดยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และข้อมูลต่างๆ โดยการเรียนรู้ให้มีพี่เลี้ยงในการพัฒนาและสอนงาน เพื่อเป็นส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีความพร้อมในการทำงาน โดยมุ่งเน้นการให้กำลังใจ เพื่อให้อีกฝ่าย มีความพร้อมในการทำงาน โดยการเรียนรู้ให้มีพี่เลี้ยงในการพัฒนาและสอนงาน ซึ่งในระบบพี่เลี้ยงจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ไม่กดดันจากการทำงาน¹²

2.3) การประชุม การเรียนรู้จากการรับฟังแนวคิด แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อเรียนรู้จากการฟัง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

2.4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ ควรให้ข้อมูลของผลการดำเนินงานในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้สรุปว่าเรื่องใดเป็นเรื่องที่ต้องยึดเป็นมาตรฐาน หรือเรื่องใดต้องมีการปรับปรุงแก้ไข ช่วยเสริมสร้างการสื่อสารจากบนไปล่าง และจากล่างไปบน เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบความคิดทัศนคติของผู้ได้บังคับบัญชา รวมถึงทำให้ทราบถึงการปฏิบัติงานไปตามทิศทางหรือนโยบายของหน่วยงานหรือไม่¹³

2.5) การให้คำปรึกษา ควรให้การแนะนำรายละเอียดหรือข้อมูลต่างๆ ในการบริหารการเงินการคลัง หรือนโยบายต่างๆ เมื่อเกิดปัญหาในการทำงาน

3) การเรียนรู้แบบ 10 เป็นการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ เป็นการเรียนรู้ที่ส่วนใหญ่จะนิยมใช้ ตามรูปแบบดังนี้

3.1) การฝึกอบรม เป็นกระบวนการส่งเสริม เพิ่มพูนความรู้ รวมถึงทักษะ และความสามารถในการทำงานที่ได้รับฝึกสอนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น อาจเป็นการอบรมระยะสั้น ทั้งนี้อาจเป็นการอบรมทั้งภายใน หรือ ภายนอก

3.2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง ควรเน้นให้รับผิดชอบในการแสวงหา เรียนรู้ และพัฒนาตัวเองในช่องทางต่างๆ รวมถึงองค์กร ควรสร้างแหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ที่ถ่ายทอดการเข้าถึง ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น เช่น การเรียนรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ขององค์กร¹⁴

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังให้แก่คณะกรรมการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ และทีมบริหารจัดการด้านการเงินการคลังจังหวัดและอำเภอ โดยการกำหนดเชิงนโยบายและจัดทำโครงการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและคณะกรรมการการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ตามรูปแบบตามโมเดลการเรียนรู้แบบ 70:20:10 โดยติดตามแม่แบบ การหมุนเวียนงาน การดูงานนอกสถานที่ การจัดทำกิจกรรมกลุ่ม และ

การเพิ่มปริมาณงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ
เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ
ด้านการเงินการคลังที่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2562.
กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ; 2563.
2. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. ประสิทธิภาพและ
ต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2558 สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2243?locale-attribute=th> เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.
รายงานประจำปี 2562. ลำปาง:
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง;
2563.
4. เพ็ญพรรณ บางอร. แนวทางการบริหาร
จัดการระบบบริหารงานงบประมาณ
ของโรงเรียนสบเมยวิทยาคม อำเภอ
สบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน .
(วิทยานิพนธ์).มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่; 2562.
5. ปาหนัน กนกวงศ์นิววัฒน์. รูปแบบการ
บริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤต
ทางการเงิน โรงพยาบาลพระปกเกล้า
จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษา
แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาล
พระปกเกล้า ; 2556. สืบค้นจาก
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68468/55744>
เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2563.
6. รัตนาภรณ์ บุญนุช. การพัฒนาและ
ฝึกอบรมที่มีผลต่อประสิทธิภาพของ
พนักงาน: กรณีศึกษา การไฟฟ้าส่วน
ภูมิภาค เขต 1 (ภาคกลาง).
(วิทยานิพนธ์). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2555.
7. วิจิตร ทรัพย์ ทวี อนันต์ อินกุล .
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้าน
การเงินการคลังท้องถิ่นเทศบาลใน
จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์).
พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหา
จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2557.
8. อาภรณ์ ภูววิทยพันธ์. 101 HR Tools for
Success. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์
เซ็นเตอร์; 2556.
9. เพลินพรรณ โชติพงษ์. การเปรียบเทียบ
การหมุนเวียนงานกับความพึงพอใจใน
ในงานของ พนักงาน จิตวิทยา
อุตสาหกรรม และองค์การ .
(วิทยานิพนธ์).กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ;
2550.
10. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ
พ.ศ. 2560. คู่มือเทคนิคการสร้าง
บรรยากาศและการมีส่วนร่วมของ

- ผู้บริหาร**; 2560 สืบค้นจาก http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_8 / ku mae/Executive_involvement.pdf เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2563.
11. ณัฐรดา เจริญสุข, สุรินทร์ ชุมแก้ว และ เกษราภรณ์ สุดตาพงศ์. กลยุทธ์การสอนงาน (Coaching) เพื่อสร้างสมรรถนะที่เป็นเลิศในการปฏิบัติงาน. *WMS Journal of Management Walailak University* ; 2558.
 12. ศุภวรรณ ศรีเกตุ. **ความสัมพันธ์ระหว่างระบบพี่เลี้ยงกับการปรับตัวในการทำงานของพนักงาน** (กรุงเทพมหานคร). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2552.
 13. พงศดิพล พงศดิกุล , ภาวดี อนันต์นาว. รูปแบบการสื่อสารของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัดขนาดใหญ่พิเศษที่ประสบความสำเร็จสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **วารสารการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา** ; 2557 สืบค้นจาก <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3382/eduman8n2p138150.pdf?sequence=1&isAllowed=y> เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2563.
 14. ปราวีณา ภูญแจทอง. **การสำรวจการใช้เครื่องมือการพัฒนาบุคลากร**. (การค้นคว้าอิสระ). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.

ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัลลภา สอนธิแสง¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ที่เกิดจากผู้วิจัยออกแบบขึ้นใหม่ โดยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การส่งข้อมูลความรู้ทางไลน์กลุ่มไอโอดีน การติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงดังนี้ Chi-square, Independent t-test และ ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Vallapa Sonthiseng. Email: vallapa12@hotmail.com

Received: September 22, 2020; Revised November 30, 2020; Accepted November 26, 2020

EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM BASED ON HEALTH BELIEF MODEL FOR PREVENTING IODINE DEFICIENCY IN PREGNANT WOMEN REGISTERED AT ANTENATAL CARE CLINIC, SIRINDHORN HOSPITAL KHON KAEN, BAN HAET DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Vallapa Sonthiseng¹

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research, two group pre-post test design, aimed to investigate the effectiveness of health education programs, based on the health belief model for preventing iodine deficiency in pregnant women, who registered at antenatal care clinic, Sirindhorn Hospital Khon Kaen, Ban Haet district, Khon Kaen province, on during April – June 2020. The sample was divided into two groups, experimental and control groups, and each group had 24 pregnant women. The experimental group were educated by health education program based on health belief model for preventing iodine deficiency, including activities in terms of providing lectures and group discussions, sending knowledge message via Line group, monitoring and encouraging the participants via mobile phones, and also using personal home practice notes of the participants for seven weeks data were collected by a questionnaire developed with a reliability = 0.94 and using a Chi-square, Independent t-test and ANCOVA.

The results revealed that the experimental group receiving the program had an average score on knowledge; health beliefs and behavior in regards to iodine deficiency prevention among pregnant women were higher than the comparison group statistically significantly (p -value < 0.01).

Key words: Health belief model. Prevention of iodine deficiency, Pregnancy women

¹ Registered Nurse, Profession Level, Sirinthorn Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

ไอโอดีนเป็นสารอาหารที่สำคัญต่อร่างกายมนุษย์ใช้เป็นสารตั้งต้นในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน และไทรอยด์ฮอร์โมน ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยเฉพาะการเจริญของเซลล์ประสาทตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ หากขาดไทรอยด์ฮอร์โมนอย่างรุนแรงในระยะที่สมองกำลังพัฒนาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ จะทำให้ทารกมีภาวะปัญญาอ่อนหรือcretinism¹ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ การขาดไอโอดีนส่งผลกระทบต่อ การเรียนของนักเรียนได้ พบว่าระดับไอคิวของนักเรียนที่ได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ จะต่ำกว่าผู้ที่ได้รับไอโอดีนเพียงพอถึง 13.5 จุด² โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาของคนทั่วโลก กลุ่มที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ กลุ่มเด็กนักเรียนและหญิงตั้งครรภ์³ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้กำหนดนโยบายป้องกันการขาดสารไอโอดีน โดยการส่งเสริมให้รับประทานเกลือและผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ผสมไอโอดีน การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร่วมกับการให้ความรู้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์⁴ มีการเฝ้าติดตามในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กนักเรียน เช่น สุ่มตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ และการตรวจหาภาวะผิดปกติของ ความพร่องไอโอดีนในทารกแรกเกิด (TSH) จากการสุ่มตรวจไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2557-2559 พบค่าไอโอดีนในปัสสาวะมีค่า < 150

ไมโครกรัมต่อลิตร มีแนวโน้มเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ ดังนี้ 155.7, 147.1 และ 145.0 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ⁵ และผลการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิดของประเทศไทยในปี พ.ศ.2558-2562 พบว่าทารกที่มีค่าTSH>11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร จำนวน 1,818, 1,779, 3,177, 3,080 และ 3,890 คน ตามลำดับ⁶ ในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2557-2559 พบระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์มีค่า<150 ไมโครกรัมต่อลิตร ดังนี้ 109.7, 132.7 และ 107.7 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ทารกที่มีค่าTSH>11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร ปี พ.ศ.2560 - 2562 ร้อยละ 6.8, 6.6 และ 11.79 (ต.ค.61-ก.ย.62) ตามลำดับ⁷ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ 2557-2559 และ 2561 พบว่าระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์มีค่า <150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ60, 40, 80 และ 60 ตามลำดับทารกที่มีค่า TSH>11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตรปีพ.ศ. 2559-2562 ร้อยละ 3.59, 10.29 , 9.09 และ 6.64 ตามลำดับ⁷ จากสถิติดังกล่าวทำให้ทราบว่าพื้นที่เครือข่ายสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนที่ผ่านมาได้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก⁸ ซึ่งมีเนื้อหาความรู้ที่หลากหลายหัวข้อ มีเวลาในการจัดกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ต้องใช้เวลาดูแลเฉพาะรายค่อนข้างนาน พยาบาลมีไม่เพียงพอ การให้ความรู้หัวข้อโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์มีเนื้อหาค่อนข้างน้อย ขาดการติดตามทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องเป็นวิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้วจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตน⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ทางโภชนาการตามรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์¹⁰ อีกทั้งยังพบว่า โปรแกรมการเรียนรู้ในเรื่องโภชนาการตาม

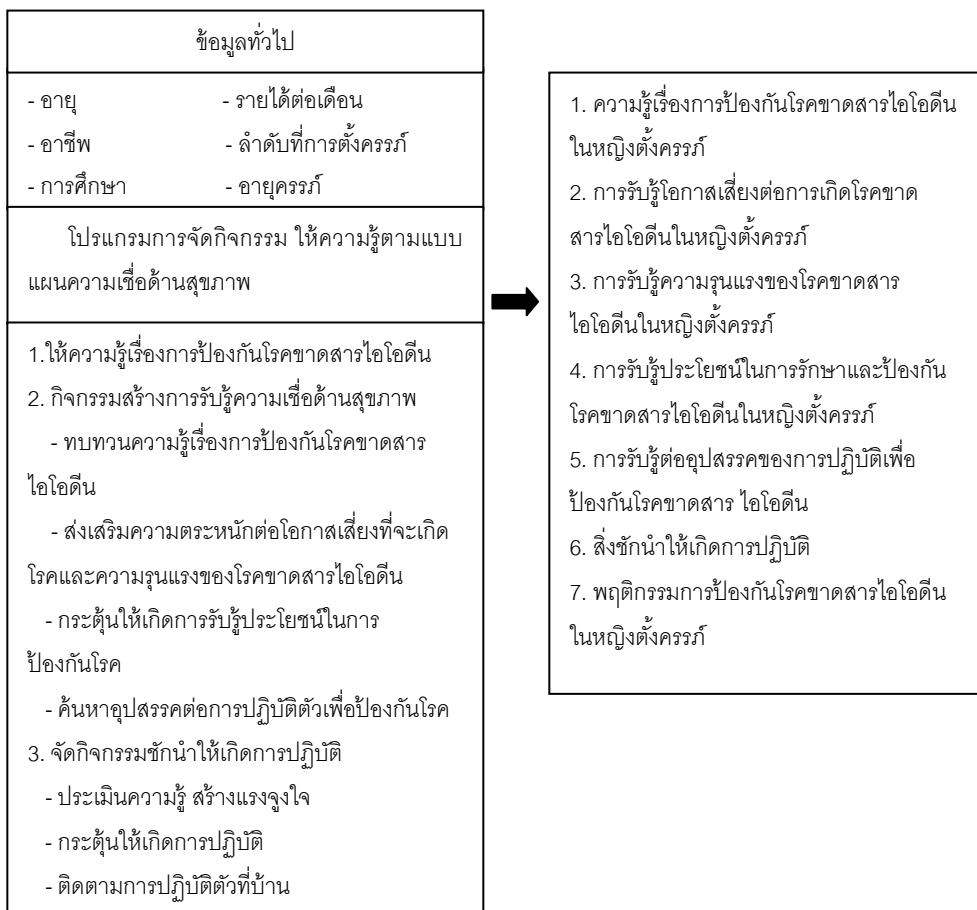
รูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ผลที่ดีในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมทางด้านโภชนาการของหญิงวัยรุ่น¹¹

จากความสำคัญดังกล่าวมาในข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่ควรส่งเสริมประสิทธิภาพของการให้ความรู้ ด้วยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ ร่วมกับการสร้างการรับรู้ตระหนักถึงปัญหาของการขาดสารไอโอดีน โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ซึ่งคาดหวังว่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย(Methodology)

การวิจัยผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน 2563 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน โดยทั้ง 2 กลุ่ม จะต้องไม่ได้อาศัยอยู่หมู่บ้านเดียวกัน

กลุ่มทดลอง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์และได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ Bernard, R. (2000)¹² ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาของ Diddana, (2018)¹⁰ มีค่า เท่ากับ 23.6 และ 19.2 ตามลำดับ

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_{int}^2 + \frac{\sigma_{con}^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$\frac{(1.96+1.28)^2 \left[1.4^2 + \frac{5.2^2}{1} \right]}{[23.6+19.2]^2} = 12$$

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างมีจำนวน 12 คน

เพื่อเป็นการป้องกันขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการถอนตัว (Withdraw) จากการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ โดยคาดว่าจะอาจจะมีผู้อกจากการศึกษา ร้อยละ 40 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างมีจำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมได้ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น มีภาวะแท้งคุกคาม โรคทางจิตประสาท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คู่มือการให้ความรู้โรคขาดสารไอโอดีน แบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการวิจัยซึ่งประกอบไปด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการตรวจความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.66 ทุกข้อคำถาม ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ ครอนบาร์ค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และเมื่อจำแนกรายด้านซึ่งประกอบไปด้วยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรู้แรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค และด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ เท่ากับ 0.79, 0.89, 0.90, 0.93 และ 0.89 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ระยะ ประกอบไปด้วยระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม (Standardized) จากผู้วิจัยจำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งมีหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกันซึ่งการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในช่วงเช้าโดยใช้สถานที่คือคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจะมีกิจกรรมการดูแลตามขั้นตอนของโรงพยาบาล และเพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง ผู้วิจัยได้ทำกร่นัดกลุ่มทดลองในวันอังคาร และนัดกลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการในวันพฤหัสบดี

สำหรับขั้นตอนการทดลองในกลุ่มทดลองได้ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ในวันอังคารครั้งละ 30-60 นาที นาน 7 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 จัดกระบวนการกลุ่มใช้เวลา 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยใช้คู่มือการสอนโรคขาดสารไอโอดีนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของสารไอโอดีนที่มีต่อร่างกาย มนุษย์และหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนาสมอง และระบบประสาทของทารกในครรภ์ ผลของการขาดสารไอโอดีนในมารดาต่อสมองของทารกในครรภ์ ปริมาณไอโอดีนที่ร่างกายต้องการแหล่งอาหารที่มีไอโอดีนปัจจัยเสี่ยงในการขาดสารไอโอดีนและการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามในประเด็นที่สอนได้ถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 อธิบายแบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้านใช้ระยะเวลาการบันทึก 7 สัปดาห์ นัดหมายให้ส่งแบบบันทึกฉบับจริง ในสัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยขออนุญาตเชิญผู้ร่วมวิจัยเข้าไถ่กลุ่มไอโอดีนเพื่อใช้ในการส่งข้อมูลความรู้เรื่องโรคขาดสาร

ไอโอตินให้หญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ขออนุญาตเข้าโปรแกรมไลน์ (Line) และขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวที่บ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และใช้เป็นช่องทางส่งแบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้านมาให้ผู้วิจัยทุกๆ สัปดาห์

2. สัปดาห์ที่ 2 จัดกระบวนการกลุ่มใช้เวลา 60 นาที โดยจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอติน ประโยชน์ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอติน และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอติน ที่จะมีผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ รับรู้ถึงประโยชน์และมองข้ามอุปสรรคจนเกิดความเข้าใจและตระหนักนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอตินต่อตนเองและทารกในครรภ์โดยผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้โรคขาดสารไอโอติน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ ชักถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้ร่วมกันพูดคุย แลกเปลี่ยน ชักถาม และสรุปผลนำมาอภิปรายประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามและบอกวิธีปฏิบัติได้

3. สัปดาห์ที่ 3-6 จัดกิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ

1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที นาน 4 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ สร้างแรงจูงใจ และติดตามการปฏิบัติตัว โดยวิธีการส่งข้อมูลความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางไลน์กลุ่มไอโอติน ติดตามการปฏิบัติตัวและส่งแบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้านทางไลน์ส่วนตัว ประเมินผลจากการสอบถามการปฏิบัติตัวและดูแบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน

4. สัปดาห์ที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ Chi-square ใช้เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ Independent t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ ANCOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ 95% Confidence interval

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการถอนตัวออกจากโครงการ
โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ ข้อมูล
ที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับหากกลุ่ม
ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมผู้วิจัยจะให้เซ็นใบ
ยินยอม

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้
ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น กระทรวง
สาธารณสุข เลขที่โครงการ KEC63046/2563

วันที่รับรอง 14 เมษายน 2563 วันหมดอายุ
13 เมษายน 2564

ผลการวิจัย (Result)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วน
ใหญ่ มีอายุ 20-34 ปี พบร้อยละ 70.84 ส่วน
อาชีพ พบว่าทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ประกอบอาชีพ
โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 70.84 และใน
กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 50 นอกจากนี้ยัง
พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี
ลำดับการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป
ร้อยละ 66.67 และ 58.33 ตามลำดับ สำหรับการ
เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากร
พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	<20 ปี	4	16.66	7	29.16	N/A
	20-34 ปี	17	70.84	17	70.84	
	35 ปีขึ้นไป	3	12.50	0	0	
อาชีพ	แม่บ้าน	7	29.16	12	50.00	0.14
	ประกอบอาชีพ	17	70.84	12	50.00	
การศึกษา	ประถมศึกษา	3	12.50	2	8.34	N/A
	มัธยมศึกษา	8	33.33	12	50.00	
	ปวช. /ปวส.	10	41.67	9	37.50	
	ปริญญาตรี	3	12.50	1	4.16	
รายได้	<10,000	21	87.50	22	91.67	0.64
	10,001-15,000	3	12.50	2	8.33	
ลำดับครรภ์	ครรภ์ที่ 1	8	33.33	10	41.67	0.55
	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	16	66.67	14	58.33	
อายุครรภ์	0-12	17	70.84	16	66.67	0.76
	13-32	7	29.16	8	33.33	

ผลการศึกษพบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน($p=0.092$) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 14.92 ± 0.28 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ

13.29 ± 1.04 คะแนน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.63 คะแนน (95%CI=1.17 to 2.08) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)

ความรู้	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean diff	95%CI of mean diff		p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$		lower	upper	
ก่อนทดลอง	11.08 ± 2.70	9.79 ± 2.50	1.29	0.22	2.80	0.092
หลังทดลอง	14.92 ± 0.28	13.29 ± 1.04	1.63	1.17	2.08	<0.01

ผลการศึกษพบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3.15 ± 0.65 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ 3.24 ± 0.52 คะแนน ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 3.03 ± 0.55 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2.80 ± 0.76 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ 3.30 ± 0.44 คะแนน ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 2.77 ± 0.54 คะแนน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.092$, 0.678 และ 0.102 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3.37 ± 0.43 คะแนน และด้านการรับรู้

ประโยชน์การปฏิบัติ 3.80 ± 0.60 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2.96 ± 0.45 คะแนน และด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ 3.28 ± 0.41 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.41 และ 0.53 คะแนน ตามลำดับ (95%CI=0.16 to 0.67 และ 0.23 to 0.83 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.02$ และ 0.01 ตามลำดับ) ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนน 3.32 ± 0.31 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ 3.02 ± 0.37 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.30 คะแนน (95%CI=0.10 to 0.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.04$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean diff	95%CI of mean diff		p-value
	$\bar{X} \pm SD.$	$\bar{X} \pm SD.$		lower	upper	
1.โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.37±0.43	2.96±0.45	0.41	0.16	0.67	0.02
2.ความรุนแรงของโรค	3.15±0.65	2.80±0.76	0.35	0.06	0.76	0.092
3.ประโยชน์การปฏิบัติ	3.80±0.60	3.28±0.41	0.53	0.23	0.83	0.01
4.อุปสรรค	3.24±0.52	3.30±0.44	0.06	0.22	0.34	0.678
5.สิ่งชักนำ	3.03±0.55	2.77±0.54	0.26	0.05	0.58	0.102
รวม 5 ด้าน	3.32±0.31	3.02±0.37	0.30	0.10	0.50	0.04

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน เท่ากับ 4.58(0.34), 4.46(0.30), 4.68(0.28), 4.31(0.33), 3.64(0.33) และ 4.28(0.23) คะแนน ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบ 4.13(0.51), 3.81(0.46), 4.20(0.51), 3.63(0.53), 3.47 (0.60) และ 3.81 (0.38) คะแนน ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ยกเว้นด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($p = 0.170$) ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	SS	df	MS	F	p-value
	M*(SD)	M*(SD)					
1.โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.58(0.34)	4.13(0.51)	2.11	1	2.11	15.14	<0.01
2.ความรุนแรงของโรค	4.46(0.30)	3.81(0.46)	5.08	1	5.08	42.50	<0.01
3.ประโยชน์การปฏิบัติ	4.68(0.28)	4.20(0.51)	2.04	1	2.04	13.79	<0.01
4.อุปสรรค	4.31(0.33)	3.63(0.53)	5.63	1	5.63	34.30	<0.01
5.สิ่งชักนำ	3.64(0.33)	3.47(0.60)	0.33	1	0.33	1.93	0.170
รวม 5 ด้าน	4.28(0.23)	3.81(0.38)	2.38	1	2.38	38.72	<0.01

*mean adjusted base line as the covariate

ผลการศึกษพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 2.66 ± 0.76 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ 2.53 ± 0.40 คะแนน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.444$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

4.60 ± 0.18 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ 3.52 ± 0.51 คะแนน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.08 คะแนน ($95\%CI=0.86$ to 1.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังตารางแสดงที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=24$)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean diff	95%CI of mean diff		p-value
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$		lower	upper	
ก่อนทดลอง	2.66 ± 0.76	2.53 ± 0.40	0.14	0.22	0.49	0.444
หลังทดลอง	4.60 ± 0.18	3.52 ± 0.51	1.08	0.86	1.31	<0.01

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. ความรู้เรื่องการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการวิจัยของ รานนท์ หาญมนตรี¹³ ผลการศึกษพบว่า ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปราโมทย์ มาตย์สุริย¹⁴ ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และ

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ M. Naghashpour และคณะ¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้ในเรื่องโภชนาการตามรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ผลที่ดีในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางด้านโภชนาการของกลุ่มทดลอง โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มี

แคลเซียมเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และยังคงคล้ายกับผลการศึกษาของ นวลรัตน์ โมะทนาและคณะ¹⁵ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

3. พฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการวิจัยของ T. Z. Diddana และคณะ¹⁰ พบว่าภายหลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในความรู้ด้านโภชนาการและมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิวาทิพย์ แสนเมือง¹⁶ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ตาม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน โดยเน้นให้เกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตัว การค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวาง และหาปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีการใช้คู่มือการให้ความรู้โรคขาดสารไอโอดีน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความสำคัญของสารไอโอดีน การพัฒนาสมองและระบบประสาทของทารกในครรภ์ ผลของการขาดสารไอโอดีนในมารดาต่อสมองของทารกในครรภ์ ปริมาณไอโอดีนที่ร่างกายต้องการ แหล่งอาหารที่มีไอโอดีน ปัจจัยเสี่ยงในการขาดสารไอโอดีน การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ใช้สื่อการสอนที่เน้นให้เห็นภาพเปรียบเทียบการเจริญเซลล์สมองทารกในครรภ์ เปรียบเทียบระดับสติปัญญา ระหว่างทารกที่ขาดสารไอโอดีน และได้รับสารไอโอดีนเพียงพอ ภาพของทารกปัญญาอ่อน (โรคเอ๋อ) ซึ่งภาพเหล่านี้จะกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำ มีอุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ ตัวอย่างเกลือไอโอดีน เครื่องปรุงเสริมไอโอดีน ยาเม็ดเสริมไอโอดีน และมีการกระตุ้นเตือนโดยการส่งข้อความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะทางไลน์กลุ่มไอโอดีน สอบถามปัญหาอุปสรรค ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติตัวที่บ้านทางไลน์ส่วนตัวหรือทางโทรศัพท์ และใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมระยะเวลา 7 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ควรมีการติดตามผลระยะยาวไปจนกระทั่งหญิงตั้งครรภ์คลอดและควรติดตามค่าไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2. บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้หรือให้สุขศึกษา โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องอื่นๆต่อไป เพราะสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการใช้สื่อออนไลน์มาช่วยในการให้ความรู้ เช่น ทางไลน์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดการผลิตสื่อการสอนที่เป็นเอกสารประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษานี้ของผู้วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ด้วยการช่วยเหลืออย่างดีจากทันตแพทย์สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศและแพทย์หญิงวัลยาณี เนื่องโพธิ์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อ.ดร.วรวิมล ชมภูพาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และ อ.ดร.เรืองอุไร อมรไชย โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณที่ได้เสียสละเวลาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะใน

การปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์และได้นำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Morreale de Escobar G, Obregan MJ, Escobar del Rey F. Role of thyroid hormone during early brain development. *Eur J Endocrinol* 2004; 151 (suppl): U 26-37.
2. Bleichrodt N, Born MP. Ametaanalysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: The Damaged Brain of Iodine Deficiency. Stanbury JB editor. New York: Cognizant Communication Corporation. 1994. 195-200.
3. World Health Organization/ INTERNATIONAL Council for the Control of the Iodine Deficiency Disorders / United Nations Children Fund (WHO/ ICCIDD/ UNICEF). *Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination*. 3rd edition. Geneva: WHO; 2007.
4. ประนอม บุญศิริ. ไอโอดีนกับสตรีตั้งครรภ์. *Srinagarind Med journal* 2556; 28(4): 92-97.
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. *การควบคุมและป้องกัน*

- โรคขาดสารไอโอดีน: เส้นทางสู่ความยั่งยืน.** กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2559.
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติผลการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิดของประเทศไทย.**[ออนไลน์] 2562 [อ้างเมื่อ 26 มกราคม 2563] จาก neoscreen.go.th/web/index.php?option=com_content&view=article&id=182&Itemid=147.
 7. ข้อมูลสถิติงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, **สรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2562:**[มปท :มปป.].
 8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก: สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข.** โรงพิมพ์นิเวศรรดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
 9. การพยาบาลชุมชน. **ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model).** [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 31 ธันวาคม 2562]. จาก <http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html>.
 10. T. Z. Diddana, G. N. Kelkay, A. N. Dola, & A. A. Sadore, Effect of nutrition education based on health belief model on nutritional knowledge and dietary practice of pregnantwomen in Dessie Town, Northeast Ethiopia: A cluster randomized control trial. *Journal of nutrition and metabolism*, 2018.
 11. M. Naghashpour, G. Shakerinejad, M. R. Lourizadeh, S. Hajinajaf, and F. Jarvandi, "Nutrition Education base on health belief model improves dietary calcium intake among female student of junior high school," *Journal of health Population Nutrition*, vol. 32, no. 3, pp. 420-429, 2014.
 12. R. Bernard, *Fundamentals of biostatistics* (5thed.) Duxbery: Thomson learning, 307, 2000.
 13. รานนท์ หาญมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์อำเภอภูดัก จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา* 2562; 2(2): 16-25.
 14. ปราโมทย์ มาตย์สุริย์. การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น* 2554; 19(2): 1-14.
 15. นวลรัตน์ โมทนา, ทศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย และ สันหวัช ไชยวงศ์. ผลการให้สุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลแม่ข้าวต้ม

อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร
นเรศวรพะเยา 2555; 7(2):178-184.
16. ทิพาทิพย์ แสนเมือง. ผลการให้สุขศึกษา
ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนใน

หญิงตั้งครรภ์ ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์หลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2555.

การเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม LGBT ในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

พริดา รุ่งเรือง¹, ธัญวรัตน์ สุกใส¹, อานนท์ จินวงษ์เปี¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹,
อิสระพงศ์ โพธิ์สุข¹, สุภาวดี พันธุมาศ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในกลุ่ม LGBT อายุ 18-25 ปี ในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว จำนวน 70 คน จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณค่าสัดส่วน กรณีไม่ทราบจำนวนประชากรและไม่ทราบความแปรปรวน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การยอมรับจากครอบครัว ความเครียดจากครอบครัว ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94 และการสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่ม LGBT ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการตอบกลับเท่ากับ ร้อยละ 100 โดยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการเบี่ยงเบนทางเพศแบบชอบทั้งชายและหญิง (Bisexual) และเป็นนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 4 อยู่ในช่วงอายุ 21-23 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.78 ± 1.07 ปี และ 21 ± 1.35 ปี ในกลุ่มที่ได้รับการยอมรับเป็นนักศึกษาในวิทยาเขตอำนาจเจริญมากที่สุด ส่วนในกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับเป็นนักศึกษาในวิทยาเขตสาายามากที่สุด โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับมีค่ามัธยฐานของความเครียดเท่ากับ 12.00 (IQR=10.00) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการยอมรับมีค่ามัธยฐานของความเครียดเท่ากับ 1.50 (IQR=5.00) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.012$ ดังนั้นควรส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัวและบทบาทของสังคมต่อการยอมรับและเข้าใจในการเป็นเพศทางเลือกของกลุ่ม LGBT เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การยอมรับจากครอบครัว ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่ม LGBT

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: Prasert Prasomruk, Email: prasert.pra@mahidol.edu

Received: May 8, 2020; Revised December 15 July, 2020; Accepted August 5, 2020

COMPARISON OF STRESS BETWEEN FAMILY ACCEPTANCE LGBT AND NON-ACCEPTANCE LGBT'S STUDENTS IN MAHIDOL UNIVERSITY

*Puttita Rungraung¹, Thanwarat Suksai¹, Arnon Jinwongpo¹, Prasert Prasomruk¹,
Issarapong Phosuk¹, Suphawadee Panthumas¹*

ABSTRACT

The Cross-sectional analytical study aimed to study and comparison of stress level and accepted and non-accepted in family of LGBT in undergraduate students aged 18-25 years at Mahidol University. 70 sample cases was calculated by sample size approximate proportion. The unknown population and variance were using cluster random sampling. The data were collected from the online questionnaire with 4 parts includes general information, family acceptance, the LGBT stress caused from the family (the cronbach's alpha coefficient, .94) and the social support (the cronbach's alpha coefficient, .85). Descriptive statistics and Mann-Whitney U test were used for data analysis.

The response rate was equal to 100%. The results founded that the most population were female, had bisexual deviation, studied at forth-year level and aged ranges from 21-23 years with mean values of 20.78 years (S.D.=1.07) and 21 years (S.D.=1.35). The most accepted groups were students at Amnat Charoen campus but the most of students in Salaya campus was not accepted. The unacceptable group had median and quartile range of total stress scores of 12.00 and 10.00 respectively. The accepted groups had the median and range between quartiles equal to 1.50 and 5.00, respectively which statistically significant different at p-value less than 0.001. The mean of social support were different with statistical significance at p-value less than 0.012. Therefore, it should promote an understanding of the family and the role of society in accepting and understanding as an alternative sex of LGBT groups.

Key words: Acceptance from family, strain, Social support and LGBT Group

¹ Bachelor of Public Health, Amnatcharoen campus of Mahidol University.

บทนำ (Introduction)

เพศของมนุษย์มีความหมายได้หลายนัย เพศที่มีความเป็นจริงตามธรรมชาติคือเพศกำเนิดที่ติดตัวมาแต่เกิด อย่างไรก็ตาม มนุษย์อาจมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางกายภาพเพศกำเนิดของตนเองได้ผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามความรู้สึกภายใต้จิตใจที่รู้สึกว่าคุณคือเพศนั้นๆ โดยกลุ่มเพศนั้นๆ อาจถูกเรียกรวมกันว่า กลุ่มผู้ที่มีอัตลักษณ์หลากหลายทางเพศ หรือที่รู้จักกันในชื่อสากลคือกลุ่ม LGBT ซึ่งประกอบด้วย หญิงรักหญิง (Lesbian) คือเพศหญิงที่มีความรัก เสน่ห์กับผู้หญิงด้วยกันเอง, ชายรักชาย (Gay) คือ เพศชายที่มีรสนิยมทางเพศแบบรักร่วมเพศ หรือมีความชื่นชอบในผู้ชายด้วยกันเอง, ชอบทั้งชายและหญิง (Bisexual) ผู้ที่มีความรู้สึกหรืออารมณ์ต่อทั้งคนเพศเดียวกันและคนต่างเพศสามารถชื่นชอบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง และคนข้ามเพศ (Transgender) คือ บุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพศตนเองไปเป็นเพศตรงข้ามโดยอาจใช้ตัวช่วยทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นยาฮอร์โมนเพศชาย ยาฮอร์โมนเพศหญิง หรือการผ่าตัดแปลงเพศ¹ และจากสถิติจำนวนประชากรกลุ่ม LGBT ทั่วโลกพบว่าคนกลุ่ม LGBT มีอยู่ 483 ล้านคน จาก 7.4 พันล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็น ร้อยละ 6.53 ซึ่งอยู่ในเอเชีย 288 ล้านคนหรือร้อยละ 60 ของกลุ่ม LGBT ทั้งหมด โดยประเทศไทยมีกลุ่ม LGBT

4 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับ 4 ของเอเชียที่มีกลุ่ม LGBT มากที่สุด²

โดยคนกลุ่ม LGBT มีวิถีชีวิตทั่วไปไม่ต่างจากคนทั่วไปในสังคมมากนัก แต่ประเด็นเรื่องเพศวิถีและความเป็นเพศ กลับเป็นปมปัญหาชีวิตที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับรู้เพศวิถีของตน โดยครอบครัวและสังคมจะเป็นแหล่งสร้างภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ให้ตลอดเวลา ทั้งตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ โดยเฉพาะในสังคมครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นคนกลุ่ม LGBT อยู่ด้วย และไม่สามารถยอมรับในการแสดงออกตามเพศวิถีของสมาชิกคนนั้นได้ จะทำให้คนกลุ่ม LGBT เกิดความรู้สึกแปลกแยกและแตกต่างอยู่เสมอเมื่อเปรียบเทียบกับคนรอบข้าง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดตามมาในภายหลัง³⁻⁴

ซึ่งภาวะความเครียดจะนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตและการคิดฆ่าตัวตาย โดยจะเกิดได้ง่ายในกลุ่ม LGBT ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่เริ่มรับรู้การเป็นเพศภายในของตน โดยเฉพาะการที่จะเปิดเผยให้ครอบครัวรับรู้ หรือทำให้สังคมรับรู้ เพราะการเปิดเผยเพศของตนอาจทำให้ถูกปฏิเสธจากบุคคลที่ตนเองรักและไว้วางใจอย่างเช่นคนในครอบครัว เพื่อน ดังการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นรักเพศเดียวกันประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า เด็กวัยรุ่นกลุ่ม LGBT จะมีปัญหาคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าวัยรุ่นชายหญิงรักต่างเพศ โดยมีปัจจัยเสริมจากภาวะซึมเศร้า การผิดหวังจากการ

ไม่ได้รับการยอมรับ⁵ การศึกษาวิจัยรณรงค์ LGBT ในประเทศนิวซีแลนด์ ที่พบว่าในสถาบันการศึกษาจะมีกลุ่มนักศึกษา LGBT อยู่ประมาณ ร้อยละ 5-10 ของนักศึกษาทั้งหมดของสถาบัน และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 6 เท่าของนักศึกษาทั้งหมด โดยจากสถิติพบว่านักศึกษากลุ่มนี้มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่านักศึกษาทั่วไปถึง 5 เท่า สาเหตุหลักมาจากการต้องเผชิญกับพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งที่บ่อยกว่านักศึกษาปกติถึง 4.5 เท่า เนื่องจากสภาวะแวดล้อมดังกล่าวส่งผลให้นักศึกษา LGBT เกิดความกดดัน เครียด และมีภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งจะเป็นปัจจัยชักนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย⁶

ด้วยภาวะความเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นจากการเปิดเผยเพศวิถี จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าทำให้ คนกลุ่ม LGBT ไม่กล้าที่จะเปิดเผยตัวตนตามเพศวิถีที่ตนเองเป็น เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาที่พบว่าคนกลุ่ม LGBT ที่แสดงออกถึงตัวตนมาตั้งแต่อยู่ในช่วงมัธยมจะโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ปกปิด จากข้อมูลงานวิจัยของมหาวิทยาลัย Francisco State University ที่ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ที่ เป็น LGBT อายุระหว่าง 21-25 ปี จำนวน 245 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างล้วนเคยถูกรังแกในสมัยอยู่ชั้นมัธยม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างจะแสดงออกหรือไม่แสดงออกก็ตาม ส่วนในบรรดาผู้ที่เปิดเผยว่าเป็น LGBT ตั้งแต่มัธยมจะมีความ

เคารพนับถือตัวเองและมีความสุขในชีวิตมากกว่าคนที่ไม่เปิดเผย และขณะเดียวกันพวกที่เปิดเผยจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าพวกที่พยายามปกปิดตัวเอง บางครั้งผู้ใหญ่มักจะให้คำแนะนำแก่เยาวชนที่เป็น LGBT ว่าให้ปกปิดตัวเองไว้เพื่อป้องกันการถูกกลั่นแกล้งหรือทำร้าย แต่จากผลการศึกษาพบว่าคำแนะนำดังกล่าวอาจไม่ใช่คำแนะนำที่ดีที่สุด⁷

ปัญหาความเครียดที่ใหญ่ และสำคัญที่สุดของคนกลุ่ม LGBT ไทยเผชิญ คือการยอมรับจากคนในครอบครัว เนื่องจากสังคมไทยถูกหล่อหลอมให้การเคารพพ่อแม่ การพยายามทำตามความหวังของพ่อแม่ และการรักษาชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล เป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของคนไทย แต่กลับกลายเป็นเรื่องสวนทางกับผู้ที่มียุทธลักษณะหลากหลายทางเพศที่ไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานของ ในขณะที่คนกลุ่ม LGBT จำนวนหนึ่งได้รับการยอมรับจากครอบครัว จากการแสดงออกซึ่งความภาคภูมิใจ ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับบทบาทที่ครอบครัวยอมรับ ทำให้เห็นว่าสังคมไทยมีการยอมรับคนกลุ่ม LGBT ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีอีกหลายคนที่ถูกกีดกันออกจากครอบครัว สังคม จากการที่ไม่ยอมรับปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับบทบาทที่ครอบครัวยอมรับ⁸

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ทราบว่าปัจจัยการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดความเครียด แต่

ในทางกลับกันกลับมีหลายๆ งานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาไปที่ปัจจัยการยอมรับจากในสังคมภายนอกมากกว่าครอบครัว และความเครียดมักเกิดขึ้นกับกลุ่ม LGBT ในช่วงวัยรุ่นอายุ 21-25 ปี มากที่สุด โดยเฉพาะในมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอีกหนึ่งสังคมที่มีกลุ่ม LGBT จำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาความแตกต่างของภาวะความเครียดในกลุ่มที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวมาก่อน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาและเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม LGBT ในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อให้สถาบันครอบครัวได้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีต่อกลุ่ม LGBT และเพื่อให้ระบบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยได้นำข้อมูลไปใช้ในการปรับกิจกรรมหรือการเรียนให้เหมาะกับนักศึกษากลุ่ม LGBT มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสะท้อนให้คนในสังคมเปิดใจยอมรับความแตกต่างระหว่างเพศของกลุ่ม LGBT มากขึ้นด้วย

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร

นักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่ม LGBT อายุ 18-25 ปี มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้ง 6 วิทยาเขต

กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งแบ่งออกด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

1. กลุ่มที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว
2. กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีไม่ทราบจำนวนของประชากรและไม่ทราบความแปรปรวน ในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากร ดังนี้

$P = 0.21$ จากวิจัยความเครียดและภาวะซึมเศร้าในเกย์ เกย์ไทย⁹

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)}{D^2}$$

$$= \frac{1.960^2 0.21(1 - 0.21)}{0.01}$$

$$= 64 \text{ คน}$$

มีค่าความคลาดเคลื่อนเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดประชากรตัวอย่างเท่ากับ 70 คน โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ซึ่งมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากเลือกวิทยาเขต 1 วิทยาเขต ศึกษากลุ่มตัวอย่างในวิทยาเขตนั้นที่ถูกจับฉลากขึ้นมา หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังไม่ครบตามที่ต้องการได้ตามสูตร จะจับฉลากเลือกวิทยาเขตที่ยังไม่ถูกเลือกขึ้นมาอีก 1 วิทยาเขต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเลือกตอบตามข้อเท็จจริง ประกอบด้วย เพศสภาพ เพศทางเลือก (LGBT) อายุ ชั้นปี คณะ วิทยาเขต จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับจากครอบครัว เป็นแบบสอบถามตามความคิด ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนำมาจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดของกลุ่ม LGBT เลือกใช้แบบสอบถามความเครียดของกลุ่ม LGBT ฉบับปรับปรุงภาษาไทย⁹ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 เป็นแบบสอบถามตอบตามความจริง จำนวน 8 ข้อ แบบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลด้วยการนำคะแนนรวมมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม ที่ได้ทำการวิจัยกลุ่มใดมีคะแนนรวมมากกว่ากัน กลุ่มที่มีคะแนนรวมมากกว่าหมายความว่ากลุ่มนั้นมีระดับความเครียดที่มาจากปัจจัยในครอบครัวมากกว่า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่ม LGBT เลือกใช้เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว¹⁰ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 จำนวน 8 ข้อ โดยข้อที่ 1, 3, 5, 6, 7, 8 เป็นคำถามเชิงบวก คะแนนจะมากตามความรู้สึก

ดีต่อสถานการณ์นั้นๆ และ ข้อ 2, 4 เป็นคำถามเชิงลบ คะแนนจะแปรผกผันกับความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์นั้นๆ แปลผลด้วยการนำคะแนนรวมมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่ได้ทำการวิจัยกลุ่มใดมีคะแนนรวมมากกว่ากัน กลุ่มที่มีคะแนนรวมมากกว่า หมายความว่ากลุ่มนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าอีกกลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ใช้การเก็บผ่านโปรแกรม Google form ซึ่งงานต่อการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างประชากรและมีความสะดวก รวดเร็วในการตอบแบบสอบถาม คือ ทำการสุ่มวิทยาเขตที่ต้องการเก็บข้อมูล นำแบบสอบถามที่อยู่ในโปรแกรม Google form ไปเผยแพร่ในกลุ่มที่มีเฉพาะนักศึกษา วิทยาเขตที่ได้รับการสุ่มเท่านั้น ทำจนกว่าจะครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรที่สามารถคำนวณมาได้ และนำผลคะแนนจากแบบสอบถามว่าสรุปผลและเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 และ 67.6 ตามลำดับ มีการเบี่ยงเบนทางเพศแบบชอบทั้งชายและหญิง (Bisexual) ร้อยละ 44.4 และ 47.1 และเป็นนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 38.9 และ 47.1 ตามลำดับ ทั้งนี้อยู่ในช่วงอายุ 21-23 ปี ร้อยละ 86.1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.78 ปี (S.D.=1.07) และ ร้อยละ 79.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21 ปี (S.D.=1.35) ตามลำดับ ในกลุ่มที่ได้รับการยอมรับเป็นนักศึกษาในวิทยาเขตอำนาจเจริญมาก

ที่สุด ร้อยละ 44.4 และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับเป็นนักศึกษาในวิทยาเขตศาลายามากที่สุด ร้อยละ 35.3

2. ภาวะความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการยอมรับส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับไม่รู้สึกเครียด ทั้ง 8 ข้อ ส่วนในกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว มี 4 ใน 8 ข้อ โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 12 คะแนน (IQR =10) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการยอมรับ ที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.5 คะแนน (IQR = 5) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของความเครียดของกลุ่ม LGBT ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

กลุ่ม	คะแนนรวมความเครียด	
	Median	IQR
กลุ่มที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว n=36	1.50	5.00
กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว n=34	12.00	10.00

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มที่ได้รับการยอมรับมีค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการยอมรับ โดยกลุ่มที่

ได้รับการยอมรับ มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 44.67 คะแนน (S.D.=5.51) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 41.09 คะแนน (S.D.=6.42) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม LGBT ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	ผลรวมคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	
	Mean	S.D.
กลุ่มที่ได้รับการยอมรับ n=36	44.67	5.51
กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ n=34	41.09	6.42

4. การเปรียบเทียบความเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการเปรียบเทียบความเครียด จากครอบครัวของกลุ่ม LGBT ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว พบว่า ความเครียดจากครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว มีคะแนนความเครียดสูงกว่า ขณะที่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p\text{-value} = 0.012$) โดยกลุ่มที่ได้รับการยอมรับมีค่าเฉลี่ย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ รายละเอียดดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ความเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม LGBT ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	Mean Rank	Sum of Ranks	P-value
ความเครียด			
กลุ่มที่ได้รับการยอมรับ n=36	24.75	891	<0.001
กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ n=34	46.88	1594	
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
กลุ่มที่ได้รับการยอมรับ n=36	41.46	1492.5	<0.05
กลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ n=34	29.19	992.5	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาและเปรียบเทียบ ความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม LGBT ทุก

วิทยาเขตในมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ในครั้งนี้ มีข้อค้นพบที่

สำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการเบี่ยงเบนทางเพศแบบชอบทั้งชายและหญิง (Bisexual) มากที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับสิ่งที่ได้ทำการศึกษาแนวคิด ที่กล่าวไว้ว่า เพศชาย มักมีการเบี่ยงเบนทางเพศที่มากกว่าเพศหญิง¹¹

2. ความเครียดของกลุ่ม LGBT จากครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว จากการศึกษานี้ ในภาพรวมพบว่า กลุ่ม LGBT ที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวมีค่ามัธยฐานของคะแนนรวมความเครียด เท่ากับ 1.50 และ IQR เท่ากับ 5.00 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12.00 และ IQR เท่ากับ 10.00 โดยจะเห็นได้ว่าการยอมรับหรือไม่ยอมรับจากครอบครัว มีผลต่อความเครียดของกลุ่ม LGBT ที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า การไม่ได้รับการตอบสนองในทางบวกจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น ครอบครัว พ่อแม่ นำมาซึ่งการเกิดผลลบต่ออารมณ์ความรู้สึก¹² นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า การได้รับการยอมรับจากครอบครัวส่งผลในทางที่ดี ทำให้เพศทางเลือกมองเห็นคุณค่าในตนเอง¹³ การยอมรับหรือปฏิเสธของพ่อแม่ นั้นส่งผลต่อความคิดของเด็กวัยรุ่นให้เป็นไป

ในทางลบ¹⁴ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย ที่พบว่าอิทธิพลเรื่องความคิดของ “ครอบครัว” ส่งผลกระทบต่อชีวิต¹⁵ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลงานวิจัย ที่ศึกษาประสบการณ์การเปิดเผยความในใจเพียงทางเพศของชายรักชายต่อครอบครัว พบว่า กลุ่ม LGBT มีความต้องการให้ครอบครัวยอมรับ แต่ยังคงมีบางครอบครัวที่ไม่ยอมรับ ทำให้สมาชิกกลุ่ม LGBT เกิดความเครียด ส่งผลไปถึงการเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงของตนเอง¹⁶ และงานวิจัยยัง พบว่า การเปิดเผยตัวตนขึ้นอยู่กับแรงเสริมจากบุคคลหรือสังคม¹⁷

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม LGBT จากการศึกษาคะแนนเฉลี่ยรวมของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่ได้รับการยอมรับ เท่ากับ 44.84 คะแนน (S.D.=5.54) มากกว่าเพียงเล็กน้อยกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.57 คะแนน (S.D.=6.50) โดยจะเห็นได้ว่าการยอมรับและไม่ยอมรับจากครอบครัว มีผลในทางลบหรือบวกกับกลุ่ม LGBT แตกต่างกันไป ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด กล่าวไว้ว่า ทัศนคติของสังคมไทยต่อเพศที่สาม ทนได้ แต่ยอมรับไม่ได้ ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในกลุ่มชายรักชาย ได้ระบุแหล่งความเครียดไว้ 10 แหล่ง ซึ่งทุกสาเหตุล้วนเกิดมาจากครอบครัวและสังคมเป็นผู้กระทำทั้งสิ้น¹⁸ และในประเทศไทยยังมีแนวคิดที่กล่าวไว้ว่า สังคม

ตีตราว่ากลุ่ม LGBT เป็นตัวตลก น่าขบขัน ถูกล้อเลียน ซึ่งในบางครั้งสังคมก็ดูเหมือนให้การยอมรับ แต่ในบ่อยครั้งก็ดูเหมือนรังเกียจ และกีดกัน¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ความชุกภาวะซึมเศร้า การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มหญิงรักหญิงอยู่ที่ร้อยละ 27.7 ซึ่งเกิดจากสภาวะที่กดดันของสังคม²⁰ โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของชายรักชาย ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์และการสื่อสารเมื่อเกิดความขัดแย้ง กับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ ของชายรักชาย พบว่าความเครียด ที่เกิดจากแหล่งความเครียดภายนอก เช่น เพื่อนร่วมงาน⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัว ต่อการยอมรับและเข้าใจในการเป็นเพศทางเลือกของกลุ่ม LGBT ที่ไม่ได้รับการยอมรับ รวมถึงการไม่จำกัดการเป็นเพศทางเลือกของสมาชิกในครอบครัวจนทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยดังกล่าวว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการยอมรับ
2. ควรส่งเสริมบทบาทของสังคมในด้านการยอมรับและความเข้าใจในการเป็น

เพศทางเลือกของกลุ่ม LGBT เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมต่อเพศทางเลือกทำให้เกิดความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของครอบครัวในกลุ่ม LGBT ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบระดับความเครียดที่มีสาเหตุมาจากครอบครัวและสังคม
3. ควรเพิ่มขนาดและกระจายตัวอย่างประชากร

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ในการตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของการศึกษาค้นคว้า และขอบคุณกลุ่ม LGBT ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ปิยะฉัตร ปวงนิยม และคณะ. (2560). แนวทางในการสร้างโอกาสทางการตลาดจากกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีความหลากหลายทางเพศ สำหรับธุรกิจโรงแรม. บทความมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. ฉบับก้นยายน-ธันวาคม 2562.

2. LGBT Capital. **ความหลากหลายที่ทรงพลัง ตอนที่ 1: เมื่อ LGBT คือเสียงใหม่ของธุรกิจ.** [ค้นเมื่อ 5 กันยายน 2562] จาก www.terrabbk.com.
3. พรเทพ แพรชาว. (2556). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของเกย์ กะเทยไทย. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 38(2), 95-104.
4. พรเทพ แพรชาว. (2556). ความสุขของกะเทย เกย์ไทย. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**; 31(1): 142-149.
5. Russell, S. T. (2013). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 71–80.
6. Liu Mustanski. (2013). A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Volum 42, Issue 3*, 437-448.
7. มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.). (2016). **ผู้หญิงหลากหลายเจตสี, ความหลากหลายทางเพศ, ฉบับตุลาคม-ธันวาคม 2559**, 1-8.
8. Jackson & Cook, 1999 อ้างใน พิมลพรรณ อิศรภักดี. (2558). **ต่างวัยต่างทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในสังคมไทย.** ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย
9. รัชชา วิรัชวัฒนกุล. (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของชายรักชาย ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ และการสื่อสารเมื่อเกิดความขัดแย้ง กับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของชายรักชาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. จิรภา หงส์ตระกูล. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. สุกันยา ชลิดาพงศ์. (2540). **การเปิดเผยตนเองของผู้หญิงและผู้ชายในองค์กรไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
12. Rohner, R.P. (2007). Introduction to parental acceptance-rejection theory, method, evidence, and implication. USA: University of Connecticut.

13. Ryan, C. (2009). Helping family support their lesbian, gay, bisexual, and transgender, (LGBT) children. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development.
14. Ansari, B., & Qureshi, S. S. (2013). Parental acceptance and rejection in relation with self esteem in adolescents. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in business, 4(11), 552-557.
15. บังอร เทพเทียน และคณะ. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับครอบครัวเข้มแข็ง, วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 6(2), 25-38.
16. เตโช ชัยวุฒิ. (2554). ประสบการณ์การเปิดเผยความโน้มเอียงทางเพศของชายรักชายต่อครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
17. กาญจรัตน์ อินทร์. (2554). การเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว ของบุคคลที่รักเพศเดียวกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. Lewis, R. J., Derlega, V. J., Berndt, A., Morris, L.M., & Rose, S. (2002). An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians. Journal of homosexuality; 42(1): 63-88.
19. ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ. (2554). คนข้ามเพศ : ตัวตน วัฒนธรรมย่อย และพื้นที่ทางสังคม. วารสารดำรงวิชาการ; 10(1): 98-125.
20. สุนทิตพย์ บุญเกิด , สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2557). ความชุกภาวะซึมเศร้า การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการเผชิญปัญหาของกลุ่มหญิงรักหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ; 37(2): 92-101.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง

เจริญ ปราบปรี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในเขตจังหวัดพัทลุง จำนวน 502 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการทดสอบ chi-square ผลการวิจัย พบว่ามีการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 27.10 ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 72.90 ด้วยเหตุผลด้านความสะดวกที่จะใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมากที่สุด ร้อยละ 79.00 การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$ S.D = 0.61, $\bar{X} = 4.68$ S.D = 0.62) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การมีรถยนต์ส่วนบุคคล ($p = 0.017$) และสาเหตุของการเจ็บป่วย ($p < 0.001$) การรับรู้การแพทย์ฉุกเฉิน ($p = 0.001$) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ($p = 0.039$) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ($p = 0.007$) การนำส่งสถานพยาบาล ($p = .020$) เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคน ($p = 0.023$) และการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาถึงโรงพยาบาลเร็วและผู้ป่วยปลอดภัยกว่า ($p = 0.008$) จากผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความเข้าใจและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยต่อชีวิตของประชาชนในจังหวัดพัทลุง

คำสำคัญ : ปัจจัย การรับรู้ ความคาดหวัง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

Corresponding Author: Charoen Prabpree, Email: Charoem_ems@hotmail.com

Received: November 4, 2020; Revised December 17, 2020; Accepted December 18, 2020

FACTOR RELATED USING EMERGENCY MEDICAL SERVICE, PHATTHALUNG PROVINCE

Charoen Prabpree¹

ABSTRACT

The analytical cross-sectional research aimed to study, 1) the situation of using emergency medical service, and 2) the factors related using emergency medical service of the government hospital in Phatthalung Province. The Data were collected from 502 emergency patients and care givers that attended emergency room between July and September 2020. The research instruments were questionnaires. The data analyze by using descriptive statistics and chi-square test. The results of this research showed that the situation of using emergency medical service found that 27.10% used emergency medical service system, 72.90% did not use the emergency medical service. For convenience reasons to use private car the most 79.00%. The average score of perception toward emergency medical service and the average expectation score of emergency medical service was at a very good level ($\bar{X} = 4.62$, S.D = 0.61, $\bar{X} = 4.68$, S.D = 0.62). The significant factors related to emergency medical service were private car ($p=0.017$), cause of illness ($p<0.001$), perception toward emergency medical service ($p=.001$), Reporting for help ($p=.039$), Treatment at the scene ($p=0.007$), Transfer to definitive care ($p=0.020$), Emergency medical staff can assist all patients ($p=0.023$) and emergency medical service arrived in hospital earlier and the patient was safer ($p=.008$). The result of this study can be used for planning and development of the emergency medical service system by focusing on public relations to make the public more understanding and access to emergency medical service. Which affects the safety of life of people in Phatthalung Province.

Key word: Factor , Perception , Expectation , Emergency medical service

¹ Public health officers, Public health office, Phatthalung Province

บทนำ (Introduction)

ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนาค่อนข้างมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้กำหนดคุณภาพและมาตรฐานไว้ในกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อช่วยแก้ปัญหาการช่วยเหลือด้านการแพทย์ การนำผู้ป่วยฉุกเฉินมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา จะช่วยลดความรุนแรงหรือลดความพิการและการเสียชีวิตได้มาก ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ขยายบริการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เมื่อมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้พบเห็นเหตุการณ์ หรือบุคคลในครอบครัวสามารถโทรแจ้งเหตุเพื่อขอโรงพยาบาลให้ไปรับผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลที่หมายเลข 1669 โดยไม่มีค่าใช้จ่ายตลอด 24 ชั่วโมง¹ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วประเทศ จำนวน 1.5 ล้านครั้ง ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2555² อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าการออกปฏิบัติการฉุกเฉินหรือการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินถือว่ามีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในประเทศไทยซึ่งพบเพียงร้อยละ 10 - 15 เท่านั้น³ ปัจจัยที่มีผลต่อการการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ลักษณะการเจ็บป่วย

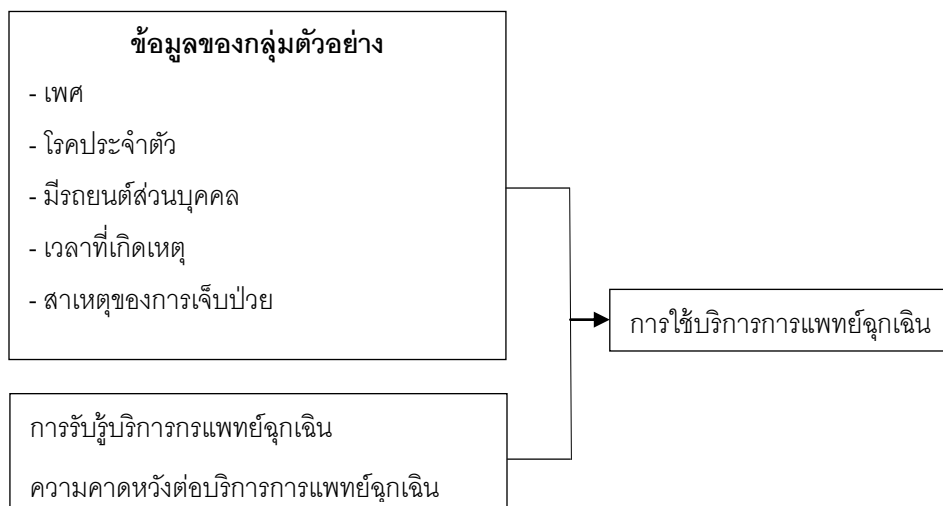
ที่เป็นอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้ายร่างกาย การมีประสบการณ์ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้ขั้นตอน และมีทัศนคติทางบวกต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนการที่ประชาชนไม่เลือกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเนื่องจากมาด้วยเหตุผลส่วนตัวสะดวกกว่า ไม่อยากเสียเวลารอรถฉุกเฉินซึ่งอาจจะมาช้า ตกใจจึงไม่ได้รีบถึงโรงพยาบาลฉุกเฉิน⁴⁻⁵ จึงจำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบตั้งแต่การรับรู้ถึงอาการ ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือวิกฤติที่ต้องใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนการสื่อสารขั้นตอนการให้บริการและการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการติดต่อสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁶ การใช้บริการของผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดพัทลุง ประจำปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 57,317 ครั้ง ในจำนวนนี้มาโรงพยาบาลโดยการใช้บริการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 6,738 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.76 สำหรับปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยประเภทเร่งด่วนฉุกเฉินมารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 106,473 ครั้ง มาโรงพยาบาลโดยการใช้บริการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 13,257 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.45 จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดพัทลุง เนื่องจากยังไม่มี

การศึกษาเรื่องดังกล่าวในพื้นที่ จังหวัดพัทลุง และต้องการนำผลการศึกษาไป พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มี ประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การรับรู้ และความคาดหวัง ของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดพัทลุง
2. ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ของ เพศ การมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนบุคคล

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



บุคคล สาเหตุของการเจ็บป่วย เวลาที่เกิดเหตุ การรับรู้ และการคาดหวังต่อการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มา รับ บริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของ โรงพยาบาลในจังหวัดพัทลุง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการ รับรู้และความคาดหวังบุคคลที่มีผลต่อการ ใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนปัจจัยที่ เกี่ยวข้องต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง วิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-

sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 11 แห่ง ในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 106,473 คน คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 502 คน หลังจากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน Proportional allocation กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับการคัดแยกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ 2) เป็นญาติของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปี และ 3) ยินดีให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในตอนแรกแล้วขอถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก

แบบสอบถามของ สุรภา ขุนทองแก้ว⁸ ร่วมกับ ทบพวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.91 แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกคำตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 2 ลักษณะของการเกิดและเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 3 การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 26 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เรียงจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตอนที่ 4 ความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เรียงจากน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ไปยังมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน สำหรับการแปลผลระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระดับความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 2) ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก 3) ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 4) ค่าเฉลี่ย

1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย 5) ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด **จริยธรรมการวิจัย** ได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ตาม หนังสือเลขที่ COA No.01/2563 PPHOREC No.019

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดพัทลุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.50 เพศชายร้อยละ 34.50 อายุเฉลี่ย

40.88 ปี (S.D=13.42) ศึกษาในระดับ ปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 25.90 พักอาศัยที่อยู่ลำพังกับผู้สูงอายุร้อยละ 38.80 อาศัยในเขตเทศบาลมากที่สุดถึง ร้อยละ 56.80 เหตุเกิดในบ้านหรือบริเวณ บ้านมากที่สุดร้อยละ 71.90 โดยเกิดในช่วง กลางวันคือช่วงเวลา 06.01-12.00 น. ร้อยละ 31.90 รองลงมา 12.01-18.00 น. ร้อยละ 29.50

2. สถานการณ์การให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินมีการ แจ้งเหตุเพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 27.10 และไม่ใช้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินร้อยละ 72.90 เนื่องจากมาด้วยรถ ส่วนตัวสะดวกกว่า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน		
ใช้	136	27.10
ไม่ใช้	366	72.90
- มาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า	286	79.00
- อยู่ในภาวะตกใจไม่ได้นึกถึงรถพยาบาล	58	16.02
- คิดว่าบาดเจ็บเล็กน้อย	49	13.53
- กลัวรถฉุกเฉินมาช้า	48	13.26

การรับรู้การแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด โดยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน

ระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.62$ S.D = .61) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{x}$	S.D	ค่าระดับ
การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการแจ้งเหตุ (Detection)	4.47	0.74	มาก
การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting)	4.31	0.71	มาก
การออกปฏิบัติภารกิจของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response)	4.44	0.75	มาก
การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care)	4.52	0.69	มากที่สุด
การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit)	4.29	0.69	มาก
การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care)	4.6	0.88	มากที่สุด
ภาพรวม	4.62	0.61	มากที่สุด

ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

($\bar{x} = 4.68$ S.D = 0.62) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{x}$	S.D	ค่าระดับ
หมายเลขโทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเลขจำง่าย	4.46	0.79	มาก
บริการการแพทย์ฉุกเฉินควรไปถึงบ้านผู้ป่วยโดยเร็ว	4.4	0.82	มาก
มีอุปกรณ์อย่างเพียงพอและสามารถใช้การได้ดี	4.43	0.78	มาก
มีบุคลากรที่มีความชำนาญในการช่วยเหลือผู้ป่วย	4.42	0.77	มาก
ให้บริการกับผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน	4.42	0.8	มาก
สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย	4.42	0.78	มาก
ได้รับการดูแลอย่างดีขณะรอรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.37	0.83	มาก
การให้ข้อมูลด้านการดูแลรักษาเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ให้บริการ	4.45	0.76	มาก
บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีค่าใช้จ่ายนับว่าเป็นสิ่งดี	7.49	0.75	มาก
เจ้าหน้าที่เวรเปิดควรมารับผู้ป่วยทันที	4.44	0.79	มาก
เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้บริการด้วยความกระตือรือร้น	4.45	0.78	มาก
เจ้าหน้าที่ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะๆ ขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน	4.41	0.79	มาก
ภาพรวม	4.68	0.62	มากที่สุด

3. การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การมีรถยนต์ส่วนบุคคล ($p=0.017$) และสาเหตุ

ของการเจ็บป่วย ($p<0.001$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ การมีโรคประจำตัว และเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			χ^2	p-value
	ใช้(n(%))	ไม่ใช้(n(%))	รวม(n(%))		
1.เพศ				.057	0.81
ชาย	48 (9.56)	125 (24.90)	173 (34.46)		
หญิง	88 (17.52)	241 (48.00)	329 (65.33)		
2.โรคประจำตัว				1.370	0.24
มีโรคประจำตัว	34 (6.77)	111 (22.11)	145 (28.89)		
ไม่มีโรคประจำตัว	102 (20.32)	255 (50.80)	357 (71.11)		
3.มีรถยนต์ส่วนบุคคล				5.68	0.017
มี	79 (15.74)	254 (50.60)	250 (66.33)		
ไม่มี	57 (11.35)	112 (22.31)	169 (33.67)		
4.เวลาเกิดเหตุ				6.539	0.08
00.01 – 05.59 น.	15 (2.99)	55 (10.96)	70 (13.94)		
06.01 – 12.00 น.	42 (8.37)	118 (23.50)	160 (31.87)		
12.01 – 18.00 น.	51 (10.16)	97 (19.32)	148 (29.60)		
18.01 – 24.00 น.	28 (5.58)	96 (19.12)	124 (24.70)		
5.สาเหตุของการเจ็บป่วย				48.56	<0.001
อุบัติเหตุ	69 (13.75)	299 (59.56)	368 (73.31)		
เจ็บป่วยทั่วไป	67 (13.35)	67 (13.35)	134 (26.69)		

ระดับการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ด้านที่สัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การแจ้งเหตุของความช่วยเหลือ (p=0.039) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (p=0.007) การนำส่งสถานพยาบาล (p=0.020) เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคน (p=0.023) การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาถึงโรงพยาบาลเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยกว่า (p=0.008) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			χ^2	p-value
	ใช้(n(%))	ไม่ใช้(n(%))	รวม(n(%))		
1.การรับรู้การแพทย์ฉุกเฉิน				13.54	0.001
น้อย	4(0.79)	3(0.60)	7(1.39)		
ปานกลาง	10(1.99)	10(1.99)	20(3.98)		
มาก	126(25.09)	349(69.52)	475(94.61)		
2.การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ				8.38	0.039
น้อย	5 (1.00)	3(0.59)	8(1.59)		
ปานกลาง	7 (1.39)	31(6.18)	38(7.57)		
มาก	124 (24.70)	332(66.14)	456(90.84)		
3.การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ				9.84	0.007
น้อย	11(2.19)	24(7.48)	35(6.97)		
ปานกลาง	56(11.15)	101(20.12)	157(31.27)		
มาก	69(13.75)	241(48.00)	310(61.75)		
4. การนำส่งสถานพยาบาล				97.83	0.02
น้อย	11(2.19)	16(3.19)	27(5.38)		
ปานกลาง	44(8.76)	86(17.13)	130(25.89)		
มาก	81(16.14)	264(52.59)	345(68.73)		
5. เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคน				9.52	0.023
น้อย	5(0.99)	6(1.19)	11(2.19)		
ปานกลาง	30(5.98)	46(9.16)	76(15.14)		
มาก	100(20.12)	314(62.55)	415(82.67)		

ตารางที่ 5 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ต่อ)

ปัจจัย	การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			χ^2	p-value
	ใช่(n(%))	ไม่ใช่(n(%))	รวม(n(%))		
6. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาถึงโรงพยาบาลเร็วผู้ป่วยปลอดภัย				11.96	0.008
น้อย	6(1.19)	6(1.19)	12(2.39)		
ปานกลาง	14(2.79)	30(5.97)	44(8.76)		
มาก	116(23.10)	330(65.74)	446(88.84)		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างมีการโทรแจ้งเหตุเพื่อขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 27.88 เมื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยพบว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) ร้อยละ 23.23 และเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ร้อยละ 57.47 รถที่ไปรับผู้ป่วย คือ รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลร้อยละ 50 รองลงมา คือ รถบริการฉุกเฉินของ อบต. ร้อยละ 27.86 และรถบริการฉุกเฉินของมูลนิธิ ร้อยละ 22.14 สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ⁹ ที่พบว่าเมื่ออัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 19.1 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีข้อจำกัดทางด้านการเคลื่อนไหว ส่วนรถที่ให้บริการผู้ป่วยเป็นรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลร้อยละ 33.3 รถปฏิบัติการ

การแพทย์ฉุกเฉินของ อบต.ร้อยละ 44.9 และรถฉุกเฉินของมูลนิธิร้อยละ 21.8 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 72.91 เพราะมาด้วยรถส่วนบุคคลสะดวกกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 45 แห่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.4 มาโรงพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนบุคคลเพราะสะดวกกว่า ร้อยละ 31.0 ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉินซึ่งอาจมาช้าร้อยละ 28.9 เป็นภาวะคับขันจึงไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน และร้อยละ 19.9 คิดว่าเป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย¹⁰ สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง¹¹

การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากสื่อต่างๆ ประกอบกับการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดพัทลุงเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 ผ่านรายการวิทยุชุมชนซึ่งเป็นคลื่นวิทยุชุมชนหลักของจังหวัดพัทลุง นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกลุ่มวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วนจึงต้องการ การช่วยเหลือที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ และยานพาหนะที่ถึงจุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็วได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้ผู้ไข้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน¹²⁻¹³ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดชุมพร ที่พบว่าผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับน้อย และความคาดหวังในระดับปานกลางเนื่องมาจากข้อจำกัดเรื่องกำลังคน การประชาสัมพันธ์ที่

ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนยังเข้าใจผิดเรื่องค่าใช้จ่ายในการนำส่งผู้ป่วย¹⁴

ปัจจัยความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดพัทลุง

การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการมีรถยนต์ส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.017$) เนื่องจากมีความสะดวก ซึ่งการมีรถยนต์ส่วนบุคคลส่งเสริมให้มีพฤติกรรมไม่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน^{4,11} และจากการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยทั้งที่เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป ส่งผลให้สาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลฝางที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและถูกทำร้ายร่างกายมีการใช้บริการการแพทย์สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ⁶

ปัจจัยด้านการรับรู้การแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.001$ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ด้านการแจ้ง

เหตุขอความช่วยเหลือ ($p=0.039$) สะท้อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 92.85 โทรแจ้งเหตุที่หมายเลข 1669 สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินโทรแจ้งเหตุไปยังหมายเลข 1669 เพราะเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้แล้วพบว่าการศึกษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.007$ และ $p=0.020$ ตามลำดับ เนื่องจากการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการจัดรถที่มีอุปกรณ์การช่วยเหลือเบื้องต้น เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคน และสามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรหรืออาสาสมัครของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความรู้และมีทักษะในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมการพัฒนาบบบริการการแพทย์ให้เป็นระบบที่ยั่งยืน¹³

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเข้าใจและเห็น

ความสำคัญของระบบ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในพื้นที่ชุมชนต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่าย รวดเร็ว และปลอดภัย

2. ควรทำการศึกษาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบให้เป็นไปตามมาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตลอดจนหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สนับสนุนและติดตามจนได้ข้อมูลครบถ้วน ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กัญญา วังศรี. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. *ศรีนครินทร์วารสารการแพทย์* 2556; 28: 69-73.

2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **รายงานประจำปี 2560** : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2560.
3. มติชนออนไลน์. **สาธารณสุขพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ ปลอดภัยรวดเร็ว** [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 22 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_829787.
4. วีระ ศิริสมุทร, กิตติพงศ์ พลเสน และพรทิพย์ วชิรดิลก. ความรู้ ทศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยในประเทศไทย. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 2561; 12(4): 668-680.
5. กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิลก, วีระ ศิริสมุทร, ณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์. **สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. 2559. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>.
6. แสงอาทิตย์ วิชัยยา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลต่าง. **เชียงใหม่เวชสาร** 2561; 10(1): 93-102.
7. Wayne W.D. **Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences**. (6th ed.). John Wiley&Sons Inc. 1995: 180.
8. สุรภา ขุนทองแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี** 2652; 2(1): 30-43.
9. กิตติพงศ์ พลเสน, วีระ ศิริสมุทร, พรทิพย์ วชิรดิลก. สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. **วารสารสุศึกษา** 2561; 41(2): 51-63.
10. วีระ ศิริสมุทร, กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิลก. ความรู้ ทศนคติ และเหตุผลที่ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 2561; 12(4): 668-680.
11. สุกิมล แสนคำป็น. **อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
12. พิมพ์ผดุงดา อภิบาลศรี, บุญสม เกษะประดิษฐ์. **วิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของ**

- ประชากรโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า.
วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19:
291-299.
13. อรรณพ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา,
ธาดรี เจริญชีวกุล. **ความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี.**
[ออนไลน์].2559. [เข้าถึงเมื่อ19 ตุลาคม
2563].เข้าถึงได้จาก: [http://journal.nmc.
ac.th/th/admin/Journal/2559Vol4No1_
54. Pdf.](http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2559Vol4No1_54.Pdf)
14. จิตรประไพ สุรชิต. การรับรู้และความ
คาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวนจังหวัด
ชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11
2560; 31(2): 271-278.

การศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ 2560 – 2562

รัชดาพร รุ่งแก้ว¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และการรักษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ ตุลาคม 2560- กันยายน 2562 ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 238 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา ระหว่างปี 2560- 2562 จำนวนทั้งสิ้น 238 ราย พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46.7 ปี (SD= 23.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง อาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ คอบวม ร้อยละ 53.7 ตำแหน่งการติดเชื้อในคอชั้นลึกที่พบบ่อย คือ Submandibular space ร้อยละ 25.5 โดยมีสาเหตุมาจากฟันผุ ร้อยละ 57.1 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ร้อยละ 54.1 ระดับการติดเชื้อพบมากที่สุดได้แก่ Abscess ร้อยละ 83.2 การส่งเพาะเชื้อแบคทีเรีย เชื้อที่พบมากที่สุด คือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 31.1 ซึ่งพบมากในผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 88.9 ผลการรักษา และระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาล พบว่า การรักษาโดยการใช้ยาปฏิชีวนะ ร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง มีวันนอนเฉลี่ย 6.3 วัน ผลการรักษา อาการดีขึ้นและกลับบ้านได้ ร้อยละ 73.9 ข้อเสนอแนะ ภาวะการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก เป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที โดยได้รับการผ่าตัดระบายหนองภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิต

คำสำคัญ : อักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก, ช่องว่างระหว่างไคซากรรไกรล่าง, อักเสบ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขา โสต ศอ นาสิก) กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ลารังชีวิตยา
โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Corresponding Author: Ratchadaporn Roongkraw, Email: Orbrungkaew@yahoo.com

Received: November 8, 2020; Revised December 18, 2020; Accepted December 21, 2020

A RETROSPECTIVE STUDY OF DEEP NECK INFECTION AMONG INPATIENTS OTOLARYNGOLOGY DEPARTMENT AT SISAKET HOSPITAL, SISAKET PROVINCE BETWEEN 2017-2019

Ratchadaporn Roongkraw¹

ABSTRACT

This retrospective study aims to study situations and treatment of deep neck infection among inpatients. Otolaryngology Department at Sisaket Hospital, Sisaket Province between 2017-2019 of 238 patients are also studied. The tools for this study are medical records of infected patients. The data will be analyzed by using descriptive statistics, including frequency distribution, percentages, mean, and standard deviation.

The result was found that 238 patients admitted to treatment from 2017-2019 had more male numbers than females. Mean ages are 46.7 years old (SD = 23.0), and most of them are agriculturists. The most chronic health conditions of patients are hypertension, and the most common symptom is hemorrhagic septicemia (53.7%). The frequently infected position in the deep neck is Submandibular space (25.5%), caused by tooth decay (57.1%). The most common complications are using Endotracheal Tube after surgery (83.2%). The most common infection level is Abscess 83.2%). *Klebsiella pneumoniae* was the most common mycobacterial culture result (31.1%), which can be found in patients with diabetes (88.9%). The treatment results and the length of bedtime in the hospital were found that antibiotic treatment combined with abscess drainage surgery has 6.3 days of sleep on average. 73.9% of patients have been discharged. The deep neck is an urgent condition that should be diagnosed and treated promptly by undergoing abscess drainage within 24 hours to reduce complications and death.

Key words : Deep Neck Infection, Submandibular space, Abscess

¹ Medical Physician, Senior Professional Level, Diploma Thai Board of Otolaryngology, Department of Otolaryngology, Sisaket Hospital.

บทนำ (Introduction)

การอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep Neck Infection) เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะแทรกซ้อนสูง และอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต¹ ถึงแม้งานสาธารณสุขและทันตกรรมจะพัฒนาขึ้นมาก แต่โรคนี้ซึ่งมีสาเหตุจากฟันผุเป็นส่วนใหญ่ก็ยังคงพบบ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในสวนภูมิภาค² ถึงแม้ในปัจจุบันระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีขึ้นจากอดีต รวมถึงการมียาปฏิชีวนะที่ดีและทั่วถึง ทำให้สถานการณ์ภาพรวมปัญหาการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก deep neck infection ลดลงและอัตราการตายจากการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก แต่ก็ยังพบผู้ป่วยที่มาด้วยโรคนี้ได้บ่อย³⁻⁵

โดยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มารับรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยอาการการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกเฉลี่ย 37 รายต่อปี และยังมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและอาจถึงแก่ชีวิตได้⁶ การติดเชื้อของรากฟัน สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ Ludwig's angina (submental + submaxillary phlegmon), buccal space, masseteric space, pterygoid space^{7, 8} ฟันบนผุ สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ temporal space, masseteric space,

pterygoid space นอกจากฟันแล้วยังมีสาเหตุอื่นอีก เช่น ต่อมน้ำเหลืองบนต่อมทอนซิลอักเสบ (supratonsillar node) สามารถทำให้เกิด peritonsillar space abscess ต่อมน้ำลายอักเสบหรือเนื้องอกในท่อของต่อมน้ำลาย และการเกิดหนองที่ช่องว่างรอบต่อมน้ำลาย เช่น submandibular space abscess⁹ ภาวะการขาดน้ำ สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อของต่อมน้ำลาย parotid และมักพบเป็นเชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งตอบสนองต่อ cloxacillin¹⁰ Ludwig's angina เป็นการอักเสบติดเชื้อแบบ cellulitis บริเวณ submental, submaxillary space และลุกลามได้รวดเร็วเกิดปัญหาทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นได้จากการบวมของ floor of mouth แล้วดันให้ลิ้นตกไปด้านหลัง การระบายการติดเชื้อตำแหน่งนี้ต้องแสวงหาให้ผ่านกล้ามเนื้อ mylohyoid และอาจต้องเจาะคอ ถ้าไม่สามารถใส่ท่อทางเดินหายใจได้ อาการและอาการแสดงที่พบคือ กลืนน้ำลายไม่ลง, หายใจเหนื่อย, ทางเดินหายใจอุดกั้น การวินิจฉัยโดยการเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ของคอ (CT neck with contrast) มีความจำเป็นเพื่อช่วยการวินิจฉัย และประเมินการลุกลามของโรค, ประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุมักพบมีประวัติสิ่งแปลกปลอมติดค่อนมาก่อน หรือหลังจากทำ esophagoscopy แล้วมีแผลใน esophagus แล้วลุกลามไปช่องว่างของคอที่อยู่ใกล้เคียง

ได้แก่ peritonsillar space, submandibular space, retropharyngeal space, parotid space, masticator space และ carotid sheath¹⁷มีการศึกษาของ Sichel และคณะ ได้แบ่ง parapharynx เป็น 2 ส่วนคือส่วนหน้าและหลังต่อแนวกล้ามเนื้อที่เกาะบน styloid process พบว่า parapharynx ส่วนหลังรุนแรงกว่าส่วนหน้า เพราะ post-styloid parapharynx มีเส้นเลือดและเส้นประสาท ได้แก่ Internal carotid a. , Internal jugular v., sympathetic trunk , CN IX, X , XII ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ, mediastinitis, Septic shock , aspirated pneumonia ถ้ามีการเป็นซ้ำของฝีหนองบริเวณคอระหว่างแนวของขอบหน้ากล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid พบการติดเชื้อของ branchial cleft cyst ,fistula จากได้จากการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ของคอ (CT neck)¹¹ และบางครั้งการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกอาจเป็นอาการนำของมะเร็งบริเวณคอหอย (hypopharyngeal carcinoma) ซึ่งพิสูจน์ได้โดยการตัดชิ้นเนื้อของผนังของฝีไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น¹

จากสถิติผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี (2560 - 2562) ที่มารับรักษาในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่ามีอุบัติการณ์ของการอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก พบว่า คิดเป็น

ร้อยละ 5.9, 5.0 และ 3.9 ตามลำดับ¹²ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ถึงอย่างนั้นยังพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจถึงชีวิตได้อยู่เสมอ ทำให้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะศึกษาอุบัติการณ์การอักเสบติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการรักษา หาวิธีการป้องกันการอักเสบติดเชื้อ และเผยแพร่ข้อมูลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยและญาติต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ของ ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาอาการและอาการแสดง ความรุนแรง โรคติดเชื้อลำคอส่วนลึกที่พบบ่อย
3. เพื่อศึกษาตำแหน่งการติดเชื้อสาเหตุของติดเชื้อ ระดับการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อโรคติดเชื้อช่องโพรงศีรษะและลำคอส่วนลึก
4. เพื่อศึกษาแนวทางการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างครั้งนี้คือ ประชากรที่เข้ารับการรักษาด้วยการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่สามารถวินิจฉัยและให้บริการรักษาผู้ป่วยการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ที่เข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ ตุลาคม 2560- กันยายน 2562 จำนวน 238 คน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก Deep neck infection โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - กันยายน 2562 จำนวน 238 ราย โดยมีการเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ซึ่งได้แก่ submandibular space, submental space, peritonsillar space, retropharyngeal

space, parapharyngeal space, buccal space, and canine space abscess/cellulitis เป็นต้น และจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แผนก โสต ศอ นาสิก ช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2562

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อบริเวณผิวหนังชั้นตื้น
2. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มต่อมน้ำเหลืองอักเสบ
3. ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของก้อนมะเร็งที่คอ
4. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนังส่วนบน
5. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหลังการผ่าตัดที่ลำคอ
6. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ มีข้อมูลไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก และได้เข้ารับการรักษาก่อนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แผนก โสต ศอ นาสิก ช่วงเวลาเดือนตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อ ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ สาเหตุของการติดเชื้อ

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคล และ อุบัติการณ์ของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 083/2563 วันที่ 7 ตุลาคม 2563 ให้สามารถทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนได้

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้ม

คอชั้นลึก ระหว่างปี 2560 - 2562 จำนวน 238 ราย พบว่า เพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 46.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.0 (อายุต่ำสุด 7 เดือน สูงสุด 97 ปี) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 51 ถึง 60 ปี (18.9%) ส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.2 อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย คือ คอบวม ร้อยละ 30.4 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.4 วัน (ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 54 วัน) ผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.7 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.1 (บางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค) โรคประจำตัวที่พบสูงสุด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 26.9, 26.1, 8.7 ตามลำดับ วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง สูงสุดเท่ากับ 9.0 วัน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=238)

คุณลักษณะ	ปี 2560(n=61)		ปี 2561(n=92)		ปี 2562(n=85)		รวม(n=238)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ								
ชาย	32.0	13	53.0	22	44	18.5	129	54.2
หญิง	29.0	12	39.0	16	41	17.2	109	45.8
2.อายุ(ปี)								
ค่าเฉลี่ย, SD.	42.1(23.3)		48.5(20.1)		47.9(25.4)		46.7(23.0)	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1 ปี, 96 ปี		2 ปี, 87 ปี		7 เดือน, 97 ปี		7 เดือน, 97 ปี	

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=238)

คุณลักษณะ	ปี 2560(n=61)		ปี 2561(n=92)		ปี 2562(n=85)		รวม(n=238)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ								
รับจ้าง	6	9.8	15	16.3	8	9.4	29	12.2
ไม่ได้ทำงาน	5	8.2	9	9.8	21	24.8	35	14.7
เกษตรกร	30	49.2	48	52.2	32	37.7	110	46.3
นักเรียน นักศึกษา	9	14.8	10	10.9	11	12.9	30	12.6
อื่นๆ	11	18.0	10	10.8	13	15.2	34	14.2
4. จำนวนวันนอน รพ. (วัน)	389		484		415		1,288	
5. วันนอน(วัน)								
ค่าเฉลี่ย(SD.)	6.38(7.07)		5.26(3.38)		4.88(2.74)		5.41(4.48)	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1, 54		1, 20		1, 18		1, 54	
6. โรคประจำตัว(ราย)								
ไม่มีโรคประจำตัว	41		56		55		152	63.9
มีโรคประจำตัว	20		36		30		86	36.1
โรคประจำตัว* (ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค)								
เบาหวาน	10		13		10		33	26.1
ความดันโลหิตสูง	7		13		14		34	26.9
ไขมันในเลือดสูง	1		1		2		4	3.1
HIV	0		1		1		2	1.5
ไตวายเรื้อรัง	4		4		3		11	8.7
อื่นๆ	10		16		16		42	19.8

2. อาการและอาการแสดงที่พบ

บ่อยและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
เรื้อรังต่อผลการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้น
ลึก ระหว่าง ปี 2560 - 2562

พบว่า อาการและอาการแสดงที่พบ

บ่อยพบร่วมกับการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอ
ชั้นลึก ซึ่ง 1 คนอาจมีมากกว่า 1 อาการ พบ
มากที่สุดคือ คอบวม ร้อยละ 53.7 และ ปวด
ฟัน ร้อยละ 38.2 (ดังตารางที่ 2) ระยะเวลา

ในการนอนโรงพยาบาลเรื้อรังต่อผลการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ระหว่าง ปี 2560 – 2562 พบว่า ค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง 5.7, 5.6 และ 3.0 วัน ตามลำดับ แต่หากมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค พบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น

มากกว่า โรคเดียว เบาหวานและไตวายเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 9 วัน เบาหวานและความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง ค่าเฉลี่ย 9 วัน ความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง เบาหวานและโรคหัวใจ ไตวายเรื้อรังและตับแข็งจากโรคพิษสุราเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล เท่ากัน 7.0 วัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดง จำนวน อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (n=238) (1 คน อาจมีมากกว่า 1 อาการ)

อาการ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
1. คอบวม	128	53.7
2. แก้มบวม	91	38.2
3. ปวดฟัน	55	23.1
4. ไข้	49	20.5
5. อ้าปากไม่สุด	28	11.7
6. อื่นๆ	70	29.4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว วันนอนโรงพยาบาล และ เฉลี่ยวันนอนของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ทั้งหมดของแผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี 2560 - 2562

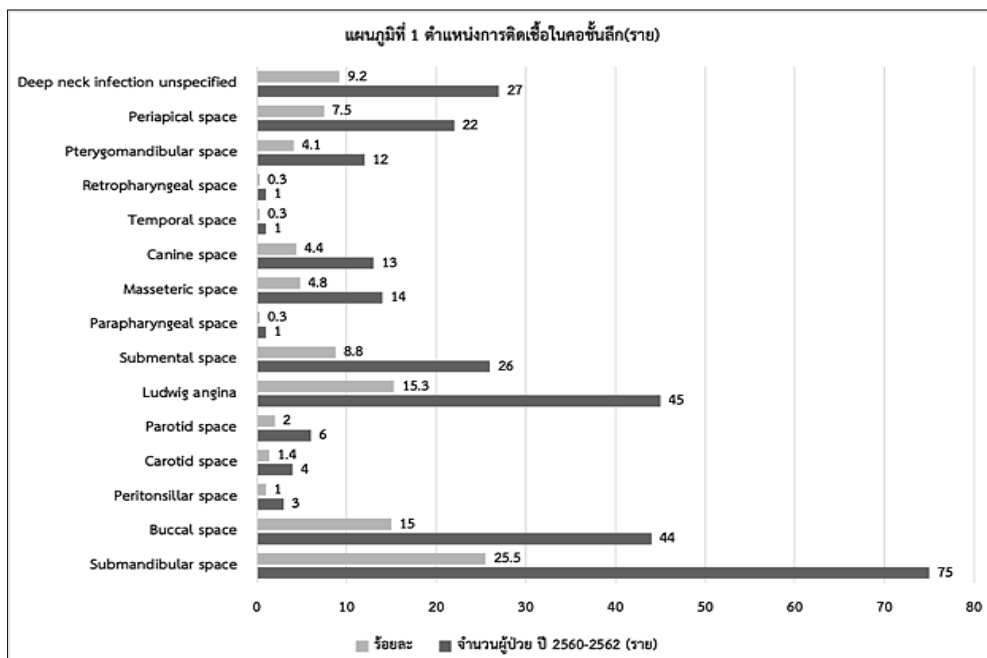
โรคประจำตัว	จำนวน (ราย)	วันนอน โรงพยาบาล (วัน)	เฉลี่ยวันนอน (วัน)
เบาหวานและไตวายเรื้อรัง	2	18	9.0
เบาหวานและความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง	1	9	9.0
ความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง	3	21	7.0
เบาหวานและโรคหัวใจ	1	7	7.0
ไตวายเรื้อรังและตับแข็งจากโรคพิษสุราเรื้อรัง	1	7	7.0
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	17	114	6.7
ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	10	57	5.7
เบาหวานอย่างเดียว	11	62	5.6
ไตวายเรื้อรังอย่างเดียว	4	12	3.0

3. ตำแหน่งการติดเชื้อ สาเหตุของติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน ระดับการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อ ระหว่าง ปี 2560 - 2562

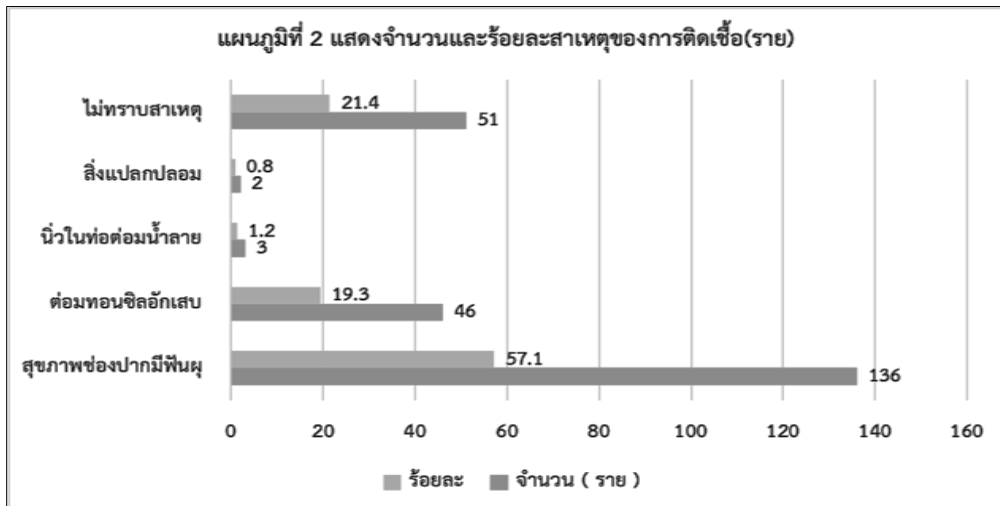
ผลการวิจัย พบว่า ตำแหน่งการอักเสบติดเชื้อที่พบมากที่สุดบริเวณ Submandibular space รองลงมา Ludwig angina และ Buccal space ร้อยละ 25.5, 15.3, 15.0 ตามลำดับ สาเหตุที่พบจากปัญหาสุขภาพช่องปากมีฟันผุ ต่อมนทอนซิลอักเสบ และนิวโมโตต่อมน้ำลาย ร้อยละ 57.1, 19.3, 1.2 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ การใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด, Septic shock และเสียชีวิต ร้อยละ 54.1,

25.0, 16.7 ตามลำดับ ระดับการติดเชื้อพบมากที่สุด ได้แก่ ระดับฝีหนอง (abscess), Cellulitis และ Cellulitis and Abscess ร้อยละ 83.2, 10.5, 5.9 ตามลำดับ และพบ Necrotizing fasciitis ร้อยละ 0.4 ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดฟังกอกซิเจนแล้วขึ้นเชื้อ 45 สิ่งส่งตรวจจากหนองที่คอชั้นลึก พบเชื้อ *Klebsilla pneumoniae* สูงสุด รองลงมา เชื้อ *Streptococcus spp.*, เชื้อ *Staphylococcus spp.* และ *Burkholderia pseudomallei* ร้อยละ 31.1, 24.4, 17.7 และ 13.3 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1-2 และตารางที่ 4

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ตำแหน่งการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (n=238)



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละสาเหตุการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (n=238)



ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบของผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วย 30 /258 ราย (12.6%) ระหว่าง ปี 2560 – 2562

ตัวแปร	ปี 2560 (n=61)	ปี 2561 (n=92)	ปี 2562 (n=85)	รวม (n=238)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน					
- ไม่มี	56	80	78	214	89.9
- มี	5	12	7	24	10.1
ภาวะแทรกซ้อน (n=24) (1 คน อาจมีมากกว่า 1 ภาวะแทรกซ้อน)					
-ใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด	2	8	3	13	54.1
-ย้ายเข้า ICU	1	0	1	2	8.4
-Septic shock	1	3	2	6	25.0
-Pneumonia	0	1	2	3	12.5
-เสียชีวิต	1	2	1	4	16.7
-ภาวะหายใจอุดกั้น	0	0	1	1	4.2
-ไม่ระบุ	1	0	0	1	4.2
ระดับการติดเชื้อ					
- Abscess	47	78	73	198	83.2
- Cellulitis	7	8	10	25	10.5

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบของผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วย 30 /258 ราย (12.6%) ระหว่าง ปี 2560 – 2562 (ต่อ)

ตัวแปร	ปี 2560 (n=61)	ปี 2561 (n=92)	ปี 2562 (n=85)	รวม (n=238)	ร้อยละ
- Cellulitis & Abscess	6	6	2	14	5.9
- Necrotizing fasciitis	1	0	0	1	0.4
ผลการเพาะเชื้อผลการเพาะเชื้อแบคทีเรีย					
- ส่งตรวจ	28	37	39	104	43.7
ผลการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรีย (n=104)					
- No Growth	13	22	24	59	56.7
- Growth (พบเชื้อ n=45)	15	15	15	45	43.3
1. Klebsilla pneumoniae	5	6	3	14	31.1
2. Streptococcus spp.	2	7	2	11	24.4
3. Staphylococcus spp.	3	0	5	8	17.7
4. Burkholderia pseudomallei	3	0	3	6	13.3
5. อื่นๆ	2	2	2	6	13.2

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละโรคประจำตัวผู้ป่วยที่เพาะขึ้นเชื้อ Klebsilla pneumoniae (n=14)

พบว่า โรคประจำตัวผู้ป่วยที่เพาะขึ้นเชื้อ Klebsilla pneumoniae จำนวน 14 ราย มีโรคประจำตัว 9 ราย ร้อยละ 64.2 ไม่มีโรคประจำตัว 5 ราย ร้อยละ 35.7 ดังนี้

โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เพาะขึ้นเชื้อ Klebsilla pneumoniae	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่มีโรคประจำตัว	5	35.7
- มีโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เพาะขึ้นเชื้อ Klebsilla pneumoniae	9	64.3
เบาหวาน	8	88.9
ความดันโลหิตสูง	1	11.1

4. ผลการรักษาทางทันตกรรม การ
รักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัด/ดูด
ระบายหนอง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและ
ค่าเฉลี่ย และผลการรักษาผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อ
ในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ระหว่าง ปี 2560 -
2562
ผลการวิจัย พบว่า ผลการรักษาทาง
ทันตกรรม ให้บริการถอนฟัน ส่งทำฟัน

โรงพยาบาลใกล้บ้าน และ นัดทำฟันหลังการรักษา ร้อยละ 71.8, 16.4, 8.5 ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ส่วนใหญ่ ได้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนองสูงสุด ร้อยละ 62.6, ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเดียว ร้อยละ 32.3, ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการดูดหนอง ร้อยละ 5.0 และเมื่อเปรียบเทียบการรักษาที่ผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ทั้ง 3 กลุ่ม กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ

ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลระหว่าง ปี 2560 – 2562 พบว่า การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดเจาะระบายหนองสูงสุดถึงร้อยละ 62.6 และพบว่าทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุด 6.3 วัน และ การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะอย่างเดียว ร้อยละ 32.3 นอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่ำสุด 3.8 วัน ผลการรักษา ส่วนใหญ่ อาการดีขึ้น กลับบ้านได้ ร้อยละ 73.9 แต่ยังพบว่า มีการเสียชีวิต ร้อยละ 1.7 ดังตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 แสดง จำนวน ร้อยละ ผลการรักษาทางทันตกรรมระหว่าง ปี 2560 - 2562 (n=238)

ตัวแปร	ปี 2560 (n=61)	ปี 2561 (n=92)	ปี 2562 (n=85)	รวม (n=238)	ร้อยละ
ผลการรักษาทางทันตกรรม					
- ไม่มีการรักษาทางทันตกรรม	29	40	41	110	46.2
- มีการรักษาทางทันตกรรม (n=128)	32	52	44	128	53.8
(1 ราย อาจมีมากกว่า 1 การรักษา)					
- ถอนฟัน	24	37	31	92	71.8
- ส่งทำฟันโรงพยาบาลใกล้บ้าน	4	12	5	21	16.4
- นัดทำฟันหลังการรักษา	4	6	1	11	8.5
- ถอนฟันและขูดหินปูน	9	0	0	9	7.0
- ขูดหินปูน	1	4	2	7	5.5
การรักษาที่ผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (n=238)					
- ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง	38	56	55	149	62.6
- ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเดียว	19	30	28	77	32.4
- ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการดูดหนอง	4	6	2	12	5.0

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบการรักษาที่ผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ทั้ง 3 กลุ่ม กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล ระหว่าง ปี 2560 - 2562

วิธีการรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวนวันนอน โรงพยาบาล (วัน)	ค่าเฉลี่ยวันนอน โรงพยาบาล (วัน)
ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัด	149	62.6	942	6.3
เจาะระบายหนอง				
ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเดียว	77	32.3	295	3.8
ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการดูดหนอง	12	5.0	51	4.2

ตารางที่ 8 ผลการรักษาผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ระหว่าง ปี 2560 - 2562

ผลการรักษา (ราย)	ปีงบประมาณ (ราย)				
	2560	2561	2562	รวม	ร้อยละ
ส่งกลับรักษาต่อที่ รพช	13	21	21	55	23.1
อาการดีขึ้นกลับบ้านได้	47	68	61	176	73.9
ปฏิเสธการรักษา	0	1	2	3	1.3
เสียชีวิต	1	2	1	4	1.7

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาย้อนหลังการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ.2560-2562 จำนวนทั้งสิ้น 238 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 51 ถึง 60 ปี ร้อยละ 18.9 ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาอื่น^{1,13,14} และอาชีพที่พบมากที่สุดเป็นเกษตรกร ร้อยละ 46.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.4 วัน อาการและอาการแสดงที่พบ

บ่อยได้แก่ คอบวม แก้มบวม ปวดฟัน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่น ๆ^{9,11} จากค่าสถิติจะพบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการคอ บวมปวดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่น¹⁵ และถึงแม้จะเป็นการติดเชื้อแต่อาจไม่มีไข้ได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น มีโรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลต่อผลการรักษาและวันนอนนานกว่าค่าเฉลี่ยทั้งหมด ถึง 6.3 วัน จากตำแหน่งการติดเชื้อที่พบเป็น Submandibular space, Ludwig angina, Buccal space และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาสุขภาพ

ช่องปาก ซึ่งตรงกับการศึกษาอื่น¹⁶ ภาวะแทรกยังพบการใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด, Septic shock, Pneumonia, และมีภาวะหายใจอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายต้องรีบให้การรักษาเพื่อลดอัตราการตาย ส่วนระดับการติดเชื้อ เป็นระดับฝีหนอง abscess และยังคงพบ Necrotizing fasciitis ในการศึกษาเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคบ่อย เป็นเชื้อกลุ่ม Anaerobic bacteria ได้แก่ *Klebsilla pneumoniae* สูงสุด ซึ่งเหมือนการศึกษาอื่นทั้งในและต่างประเทศ^{11,17} ส่วนสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อไม่ขึ้น อาจเป็นเพราะเทคนิคการเก็บสิ่งส่งตรวจไม่สามารถเพาะเชื้อแบคทีเรียแบบไม่พึ่งออกซิเจน (anaerobic bacteria) ได้ หรือเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนที่จะผ่าตัดระบายหนอง ซึ่งเหมือนการศึกษาอื่นทั้งในและต่างประเทศ^{11,15,16,18}

ผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่ *Klebsiella pneumoniae* มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน เป็นจำนวนมาก ส่วนเชื้อแบคทีเรียชนิดพึ่งออกซิเจน (aerobic bacteria) ที่มักพบได้บ่อยคือ เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก เช่น *Staphylococcus aureus* และ *Streptococcus* spp. แต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน immunocompromised host มักจะพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *Klebsiella pneumoniae*^(11, 17, 18) ดังผลการศึกษารายละเอียด 88.9 เพราะระดับน้ำตาลในเลือดที่

สูงจะมีผลส่งเสริมการสร้าง polysaccharide ที่เป็นส่วนประกอบในการสร้างแคปซูลของเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และมีผลด้าน phagocytic function ,ระบบ complement, การทำงานของเม็ดเลือดขาว Neutrophil และ Macrophage ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเบาหวาน การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่ กับ ลักษณะ ของ ผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวานโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือการใช้ยาในทางที่ผิด^{17, 19-21} ดังนั้นในผู้ป่วยเบาหวานจะต้องคุมระดับน้ำตาลให้ดี ทั้งนี้ ผู้ป่วยเบาหวาน ,Thalassemia, ไตวายเรื้อรัง จะต้องเลือกยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียทั้ง anaerobic bacteria , แกรมบวก และแกรมลบได้ดี เพราะมีโอกาสเป็นเชื้อแบคทีเรียได้หลายกลุ่ม โดยเฉพาะแบคทีเรียแกรมลบ *Klebsiella pneumoniae* เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว เช่น septic shock , mediastinitis, pleural effusion , ภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ และอัตราการตายสูง โดยมีปัจจัยการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (poor prognostic factor) ในเรื่องของ การดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญโดยเฉพาะ space ที่ทำให้ทางเดินหายใจบวมและเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น Ludwig angina , retropharyngeal space abscess โดยการเจาะคอ (tracheostomy) ที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการเปิดทางเดินหายใจ

ภาวะการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep Neck Infection) เป็นภาวะเร่งด่วนที่ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนองภายใน 24 ชั่วโมง จะลดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ สาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อทางทันตกรรมและที่ต่อมทอนซิล เชื้อที่พบเป็น mixed microorganism ส่วนเชื้อแบคทีเรียเป็นชนิดไม่พึ่งออกซิเจน (anaerobic bacteria) มากที่สุด เช่น *Klebsiella pneumoniae* , *Staphylococcus* spp. *Streptococcus* spp. แต่ถ้ามีโรคเบาหวานร่วม การรักษาที่สำคัญ ควรให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง และดูแลทางเดินหายใจ การป้องกัน การรณรงค์ดูแลสุขภาพปากและฟันที่ดีสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ นายแพทย์ปิยวัฒน์ อังควะนิช ที่อนุญาตให้ทำงานวิจัย นายแพทย์สุที วงศ์ละคร โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ปรึกษาและตรวจทานผลงานวิจัย และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Suesongtham. P, Charoensombatamom. S, Ungkhara. G. Deep Neck Infection in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Vajira Medical Journal. 2018; 62.
2. ชูเกียรติ วงศ์นิจศีล. Deep neck abscess clinical review at Khon Kaen Hospital. **ขอนแก่นเวชสาร** 2008; 32(2): 147-54.
3. Jongprasartsuk. W. Deep Neck Infections : a Study of 127 Cases in Nan Hospital. **Lampang Med J** 2011 ; 32(2): 42-50.
4. Mazita A, Hazim MY, Megat Shiraz MA, SH. PP. Neck abscess: five year retrospective review of Hospital University Kebangsaan Malaysia experience. **Med J Malaysia** 2006; 61(2): 151-6.
5. Rigante. D, Spanu. T, Nanni. L, al. e. Deep neck infection complicating lymphadenitis caused by *Streptococcus intermedius* in an immunocompetent child(2006). **BMC Infectious Diseases** 2006; 6(61).
6. Srivanitchapoom. C, Sittitrai. P, Pattarasakulchai. T, Tananuvat. R. Deep neck infection in Northern Thailand. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** 2012 Jan ; 269(1): 241-6.

7. Nikakhlagh S, rahim F, Saki G, Khosravi AD, Rekabi H, Saki N. Deep neck infections: a case study of 12-year. Asian Journal of Biological Sciences. 2010; 3: 128-33.
8. Lee. YQ, Kanagalingam. J. **Bacteriology of Deep Neck Abscesses: A Retrospective Review of 96 Cases.** Otolaryngology -Head and Neck Surgery. 2011; 145 (2_suppl): P161-P.
9. Suebara. AB, Gongalves. AJ, Alcadipani. FAMC, al. e. Deep neck infection - analysis of 80 cases. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology** 2008; 74(2): 253-9.
10. Rigante. D, Spanu. T, Nanni. L, Tomesello. A, Sanguinetti. M, D'Inzeo. T, et al. Deep neck infection complicating lymphadenitis caused by Streptococcus intermedius in an immunocompetent child. **BMC Infectious Diseases** 2006; 6(61) :1-4.
11. Ovassapian. A, Tuncbilek. M, Weitzel. EK, Joshi. CW. Airway management in adult patients with deep neck infections: a case series and review of the literature. **Anesthesia and analgesia** 2005; 100(2): 585-9.
12. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. **สถิติผู้ป่วยปี 2560-2562: โรงพยาบาลศรีสะเกษ.** 2563.
13. รัศมี ชิงเกียรติตระกูล. Deep neck infection in Bhumibol Adulyadej Hospital (วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. 2550; 2550: 1-16.
14. วิชาญ จงประสาธน์สุข. การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลน่าน. **ลำปางเวชสาร** 2554; 37(2): 42-50.
15. McKellop. JA, Bou-Assaly. W, Mukherji. SK. Emergency head & neck imaging: infections and inflammatory processes. **Neuroimaging clinics of North America** 2010; 20(4): 651-61.
16. Srirompotong. S, Srirompotong. S, Saeseow. P. Retropharyngeal space infection. **J Med Assoc Thai** 2004; 87(4) :4.
17. สราจิต ก้านทอง. Retrospective study of incidence and treatment outcome of deep neck infection and facial space abscess for 491 patients at Chaiyaphum hospital during 1999 to 2007. **ขอนแก่นเวชสาร** 2008; 32: 153-64

18. Alaani A, Griffiths H, Minhas SS, Olliff J, Lee AB. Parapharyngeal abscess: diagnosis, complications and management in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262(4): 345-50.
19. Wiraboonchai. B. Deep Neck Infection in Surin Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals* 2009; 24(1).
20. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician* 2008; 77(2): 199-202.
21. Kauffmann. P, Cordesmeier. R, Tröltzsch. M, Sömmer. C, Laskawi. R. Deep neck infections: A single-center analysis of 63 cases. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 2017; 22(5): 536-41.

การคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น

วรรณกร แพงกระโทก¹, สงกรานต์ กลั่นด้วง²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสายสนับสนุนงานบริหาร โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 83 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563 - สิงหาคม 2563 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.90 อายุเฉลี่ย 39.13 ปี (SD=8.01) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.75 ด้านสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 50.60 ระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น เฉลี่ย 10.98 ปี (SD=8.07) ด้านประเภทของการจ้างงานของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 44.58 ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของบุคลากรสายสนับสนุนปัจจัยองค์การต่อการคงอยู่ในงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($=4.02$, $SD=0.72$) ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($p>0.05$) ปัจจัยด้านองค์การต่อการคงอยู่ในงาน ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ข้อเสนอแนะ ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรได้อย่างแท้จริง นำไปสู่การลดอัตราการลาออก/โอนย้าย ของบุคลากร และสามารถขับเคลื่อนองค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การคงอยู่ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากร

¹ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Songkran Klunduang, Email: songord.k@gmail.com

Received: October 19, 2020; Revised December 20, 2020; Accepted December 29, 2020

THE WORK RETENTION OF BACK OFFICE PERSONNEL IN KHON KAEN HOSPITAL

Wannakorn Phaengkrathok¹, Songkran Klunduang²

ABSTRACT

The purpose of this research is to study the persistence of supporting personnel in Khon Kaen Hospital. The research is the Descriptive study, which has a sample group of back Office (83 persons), by collecting data from July 2020 to August 2020. The data collecting instrument was a questionnaire. The mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficients, and statistical significance level at level 0.5, are used for statistical analysis.

The study found that most of them were female and accounted for 75.90%. The mean age is 39.13 years old (SD=8.01). Most of the highest education level is a bachelor's degree, which is 86.75%. Single in marital status accounts for 50.60%. The average length of time working at Khon Kaen Hospital is 10.98 years (SD=8.07). Most of the employment in Khon Kaen Hospital are government employees, as a percentage of 44.58. The overall mean of opinions of supporting personnel in organizations towards work retention is high (=4.02, SD= 0.72) and personal factors aren't associated with work retention ($p>0.05$). The result of organizational factors for work persistence of supporting personnel in Khon Kaen Hospital illustrates that overall, there is a moderate positive correlation with support personnel's work retention, statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$). For suggestion, the study results should be used to formulating the crew resource management policy to reciprocate truly to the personnel's needs. The policy will lead to the reduction of personnel's resignation/transfer rate and able to develop the organization effectively.

Key words: retaining, supporting personnel, personnel

¹Human Resource Office, Professional Level and ²Registered Nurse, Professional Level

บทนำ (Introduction)

มนุษย์เป็น “ทรัพยากร” ที่สำคัญที่สุดเนื่องจากศักยภาพของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทรงคุณค่าอย่างยิ่ง ปราศจากขอบเขตจำกัด มีความสามารถในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการอันไม่มีที่สิ้นสุดของมนุษย์ องค์การที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญแก่ทรัพยากรมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง การจัดการทรัพยากรมนุษย์มีความสำคัญต่อการรักษาทรัพยากรมนุษย์ให้คงอยู่กับองค์การไปนานๆ บุคลากรมีความตั้งใจคงอยู่ในองค์การ¹ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน² อัตรากำลังของโรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย บุคลากรสายวิชาชีพหลัก บุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะ บุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ และบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งมี 4 ประเภทการจ้าง ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว บุคลากรสายสนับสนุน (Back Office) เป็นกำลังสำคัญในการผลักดันให้ภารกิจต่างๆ ของโรงพยาบาลสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้หน่วยงานองค์กร สามารถแก้ปัญหาและพัฒนาการปฏิบัติงาน จากสถิติการสูญเสียบุคลากรสาย

สนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น 3 ปีย้อนหลังพบว่าปี 2560 จำนวน 3 คน ปี 2561 จำนวน 8 คน และปี 2562 จำนวน 9 คน เหตุผลที่ย้ายหรือลาออกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ กลับภูมิลำเนาและประกอบธุรกิจส่วนตัว³ โดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาสังคมตามเป้าประสงค์ที่ 8 บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติราชการ มีความพึงพอใจและมีความสุขในการปฏิบัติงานซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดคือ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะของนักทรัพยากรบุคคล จึงเห็นความสำคัญในการศึกษาการคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำผลจากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในธำรงรักษามูลค่าบุคลากรสายสนับสนุน อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนและเพิ่มประสิทธิผลของโรงพยาบาลขอนแก่น และนำเสนอผู้บริหารในการบริหารทรัพยากรบุคคลต่อไป งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น

การดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 13 สายงาน ทั้ง 4 ประเภทการจ้าง ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ต้องปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลขอนแก่นมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี มี 13 สายงาน จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง กรณีทราบจำนวนประชากรที่แท้จริงและได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบประชากรจากสูตรการประมาณการหาค่าเฉลี่ยกรณีทราบกลุ่มประชากร^{5,6} ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

แทนค่า

Population size (N) = 104

SD. (σ)³ = 0.51, Error (d) = 0.05

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.96

Sample size (n) = 83

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 83 คน โดย สุ่มตัวอย่าง จับแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ตามจำนวนที่คำนวณได้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563 - สิงหาคม 2563

เครื่องมือเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาที่ผ่านมาของ จุไรวรรณ บินดูเหล็ม⁷ ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาปัจจัยองค์กร ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านผลตอบแทน ด้านระบบงาน ด้านการคงอยู่ในงาน คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทั้ง 9 ด้าน เท่ากับ 0.90 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้กับบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.97

การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละขั้นคะแนนเท่ากับ 1.33⁸ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 แปลผล ระดับความคิดเห็นระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 แปลผล ระดับความคิดเห็นระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 แปลผล ระดับความคิดเห็นระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา บรรยายคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็น ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านผลตอบแทน ด้านระบบงาน และ ด้านการคงอยู่ในงาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความคิดเห็นด้านด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านผลตอบแทน ด้านระบบงาน ต่อ การคงอยู่ในงาน ใช้สถิติ

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้เกณฑ์เทียบระดับความสัมพันธ์ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) การแปลผล⁹

0.00 - 0.30 ไม่มีความสัมพันธ์

0.31 - 0.50 ความสัมพันธ์ระดับต่ำ

0.51 - 0.70 ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

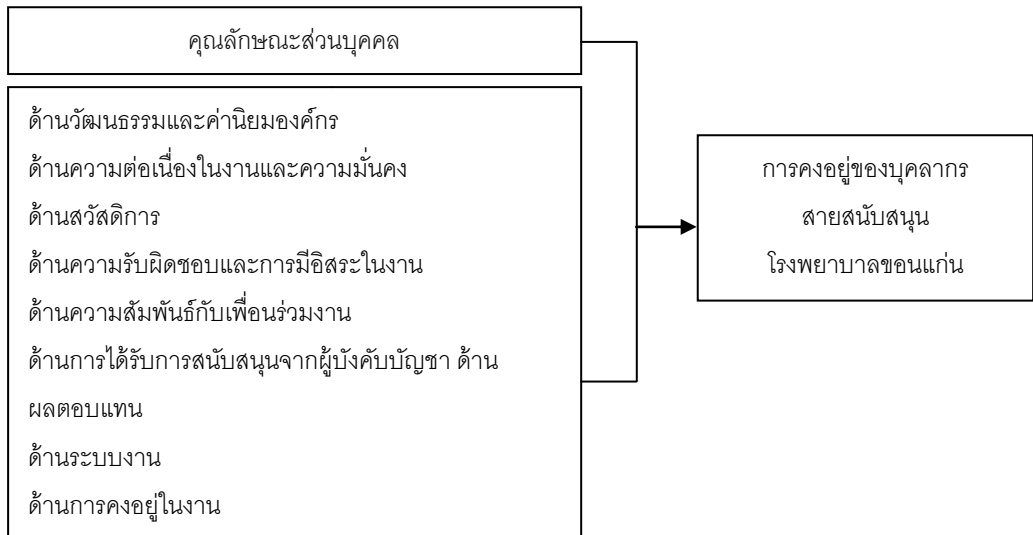
0.71 - 0.90 ความสัมพันธ์ระดับสูง

0.91 - 1.00 ความสัมพันธ์ระดับสูงที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โครงการ KEXM 63002 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2563 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายการยกเว้นขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ตามประกาศโรงพยาบาลขอนแก่น ฉบับวันที่ 16 มีนาคม 2553 โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผลการศึกษา(Result)

1.คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.90 อายุเฉลี่ย 39.13 ปี (SD= 8.01) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.37 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.53 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.75 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 15,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.29 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 50.60 รองลงมาเป็นสมรส คิดเป็นร้อยละ 44.58 ด้านตำแหน่งงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 19.28 รองลงมาเป็นตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี คิดเป็นร้อยละ 18.07 และตำแหน่ง

นักทรัพยากรบุคคล คิดเป็นร้อยละ 10.84 ตามลำดับ ระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น เฉลี่ย 10.98 ปี (SD= 8.07) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง 1 – 5 ปี และ 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.71 เท่ากันทั้งสองช่วง รองลงมาจะระหว่าง 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.28 ด้านประเภทของการจ้างงานของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 44.58 รองลงมาเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 38.55 ด้านภูมิลาเนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 79.52 ด้านการะครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีภาระคือต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 91.57 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=83)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	24.10
หญิง	63	75.90
อายุ		
20 – 29 ปี	10	12.05
30 – 39 ปี	36	43.37
40 – 49 ปี	27	32.53
50 – 59 ปี	10	12.05
อายุเฉลี่ย 39.13 ปี (SD= 8.01) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 58 ปี		
การศึกษา		
ปริญญาตรี	72	86.75
ปริญญาโท	11	13.25
รายได้ N= 82 (ไม่ระบุ 1 คน)		
ไม่เกิน 15,000 บาท	16	19.51
15,001 – 30,000 บาท	56	68.29
มากกว่า 30,000 บาท	10	12.20
สถานภาพ		
โสด	42	50.60
สมรส	37	44.58
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	4.82
ตำแหน่งงาน		
(1) นักวิชาการเงินและบัญชี	15	18.07
(2) นักวิชาการพัสดุ	8	9.64
(3) นิติกร	2	2.41
(4) นักทรัพยากรบุคคล	9	10.84
(5) นักประชาสัมพันธ์	5	6.02
(6) บรรณารักษ์	2	2.41
(7) นักจัดการงานทั่วไป	16	19.28

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=83) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
(8) นักวิชาการศึกษา	10	12.05
(9) วิศวกร	2	2.41
(10) นักวิชาการคอมพิวเตอร์	6	7.23
(11) นักวิชาการโสตทัศนศึกษา	2	2.41
(12) นักวิชาการสถิติ	3	3.61
(13) นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	3	3.61
ระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น		
1 – 5 ปี	23	27.71
6 – 10 ปี	23	27.71
11 – 15 ปี	16	19.28
16 – 20 ปี	10	12.05
21 – 25 ปี	5	6.024
26 – 30 ปี	3	3.614
30 ปีขึ้นไป	3	3.614
ระยะเวลาเฉลี่ย 10.98 ปี (SD=8.07) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 31 ปี		
ประเภทของการจ้างงานของโรงพยาบาลขอนแก่น		
(1) ข้าราชการ	12	14.46
(2) พนักงานราชการ	37	44.58
(3) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	32	38.55
(4) ลูกจ้างชั่วคราว	2	2.41
ภูมิลำเนา		
(1) จังหวัดขอนแก่น	66	79.52
(2) จังหวัดอื่น	17	20.48
ภาวะครอบครัว		
(1) มีภาระ คือต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว	76	91.57
(2) ไม่มีภาระ	7	8.43

2. ปัจจัยองค์กร

ภาพรวมความคิดเห็นของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลขอนแก่น เกี่ยวกับปัจจัยองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (=4.01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับความคิดเห็นในระดับสูงทุกด้าน ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร (=4.44) ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง (=3.86) ด้าน

สวัสดิการ (=3.95) ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน (=4.23) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (=4.18) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา (=4.00) ด้านผลตอบแทน (=3.71) ด้านระบบงาน (=3.77) และ ด้านความคงอยู่ในงาน (=4.20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยองค์กร (n=83)

ปัจจัยองค์กร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร	4.44	0.55	สูง
2. ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง	3.86	0.73	สูง
3. ด้านสวัสดิการ	3.95	0.70	สูง
4. ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน	4.23	0.55	สูง
5. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	4.18	0.75	สูง
6. ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	4.00	0.81	สูง
7. ด้านผลตอบแทน	3.71	0.99	สูง
8. ด้านระบบงาน	3.77	0.95	สูง
9. ด้านความคงอยู่ในงาน	4.20	0.60	สูง
ภาพรวม	4.02	0.72	สูง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยองค์กรกับปัจจัยต่อการคงอยู่ในงาน ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ และระยะเวลาการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน (p-value = 0.87 และ 0.55 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการคงอยู่ในงาน (n=83)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	การคงอยู่ในงาน	
		p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. อายุ	0.018	0.87	ไม่มี
2. ระยะเวลาการทำงาน	0.067	0.55	ไม่มี

ปัจจัยด้านองค์กรต่อการคงอยู่ในงาน ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (r=0.611) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านระบบงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน

โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (r=0.515, r=0.531 และ r=0.535 ตามลำดับ) ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง ด้านสวัสดิการ ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ ด้านผลตอบแทนมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำ กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (r=0.497, r=0.491, r=0.437, r=0.483 และ r=0.474 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ระหว่างปัจจัยองค์กรกับการคงอยู่ในงาน (n=83)

ปัจจัยองค์กร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	การคงอยู่ในงาน	
		p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร	0.519 [*]	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง	0.497 [*]	<0.001	ต่ำ
3. ด้านสวัสดิการ	0.419 [*]	<0.001	ต่ำ
4. ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน	0.437 [*]	<0.001	ต่ำ

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ระหว่างปัจจัยองค์กรกับการคงอยู่ในงาน (n=83) (ต่อ)

ปัจจัยองค์กร	การคงอยู่ในงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
5. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.483 [*]	<0.001	ต่ำ
6. ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	0.531 [*]	<0.001	ปานกลาง
7. ด้านผลตอบแทน	0.474 [*]	<0.001	ต่ำ
8. ด้านระบบงาน	0.535 [*]	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.611 [*]	<0.001	ปานกลาง

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.90 อายุเฉลี่ย 39.13 ปี (SD= 8.01) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.37 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.75 มีรายได้ระหว่าง 15,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 68.29 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.60 ระยะเวลาในการทำงาน เฉลี่ย 10.98 ปี (SD=8.07) ประเภทของการจ้างงาน เป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 44.58 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 79.52 ภาระครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 91.57

ด้านความคิดเห็นของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลขอนแก่น เกี่ยวกับ

ปัจจัยองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (=4.03) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับความคิดเห็นระดับสูงทุกด้าน ด้านวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กร (=4.44) ด้านความต่อเนื่องในงานและความมั่นคง (=3.86) ด้านสวัสดิการ (=3.95) ด้านความรับผิดชอบและการมีอิสระในงาน (=4.23) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (=4.18) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา (=4.00) ด้านผลตอบแทน (=3.71) ด้านระบบงาน (=3.77) และด้านความคงอยู่ในงาน (=4.20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำรงรักษาพนักงานให้คงอยู่กับองค์กร ของ ปฎิคม สุชาติ¹⁰ ซึ่งพบว่า พนักงานมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงต่อการคงอยู่ในองค์กร แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิศาชล ภูมิพื้นผล¹¹ พบว่า พนักงานมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับ

ปานกลาง และการคงอยู่ในงานอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยองค์กร กับปัจจัยการคงอยู่ในงาน บุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ ระยะเวลาการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลขอนแก่น เนื่องจาก บุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุน้อยถึงปานกลาง (30 – 39 ปี) คิดเป็นร้อยละ 43.37 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร 1-5 ปี และ 6-10 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 26.71) ส่งผลให้การคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน อยู่ในระดับต่ำ เพราะมีโอกาส เปลี่ยน โอนย้าย หรือลาออก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วารุณี มิลินทปัญญา¹² ที่พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านองค์กรต่อการคงอยู่ในงาน ของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ($r=0.611$) สอดคล้อง กับผลงานวิจัยหลายผลงานที่พบว่า ปัจจัยองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตั้งใจคงอยู่ในงาน^{7,13-17}

และเมื่อพิจารณาทางด้าน ด้านวัฒนธรรม และค่านิยมองค์กร โรงพยาบาลขอนแก่น มีนโยบายให้การพัฒนาประสิทธิภาพองค์กร ซึ่งการพัฒนาจะทำให้ระบบงานมีทิศทาง การดำเนินงานไปทางเดียวกัน มีระเบียบแบบแผน และค่านิยมที่ยึดถือปฏิบัติ ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร และมีความคงอยู่ในงานสูง หัวใจสำคัญที่หลักการบริหารจัดการของ อองรี ฟาโยล (Henri Fayol)¹⁸ เน้นย้ำอยู่เสมอก็คือ “ความเป็นเอกภาพ (Unity)” ตั้งแต่การมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีทิศทางเดียวกัน ไปจนถึงมีความสามัคคีกันมุ่งไปสู่ความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาจะสามารถช่วยให้ องค์กรนำผลการศึกษามาใช้ในการกำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรได้อย่างแท้จริง นำไปสู่การลดอัตราการลาออก/ โอนย้าย ของบุคลากร และสามารถขับเคลื่อนองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป โดยเรื่องที่บุคลากรมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันมากที่สุดที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย คือ ความก้าวหน้าและการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในแต่ละวิชาชีพ ผลตอบแทนที่เหมาะสม และ ระบบงานที่ปราศจากอคติ

ข้อเสนอแนะการศึกษาในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหน้าที่การทำงานกับคุณสมบัติ ลักษณะงานของแต่ละตำแหน่ง ความเป็นอิสระในการทำงาน ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน และความสามารถของคนทำงานในแต่ละตำแหน่ง ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2. การศึกษาความต้องการหรือการสนับสนุนด้านการเลื่อนระดับหรือการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรในตำแหน่งต่างๆ

3. การศึกษาด้านความก้าวหน้า ผลตอบแทนในการปฏิบัติงาน แยกตามตำแหน่ง วิชาชีพในการทำงานของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรสายสนับสนุนจากทุกกลุ่มงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัย ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Neuhauser, P.C. Building a high-retention culture in healthcare: fifteen ways to get good people to stay. *Journal of Nursing Administration*. 2002: 32(9).
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. [มปท: มปป]; 2561.
3. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลขอนแก่น. *โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง โรงพยาบาลขอนแก่น*. ขอนแก่น [มปป.]; 2563.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563*. [มปท: มปป]; 2562.
5. Wayne W., D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 1995(177-8).
6. Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. *n4Studies: Sample size and power calculations for iOS*. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University. 2014.

7. จูไรวรรณ บินดูเหล็ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของข้าราชการและลูกจ้างองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา. **สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**; 2562.
8. ประคอง กรวรรณสุด. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
9. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* 5th ed. Boston: Houghton Mifflin. 2003.
10. ปฎิคม สุชาติ. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำรงรักษาพนักงานให้คงอยู่กับองค์กร : กรณีศึกษาบริษัท XYZ จำกัด**. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 9. 2561: 1(9).
11. นิศาชล ภูมิพื้นผล. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัท เดลแมกซ์แมชชีนเนอรี่ จำกัด**. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2559.
12. วารุณี มิลินทปัญญา. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย**. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี** 2561: 12(28); 244-55.
13. กชกร ญัฐสุข. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในองค์กร: กรณีศึกษาบริษัทผลิตรถจักรยานยนต์ในจังหวัดสงขลา**. (สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา; 2556.
14. วรณี วิริยะกังสานนท์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร**. **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**. มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
15. คณินันต์ พงษ์สุวรรณ. **ปัจจัยทำนายนการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา**. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**. 2562: 25(1): 123-141.
16. กิตติยา ชัชวาลชาญชนกิจ. **ปัจจัยการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ขาดแคลนของโรงพยาบาล**. **วารสาร มจร. สังคมศาสตร์ปริทรรศน์** 2560; 6(2) (ฉบับพิเศษ): 81-86.
17. กรรณิการ์ กุลเกียรติชัย, วรางคณา จันทร์คง. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร**. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครั้งที่ 2.
วันที่ 4 – 5 กันยายน 2555.

18. Uzuegbu, Chimezie & Nnadozie, C.
Henry Fayol's 14 Principles of Management:
Implications for Libraries and Information
Centres. *Journal of Information Science
Theory and Practice* (2015).3. 58-72.

การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ และภาวะสุดสัปดาห์: กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย

จิราวดี ชุมศรี¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วย การดำเนินของโรคการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้และสุดสัปดาห์จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่ Burn unit โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง เดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 และเพื่อให้ได้แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ร่วมกับมีการสุดสัปดาห์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการสังเกตการชั่งประวัติผู้ป่วยและญาติการใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใช้กรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้ระดับรุนแรงและมีการสุดสัปดาห์ร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤต มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หลังได้รับบาดเจ็บในทุกะบบทั้งการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ และในระบบต่าง ๆ ของร่างกายจำเป็นต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัยที่รวดเร็ว ร่วมกับการให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน 2) ระยะวิกฤต 3) ระยะฟื้นฟู ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสุดสัปดาห์และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสุดสัปดาห์

คำสำคัญ: การพยาบาล แผลไหม้ สุดสัปดาห์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Jirawadee Chumsri, Email: chirawadee.kkh@gmail.com

NURSING CARE OF PATIENTS WITH BURN AND INHALATION INJURY: 2 CASES STUDY

Jirawadee Chumsri¹

ABSTRACT

The objective of this study was to compare patients. Disease action, nursing diagnosis, nursing care and nursing outcomes among two burned and choking injuries who were admitted to Burn unit at Khon Kaen Hospital during October 2018 to September 2019 and to provide guidelines for nursing patients with burns and inhalation of smoke Data were collected from medical records, observations, history taking of patients and relatives, the use of nursing procedures, formulating nursing diagnoses, and the FANCAS health assessment framework.

The results showed that caring for patients with severe burn injuries and inhalation of smoke was critical. With changes in the body after injury in all systems and local changes and various body, systems need to be evaluated Quick diagnosis Together with providing timely medical treatment To ensure the patient's safety from complications in the three stages of nursing care: 1) Emergency phase 2) Critical phase 3) Rehabilitation phase Recommendations from this study should provide guidelines for nursing patients with burns and inhalations and development of professional nurse competencies in nursing patients with burns and choking smoke.

Key words: Nursing care, Burn, Inhalation injury

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nursing Organization, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

จากรายงานสถานการณ์โลกด้านผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกมีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ทั่วโลกมากกว่า 1,000,000 คนต่อปี และเสียชีวิตประมาณปีละ 180,000 คนต่อปี¹ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้ จากรายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2560 - 2562 ด้วยระบบ UCHA พบอุบัติการณ์ 946 ราย , 834 ราย , 830 ราย ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 6.87, 6.12 , 3.73 ตามลำดับ²⁻⁴ สาเหตุการบาดเจ็บจากแผลไหม้พบได้ทุกเพศ ทุกวัย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากถูกเพลิงไหม้ ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูง และสารเคมี การเกิดแผลไหม้ในวัยเด็กหรือสูงอายุมักเกิดจากอุบัติเหตุภายในบ้าน ส่วนในวัยทำงาน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน การบาดเจ็บจากแผลไหม้จะทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า อาจลึกจนกระทั่งถึงกระดูก ซึ่งการทำลายของผิวหนังจะลึกเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดความร้อนจะทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีอาการแตกต่างกัน⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้และมีการสูดดมควันร่วมด้วยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หลังได้รับบาดเจ็บในทุกระบบ ทั้งการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ และการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย มีความสลับซับซ้อนและไม่คงที่

อันตรายและความรุนแรง ของการบาดเจ็บจากการสูดดมควันไฟร้อน (Inhalation injury) เมื่อร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอมผ่านเข้าไปตามทางเดินหายใจจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารอักเสบ (inflammatory mediator) ออกมา ได้แก่ nitric oxide synthase ซึ่งทำให้มีการหลั่ง nitric oxide ออกมามากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ hypoxic pulmonary vasoconstriction (HPV) หายไป และมีเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดมากขึ้น อีกทั้งยังมีการกระตุ้นการหลั่งของ Peroxynitrite และ PolyADP ribose polymerase ซึ่งทำให้สารน้ำแพร่ออกจากหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (increase pulmonary vascular permeability) จากทั้งสองปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้น้ำเข้าไปอยู่ในถุงลมเป็นจำนวนมาก หรือที่เรียกกันว่าน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ตามมานอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเมือก ไฟบริน ซากเซลล์ต่างๆ รวมทั้งเซลล์เม็ดเลือดขาวออกมาจนทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ส่งผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซเสียไป ซึ่งอาจรุนแรงจนมีการตายของเนื้อเยื่อบางส่วนได้ในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะของ Inhalation injury จะต้องการสารน้ำทดแทนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ต้องมีการดูแลใกล้ชิดมากกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิด Pulmonary edema และภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิด Acute respiratory distress syndrome ARDS ได้

มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ร่วมกับมีการสูดสัปดาห์วันจะต้องเฝ้าระวังภาวะ Respiratory distress ประเมินอาการและอาการแสดง การที่ผู้ป่วยหายใจลำบาก การขยายตัวของทรวงอกลดลง ลักษณะการหายใจเร็วตื้น มีบาดแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ การเตรียมใช้เครื่องช่วยหายใจและรายงานแพทย์ทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และหลังจากให้สารน้ำต้องมีการบันทึกสารน้ำที่รับเข้าและที่ขับออกมาโดยจะต้องมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5-1 มล/กก/ชม. การให้สารน้ำทดแทน โดยทั่วไปยึดตามหลักของ Parkland formula (คำนวณปริมาณสารน้ำที่ชดเชยใน 24 ชั่วโมง คือ $4 \times \text{น้ำหนักของผู้ป่วย กก.} \times \% \text{ พื้นที่ผิวหนังที่ไหม้ ชนิด 2nd และ 3rd degree burn}$) ซึ่งจะให้ครึ่งหนึ่งใน 8 ชั่วโมงแรก และอีกครึ่งหนึ่งแบ่งให้ใน 16 ชั่วโมงที่เหลือ โดยแนะนำว่า 24 ชั่วโมงแรกให้เป็นกลุ่ม Crystalloid และหลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ให้เป็นกลุ่ม colloid เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บถูกไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวกที่สำคัญคือการพยายามที่รักษา intravascular fluid ให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะเพื่อป้องกันการเกิด end-organ damage⁶ ซึ่งในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบาก มีเสียง stridor หายใจหอบ ปากบวมและมีแผลไหม้บริเวณใบหน้าและลำคอ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้

เครื่องช่วยหายใจ ได้ให้สารน้ำทดแทน โดยยึดตามหลักของ Parkland formula

หอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากแผลไหม้ ตั้งแต่ระยะฉุกเฉินระยะวิกฤตเฉียบพลัน จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งให้บริการผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 7 และจังหวัดใกล้เคียง ปี พ.ศ.2560-2562 อุบัติการณ์ผู้ป่วยแผลไหม้โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 224 ราย, 232 ราย , 230 ราย ตามลำดับอัตราตายร้อยละ 1.78 , 1.72 , 1.73⁷ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วย การดำเนินของโรคการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้และสูดสัปดาห์วันและเพื่อให้ได้แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ร่วมกับมีการสูดสัปดาห์วัน โดยใช้กรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของ FANCAS กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้เฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต้องมีความรู้ทักษะ

ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยศึกษาการดำเนินของโรคการรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้และสูดสำลักควันเข้ารับการรักษาที่ Burn unit โรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียนการสังเกตการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา การใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎีโดยใช้กรอบแนวคิด FANCAS ทั้งใน ระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู ได้ขอเสนอแนะ การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ร่วมกับภาวะสูดสำลักควันและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา(Result)

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 45 ปี มีประวัติเมาสุรา นอนหลับอยู่ในมุ้ง ญาติได้ยินเสียงระเบิดไฟลุกไหม้มุ้ง ถูกไฟ

ไหม้บริเวณ ใบหน้า ศีรษะ คอ ไหล่ 2 ข้าง ลำตัวด้านหลังบน แขน 2 ข้าง และขา 2 ข้าง หายใจหอบ มีเสียง stridor ที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ซีด 22cm ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วย Burn unit แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น second to third flame burn 44 %TBSA with inhalation injury และวางแผนรักษาด้วยวิธี ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ควบคุมความปวด wound care ให้อาหารทางสายยางในระยะวิกฤต BD HPD1:1 400 ml. ทุก 6 ชั่วโมง การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกพบ พบว่า ระดับความรู้สึกตัวลืมตาได้เอง ทำตามคำบอกได้ถูกต้อง ใส่ท่อช่วยหายใจฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ มีแผลไหม้ความลึกระดับ 2 และ 3 พื้นที่บาดแผล 44 %TBSA สัญญาณชีพ T 36.2 °C PR 124 ครั้งต่อนาที on ventilator setting mode CMV Tidal volume 400 ml.RR 18 ครั้งต่อนาที FiO₂ 0.8 PEEP 5 cmH₂O BP 130/89 mmHg. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 6 ของการรักษาเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ 6 วัน ได้รับสารน้ำทดแทน RLS IV. Rate 850ml./hr.ใน 8 ชั่วโมงแรกและ 370ml./hr.ใน 16 ชั่วโมงหลังปรับอัตราตามปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมงใน 24-48 ชั่วโมงแรก ไม่มีภาวะ shock และไตวายเฉียบพลัน wound care ให้อาหารทางสายยาง มีภาวะน้ำตาลในเลือด

สูงแกร็บDTX 254mg% ได้รับNPH 4 unit subcutaneous ภาวะPotassium ในเลือดต่ำ $K=2.82\text{mmol/L}$ ให้E.KCL30ml. NG. ทุก 2 ชั่วโมง 3 dose หลังแก้เจาะ serum K มีภาวะPotassium ในเลือดสูง $K=5.5\text{mmol/L}$ ให้เปลี่ยน IV.เป็น 0.9%NSS IV. Drip 550ml/hr. ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ = 1.5mg./dl แก้ไขให้50% MgSO_4 4 ml.in 5%D/W100ml. IV. Drip in 4 ชั่วโมง OD 3 วันแพทย์ให้การรักษามีภาวะความสมดุลของElectrolytesปกติ Pain score 2-5 คะแนน sedation score 0 คะแนน ดูแลให้ได้รับยา fentanyl 500 microgram in 5% D/W100ml.IV.drip 5 ml./hr. ใน 24 ชั่วโมง แรกหลังจากนั้นเปลี่ยนให้Morphine 4 mg. IV. ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อควบคุมปวดในวันที่ 9 ของการดูแลรักษายังมีอาการปวด Pain score 4-5 คะแนน แพทย์ส่งปรึกษาคลินิก ระบุปวด ให้ยาควบคุมความปวด MST (10mg.) 3tab oral at 8.00 น. และ 20.00 น. Morphine syrup 7 ml. oral prn. ทุก 2 ชั่วโมง และ 10 ml. Oral ก่อนทำแผล 15 นาที Neurontin (300mg.) 1cap oral at 8.00 น. และ 20.00 น. Naproxen (250mg.) 1 tab oral Bid pc Pain score ลดลง 2-3 คะแนน พักผ่อนได้ ได้รับการผ่าตัดเนื้อตาย และปลูกถ่ายผิวหนังในวันที่ 39 ที่เข้ารับการรักษายามีภาวะช็อคค่า Het 24% ได้รับการดูแลให้เลือดทดแทน 1 unit ค่าHetหลังได้รับเลือด 26% หลังผ่าตัดวันที่ 8 แพทย์เปิด

แผลปลูกถ่ายผิวหนังแผลติดดีไม่พบอาการติดเชื้อของแผลผ่าตัดการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่รักษา 47 วัน

กรณีศึกษารายที่2 ชายไทย อายุ 39 ปี มีประวัติ ดื่มถึงน้ำมัน Ethanol ไปใกล้เตาเผาขยะ เกิดประกายไฟติดถึงน้ำมันระเบิด ไฟไหม้ตามร่างกาย สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปากบวม หายใจหอบ ไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น second to third flame burn 57%TBSA with inhalation injury และวางแผนรักษาด้วยวิธี ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ควบคุมความปวด wound care ให้อาหารทางสายยางในระยะวิกฤต Neomune 1:1 400 ml.ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินสภาพแกร็บลิ้มตาได้เองใส่ท่อช่วยหายใจ ทำตามคำบอกได้ถูกต้องไม่มีแขนขาอ่อนแรง รู่ม่านตาขนาด 2 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง T 39.3°C PR 142 ครั้งต่อนาที BP150/67 mmHg. ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ซีด 22 cm. setting mode CMV TV.450 ml RR 16 ครั้ง/นาที FiO_2 0.6 PEEP 5 cmH_2O O_2Sat 100% หายใจ

สัมพันธ์กับเครื่องดี ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ไม่พบเสียงผิดปกติ ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 5 ของการรักษาพยาบาล รวมใส่ท่อช่วยหายใจ 5 วัน ได้รับสารน้ำทดแทน RLS IV. Rate 300ml./hr. ใน 16 ชั่วโมงหลังปรับอัตราตามปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมงใน 24-48 ชั่วโมงแรก ในชั่วโมงที่ 2 หลังรับเข้าไว้รักษาที่ Burn unit เริ่มมีความดันโลหิตต่ำ 63/37mmHg. ชีพจร 150 ครั้งต่อนาที CVP 7 cmH₂O ปัสสาวะออกติดสาย Foley catheter urine Sp.gr 1.014 แพทย์ให้ char range RLS ครั้งละ 500 -1000 ml. IV. Load ใน 1 ชั่วโมง จนกระทั่งความดันโลหิตขึ้นมากปกติในชั่วโมงที่ 5 ชีพจร 115 ครั้งต่อนาที BP126/75 mmHg. CVP 11 cmH₂O wound care ให้อาหารทางสายยาง มีภาวะPotassium ในเลือดสูง K=5.52mmol/L แก้ไขให้ Kalimate 30 gm.+ water 50 ml. NG. feed ทุก 3 ชั่วโมง 3 dose และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ Mg.=0.09mg./dl แก้ไขให้ 50% MgSO₄ 4 ml.in 5%D/W100ml. IV. Drip in 4 ชั่วโมง OD 3 วัน แพทย์ให้การรักษามีภาวะปกติ DTX 107-122mg.%Pain score 2 - 5 คะแนน sedation score 0 คะแนน ให้ยา fentanyl 1000 microgram in 5% DW100ml. IV. drip 10 ml./hr. ใน 24 ชั่วโมง

แรกหลังจากนั้นเปลี่ยนให้Morphine 4 mg. IV. ทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อจำเป็นเพื่อควบคุมปวด ในวันที่ 29 ของการดูแลรักษายังมีอาการปวดตลอดบริเวณหน้าอก รักแร้ 2 ข้าง ขาหนีบ 2 ข้าง Pain score 5 - 7 คะแนน แพทย์ส่งปรึกษาศาลินิกระงับปวด ให้ยาควบคุมความปวด MST (10mg.) 1tab oral at 6.00 น. 14.00 น. และ 20.00 น. Morphine syrup 6 ml. oral prn. ทุก 2 ชั่วโมง และ 10 ml. oral ก่อนทำแผล 15 นาที Neurontin (300mg.) 1 cap oral at 8.00 น. และ 20.00 น. Naproxen (250mg.) 1 tab oral Bid pc Pain score ลดลง 2-4 คะแนน ได้รับการผ่าตัด ตัดเนื้อตายลึกถึงชั้นพังผืดและไขมัน 3 ครั้ง และปลูกถ่ายผิวหนัง 2 ครั้ง มีภาวะช็อคค่า Het 21.2% - 25 % ได้รับการดูแลให้เลือดทดแทน 5 unit เป็นระยะ ๆ ค่า Het หลังได้รับเลือด 34% หลังผ่าตัดวันที่ 7 แพทย์เปิดแผลปลูกถ่ายผิวหนังทั้ง 2 ครั้ง แผลติดดีไม่พบอาการติดเชื้อของแผล การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS และข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่สำคัญตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่รักษา 72 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยแผลไฟไหม้และสูดสำลักควันกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Second to third flame burn 44%TBSA with inhalation injury	Second to third flame burn 57% TBSA with inhalation injury
2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	เพศชายอายุ 45 ปี เมาสุรา นอนหลับอยู่ในมุ้ง ญาติได้ยินเสียงระเบิดไฟลุกไหม้มุ้ง ถูกไฟไหม้บริเวณ ตามร่างกาย ไปรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	เพศชายอายุ 39 ปี อุ่มถึงน้ำมัน Ethanol ไปใกล้เตาเผาขยะ เกิดประกายไฟติดถังน้ำมันระเบิด ไฟไหม้ตามร่างกาย สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ ไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง
3. อาการและอาการแสดง	หายใจหอบ มีเสียง stridor มีแผลไหม้บริเวณ ใบหน้า ศีรษะ คอ ไหล่ 2 ข้าง ลำตัวด้านหลังบน แขน 2 ข้าง และขา 2 ข้าง	ปากบวม หายใจหอบหนังตาด้านบนบวมทั้ง 2 ข้าง มีแผลไหม้บริเวณ ใบหน้า ศีรษะ คอ ลำตัวด้านหน้า ลำตัวด้านหลัง แขน 2 ข้าง ขาข้างขวา และต้นขาซ้าย
4. การรักษา	1) on ventilator setting mode CMV Tidal volume 400ml.RR 18 ครั้ง ต่อนาที FiO ₂ 0.8 PEEP 5 cmH ₂ O 2) RLS IV. Rate 850ml./hr.ใน 8 ชั่วโมงแรก และ 370 ml./hr. ใน 16 ชั่วโมง หลังปรับอัตราตามปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมงใน 24-48 ชั่วโมงแรก 3) fentanyl 500 microgram in 5%D/W100ml. IV.drip 5 ml./hr. in 24 hr. then Morphine 4 mg. IV.ทุก 4hr. 4) Wound care 5) BD HPD1:1 400 ml.ทุก 6 ชั่วโมง 6) Losec40mg IV. OD 7) consult pain clinic 8) consult จิตแพทย์ เรื่องผู้ป่วยนอนไม่หลับ 9)Consult PT for chest therapy /ROM	1) on ventilator setting mode CMV TV.450mlIRR 16 ครั้ง/นาที FiO ₂ 0.6 PEEP 5 cmH ₂ O 2) RLS IV. Rate 300ml./hr.ใน 8 ชั่วโมงหลัง ปรับอัตราตามปัสสาวะที่ออกใน 1 ชั่วโมงใน 24-48 ชั่วโมงแรก 3) BP drop RLS ครั้งละ 500 -1000 ml. IV. load ใน 1 ชั่วโมง 4) fentanyl 1000 microgram in 5%D/W100ml. IV.drip 10 ml./hr. in 24 hr. then Morphine 4 mg. IV.ทุก 4hr. 5) wound care 6) Neomune1:1 400 ml.ทุก 6 ชั่วโมง 7) Losec40mg IV. OD 8) consult pain clinic 9) consult จิตแพทย์ เรื่องผู้ป่วยนอนไม่หลับ 10) Consult PT for chest therapy /ROM

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบผู้ป่วยแผลไฟไหม้และสูดสำลักควันกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5.การผ่าตัด	Debridement with Splint Thickness Skin Graft	ครั้งที่ 1 Escharectomy ครั้งที่ 2 Escharectomy with Splint Thickness Skin Graft ครั้งที่ 3 Escharectomy with Splint Thickness Skin Graft
6.สรุปการวินิจฉัย	second to third flame burn 44%TBSA with inhalation injury with acute respiratory failure	second to third flame burn 57 %TBSA with inhalation injury with acute respiratory failure with hypovolemic shock

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงจากถูกไฟไหม้ตามร่างกายและมีการสูดสำลักควันร่วมด้วย ตรวจพบอาการและอาการแสดง หายใจหอบ มีเสียง stridor มีแผลไหม้บริเวณ ใบหน้า ศีรษะ คอ ในกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 ปากบวม หายใจหอบ หน้าตาด้านบนบวมทั้ง 2 ข้าง มีแผลไหม้บริเวณ ใบหน้า ศีรษะ คอ ลำตัวด้านหน้า ลำตัวด้านหลัง แขน 2 ข้าง ขา ข้างขวาและต้นขาซ้าย ผู้ป่วยที่ทางเดินหายใจได้รับความร้อนจะทำให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่อได้ตั้งแต่จมูกช่องปากลำคอ รวมถึงทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและล่างได้ อาการอุดกั้นทางเดินหายใจอาจไม่เกิดขึ้นในช่วงแรกได้โดยเนื้อเยื่อในช่องปากและจมูกจะ

ค่อยๆ บวมขึ้น จนอุดกั้นทางเดินหายใจหลังอุบัติเหตุถึง 24-48 ชั่วโมง การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นควรทำตั้งแต่แรกรับการให้สารน้ำจะคำนวณโดยใช้สูตร 2-4 ซีซี คูณน้ำหนักตัวคุณร้อยละของพื้นที่ผิวของร่างกายที่ได้รับไฟไหม้ถึงแม้ว่าในผู้ป่วยที่มีการสูดดมควันไฟ จะต้องการสารน้ำในปริมาณมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการสูดดมควันไฟดูปริมาณปัสสาวะที่ 0.5-1 mL/kg/hr. เพื่อปรับปริมาณการให้สารน้ำเป้าหมายของการรักษาระยะนี้ คือ การดูแลการหายใจบกพร่องและการป้องกันการเกิดภาวะ hypovolemic shock จากการสูญเสียน้ำ^๑ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS⁹ กับ
กรณีศึกษา 2 ราย

แนวคิด FANCAS	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. F (Fluid balance) ด้านความสมดุลของน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย	1) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และ เกลือแร่ในร่างกาย	1) มีภาวะระบบการไหลเวียนของ โลหิตลดลงจากการสูญเสียน้ำทางแผล ใหม่ 2) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและ เกลือแร่ในร่างกาย
2. A (Aeration) ด้านการหายใจ	1) มีภาวะระบบการหายใจล้มเหลว ระยะเฉียบพลันจากการสูดสำลักควัน 2) มีภาวะโลหิตจาง	1) มีภาวะระบบการหายใจล้มเหลว ระยะเฉียบพลันจากการสูดสำลักควัน 2) มีภาวะโลหิตจาง
3. (Nutrition) ด้านโภชนาการ	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากสูญเสียโปรตีนทางแผลใหม่ และการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 2) มีโอกาสเกิดภาวะลำไส้หยุด ทำงานและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากสูญเสียโปรตีนทางแผลใหม่ และการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 2) มีโอกาสเกิดภาวะลำไส้หยุด ทำงานและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง
4. C (Communication) ด้านการติดต่อสื่อสาร	1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีแผล ใหม่และสูดสำลักควัน 2) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 3) เสี่ยง ต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนังไม่ติด เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ปลูกถ่ายผิวหนัง 4) ขาดความรู้ในการ ปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจาก ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีแผลใหม่และสูด สำลักควัน 2) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 3) เสี่ยงต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนัง ไม่ติดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการ ผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง 4) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน
5. A (Activity) ด้านการทำกิจกรรม	1) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกาย ต่ำกว่าปกติและหนาวเย็นง่าย เนื่องจากผิวหนังปกคลุมหลุดลอกจาก ถูกทำลาย 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้	1) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ กว่าปกติและหนาวเย็นง่ายเนื่องจาก ผิวหนังปกคลุมหลุดลอกจากถูกทำลาย 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS⁹ กับ
กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แนวคิด FANCAS	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้ เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้	3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้ เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้
	4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจาก สอดใส่ท่อและอุปกรณ์การรักษา	4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากสอด ใส่ท่อและอุปกรณ์การรักษา
	5) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล	5) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล
	6) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นตึงรั้ง และแผลนูนบริเวณแผลไหม้	6) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นตึงรั้ง และ แผลนูนบริเวณแผลไหม้
	7) พร่องกิจวัตรประจำวัน	7) พร่องกิจวัตรประจำวัน
6. S (Stimulation) ด้านการกระตุ้น	1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล จากมีแผลไฟไหม้ตามร่างกาย	1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลจาก มีแผลไฟไหม้ตามร่างกาย
	2) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	2) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจาก ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
	3) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/ นอนไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่ คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม	3) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/นอน ไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่คุ้นเคยต่อ สภาพแวดล้อม

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ
โดยใช้การประเมินตามกรอบแนวคิด
FANCAS ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล¹⁰ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ทั้ง 6 ด้าน และ

แตกต่างกันด้านความสมดุลของน้ำและเกลือ
แร่ในร่างกาย ในกรณีศึกษาที่ 2 คือ มีภาวะ
ระบบการไหลเวียนของโลหิตลดลงจากการ
สูญเสียทางแผลไหม้ ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสูดสำลักควัน
ตามระยะการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase)	1) มีภาวะระบบการหายใจล้มเหลว 2) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลจากมีแผลไฟไหม้ตามร่างกาย 4) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติและหนาวเย็นง่ายเนื่องจากผิวหนังปกคลุมหลุดลอกจากถูกทำลาย	1) มีภาวะระบบการหายใจล้มเหลว 2) มีภาวะระบบการไหลเวียนของโลหิตลดลงจากการสูญเสียน้ำทางแผลไหม้ 3) ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลจากมีแผลไฟไหม้ตามร่างกาย 5) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติและหนาวเย็นง่ายเนื่องจากผิวหนังปกคลุมหลุดลอกจากถูกทำลาย
ระยะวิกฤต (Acute phase)	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนทางแผลไหม้และการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 2) มีโอกาสเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานและเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง 3) มีภาวะโลหิตจาง 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้ 6) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากสอดใส่ท่อและอุปกรณ์การรักษา 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีแผลไหม้และสูดสำลักควัน	1) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนทางแผลไหม้และการเผาผลาญของร่างกาย 2) มีโอกาสเกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานและเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง 3) มีภาวะโลหิตจาง 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 5) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้ 6) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากสอดใส่ท่อและอุปกรณ์การรักษา 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีแผลไหม้และสูดสำลักควัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสุดสัปดาห์วัน
ตามระยะการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	8) พร่งกิจวัตรประจำวัน	8) พร่งกิจวัตรประจำวัน
	9) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/นอนไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม	9) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/นอนไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม
ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)	1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดเนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 2) เสี่ยงต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนังไม่ติดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง 3) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล 5) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นดั่งรัง และแผลนูนบริเวณแผลไหม้ 6) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดเนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 2) เสี่ยงต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนังไม่ติดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง 3) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 4) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล 5) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นดั่งรัง และแผลนูนบริเวณแผลไหม้ 6) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จากการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสุดสัปดาห์วัน ตามระยะการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันทั้งระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างจากกรณีศึกษาที่ 1 คือ ระยะฉุกเฉิน มีภาวะระบบการไหลเวียนของโลหิตลดลงจากการสูญเสียทางแผลไหม้

กิจกรรมการพยาบาล¹¹ ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase or Emergent phase)

เป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้เพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียสารน้ำจำนวนมากจนอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock ได้การหายใจบกพร่องความเจ็บปวดทางร่างกายและทางจิตใจ

1) ประเมินสภาพผู้ป่วย 2) ดูแล ET – Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 3) ตรวจและบันทึกข้อมูลของการตั้งเครื่องช่วยหายใจดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาใน 24 ชม. แรกให้ Lactate Ringer's 4 ml./kg/% Burn โดยแบ่งครึ่งสารน้ำที่คำนวณได้ให้หมดภายใน 8 ชม. แรก ส่วนที่เหลือให้หมดใน 16 ชม. และดูแลให้ได้รับ Electrolytes ทดแทนตามแผนการรักษา 5) ตรวจสอบสัญญาณชีพ (BP, HR, RR, CVP, Oxygen Sat ทุก 15 – 30 นาที ในชั่วโมงแรกและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง หรือตามสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย 6) ตรวจและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุกชั่วโมง สังเกตลักษณะสี รวมทั้งหาค่าความถ่วงจำเพาะ 7) เจาะเลือดส่งตรวจ ABG, CBC, electrolyte, BUN, Cr, Het , Total protein, Albumin เป็นระยะและติดตามผลผิดปกติรายงานแพทย์ 8) ประเมินอาการและอาการแสดงว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดช่วยบรรเทาความเจ็บปวดขณะทำแผลจัดวางส่วนที่มีแผลไหม้ให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องประเมิน Pain score ทุก 2 – 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามประเมินผลการให้ยาและผลข้างเคียงประเมิน Sedation score 9) ควบคุมอุณหภูมิห้อง

และความชื้น ขณะเปิดแผลไม่ควร expose แผลต่อสิ่งแวดล้อมนานๆ

ระยะวิกฤต (Acute phase)

1) เฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ ประเมินโดยใช้ Nutrition Alert Form คำนวณ Calories requirement สูตร $25\text{kcal/kg.BW} + 40\text{ kcal/\%Burn}$ ดูแลให้อาหารทางสายให้อาหาร NG tube drip ประเมิน residual gastric content ทุก 4 ชั่วโมง จัดทำสูตรสูง 30 องศา ขณะ NG tube feeding 2) ประเมินอาการท้องอืด สังเกต ลักษณะสีจาง content จาก NG tube ดูแลให้ได้รับยาลดกรด ยาลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหารตามแผนการรักษา 3) มีภาวะโลหิตจาง ประเมินจุดเลือดออกตามแผลไหม้พบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงขณะและหลังได้รับเลือด ติดตาม Het หลังได้รับเลือดตามแผนการรักษา ผิดปกติรายงานแพทย์ 4) มีภาวะไข้ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติรายงานแพทย์ ถ้า $T > 38^\circ\text{C}$ ทำ Tepid Sponge กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ 2000 -3000 cc/day ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 5) ดูแลทำความสะอาดแผล กำจัดสิ่งปนเปื้อนเนื้อเยื่อที่ไหม้ ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือ (Normal saline) ทาแผลด้วยยา 1 % silver sulphadiazine วันละครั้ง ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อของแผลไหม้บวม แดง ร้อน สีและกลิ่น

จากแผล 6) ใส่ระวางภาวะติดเชื้อมือก่อน และหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายโดยใช้ SOS score ให้การพยาบาลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อสังเกตลักษณะสีและกลิ่นของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย 7) การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล รับฟังด้วยความตั้งใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา ให้กำลังใจ 8) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติเองไม่ได้ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 9) สอบถามแบบแผนการนอนหลับประเมินสิ่งที่รบกวนการนอนหลับจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน แนะนำเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการหายใจเข้าลึกๆ แต่ละส่วนจากเท้าไล่ขึ้นมาถึงศีรษะ ดูแลให้ได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาติดตามประเมินผลข้างเคียงของยา

ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)

1) อธิบายเหตุผลและประโยชน์ของการตัดเนื้อตายให้ความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 2) ดูแลให้อวัยวะส่วนที่ปลุกหนังอยู่นิ่งและไม่ถูกกดทับประมาณ 5 – 7 วัน การดูแลแผลบริเวณหนังที่ปลุกสังเกตการติดของผิวหนังที่ปลุกถ้ามีหนองหรือเป็นน้ำได้หนังที่ปลุกรายงานแพทย์ การดูแลแผลบริเวณที่ตัดหนังไปปลุกสังเกต

เลือดที่ออกสังเกตสีกลิ่นของสิ่งคัดหลั่งที่ซึมออกจากแผลถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 3) อธิบายแผนการรักษาขั้นตอนกระบวนการดำเนินการโรคให้ผู้ป่วยทราบเสริมกำลังใจ 4) ประเมินความก้าวหน้าการหายของแผลใหม่แนะนำให้ใช้ครีม Lotion ทาบริเวณรอยแผลดูแลให้ยาแก้คันและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 5) ประเมินความสามารถในการเหยียดแขนขาแนะนำให้กางแขน 90-110 องศา กับลำตัวในลักษณะหมุนออกนอก ลำตัวการป้องกันแผลเป็นนูนใช้ผ้ายืดรัดบาดแผลที่หายไว้ 23 ชั่วโมง 6) ประชุมปรึกษาทมดูแลรักษา ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD ให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการบริหารข้อต่างๆ ป้องกันข้อติดแข็ง การใช้ผ้ายืดหุ้มบริเวณที่มีรอยแผล ป้องกันแผลเป็นนูน การป้องกันผิวหนังรอยแผลไหม้จากแสงแดด การทาครีมบำรุงให้ผิวหนังยืดหยุ่นดี แนะนำการรับประทานอาหารมีพลังงาน วิตามิน โปรตีนเพื่อช่วยการหายของแผล แนะนำการทำความสะอาดร่างกายและการดูแลบาดแผลที่หลงเหลืออยู่ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดบริเวณบาดแผล เช่น อาการบวม แดง เลือดออก มีสารน้ำซึม และมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที แนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นหลังรับประทานยา เน้นให้

ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

กรณีทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการ ถูกไฟไหม้และสูดล้าลัควัน หายใจหอบ ปากบวม หนังตาบวม มีเสียง stridor มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ศีรษะ คอ กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินความลึกและพื้นที่บาดแผลของร่างกาย second to third flame burn 44 %TBSA กรณีศึกษาที่ 2 ประเมินความลึกและพื้นที่บาดแผลของร่างกาย second to third flame burn 57 %TBSA ใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่แรกรับทั้ง 2 ราย และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย Burn unit โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้แก่ 1) มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวระยะเฉียบพลันจากการสูดล้าลัควัน 2) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลจากมีแผลไฟไหม้ตามร่างกาย 4) มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากสูญเสียโปรตีนทางแผลไหม้ และการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 5) มีโอกาสเกิดภาวะล้าลัควันทำงานและเกิดแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงน้อยลง 6) มีภาวะโลหิตจาง 7) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติและหนาวเย็นง่ายเนื่องจากผิวหนังปกคลุมหลุดลอกจากถูกทำลาย 8) ไม่สุขสบายมีไข้ 9) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลไหม้เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้ 10) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากสูดลัท่อและอุปกรณ์การรักษา 11) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจากแผลไหม้และสูดล้าลัควัน 12) พร่องกิจวัตรประจำวัน 13) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/นอนไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม 14) วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดเนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 15) เสี่ยงต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนังไม่ติดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง 16) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 17) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล 18) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นดิ่งรัง และแผลนูนบริเวณแผลไหม้ 19) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านกรณีศึกษาที่ 2 พบภาวะระบบการไหลเวียนของโลหิตลดลงจากการสูญเสียน้ำทางแผลไหม้อย่างไรก็ตามทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลทั้งระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤติระยะฟื้นฟูในหอผู้ป่วย Burn unit การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในด้านพยาธิ ศรีรภาพของแผลไหม้ที่มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย การประเมินระดับความรุนแรงและพื้นที่แผลไหม้ การคำนวณสูตรการให้สารน้ำทดแทนและการดูแลให้สารน้ำทดแทนแก้ไขภาวะช็อกในระยะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดทางการ

เชื้อที่แผลไหม้เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากไฟไหม้ 10) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากสูดลัท่อและอุปกรณ์การรักษา 11) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจากแผลไหม้และสูดล้าลัควัน 12) พร่องกิจวัตรประจำวัน 13) แบบแผนการนอนถูกรบกวน/นอนไม่หลับ เนื่องจากปวดแผล/ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม 14) วิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดเนื้อตายและปลูกถ่ายผิวหนัง 15) เสี่ยงต่อภาวะแผลปลูกถ่ายผิวหนังไม่ติดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง 16) รู้สึกเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 17) ไม่สุขสบายเนื่องจากคันแผล 18) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเป็นดิ่งรัง และแผลนูนบริเวณแผลไหม้ 19) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านกรณีศึกษาที่ 2 พบภาวะระบบการไหลเวียนของโลหิตลดลงจากการสูญเสียน้ำทางแผลไหม้อย่างไรก็ตามทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลทั้งระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤติระยะฟื้นฟูในหอผู้ป่วย Burn unit การมีส่วนร่วมในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในด้านพยาธิ ศรีรภาพของแผลไหม้ที่มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย การประเมินระดับความรุนแรงและพื้นที่แผลไหม้ การคำนวณสูตรการให้สารน้ำทดแทนและการดูแลให้สารน้ำทดแทนแก้ไขภาวะช็อกในระยะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดทางการ

พยาบาลเพื่อลดความปวด การป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลบาดแผลไหม้ การดูแลแผลที่ทำ skin graft และแผล donor site การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะแผลหาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสูดสำลักควัน
2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้และสูดสำลักควัน

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ธนสิทธิ์ ก้างกอน. 3D Burn resuscitation Application. [Online]. 2020; Available from: <http://www.cbh.moph.go.th>.
2. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2560. **วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย**. 2561; 11(1): 10.
3. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2561. **วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย**. 2562; 12(1):10.
4. ชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้แห่งประเทศไทย. รายงานผู้ป่วยแผลไหม้ประจำปีงบประมาณ 2562. **วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย**. 2563; 13(1):10.
5. อรพรรณ โตสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ในระยะฉุกเฉินและวิกฤต. [On line]. 2007; Available from: <http://www.ccne.or.th/file1183609791.doc>.
6. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาพยาบาลบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก**. Available From: <http://www.rost.or.th>.
7. วิทยา ขาติปัญญาชัย, ธวัชชัย อิมพล, นิตยาภรณ์ สีหาบัว, ธัญรศม์ ปิยวัชรเวลา, นัฐพรพรษ์ พลเชตร์, ณัฐริรา แดงปรง. 23 Years Anniversary Trauma Registry1997-2019. 2563:49.
8. ชัยวัฒน์ บุระพัฒน์. การบาดเจ็บจากการสูดสำลักควันไฟร้อน. **วารสารแพทย์ทหารบก** 2562; 72(2): 129.
9. วณิดา มงคลสินธุ์. **มนทัศน์การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต**. [Online]. 2013; Available from: <http://www.58.97.116.pdf>.
10. วิพร เสนารักษ์. **การวินิจฉัยการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 12. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์; 2551.

11. ศิริลักษณ์ กุลละวณิชวัฒน์, นกตล คำเดิม,
ราชินี เบญจธันย , อีรณัฐ อินทร์ทองน้อย ,
นภาพร สุนงกษ , พิมพ์พรณ ภูปะวะโรทัย.
ปัญหาด้านการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้.
**Approaches Toward the Better Care
of Burn and Wound.** กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร; 2555: 259-
273.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา

ผ่องศรี งามดี¹

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด สถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2560-2562 มีจำนวน 175,451,425 คน การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อควบคุมอาการด้านบวก ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา กรณีศึกษาเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีอาการกำเริบซ้ำ จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้สุราและยาเสพติด ครอบครัวมีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากหวาดระแวง ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เสริมสร้างสัมพันธภาพ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเอง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิธีดำเนินการเป็นการศึกษารายกรณี จำนวน 2 ราย ดำเนินการ ระหว่างเดือนมีนาคม -มิถุนายน 2563 ขั้นตอน ได้แก่ เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม ประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจสุขภาพจิต ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล อภิปรายผลสรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ มีการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้หลักการป้องกันงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ควรนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้สารเสพติด และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง อาการกำเริบซ้ำ ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author : Pongsri Ngamdee, Email: Aung2510@gmail.com

NURSING CARE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: CASE STUDY

Pongsri Ngamdee¹

ABSTRACT

Paranoid Schizophrenia is the most common types of schizophrenia. The incidence of the disease in Khon Kaen Hospital from the year 2017-2019 was 175, 451, 425, respectively. Were treated with antipsychotic drugs which were important for controlling positive symptoms and preventing recurrence. Effective cares could lead to good compliance. The study was to focus mainly on caring paranoid schizophrenia patients with poor compliance, relapse, poor family care, alcohol and drug abuse, whom treated at psychiatric clinic in Khon Kaen Hospital. The treatment care was divided into two phases. The first phase was to eradicate paranoia and efficiency of medication compliance, this process took 8 weeks. The second phase was to improve patients' selfcare with family planning, this process took 8 weeks. There were 2 case studies during March - June 2020. The methods were specific patient selection, literature review, mental status examination, previous psychiatric problem collection, data analysis, and discussion. The results showed improvement in compliance, decrease of relapse, family and social bonding, and great family caring. This emphasize that community psychiatric guideline can improve patients and their families' quality of life. Study further study suggestions, the study results should be used for developing guidelines for patients with paranoid schizophrenia and drug abuse and case management for caring schizophrenia patients

Key words: Paranoid schizophrenia, Relapse, medication compliance

¹ Registered Nurse Professional Level, Psychiatric Nursing Department, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย¹ เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด มีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด² จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย³ ต่อญาติหรือผู้ดูแล ต่อสังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม⁴

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia : F20.0) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว อาการหวาดระแวง เป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือคิดว่ามีคนชั่วจะทำร้าย อาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่นการแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว⁵ ความหลงผิดนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น⁶ การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันจะมีการรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา⁴ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือ

ใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม⁷

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยยังต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาวซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁸ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง มีขั้นตอนสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลพื้นฐาน และมีหลักการให้การพยาบาลเฉพาะทางเพื่อดูแลอาการหวาดระแวง³ การวางแผนการพยาบาลจึงมุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง⁹หัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทคือการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเพื่อควบคุมอาการด้านบวกและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค¹⁰ ด้วยเหตุนี้ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งอยู่ในช่วงมีอาการกำเริบซ้ำกิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยจากภาวะหวาดระแวง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพภาพระหว่างบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้รวมไปถึงการดูแลทั่วไปให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่มการพักผ่อน

จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่คลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปีพ.ศ.2560-2562 จำนวน 175, 451 ,425 คน ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยที่อาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน 13 ราย สาเหตุที่อาการกำเริบซ้ำคือไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย หรือคิดว่ารักษาหายแล้ว ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาไม่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าวหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วย คือ การให้การรักษาทันทีในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น และดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพเพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำ
2. เพื่อเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแล
4. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้สารเสพติดจากคลินิกต่อเนื่องถึงชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยยังมีอาการหวาดระแวงเด่นชัด เชื่อมต่อเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นสูง อาการกำเริบซ้ำจากไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ใช้สุราและยาเสพติดร่วม ครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลไม่เพียงพอ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 กำหนดเป้าหมายการพยาบาลเป็น 2 ระยะ โดย ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาด้วยยา ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล

วิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนให้มีการสร้างแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในหน่วยงานและในชุมชนต่อไป 2. ด้านบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง และเป็นการสร้างเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ 3. ด้านวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย และพัฒนางานประจำสู่การทำวิจัย (Routine to Research : R2R) เกิดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงาน

ข้อมูลเบื้องต้นการเข้ารับบริการของกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการสำคัญ คือ มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว การวินิจฉัยโรค Paranoid Schizophrenia (F20.0) ประวัติการเจ็บป่วยระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ พ.ศ.2554

พ.ศ.2554 -2562 ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น โดยให้เหตุผลว่าเข้าใจว่าตนเองไม่ป่วย ยังทำงานได้ ตี๋มสุราร่วมด้วย ทานยาไม่สม่ำเสมอ จะ

ทานยาเฉพาะวันที่มีหูแว่วและนอนไม่หลับ ปฏิเสธการรักษาโรคจิตเนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากยา จะไปรับยาเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ และหยุดทานยาเมื่อคิดว่าอาการปกติ ทำให้อาการกำเริบบ่อยมีการรักษาทางแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

พ.ศ. 2563 มารดามาขอรับยาแทนผู้ป่วย มารดาให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมาผู้ป่วยไม่ทานยาเนื่องจากว่าทานแล้วคลื่นไส้ พูดรัว น้ำลายเยอะ ยังมีหูแว่วทุกวัน ปฏิเสธภาพหลอน ยังมีหวาดระแวงคนในทาและจะมาทำร้าย หงุดหงิด ชูจะทำร้ายมารดาถ้าถูกรบกวนกับผู้ป่วย ตี๋มสุราทุกวันๆ ละ 10 บาทว่างงาน แพทย์พิจารณาให้ยา Fluphenazine decanoate (25 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 1 เดือน ยา Pherphenazine (8 mg) รับประทาน 3 เม็ดก่อนนอน ยา Artane (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็น ยา Chlorpromazine (100 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน และยา Diazepam (5 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน ผู้ศึกษาจึงได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชเพื่อประเมินสภาพและวางแผนดูแลต่อเนื่องพบข้อมูลสำคัญสรุปว่าผู้ป่วยแยกตัว ชอบเก็บตัวในห้องนอน พูดบ่นพึมพำถามตอบตรงคำถาม ลักษณะถามคำตอบคำ ผมยวายุ่งไม่สวมเสื้อ มารดาบอกว่าผู้ป่วยจะอาบน้ำ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หากเตือนเรื่องการอาบน้ำผู้ป่วยจะบอกว่าอย่ามายุ่งหงุดหงิดง่าย มารดาบอกว่าผู้ป่วยจะแอบเอาเม็ดพริ้วไปเก็บ

ไว้ในห้องนอนทุกวัน มารดาารู้สึกกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย พยาบาลสังเกตเห็นมีดพร้าอยู่ข้างที่นอนผู้ป่วยเมื่อสอบถามผู้ป่วยบอกว่าจะเอาไว้มากันที่จะมาทำร้ายและป้องกันตัว

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยโสด อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไปอาการสำคัญได้ยินเสียงคนนินทา จะมาทำร้ายและมีความคิดหวาดระแวงคนอื่นมองตน รู้เรื่องตน บางครั้งจะมาทำร้าย เห็นภาพคนเป็นผีทุกวัน นอนหลับยาก บางวันไม่หลับเลย ตื่นสุราและใช้ยาบ้าโดยประวัติการเจ็บป่วยระบุว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่ พ.ศ.2553 การวินิจฉัยโรค Paranoid Schizophrenia ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นเวลา 14 วัน หลังจำหน่าย ได้ยา Perphenazine (8 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และก่อนนอน ยา Artane (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด เช้าและก่อนนอนยา Fluoxetine (20 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้ายา B1 (100 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และยา Lorazepam (1 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากบอกว่าเบื่อ สมอ ตื้อๆ ง่วงมาก วิงเวียน หน้ามืด ทำให้ทำงานไม่ได้มารับรักษาต่อที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการทางกายจากปัญหาการดื่มสุรา

พ.ศ.2554-2562ประวัติจากมารดาว่ารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยนอก แต่ไม่สม่ำเสมอ มีลิ้นทนายบ้าง ฉีดยาไม่ครบตามกำหนด ยังมีภาพหลอน ระแวงคนอื่นนินทา หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ช่วยมารดารับส่งหลานได้บ้าง ได้ยา Risperidone (2 mg) รับประทาน 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Depakine (200 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Clonazepam (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอนถ้าไม่หลับทานเพิ่ม 1 เม็ด ยา Trihexyphenidyl (5 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 1 เม็ด ก่อนนอนยา Perphenazine (16 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Fluphenazine decanoate (25 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 2 สัปดาห์ยังดื่มสุรา รักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายอาการสงบ ผู้ป่วยไม่ทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากบอกว่าหายแล้ว

พ.ศ.2563 อาการกำเริบ 3 สัปดาห์ก่อนมามีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน นอนหลับยาก ตื่นสุราทุกวัน มารดาว่าผู้ป่วยเสพยาบ้าร่วมด้วย ทำงานไม่ได้ หงุดหงิดง่าย ด่าบิดามารดา มารดาารู้สึกกลัวเพราะบางครั้งถือมีดเดินไปมาและพรอຍกริดที่แขนหลายรอย ไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แต่ไม่สม่ำเสมอ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้ง หลังจำหน่ายกลับมารักษาที่

โรงพยาบาลขอนแก่นเช่นเดิม และได้ยาเดิม
นัดทุก 1 เดือน ยังดื่มเบียร์ 2-3 วัน/สัปดาห์
และเสพยาบ้า 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือเมื่อมีเงิน
ว่าสนุกและคลายเครียดได้ดี ทานยาและฉีด
ยาไม่สม่ำเสมอ ว่าทานแล้วเพลีย ง่วง
วิงเวียน หน้ามืด มารดาเครียดมากและรู้สึก
เหนื่อยล้าในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยไม่เชื่อ
ฟังผู้ศึกษาจึงลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อม
พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อประเมินสภาพและวางแผนดูแลต่อเนื่อง
ขณะเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยนั่งดื่มเบียร์กับญาติ
ปฏิเสธการทานยาว่า ไม่ได้ป่วยแล้ว ทานยา
แล้วเบลอ วิงเวียน หน้ามืด ทำงานไม่ได้ ดื่ม
สุราแล้วมีความสุขดี

ผลการวิจัย (Result)

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูล
กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ได้ทบทวนแนว
ทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า
แผนการรักษาผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับ
ทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า การรักษาด้วยยารักษา
โรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา เพราะ

นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว
ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ ผู้ป่วย
ที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่มีปัญหา
จากการขาดยา และพบว่าเป้าหมายการ
รักษาของจิตแพทย์ระยะนี้มุ่งที่การควบคุม
อาการ ซึ่งตรงกับทฤษฎีโรคเช่นกัน⁴ ดังนั้น
การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่คลินิกและที่
บ้าน จึงกำหนดเป้าหมายการพยาบาล คือ
ผู้ป่วยและคนอื่นปลอดภัยจากภาวะ
หวาดระแวง และสามารถปรับตัวใน
สถานการณ์ที่เป็นจริงได้ การแก้ไขปัญหานี้จึง
นำหลักการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตใน
ชุมชนมาใช้ โดยกำหนดเป้าหมายของการ
ดูแลผู้ป่วยที่คลินิกและบ้าน คือมุ่งส่งเสริม
และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ
อยู่ร่วมกันได้⁵ จากการรวบรวมข้อมูลประเมิน
ปัญหาผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมากำหนด
เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยได้
เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
1	มีแนวโน้มทำร้ายตนเอง และ ผู้อื่นเนื่องจากมีความผิดปกติ ของการรับรู้	มีแนวโน้มทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาท หลอน และ ความ คิด หวาดระแวง	มีแนวโน้มทำร้ายตัวเอง เนื่องจากมีอาการประสาท หลอน และ ความ คิด หวาดระแวง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
2	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และปฏิเสธการเจ็บป่วย	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม
3	เกิดปัญหาป่วยซ้ำจากสุราหรือสารเสพติด	มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติดเนื่องจากมีความเชื่อว่าสุราไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา	มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติดเนื่องจากมีความเชื่อว่าสุรา และสารเสพติดเป็นวิธีผ่อนคลายที่ดีและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา
4	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากใช้ยาเสพติด
5	บกพร่องในการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง	มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเองเนื่องจากการรับรู้และการแยกตัวเอง	มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเองเนื่องจากการรับรู้
6	พร้อมสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น	มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง	พร้อมสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น
7	บกพร่องในการติดต่อสื่อสารเนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง	บกพร่องในการติดต่อสื่อสารเนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง	ไม่มี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
8	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มได้ง่ายการกินยา	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มได้ง่ายการกินยา เนื่องจากมีลิ้นแข็งพุทรีว น้ำลายเยอะ	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มได้ง่ายการกินยา เนื่องจากเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน ทำงานไม่ได้
9	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน
10	ผู้ดูแลเครียด/เบื่อหน่าย/หวาดกลัว ในการดูแล	ผู้ดูแลเครียด และหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย	ผู้ดูแลเครียด เบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นภาระ

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวม ประกอบด้วย การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะหวาดระแวง มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง

สัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาด้วยยา ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การประเมิน ภาวะสุขภาพ	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพจิต การประเมินสภาวะสุขภาพการประเมินทาง จิตสังคมการสังเกตพฤติกรรม อาการและ อาการแสดง การประเมินความต้องการการ ดูแล	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพจิต การประเมินสภาวะสุขภาพการประเมิน ทางจิตสังคมการสังเกตพฤติกรรม อาการ และอาการแสดง การประเมินความ ต้องการการดูแล
2. การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	2.1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและ ความคิดหวาดระแวง 2.2 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2.3 มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด เนื่องจากมีความเชื่อว่าสุราไม่เกี่ยวข้องกับ การรักษา 2.4 มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง 2.5 แบบแผนการนอนแปรปรวน เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู 2.6 มีการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการ คิด เนื่องจากความแปรปรวนด้านการรับรู้ 2.7 มีความบกพร่องด้านการดูแล ตนเองเนื่องจากการรับรู้และการแยกตัวเอง 2.8 เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของ ยาและอาจหลีกเลี่ยงการกินยา 2.9 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจใน การปฏิบัติตัวและดูแล 2.10 ผู้ดูแลเครียด และหวาดกลัวถูกผู้ป่วย ทำร้าย	2.1 มีแนวโน้มทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและ ความคิดหวาดระแวง 2.2 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วย ยา และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม 2.3 มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด เนื่องจากมีความเชื่อว่า สุรา และยาบ้า เป็นวิธีผ่อนคลายที่ดี 2.4 แบบแผนการนอนแปรปรวน เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู และใช้ยาเสพติด 2.5 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง เนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง 2.6 มีการเปลี่ยนแปลงด้าน กระบวนการคิด เนื่องจากความแปรปรวน ด้านการรับรู้ 2.7 เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของ ยาและอาจหลีกเลี่ยงการกินยา 2.8 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความ เข้าใจในการปฏิบัติตัวและดูแล 2.9 ผู้ดูแลเครียด เบื่อหน่าย และรู้สึก เป็นภาระ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. การวางแผน การพยาบาล	แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะ หวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจเพื่อให้ ภาวะหวาดระแวงลดลง	แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยและผู้อื่นมีความปลอดภัยจากภาวะ หวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจเพื่อให้ ภาวะหวาดระแวงลดลง
4. การปฏิบัติการ พยาบาล	4.1 สร้างความไว้วางใจในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการสร้าง ไว้วางใจและความเชื่อถือ ทุกครั้งที่พบกับ ผู้ป่วย 4.2 ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อให้ ถูกต้อง รับฟังเรื่องราวอย่างสนใจเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 4.3 การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผย รักษาคำพูด ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการจ้องมอง 4.4 แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่ โต้แย้งหรือท้าทายว่าผู้ป่วยเล่าไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะสนทนา เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความคิดที่เกิดขึ้น นั้นมาจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและ หวาดระแวงน้อยลง	4.1 สร้างความไว้วางใจในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการสร้าง ไว้วางใจและความเชื่อถือทุกครั้งที่พบกับ ผู้ป่วย 4.2 ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อให้ ถูกต้อง รับฟังเรื่องราวอย่างสนใจเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ไม่หัวเราะใน พฤติกรรมผู้ป่วย 4.3 การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผย รักษาคำพูด ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการจ้องมอง 4.4 แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่ โต้แย้งหรือท้าทายว่าผู้ป่วยเล่าไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้ง ได้โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่า ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นและหวาดระแวงน้อยลง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	4.5 ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระมัดระวังการกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลนินทา หรือระแวง	4.5 ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระมัดระวังการกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลนินทา หรือระแวง
	4.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง	4.6 ประเมินอาการหวาดระแวงทุกครั้ง ที่มารับบริการ โดยสอบถามทั้งจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลได้เหมาะสม
	4.7 ประเมินอาการหวาดระแวงทุกครั้ง ที่มารับบริการ โดยสอบถามทั้งจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลได้เหมาะสม	4.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะยากกลุ่ม antipsychotic เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง
	4.8 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดย - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น เริ่มหงุดหงิดง่าย ไม่นอน/นอนไม่หลับ อาจเริ่มมีอาการประสาทหลอน รวมถึงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ เช่น ทิ้งยา/ ไม่กินยา พุดห้วน ตาขวาง การดื่มสุรา - เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอนทักษะการจัดการกับความเครียด แก่ผู้ดูแล - ให้ข้อมูลในแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน แก่ผู้ดูแล	4.8 นำผู้ป่วยเข้ากระบวนการบำบัดรักษา ยาเสพติด แบบรายบุคคล 4.9 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดย - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น เริ่มหงุดหงิดง่าย ไม่นอน/นอนไม่หลับ อาจเริ่มมีอาการประสาทหลอน รวมถึงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ เช่น ทิ้งยา/ ไม่กินยา พุดห้วน ตาขวาง การดื่มสุรา ยาเสพติด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- พัฒนาทักษะพยาบาลที่ศูนย์แพทย์ใน การติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัว โดย - การดูแลช่วยเหลืออาการข้างเคียงจาก ยารักษาโรคจิต - สอนทักษะการติดตาม การกำกับ การกินยาของผู้ป่วยให้แก่ อสม.ในพื้นที่เพื่อ ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล	- ให้ข้อมูลญาติและช่วยค้นหาแหล่ง ช่วยเหลือในชุมชน เช่น แหล่งสนับสนุน ด้านข้อมูล ด้านจิตใจ - เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอน ทักษะการจัดการกับความเครียดแก่ผู้ดูแล - แนะนำญาติให้ชมเชยผู้ป่วยหากทำ กิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง - พัฒนาทักษะพยาบาลที่ รพ.สต. ใน การติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัว - สอนทักษะการติดตาม การกำกับ การกินยาของผู้ป่วยให้แก่ อสม.ในพื้นที่เพื่อ ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล - การดูแลช่วยเหลืออาการข้างเคียง จากยารักษาโรคจิต - มาตรการในชุมชนเพื่อลดปัญหาการ ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด โดย MOU กับ ชุมชนไม่ขายสุราให้ผู้ป่วย
5. การประเมินผล การพยาบาล	นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้	นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้
	5.1 ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจาก อันตรายที่เกิดขึ้นในภาวะหวาดระแวง	5.1 ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจาก อันตรายที่เกิดขึ้นในภาวะหวาดระแวง
	5.2 ผู้ป่วยร่วมมือกินยา/กินยาต่อเนื่อง และปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จาก ยา	5.2 ผู้ป่วยร่วมมือกินยา/กินยาต่อเนื่อง และปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ จากยา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัว และผู้อื่นดีขึ้น	5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัว และผู้อื่นดีขึ้น
	5.4 ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตร ประจำวันตัวเองได้	5.4 ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้
	5.5 ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตาม ศักยภาพ	5.5 ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราและเลิกใช้
	5.6 ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผู้ป่วยจิตเภทในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นชนิดหวาดระแวงโดยเป็นผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อการดูแลต่อเนื่องในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลขอนแก่น อาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกันและตรงตามทฤษฎีโรค ซึ่งสภาพปัญหาความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน คือผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจากปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม จึงเป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้สงบตามเป้าหมายการรักษาได้พบว่าอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีลักษณะอาการทางคลินิกที่รุนแรงกว่ารายที่ 1 เนื่องจากใช้สุรา และยาบ้าร่วม จึงใช้กลวิธีหลากหลายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวจุดเด่นของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 ราย คือ ใช้หลักการ

พยาบาลจิตเวชในชุมชน ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีแนวโน้มของการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เพราะครอบครัวมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ใช้ยาเสพติดอื่น นอกจากดื่มสุรา และเมื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องให้ครอบครัวรายที่ 1 จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจนมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ใช้การเสริมแรงด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลในพื้นที่และอาสาสมัครหมู่บ้านของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้แหล่งประโยชน์ใกล้บ้านได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรา ศิริกุล ชีให้เห็นว่าการนำมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้ยาเสพติดร่วมและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในหน่วยงานและในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์).** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2556-2558.** [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25กรกฎาคม 2562]; แหล่งข้อมูลจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
3. Murray CJL & Lopez AD. **The Global Burden of disease.** Harvard University Press; 1996.
4. กรมสุขภาพจิต. **คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง : บริษัท ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด;** 2560.
5. พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์, ภาสินี ไทอินทร์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตนศรี. **F 20: โรคจิตเภท (Schizophrenia).** กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก[online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2562] แหล่งข้อมูล: http://administer.pi.ac.th/uploads/ers_eacher/upload_doc/2018/academic/1531378592828010009140.pdf.
6. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
7. กรมสุขภาพจิต และสำนักการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** เชียงใหม่ : [มปท.]; 2556.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
9. ลัดดา แสนสีหา. **สุขภาพจิตชุมชน.** ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2552.
10. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.** กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด; 2558.

- 11.อมรา ศิริกุล. การใช้มาตรฐานการ
พยาบาลในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวช:
กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิด
หวาดระแวง. **วารสารโรงพยาบาล
พิจิตร** 2556 ; 28 (1): 81-92.

การสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กรณีรถตู้ชนรถพ่วง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 15 – 23 พฤษภาคม 2562

สุรพงษ์ ฆานาค¹, กรวิกา น้อยเชียง²

บทคัดย่อ

วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ศปถ. อำเภอชุมแพ ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลชุมแพ ว่ามีรถตู้ชนกับรถพ่วง บนทางหลวงสาย 228 ชุมแพ - สีชมพู บริเวณแยกทางเข้าบ้านโสกก้อง จึงออกสอบสวนร่วมกับ สคร. 7 ขอนแก่น ในวันที่ 17-23 พฤษภาคม 2562 เพื่ออธิบายเหตุการณ์ บัญญัติที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต และแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยรวบรวมข้อมูลเอกสารทางการแพทย์ สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ ผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ สำนวนสถานที่เกิดเหตุ ตรวจสอบภาพรถ วิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตด้วย Haddon Matrix Model

ผลการสอบสวน พบว่า อุบัติเหตุเกิดเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 เวลา 05.30 น. โดยที่รถตู้วิ่งเข้าช่องทางเดินรถด้านขวาย่างกะทันหันแล้วชนประสาธนากรับรถพ่วงที่วิ่งสวนมา มีผู้ประสบเหตุทั้งหมด 9 ราย เสียชีวิต 5 ราย บาดเจ็บ 3 ราย อีกหนึ่งรายไม่ได้รับบาดเจ็บ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ นั่งฝั่งขวาของรถตู้ซึ่งเป็นฝั่งที่กระแทกกับรถพ่วงและเกิดการบาดเจ็บภายในช่องอก ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ มีภาวะกระดูกซี่โครงหัก สาเหตุหลักของอุบัติเหตุสันนิษฐานว่าเกิดการหลับในของผู้ขับขี่รถตู้เนื่องจากไม่พบหลักฐานรอยล้อจากการลดความเร็วหรือหักพวงมาลัยเพื่อหลีกเลี่ยงการชนของรถตู้และในระหว่างเดินทางรถตู้มีลักษณะโยกซ้ายขวาหลายครั้ง ประกอบกับการดัดแปลงรถตู้และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสาร ทำให้เกิดการเสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรง ข้อเสนอแนะ คือ การสร้างความตระหนักร่วมกับใช้มาตรการด้านกฎหมายเพื่อความปลอดภัยของรถตู้โดยสาร เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย การตรวจประเมินรถที่มีการดัดแปลง การจำกัดเวลาของผู้ขับขี่ เป็นต้น ป้องกันการหลับในโดยใช้เส้นจราจรแบบสั่นและ การใช้เทคโนโลยียานยนต์ และการขยายถนนเพิ่มช่องจราจร

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจราจร, รถตู้, รถพ่วง, ชนประสาธนากร, หลับใน

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเวียงเก่า

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลภูเวียง

Corresponding Author: Surapong Bhanak, Email: kangjude@gmail.com

Received: October 29, 2020; Revised December 18, 2020; Accepted December 21, 2020

INJURY AND DEATH INVESTIGATION OF THE VAN CRASHING WITH THE TRAILER, CHUM PHAE DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE, 15TH – 23RD MAY 2019

Surapong Bhanak¹ , Kornwika Noichiang²

ABSTRACT

On 15th May 2019, the Operating Center for Road Safety of Chum Phae District was notified by Chum Phae Hospital that a van had crashed with a trailer on highway 228, Chum Phae - Si Chomphu, at the intersection to Sok Kong village. The investigation of the injury and death from the case was performed in cooperation with the Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen, to describe the event, analyze factors affecting injury and death, and make the suggestions to prevent accidents and reducing injuries and death. The data was collected from medical records, interviewing the injured, the staffs of rescue team, and analyzed the factors of injuries and deaths with the Haddon Matrix Model.

The result found that the accident happened on 15th May 2019 at 05.30 AM while the van was running to the right lane and suddenly crashed with the trailer that was running in opposite direction, causing 5 deaths and 3 injuries from all 9 victims. Most of the dead were seated on the right side of the van, which was hit by the trailer, and died of chest injuries. Most of the injured had fractured extremities. Drowsy driving of the van driver was probable main cause of the accident since the absence of skid mark and yaw mark at the scene, and several time of side rocking along the trip of the van. Modification of the van with absence of seat belt fastening of the passengers increased severity of the injuries and led to death. Awareness on van safety with regulations on evaluation of vehicle modification, seat belt fastening, and time limitation of van driver, using profile marking, automotive technology, and lane expansion were suggested to prevent accident and reduce injury or risk of death.

Key words: traffic accident , van , trailer, collision , drowsy driving

¹ Medical Doctor, Senior Professional Level, Wiang Kao Hospital

² Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Phu Wiang Hospital

บทนำ (Introduction)

ศปถ. อำเภอชุมแพ ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลชุมแพ เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 เวลา 09.00 น. ว่าเกิดเหตุรถตู้ชนกับรถพ่วงบรรทุกกากน้ำตาล เมื่อเวลาประมาณ 05.30 น. ของวันเดียวกัน บนทางหลวงหมายเลข 228 บริเวณแยกทางเข้าบ้านโสกก้อง ต.วังหินลาด อ.ชุมแพ มีผู้ประสบเหตุทั้งหมด 9 ราย เสียชีวิต 5 ราย บาดเจ็บ 3 ราย และอีก 1 ราย ไม่ได้รับบาดเจ็บ (คนขับรถบรรทุก) เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนระดับเขต ศปถ. อำเภอชุมแพ จึงสอบสวนอุบัติเหตุร่วมกับ สคร. 7 ขอนแก่น ในช่วงวันที่ 17 - 23 พฤษภาคม 2562

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้
2. เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต
3. เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

1. ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยทบทวนสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก

อุบัติเหตุทางถนนย้อนหลัง 5 ปี ศึกษาภาพรวมของอุบัติเหตุ พฤติกรรมผู้ขับขี่ พฤติกรรมผู้โดยสารและลักษณะการบาดเจ็บ โดยวิธีการต่อไปนี้

- ทบทวนสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC) ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค (IDCC) และโรงพยาบาลชุมแพ

- ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต จากผู้รับผิดชอบงานความปลอดภัยทางถนน สสอ.ชุมแพ ร่วมกับ สคร. 7 ขอนแก่น

- ศึกษาข้อมูลการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต จากเวชระเบียน และรายงานสรุปเหตุการณ์ของโรงพยาบาลชุมแพ

- ศึกษาด้านยานพาหนะจากรายงานบันทึกของเจ้าหน้าที่ตำรวจ การสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ ภาพถ่ายในวันเกิดเหตุการณ์ และการตรวจสอบสภาพรถหลังเกิดเหตุ

- ลงพื้นที่สำรวจถนน ป้ายจราจร และสภาพแวดล้อมบริเวณจุดเกิดเหตุ

- สัมภาษณ์พยานผู้เห็นเหตุการณ์ และประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ

2. วิเคราะห์เหตุการณ์และปัจจัยนำไปสู่การบาดเจ็บ โดยใช้ Haddon Matrix Model^{1,2,3}

เครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวน

แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วยแบบสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร (แบบสอบสวนพฤติกรรม) แบบสอบสวนข้อมูลทั่วไปของการเกิดอุบัติเหตุ แบบสอบสวนสถานที่เกิดเหตุและสภาพแวดล้อม แบบสอบสวนยานพาหนะ แบบตรวจสอบ (Check List) การเก็บข้อมูลสนามและการถ่ายภาพ¹

ผลการวิจัย (Result)

1. สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2557-2561

จากการทบทวนสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในภาพรวมของประเทศไทยและเฉพาะจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2557 - 2561 มีสถิติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2557-2561

	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนอุบัติเหตุ (ข้อมูลจาก ThaiRSC - บริษัทกลางฯ)					
ทั่วประเทศ	251,125	272,664	299,957	329,060	345,322
จังหวัดขอนแก่น	4,080	4,472	5,003	5,855	6,060
จำนวนผู้เสียชีวิต (ข้อมูลจาก IDCC - 3 ฐาน)					
ทั่วประเทศ	20,790	19,960	21,745	21,607	19,931
จังหวัดขอนแก่น	565	577	558	529	449

สำหรับสถานการณ์อุบัติเหตุในอำเภอชุมแพ ในช่วงปี 2557-2561 จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลชุมแพพบว่า จำนวนอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิตบนทางหลวงหมายเลข 228 ในเขตอำเภอชุมแพเกิดขึ้นทั้งหมด 11 ครั้ง จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 19 ราย โดยเกิดบริเวณแยกทางเข้าบ้านโสกก่อ ต.วังหินลาด จำนวน 1 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 1 ราย (ไม่ได้เก็บข้อมูลจำนวน

ผู้บาดเจ็บ และจำนวนอุบัติเหตุที่ไม่มีผู้เสียชีวิต)

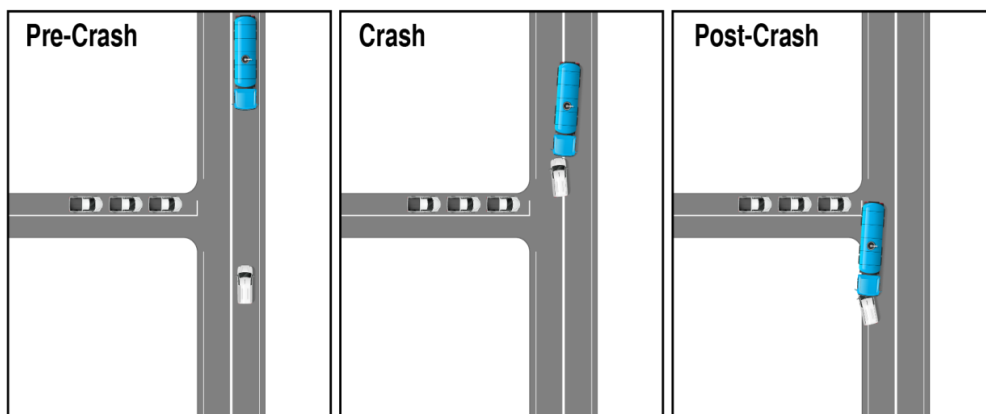
2. ผลการสอบสวนอุบัติเหตุ ภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุ

วันที่ 14 พฤษภาคม 2562 เวลาประมาณ 23.00 น. รถตู้โดยสาร (เช่าเหมา) ออกเดินทางจากจุดนัดหมายที่สนามฟุตบอลแห่งหนึ่งในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร เพื่อไปเชียร์การแข่งขันฟุตบอลที่จังหวัด

หนองบัวลำภู มีผู้ขับขี่เพศชายอายุ 34 ปี และผู้โดยสาร 7 ราย (ชาย 6 ราย หญิง 1 ราย) ใช้เส้นทางกรุงเทพฯ - สระบุรี - สีคิ้ว - ชัยภูมิ - ชุมแพ - หนองบัวลำภู

วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 เวลาประมาณ 05.30 น. ขณะมุ่งหน้าไป อ.สีชมพู บนทางหลวงหมายเลข 228 ช่วงกิโลเมตรที่ 9 - 10 รถตู้มีการล้ำช่องจราจรไปทางขวา ในขณะเดียวกันมีรถพ่วง 18 ล้อ ซึ่งเดินทางมาจาก จ.หนองบัวลำภู บรรทุกกากน้ำตาลเพื่อ

ไปส่งที่ จ.ชัยภูมิ วิ่งสวนทางมาและไม่สามารถหลบทัน จึงเกิดการชนประสานงาอย่างแรง หลังการชน รถทั้งสองคันมีการเคลื่อนไถลกลับเข้ามาอยู่ในช่องจราจรซ้ายของรถตู้ และหยุดบริเวณไหล่ทาง ดังภาพประกอบที่ 1 ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณนั้นและผู้ขับขี่รถคันอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงเหตุการณ์ได้เข้ามาดูที่จุดเกิดเหตุ และโทรศัพท์แจ้งหน่วยกู้ภัยในพื้นที่



ภาพประกอบที่ 1 ภาพจำลองการเกิดอุบัติเหตุตามคำให้สัมภาษณ์ของพยานผู้เห็นเหตุการณ์

ผู้ประสบเหตุได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุโดยหน่วยกู้ภัยชุมแพ จีแซเคาะ หน่วยกู้ชีพ อบต.วังหินลาด หน่วยกู้ชีพ ทต.หนองไผ่ และทีม advance life support (ALS) โรงพยาบาลชุมแพ พบผู้ประสบเหตุทั้งหมด 9 ราย เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 4 ราย (ผู้ขับขี่รถตู้ 1 ราย และผู้โดยสารรถตู้ 3 ราย) บาดเจ็บสาหัส 4 ราย ถูกนำส่ง

โรงพยาบาลชุมแพ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมแพ 1 ราย ถูกส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ราย และนอนรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ 1 ราย ส่วนผู้ขับขี่รถพ่วง ไม่ได้รับบาดเจ็บ ดังภาพประกอบที่ 2 และ 3



ภาพประกอบที่ 2 สภาพของรถหลังการชน
(ฝั่งขวาของรถตู้)



ภาพประกอบที่ 3 สภาพของรถหลังการชน
(ฝั่งซ้ายของรถตู้)

พฤติกรรมการขับขี่

ผู้ขับขี่รถตู้ เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี มีใบอนุญาตขับขี่ถูกต้องตามประเภทรถ และยังไม่หมดอายุ คาดเข็มขัดนิรภัยตลอดเส้นทาง ประสบการณ์การขับรถ 9 ปี ทำงานขับรถตู้คันเดียวกันนี้เพื่อรับส่งนักเรียนเป็นประจำ และรับงานทางไกลตามโอกาส และครั้งนี้ขับรถเพียงคนเดียว ไม่ทราบประวัติการดื่มสุราหรือใช้ยาอย่างอื่น ผู้โดยสารที่นั่งข้างคนขับ แจ้งว่า ผู้ขับขี่รถตู้ขับด้วยความเร็วประมาณ 100 - 120 กม./ชม. มาตลอดเส้นทาง และมีลักษณะการโยกของรถบ่อยครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่รถตู้

ผู้ขับขี่รถพ่วง เป็นเพศชาย อายุ 41 ปี มีใบอนุญาตขับขี่ถูกต้องตามประเภทรถ และยังไม่หมดอายุ ประสบการณ์ขับขี่ 6 ปี 6 เดือน ใช้เส้นทางนี้ในช่วงเวลานี้เป็นประจำ ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติการ

ดื่มสุราและใช้ยาอย่างอื่น คาดเข็มขัดนิรภัยตลอดเส้นทาง จากการตรวจสอบ GPS ขับรถด้วยความเร็วก่อนชน 1 นาที 60 - 64 กิโลเมตร/ชั่วโมง ความเร็วขณะชน 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง ก่อนเกิดการชนได้พยายามกดแตรและเปิดไฟกระพริบเตือนผู้ขับขี่รถตู้แล้ว แต่เนื่องด้วยระยะกระชั้นชิดจึงไม่สามารถห้ามล้อหรือหักหลบได้ทัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือด

พฤติกรรมผู้โดยสาร

ผู้โดยสารรถตู้ทั้ง 7 ราย เป็นแฟนบอลสโมสรฟุตบอลทีมหนึ่งที่กำลังจะลงทำการแข่งขันที่ จ.หนองบัวลำภู ในช่วงเย็นวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ทางกลุ่มเลือกที่จะออกเดินทางในช่วงกลางคืนเพื่อให้มาถึงจังหวัดหนองบัวลำภูในช่วงเช้า ขณะเริ่มออกเดินทางผู้โดยสารคนหนึ่งเป็นคนได้ทำการถ่ายทอดสดผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ พบมีผู้โดยสารกลุ่มหนึ่งกำลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

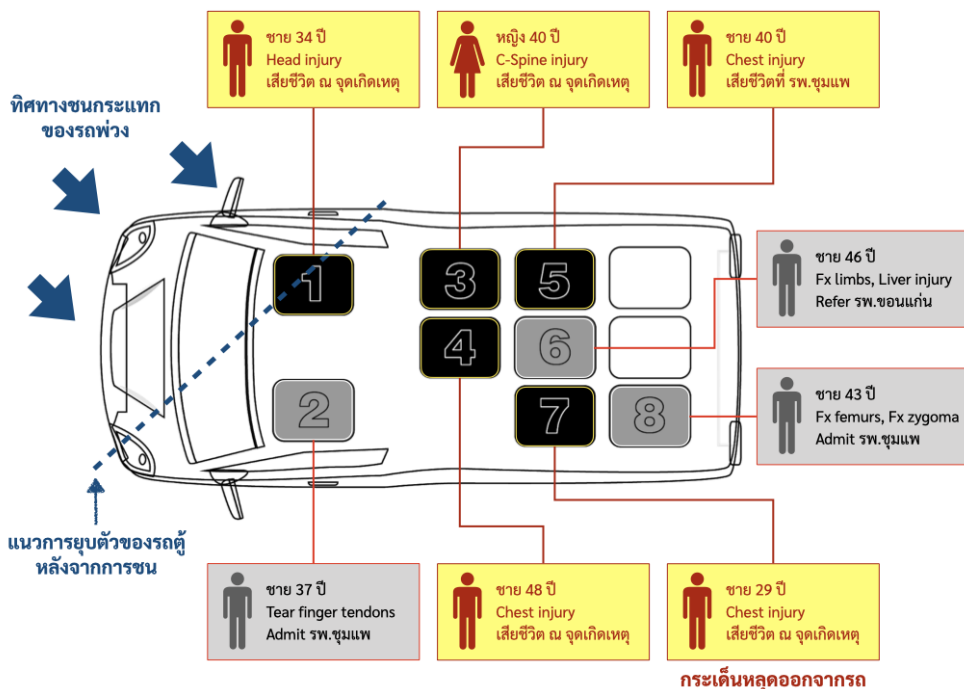
ระหว่างเดินทาง ผู้โดยสารทุกคนไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และน่าจะนอนหลับมาเกือบตลอดเส้นทางและขณะเกิดเหตุ ขณะเกิดการชนมีผู้โดยสารรถตู้หลุดออกจากรถ 1 ราย ส่วนที่เหลือติดอยู่ในซากรถ

ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต

จากจำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด 9 ราย มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 4 ราย บาดเจ็บ 4 ราย ถูกนำส่งโรงพยาบาลชุมแพ (ต่อมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมแพ 1 ราย) ส่วนอีก 1 รายไม่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะการบาดเจ็บของผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนมากนั่งด้านฝั่งขวาของรถตู้ซึ่งเป็นฝั่งที่กระแทกโดยตรงเข้ากับ

ส่วนหัวของรถพ่วง และอีก 1 รายที่นั่งด้านฝั่งซ้ายของรถตู้ แต่กระเด็นหลุดออกจากตัวรถ ในขณะที่เกิดการชน ส่วนมากเป็นการบาดเจ็บภายในช่องอก (3 ราย)

ลักษณะการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บจำนวน 3 ราย พบว่า 2 ราย นั่งด้านฝั่งซ้ายของรถตู้ (ข้างคนขับและแถวหลังเบาะซ้าย) และอีก 1 ราย นั่งที่แถวกลางเบาะกลาง ทุกรายติดอยู่ในตัวรถ ส่วนมากเป็นการบาดเจ็บเรื่องกระดูกหัก และมี 1 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บที่ตัวร่วมด้วย ดังภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบที่ 4 แผนผังตำแหน่งที่นั่งของผู้โดยสารรถตู้ และการบาดเจ็บ/เสียชีวิต

การศึกษาด้านยานพาหนะ

รถตู้เป็นรถจดทะเบียนประเภทรถยนต์นั่งส่วนบุคคล 12 ที่นั่ง แต่ดัดแปลงเบาะนั่งเหลือ 10 ที่นั่ง ใช้งานรับส่งนักเรียนเป็นประจำ ไม่ได้จดทะเบียนเป็นรถรับจ้างกับกระทรวงคมนาคม อายุการใช้งาน 9 ปี (จดทะเบียนปี พ.ศ. 2553) ไม่ทราบประวัติการตรวจสภาพรถหรือการซ่อมบำรุง มีกรรมสิทธิ์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถภาคบังคับ แต่ไม่พบประกันภัยภาคสมัครใจ ไม่มีระบบติดตาม GPS มีการดัดแปลงพวงมาลัย ถูกลมนิรภัยไม่ทำงาน สภาพหลังการชน ด้านหน้าฝั่งขวาเสียหายยุบเข้าไปถึง

ห้องโดยสาร ต้องใช้เครื่องตัดถ่างเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและนำศพออกจากตัวรถ ดังภาพประกอบที่ 5

รถบรรทุก 18 ล้อ ลักษณะกึ่งพวงใช้บรรทุกกากน้ำตาล อายุการใช้งาน 7 ปี (จดทะเบียนปี พ.ศ. 2555) มีกรรมสิทธิ์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทั้งภาคบังคับและภาคสมัครใจ มีระบบติดตาม GPS หลังการชนมีความเสียหายบริเวณกันชนด้านหน้า แต่ห้องโดยสารไม่ได้รับความเสียหาย



ภาพประกอบที่ 5 สภาพของรถตู้หลังการชน

การศึกษาสิ่งแวดล้อม

ถนนหมายเลข 228 ช่วงกิโลเมตรที่ 9 - 10 เป็นทางตรงและลงเนินเล็กน้อย มีขนาด

2 ช่องจราจร และเป็นเขตห้ามแซง ไหล่ทางแคบ ข้างทางเป็นร่องลึกประมาณ 1.5 เมตร มีต้นไม้ขนาดเล็กขึ้นกระจายตามข้างทาง แต่

ไม่มากจนบดบังทัศนวิสัยบนถนน ผิวถนน
ขรุขระเล็กน้อย บริเวณทางแยกเข้าหมู่บ้านไม่
มีช่องถนนสำหรับชะลอรถ มีไฟกระพริบเตือน
อยู่ห่างทางแยกประมาณ 10 เมตร มีรถ
สัญจรไปมาต่อเนื่องตลอด

จากการสัมภาษณ์พยานผู้เห็น
เหตุการณ์ พบว่า ขณะเกิดเหตุเป็นเวลา
ประมาณ 05.30 น. มีแสงสว่างเพียงพอ

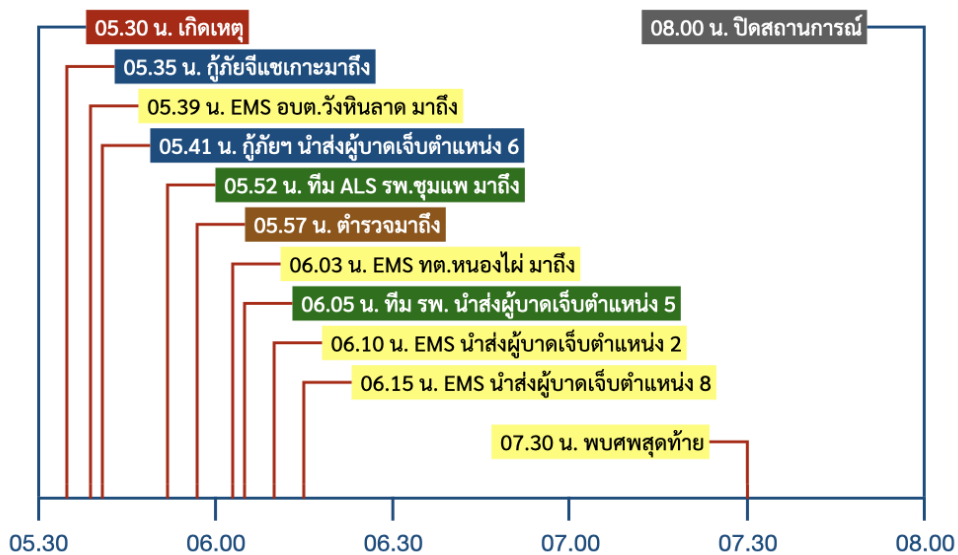
พื้นถนนแห้ง ไม่มีหมอกควันบดบังทัศนวิสัย
รถได้มีการเปลี่ยนช่องทางจราจรแล้วพุ่งชนรถ
พ่วงโดยไม่มีการห้ามล้อหรือหักหลบ และ
จากหลักฐานจากการสำรวจถนนหลังเกิดเหตุ
พบมีรอยล้อจากการลดความเร็วเฉพาะของ
รถพ่วง และรอยการครูดไถลหลังการชน
ดังภาพประกอบที่ 6



ภาพประกอบที่ 6 รอยเลื่อนไถลบนถนนหลังจากการชน

การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ
หลังเกิดเหตุ ผู้เห็นเหตุการณ์ที่กำลัง
หยุดรถรอออกจากทางแยกได้โทรศัพท์แจ้ง
1669 ทันที และได้ให้การช่วยเหลือผู้โดยสาร
ตำแหน่งที่ 2 ซึ่งบาดเจ็บเล็กน้อยและออก

จากรถได้เอง จากนั้นหน่วยกู้ภัยจากหลายๆ
ส่วนก็ได้มาถึงจุดเกิดเหตุและให้การ
ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุตามลำดับเวลาดัง
แสดงตามภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบที่ 7 ลำดับเหตุการณ์ในการเข้าช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Haddon Matrix Model

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุโดยใช้วิธี Haddon Matrix Model

	คน	ยานพาหนะ	ถนนและสิ่งแวดล้อม
ก่อน	ผู้ขับขี่รถตู้	รถตู้	ถนน
ชน	- ขับรถต่อเนื่องเกิน 6 ชั่วโมง - แชน/ข้ามเลน ในเขตห้ามแซง - ตัดสินใจผิดพลาด หรือหลับใน - มีใบอนุญาตขับที่ถูกต้อง - ขับด้วยความเร็วเกินกำหนด	- ดัดแปลงจาก 12 เป็น 10 ที่นั่ง - ดัดแปลงพวงมาลัย - อายุใช้งาน 9 ปี ไม่ทราบประวัติการตรวจสภาพหรือซ่อมบำรุง - ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นรถโดยสาร - ไม่มีกล้องบันทึกหน้ารถ	- เป็นช่วงทางตรง ไม่มีเกาะกลาง - ไม่มีสัญญาณเตือนหลับใน - พื้นถนนแห้ง ไม่มีหลุมขรุขระ - ไหลทางแคบ
ผู้โดยสารรถตู้	- นอนหลับเกือบตลอดเส้นทางและช่วงก่อนเกิดเหตุ	- ไม่มีกล้องบันทึกหน้ารถ	- พุทบอลแข่งกลางสี่ดาว
ผู้ขับขี่รถพ่วง	- ใบอนุญาตขับที่ถูกต้อง - ขับด้วยความเร็วตามกำหนด - กดแตรและเปิดไฟกระพริบเพื่อส่งสัญญาณเตือนผู้ขับขี่รถตู้	- รถพ่วง - อายุการใช้งาน 7 ปี - มีระบบติดตาม GPS - ไม่มีกล้องบันทึกหน้ารถ	- แฟนบอลต้องเดินทางไกล

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุโดยใช้วิธี Haddon Matrix Model (ต่อ)

	คน	ยานพาหนะ	ถนนและสิ่งแวดล้อม
ขณะ	ผู้ขับขี่รถตู้	รถทั้งสองคัน	รอยบนถนน
ชน	- คาดเข็มขัดนิรภัย	- รถตู้กับรถพ่วงชนประสานงากัน	รถตู้
	ผู้โดยสารรถตู้	รถตู้	ไม่พบ skid mark หรือ yaw mark
	- ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	- เบาะผู้โดยสารหลุดออกจาก	รถพ่วง
	- กระเด็นออกนอกกรด 1 ราย	ตำแหน่งเดิม	พบ skid mark
	ผู้ขับขี่รถพ่วง	- ไม่มีถุงลมนิรภัย	
	- คาดเข็มขัดนิรภัย	- ประตูเลื่อนเปิดเข้าห้องผู้โดยสาร	
		หลุดออกจากตัวรถ	
		รถพ่วง	
		- ระบบป้องกันที่มี ทำงานปกติ	
หลัง	ผู้ขับขี่รถตู้	รถทั้งสองคัน	สิ่งแวดล้อม
ชน	- เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	- ชากรถเลื่อนไถลลงไหล่ทาง	- ใช้ถนนได้ 1 ช่องจราจร
	- ตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือด	รถตู้	- ทีมช่วยเหลือเข้าถึงจุดเกิดเหตุ
	ผู้โดยสารรถตู้	- โครงด้านหน้าฝั่งคนขับยุบเข้าหา	ได้อย่างรวดเร็ว
	- เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 3 ราย	ตัวรถ ต้องใช้เครื่องตัดถ่างเพื่อนำ	- ต้นไม้และหญ้าข้างทาง ทำให้
	- เสียชีวิตที่ รพ.ชุมแพ 1 ราย	ศพออกมา	พบศพที่กระเด็นออกได้ยากขึ้น
	- บาดเจ็บ 3 ราย	รถพ่วง	สังคม เศรษฐกิจ
	ผู้ขับขี่รถพ่วง	- เสียหายบริเวณกันชนด้านหน้า แต่	- เป็นชาวดังในวงการฟุตบอล
	- ไม่ได้รับบาดเจ็บ	ห้องโดยสารไม่เสียหาย	
	- ตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือด		

มาตรการควบคุมและป้องกัน

อุบัติเหตุ

1. โรงพยาบาลชุมแพ ได้สรุปสถานการณ์ การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่ การช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลให้แก่ ศปถ. อำเภอชุมแพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบต.วังหินลาด

2. มีการลงพื้นที่สอบสวนการเกิด

อุบัติเหตุร่วมกันของเครือข่ายสหสาขา และมีการประชุมสรุปประเด็นที่ต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนต่อไป

3. อบต.วังหินลาด ดำเนินการ

ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมข้างทางบริเวณจุดเลี้ยวเข้าหมู่บ้าน และเปลี่ยนจุดติดตั้งไฟกระพริบเตือนให้ห่างจากทางแยกประมาณ 50 เมตร

อภิปรายและสรุปผล (Discussion and Conclusion)

อุบัติเหตุครั้งนี้เป็นลักษณะการชนประสานงาในถนนขนาด 2 ช่องจราจร ซึ่งถือเป็นลักษณะที่มีดัชนีความรุนแรงของอุบัติเหตุบนทางหลวง (severity index) ในระดับสูง⁴ ก่อให้เกิดแรงกระทำที่รุนแรงต่อยานพาหนะและคนในรถ โดยเฉพาะรถตู้ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าและมีผู้โดยสารจำนวนมาก ประกอบกับระบบป้องกันการบาดเจ็บที่ล้มเหลว ได้แก่ การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสาร การดัดแปลงรถซึ่งส่งผลให้ที่นั่งไม่มีความมั่นคงแข็งแรงและหลุดจากตำแหน่งขณะเกิดการชน รวมถึงการที่ถุงลมนิรภัยไม่ทำงาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงต่อบุคคลและนำไปสู่การเสียชีวิต โดยมีผู้บาดเจ็บ 3 คน เสียชีวิต 5 คน จากทั้งหมด 9 คน

การสอบสวนอุบัติเหตุครั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องลำดับเหตุการณ์ของอุบัติเหตุ ซึ่งได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลเท่านั้น ไม่พบหลักฐานที่ช่วยยืนยันชัดเจน เช่น กล้องวงจรปิด กล้องหน้ารถ เป็นต้น และในส่วนของการศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของผู้ขับขี่รถตู้ ไม่สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่บ่งบอกถึงการหลับใน หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ เนื่องจากผู้โดยสารที่รอดชีวิตนอนหลับเกือบตลอดเส้นทางและในขณะเกิดอุบัติเหตุ

สำหรับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ การหลับในของผู้ขับ

ขี่รถตู้ โดยมีเหตุผลสนับสนุนหลายประเด็นดังนี้

1. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ คือ ประมาณ 05.30 น. ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า คนทั่วไปจะมีความกระปรี้กระเป่าสูงสุดในช่วงเวลาประมาณ 09:30 น. และ 19:30 น. และต่ำสุดในช่วงเวลาประมาณ 15:30 น. และ 05:30 น.^{5,6}

2. การไม่พบหลักฐานรอยล้อจากการลดความเร็ว (skid mark) หรือหักพวงมาลัยเพื่อหลีกเลี่ยงการชน (yaw mark) ของรถตู้⁵

3. พฤติกรรมของผู้ขับขี่รถตู้ซึ่งขับรถต่อเนื่องคนเดียวมานานกว่า 6 ชั่วโมง และเป็นช่วงเวลาที่ไม่ใช่เวลาทำงานปกติ รวมถึงการเดินทางในช่วงวันกลางสัปดาห์ ซึ่งผู้ขับขี่รถตู้ น่าจะยังต้องทำงานประจำ (รับส่งนักเรียน) ทำให้มีเวลาไม่พักเพียงพอและเกิดความเหนื่อยล้า

4. ถนนช่วงตั้งแต่ตัวอำเภอชุมแพ จนถึงจุดเกิดเหตุ เป็นทางค่อนข้างตรง^{4,5} และเป็นช่วงเวลาที่การจราจรยังไม่คับคั่ง สามารถขับด้วยความคงที่ได้อย่างต่อเนื่อง

5. ผู้โดยสารที่นั่งข้างคนขับให้การกับตำรวจว่ารถมีลักษณะการโยกซ้ายขวาบ่อยครั้งในระหว่างเดินทาง และทั้งผู้โดยสารที่นั่งข้างคนขับและคนอื่นๆ น่าจะกำลังหลับในช่วงก่อนและขณะการชน ทำให้ไม่มีผู้คอยสังเกตและกระตุ้นเตือนคนขับในระหว่างทาง

แม้อุบัติเหตุหลับในจะเกิดขึ้นเพียงร้อยละ 5 ของอุบัติเหตุทั่วประเทศไทย แต่มีโอกาสเกิดขึ้นมากกับคนขับรถโดยสารและรถบรรทุก เนื่องจากการเดินทางส่วนใหญ่ระยะทางไกล ทั้งนี้ โอกาสเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มสูงขึ้นหากเป็นการเดินทางที่ไม่ใช่เที่ยวเวลาปกติ เช่น การเช่าเหมาคัน เนื่องจากผู้เช่าหรือผู้โดยสารไม่สามารถตรวจสอบได้เลยว่าคนขับรถขับเที่ยวล่าสุดวันเวลาใด พักผ่อนมาเพียงพอมากน้อยเพียงใด หรือเกิดการเปลี่ยนกะขับขีกลางวันและกลางคืนเป็นอย่างไร^{5,7} นอกจากนี้ การที่ผู้เช่าเลือกที่จะเดินทางในเวลากลางคืนเพื่อจะให้ถึงจุดหมายในช่วงเช้าเพื่อประหยัดค่าที่พัก ถือเป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากความง่วง

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. องค์กร สร้างความตระหนัก และบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับรถตู้รับจ้างในประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 การตรวจประเมินด้านความปลอดภัยของรถที่มีการดัดแปลง

1.2 การจำกัดระยะเวลาทำงาน หรือกำหนดจำนวนผู้ขับตามระยะทาง⁷

1.3 การวัดเข้มขันนิรภัยของผู้โดยสาร

2. ให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้โดยสารในการเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ขับขีรถตู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการกระตุ้นเตือนอย่างเหมาะสม

3. จัดทำเส้นจราจรแบบสันนูน (Profile Marking)^{8,9} เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ขับขีที่หลับใน เมื่อขับรถทับเส้นไหล่ทางจะรู้สึกตื่นตัวเพราะรถจะสั่นสะเทือน

4. ส่งเสริมให้ผู้ขับรถเข้าถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีด้านยานยนต์ที่ช่วยป้องกันอุบัติเหตุจากการง่วงแล้วขับ เช่น ระบบตรวจจับอาการง่วงนอนและหลับใน (drowsiness alert system) ระบบการเตือนรถหลุดออกนอกเส้นทาง (lane departure warning system)^{4,10}

5. ปรับปรุงด้านกายภาพ เช่น เพิ่มช่องจราจรบริเวณทางแยก ขยายถนนให้มีช่องจราจรมากขึ้นและให้มีเกาะกลางถนน การติดตั้งไฟสัญญาณจราจร เป็นต้น

6. สมาคมฟุตบอลแห่งประเทศไทย รวมถึงสโมสรฟุตบอลต่างๆ ควรวางแผนทางในการจัดตารางการแข่งขันที่เอื้อต่อการเดินทางไปเชียร์ของแฟนบอล รวมถึงการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการเดินทางให้มีการควบคุมกำกับด้านความปลอดภัยที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ คุณชูชาติ กางกันยา จากโรงพยาบาลชุมแพ และคุณมยุรา สีสาร จาก สคร. 7 จังหวัดขอนแก่น ในการช่วยประสานงาน สนับสนุนข้อมูล และให้คำแนะนำในการสอบสวน

ขอขอบคุณ ศปภ. อำเภอชุมแพ ที่
ให้โอกาสในการเข้าร่วมประชุมเพื่อสรุปผล
การดำเนินงาน และกำหนดแนวทางในการ
ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ธรรมนูญ ไวยเนตร. **แนวทางการ
สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและ
เสียชีวิตจากการจราจรทางถนน
(Road Traffic Injury Investigation).**
นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่
ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุม
โรค กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
2. นันทพร กลิ่นจันทร์. **การสอบสวนเชิง
ลึกสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต
จากอุบัติเหตุทางถนน.** สงขลา: โรง
พิมพ์ธีระวัฒน์เซ็นเตอร์; 2558.
3. Runyan CW. Using the Haddon matrix:
introducing the third dimension. *Inj
Prev* 1998;4:302-7.
4. มูลนิธิไทยโรดส์ ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่ง
ประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่ง
เอเชีย. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุ
ทางถนนของประเทศไทย 2559-2560.**
กรุงเทพฯ: กระทรวงคมนาคม กรมการ
ขนส่งทางบก และกองทุนเพื่อความ
ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน; 2562.
5. ศาสตราจารย์ พลบุรณ์. **คู่มือนักสืบ
อุบัติเหตุรถโดยสารขนาดใหญ่.**
กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความ
ปลอดภัยทางถนน; 2561.
6. National Highway Traffic Safety
Administration. Drowsy driving and
automobile crashes. Washington, D.C.:
U.S. Department of Transportation;
1998 Apr. Report No.: DOT HS 808
707. 1998.
7. มูลนิธิไทยโรดส์ ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่ง
ประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่ง
เอเชีย. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุ
ทางถนนของประเทศไทย 2557-2558.**
กรุงเทพฯ: กระทรวงคมนาคม กรมการ
ขนส่งทางบก และกองทุนเพื่อความ
ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน; 2560.
8. ประมุข ปราบจะบก. **การศึกษา
ประสิทธิภาพของการใช้แถบสัน
ระนาดบนไหล่ทางบนทางหลวงพิเศษ
ระหว่างเมือง.** [วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต].
นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุ
รนารี; 2554.
9. Thianthip Diawkee. **นวัตกรรมความ
ปลอดภัย แก้อุบัติเหตุบนถนน.**
[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30
พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.thaihealth.or.th/Content/41989-นวัตกรรมความปลอดภัย%20แก้อุบัติเหตุบนถนน.html>.

10. Sternlund S, Strandroth J, Rizzi M, Lie A, Tingvall C. The effectiveness of lane departure warning systems-A reduction in real-world passenger car injury crashes. **Traffic Inj Prev** 2017; 18(2): 225-9.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ
ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Online]. 2012 [cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/index> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าสู่ฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำการได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/about/submissions>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ TEL : 043-221125 โทรสาร FAX : 043-224037
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho>

