

## ผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ พย.ม.

กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีพยาบาลที่จบใหม่และพยาบาลย้ายเข้ามาทุกปี ซึ่งพยาบาลที่รับผิดชอบงานสอนยังขาดแนวทางการสอนงานในห้องผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับกลุ่มพยาบาลใหม่ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการสอนงานพยาบาลห้องผ่าตัด จึงจำเป็นเพื่อเพิ่มทักษะปฏิบัติงานของกลุ่มพยาบาลใหม่ในห้องผ่าตัด

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลจบใหม่และพยาบาลที่ย้ายเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยประชากร ได้แก่ พยาบาลจบใหม่ และพยาบาลที่ย้ายมาปฏิบัติงานห้องผ่าตัดในปี พ.ศ.2560-2563 จำนวน 23 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการศึกษา:** พยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 23 คนอายุระหว่าง 22 ถึง 25 ปี เป็นพยาบาลจบใหม่จำนวน 18 คน และย้ายมาจากที่อื่นจำนวน 5 คน การประเมินก่อนการใช้โปรแกรมการสอนทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 0.63 และพบว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอนอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 94 และหลังจากใช้โปรแกรมการสอนพบว่า กลุ่มพยาบาลใหม่ทั้งหมดมีค่าคะแนนทักษะสัมพันธ์กับเนื้อหาการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจการใช้โปรแกรมการสอนงานในระดับมากที่สุด

**สรุป:** โปรแกรมการสอนงานเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่ดี มีประสิทธิภาพสูงซึ่งผลที่ประจักษ์คือพยาบาลใหม่ในห้องผ่าตัดมีทักษะในการปฏิบัติงานถูกต้อง แม่นยำซึ่งมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยสูงชัน อีกทั้งความพึงพอใจในรูปแบบการสอนมีผลตอบรับสูง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสอนงานห้องผ่าตัด ทักษะการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจ

## The Achievement of the Operating Nurses' Teaching Program in Surat Thani Hospital

Noppawan Kittayapoositpot M.N.S.

Operating Room Nursing Section of Surat Thani Hospital

### Abstract

**Introduction:** The operating section of Surat Thani Hospital accepts graduated nurses and nurses who move into this section every year. The new nurses require to practice the operating skills. However, there has no standard teaching program for teaching. Therefore, the teaching program is generated based on the operating capability concerning.

**Objectives:** To design and study the achievement of the teaching program for new operating nurses training of Surat Thani Hospital.

**Materials and methods:** The study had designed as the Quasi-Experiment research. The 23 participants were divided into two populations following graduated nurses and the nurses who transferred from 2017 to 2020. The score from 15 operating procedures will analyze by using Wilcoxon Signed Ranks Test and analyze the satisfaction with descriptive statistics such as mean and standard deviation.

**Results:** The 23 nurses who participated in the program are aging between 22 to 25 years old. These include 18 graduated nurses and 5 transferred nurses. The evaluation result before joining the program represents a score of 0.63 of all. While the pre-test of 15 operating procedure score at 94%. However, after participating in the teaching program showed a progressive approach to the gold as the related increasing score ( $P < 0.001$ ). Besides, the participants were evaluating satisfaction at the highest level.

**Conclusion:** The operating nurses' teaching program has the high efficacy to apply in the work field demonstrated in the skill progression of the new nurses not only precision, accuracy but also the satisfaction in the program.

**Keywords:** the operating nurses' teaching program, operational skills, satisfaction

## บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ บุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการเป็นผู้ให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ คือ พยาบาลที่มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และดูแลตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้หายจากความเจ็บป่วย รวมถึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด ในส่วนของพยาบาลที่จบใหม่หรือพยาบาลที่ย้ายหน่วยงานในการปฏิบัติงานต้องปรับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งมาจากความคาดหวังไม่เพียงแต่ผู้รับบริการ บุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงาน ระบบงานสัมพันธ์ภาพ รวมถึงสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย<sup>(1)</sup> พยาบาลจบใหม่จึงถูกคาดหวังในเรื่องของความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานแต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่พบนั้นพยาบาลจบใหม่ยังขาดประสบการณ์การในการปฏิบัติงานขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล จึงส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในทักษะการปฏิบัติงาน<sup>(2)</sup> โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นการปฏิบัติงานในคลินิกที่มีบริบทในการทำงานแตกต่างจากการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอื่น อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้ประกอบการผ่าตัดซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายจากลักษณะงานได้<sup>(3)</sup>

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีการจัดระบบงานตามลักษณะงานบริการ

และจัดตามระบบเวลาเพื่อให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการแบ่งการปฏิบัติงานออกเป็น 3 ผลัด คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เวรเช้าจะปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายในแต่ละวัน เวรบ่ายและเวรดึกปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน รวมถึงการจัดลำดับการรับผู้ป่วยมารอผ่าตัดในตอนเช้า<sup>(4)</sup> สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้และสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด<sup>(5)</sup> ทั้งการทำผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย และการใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการผ่าตัดโดยเฉพาะด้านความปลอดภัยในระหว่างกระบวนการก่อนหรือหลังการผ่าตัด<sup>(6)</sup>

การพัฒนาให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะสามารถดำเนินการได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ การใช้ระบบการสอนงาน (Teaching program) โดยอาศัยพยาบาลที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถและทักษะทางคลินิกจะทำหน้าที่ในการสอนงาน ในขณะที่เดียวกันก็สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล<sup>(7)</sup> องค์กรที่มีระบบการสอนงานทำให้องค์กรมีความรู้ที่สำคัญในองค์กรไม่ติดตัวบุคคล เมื่อมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรก็จะยังคงปฏิบัติงานได้ตามปกติ<sup>(8)</sup> นอกจากนี้พบว่า การมีระบบการสอนงานที่ดีจะช่วยลดความวิตกกังวล พัฒนาทักษะ ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลดีต่อวิชาชีพในภาพรวม<sup>(1)</sup> อีกทั้งการสอนงานทำให้พยาบาลที่เป็นผู้สอนเกิดความรู้สึกทางบวกที่สามารถสอนงานให้พยาบาลที่จบใหม่สามารถ

ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับคำชมเชยจากทีมพยาบาล<sup>(9)</sup>

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีพยาบาลจบใหม่และพยาบาลย้ายสถานที่ในการปฏิบัติงาน ที่ผ่านมาพยาบาลที่สอนงานต่างมีประสบการณ์และทักษะไม่เหมือนกัน ส่งผลให้การสอนงานของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานียังไม่เป็นไปในทิศทางและแนวทางเดียวกัน เกิดความสับสนของผู้เรียน และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนงานในพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการใช้โปรแกรมการสอนงานเพื่อสอนทักษะในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด โดยมีมุ่งหวังให้พยาบาลวิชาชีพใหม่มีทักษะทางคลินิกในทางเดียวกัน และสามารถใช้ปฏิบัติงานได้ด้วยความมั่นใจ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล

สุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน

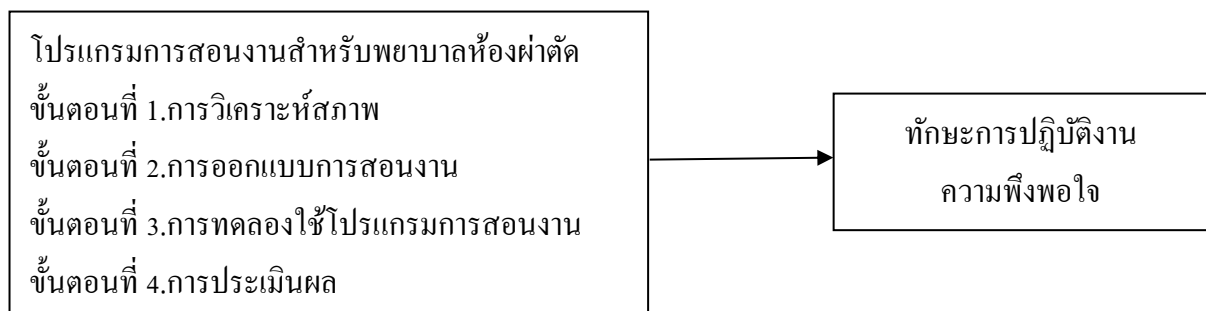
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2563

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดเชิงระบบ The ADDIE Model ของครุส<sup>(10)</sup>และกระบวนการสอนงานของ ดิกค์แคร์รี่และแคร์รี่<sup>(11)</sup> ซึ่งเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพ ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบการสอนงาน ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมการสอนงาน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งเป็นการประเมินก่อนการสอน ระหว่างการสอน และหลังการสอน ดังแผนภาพ



ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

## นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

**โปรแกรมการสอนงาน** หมายถึงกิจกรรมการดำเนินการสอนที่นำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงานตามแนวคิดเชิงระบบ และกระบวนการสอนงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพ ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบการสอนงาน ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมการสอนงาน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งเป็นการประเมินก่อนการสอน ระหว่างการสอน และหลังการสอน โดยมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการสอนงานจะดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที

**ทักษะการปฏิบัติงาน** หมายถึง ทักษะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 15 ทักษะ ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การเตรียมผิวหนัง การล้างมือเพื่อการผ่าตัด การเช็ดมือ การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด การสวมถุงมือผ่าตัด การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งและผิดประเภทการผ่าตัด การนับผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต ของมีคมและเครื่องมือ การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า การใช้สายรัดห้ามเลือด การป้องกันผู้ป่วยตกเตียง การส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา การป้องกันการระบุตัวทารกกับมารดาผิดพลาด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า และการใช้ Universal Precaution ในห้องผ่าตัด

**ความพึงพอใจ** หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีต่อโปรแกรมการสอนงาน

## วัสดุและวิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้จะถูกคัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจงจากประชากรจำนวน 23 คน ตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ หรือเป็นพยาบาลใหม่ที่ย้ายจากหน่วยงาน/ตึกอื่นในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี/โรงพยาบาลอื่น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน

#### 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนงานของงานพยาบาลห้องผ่าตัด โดยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการปฏิบัติงาน ดังนี้ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่เข้ามาใหม่ในห้องผ่าตัด จากนั้นเตรียมคู่มือการสอนงาน และออกแบบกระบวนการสอนงานผ่านรูปแบบการสอนต่าง ๆ โดยยึดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)<sup>(12)</sup> ในการทดลองใช้โปรแกรมการสอนงาน ผู้เรียนจะแบ่งปันประสบการณ์เดิม จากนั้นให้ศึกษาจากวิดีโอที่ค้นที่แสดงทักษะต่าง ๆ ต่อมาผู้วิจัยจะทำการสาธิตและให้ผู้เรียนได้แสดงสาธิตย้อนกลับทักษะการปฏิบัติงานทั้ง 15 ทักษะ โดยในแต่ละทักษะจะดำเนินการใน 15-30 นาที และทำการประเมินผลโดยใช้ค่าสถิติ

## 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด

2.2) แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากหัตถการการพยาบาลในห้องผ่าตัด (Nursing procedure) ทั้ง 15 ทักษะ รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 137 ข้อ โดยประเมินออกมาเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) การแปลผลระดับทักษะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจะอาศัยเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย

2.3) แบบสอบถามความพึงพอใจโปรแกรมการสอนงานโดยใช้แบบประเมินเลือกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับคะแนน โดยจะไล่จากความพึงพอใจมาก (5) ไปจนถึงน้อย (1) และการแปลระดับความพึงพอใจต่อระบบการสอนงานใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย<sup>(13)</sup>

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ 1 คนและพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้การประเมินค่าดัชนี Item Objective Congruence หรือ IOC สำหรับส่วนของความเที่ยง ผู้ทำวิจัยได้ผ่านยอมรับจากการทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแสดงผลในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ที่ 0.876

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการ ณ วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนงาน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอน รวมถึงความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1) เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนงานโดยใช้สถิติอ้างอิง Wilcoxon Signed Ranks Test

2) วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด

เพศ	หญิงทั้งหมด	
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	
พยาบาลจบใหม่	18 คน	
พยาบาลที่ย้ายมา	5 คน	
อายุ	22 ปี	3 คน
	23 ปี	3 คน
	24 ปี	12 คน
	25 ปี	5 คน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด	1 ปี	11 คน
	2 ปี	7 คน
	3 ปี	5 คน

จากตารางที่ 1 พบว่าประชากรทั้งหมดเป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีอายุระหว่าง 22 ปี ถึง 25 ปี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด 1 ถึง 3 ปี เป็นพยาบาลจบใหม่ 18 คน พยาบาลที่ย้ายมา 5 คน

2) การเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบของการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (N=23)

ทักษะ	ระดับนัยสำคัญ (P-value)
1.การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	<.001
2.การเตรียมผิวหนัง	<.001
3.การล้างมือเพื่อการผ่าตัด	<.001
4.การเช็ดมือ	<.001
5.การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด	<.001
6.การสวมถุงมือผ่าตัด	<.001

ทักษะ	ระดับนัยสำคัญ (P-value)
7.การป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งและผิดประเภทการผ่าตัด	<.001
8.การนับผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต ของมีคมและเครื่องมือ	<.001
9.การใช้เครื่องจีไฟฟ้า	<.001
10.การใช้สายรัดห้ามเลือด	<.001
11.การป้องกันผู้ป่วยตกเตียง	<.001
12.การส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา	<.001
13.การป้องกันการระบุตัวทารกกับมารดาผิดพลาด	<.001
14.การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ	<.001
15.การใช้ Universal Precaution ในห้องผ่าตัด	<.001
ผลเปรียบเทียบทักษะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	<.001

จากตารางที่ 2 แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยพบว่าหลังเข้าร่วมการสอนพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานทั้ง 15 ทักษะดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

3) เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (N=23)

ทักษะ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ ทักษะ	$\bar{x}$	SD	ระดับ ทักษะ
1.การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด	0.24	0.09	น้อย	1.37	0.47	ปานกลาง
2.การเตรียมผิวหนัง	0.40	0.16	น้อย	1.83	0.24	ปานกลาง
3.การล้างมือเพื่อการผ่าตัด	1.02	0.28	ปานกลาง	1.99	0.04	ปานกลาง
4.การเช็ดมือ	1.00	0.34	น้อย	1.98	0.08	ปานกลาง
5.การสวมเสื้อคลุมผ่าตัด	1.09	0.42	น้อย	2.00	0.00	ปานกลาง
6.การสวมถุงมือผ่าตัด	0.72	0.17	น้อย	1.96	0.17	ปานกลาง



ทักษะ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับทักษะ	$\bar{x}$	SD	ระดับทักษะ
7.การป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งและผิดประเภทการผ่าตัด	0.36	0.34	น้อย	1.98	0.05	ปานกลาง
8.การนบผ้าก๊อซ ผ้าซับโลหิต ของมีคมและเครื่องมือ	0.79	0.51	น้อย	2.00	0.00	ปานกลาง
9.การใช้เครื่องจีไฟฟ้า	0.68	0.49	น้อย	1.97	0.06	ปานกลาง
10.การใช้สายรัดห้ามเลือด	0.41	0.36	น้อย	1.98	0.05	ปานกลาง
11.การป้องกันผู้ป่วยตกเตียง	0.39	0.25	น้อย	1.50	0.48	ปานกลาง
12.การส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา	0.92	0.59	น้อย	2.00	0.00	ปานกลาง
13.การป้องกันการระบุดั้วทารกกับมารดา ผิดพลาด	0.73	0.56	น้อย	1.98	0.03	ปานกลาง
14.การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ	0.27	0.25	น้อย	1.89	0.14	ปานกลาง
15.การใช้ Universal Precaution ในห้องผ่าตัด	0.75	0.54	น้อย	1.99	0.08	ปานกลาง
16.ผลทักษะ	0.63	0.29	น้อย	1.88	0.07	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอนก่อนการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีอยู่ในระดับน้อย แต่หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดพบว่าพยาบาลมีทักษะพัฒนาขึ้นปรากฏผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $x = 1.88 \pm 0.07$ )

4) ความพึงพอใจการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดดังตารางที่ 4  
**ตารางที่ 4** ระดับความพึงพอใจการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด  
 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (N=23)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ความพึงพอใจ
1.ผู้สอนงานมีคุณวุฒิ ประสบการณ์ที่เหมาะสมกับเนื้อหาในการสอนงาน	4.61	0.49	มากที่สุด
2. ผู้สอนงานมีการเตรียมการสอนงาน	4.70	0.47	มากที่สุด

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ความพึงพอใจ
3. ผู้สอนมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนงานกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม การสอนงาน	4.61	0.49	มากที่สุด
4. ผู้สอนงานมีการให้ผู้เข้าร่วมการสอนมีการตอบรับ (Feedback)	4.43	0.66	มาก
5. ผู้สอนงานเปิดโอกาสในการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน	4.61	0.58	มากที่สุด
6. ท่านได้รับการสอนงานตามรูปแบบที่กำหนด	4.39	0.54	มากที่สุด
7. วัตถุประสงค์ของการสอนงานเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	4.78	0.42	มากที่สุด
8. เนื้อหาของการสอนงานมีความชัดเจนสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน	4.74	0.44	มากที่สุด
9. สื่อที่ใช้ในการสอนงานมีความเหมาะสม	4.61	0.49	มากที่สุด
10. ท่านได้รับความรู้ทักษะการปฏิบัติงาน 15 ทักษะ	4.58	0.51	มากที่สุด
11. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงาน	4.43	0.50	มาก
12. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากโปรแกรมการสอนงาน	4.65	0.48	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ร่วมทดลองตอบรับการประเมินโปรแกรม โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนของความพร้อมของผู้สอน ความรู้ และประสบการณ์ที่ได้ถ่ายทอดซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรวมทั้งการประสานงานทำงานเป็นกลุ่มร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้โปรแกรมการสอนได้รับการตอบรับความพึงพอใจมากจากผู้ร่วมทดลอง และเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้เข้าร่วมเพิ่มมากขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมนี้

### วิจารณ์

จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทั้งหมดเป็นเพศหญิงมี

อายุระหว่าง 22 ถึง 25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดน้อยกว่า 1 ถึง 3 ปี กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานั้นมีทักษะการปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วม และส่วนมากมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนอยู่ระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศิริราชที่มีการพัฒนาระบบประเมินเพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถของพยาบาลงานห้องผ่าตัดซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่เริ่มเข้าประจำการ โดยระบบประเมินมีกระบวนการตรวจสอบความรู้ทักษะ การให้ข้อมูลย้อนกลับตรวจสอบพัฒนาการและการประเมินเพื่อรับรองความรู้ความสามารถ<sup>(14)</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาผลของการสอนการเรียนรู้แบบกลุ่มที่มี

ต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพว่าหลังเรียนนักเรียนมีสมรรถนะสูงกว่าก่อนเรียนและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด<sup>(15)</sup> ซึ่งรูปแบบกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่กล่าวมานั้นต่างก็มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ และเช่นเดียวกับการศึกษาข้างต้นงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างหรือพยาบาลใหม่มีทักษะการปฏิบัติงานหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างเห็นได้ชัด เดิมจากที่ 94% ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนงานทำให้ 100% ของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจการใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมากที่สุด รวมทั้งมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพและเกิดประสิทธิผลต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการวิจัยพบว่าสามารถนำโปรแกรมการสอนงานไปประยุกต์ใช้เป็นแนว

#### เอกสารอ้างอิง

1. สุจิต ไตรประคอง, ชุติกร แสนสบาย, และอุรา แสงเงิน.ผลของระบบพยาบาลที่เลี้ยงต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงและความพึงพอใจของพยาบาลที่เลี้ยง ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร2551;26(2): 163-72.
2. นิสา ทมาภีรัต.ประสพการณ์การเป็นพยาบาลจบใหม่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลที่เลี้ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2556.
3. สุทธิมาภรณ์ หมัดสาลี, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ปราโมทย์ ทองสุข.ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้าห้องผ่าตัดกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์2554; 31(2):1-16.

ปฏิบัติในการสร้างทักษะการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรุ่นต่อไปและสามารถนำไปประกอบการสอนงานนี้ไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆได้เช่นหน่วยงานวิสัญญี หน่วยงานห้องคลอด หน่วยงานห้องผ่าตัดเล็กและหน่วยงานศัลยกรรมทั่วไป

2) ควรมีการเผยแพร่ผลการวิจัยครั้งนี้ให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งมีลักษณะและบริบทที่ใกล้เคียงกันนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในใช้โปรแกรมการสอนงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลและส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถบริการได้อย่างมีคุณภาพด้วย

#### สรุป

การใช้โปรแกรมการสอนงานสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดสามารถเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานและผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในโปรแกรมการสอนมากที่สุด

4. วิภัญญา ลือเลื่อง, วิภาพร วรหาญ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 2555; 583-91.
5. เบญญาภา ภูประพันธ์. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดกับการเตรียมเส้นเลือดเพื่อฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2554; 4(2).
6. Harday, M. E.,&Conway,M.E. Role theory:Perspectivefor health professionals.2<sup>nd</sup> ed. New York:Appleton-Century-Crofts;1988.
7. ยุพินเรื่องพิศิษฐ์. การพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2558.
8. มาริสสาอินทรเกิด.การบริหารจัดการคนเก่งความท้าทายขององค์กร.วารสารธุรกิจปริทัศน์ 2560; 9(1): 279- 90.
9. มาเรียม เพราะสุนทร. ประสบการณ์การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2550.
10. Kruse, K. Instruction to Instructional Design and The ADDIE Model [http://www.transformative designs.com /id\\_system.html](http://www.transformative designs.com /id_system.html);2007
11. Dick,CareyandCarey[http://www.amandaszapkiw.com/artifacts/EDUC633\\_eXe\\_Module \\_2/dick\\_carey\\_and\\_careys\\_2005\\_model.html](http://www.amandaszapkiw.com/artifacts/EDUC633_eXe_Module _2/dick_carey_and_careys_2005_model.html);2005.
12. ปิยะ ศักดิ์เจริญ. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวทางการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต.วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(1): 8-13.
13. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์กรุงเทพฯ:ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด, 2553;14.
14. เบ็ญจมาศ ปรีชาคุณ สุพัชร์ พิบูลย์ ระบบประเมินพัฒนาการด้านความรู้ความสามารถของพยาบาลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช วารสารพยาบาล 2012; 61(3).
15. วสุรัตน์ วงษ์มิตร. ชุดการสอนแบบการเรียนรู้เป็นทีมที่มีต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.).วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม.สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา;2556 <http://www.repository.rmutt.ac.th /xmlui/handle//123456789/3109>

**การศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยที่นอนรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น (Observe Unit: OU) ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต้องย้ายไปรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Inpatient Department: IPD) แผนกต่าง ๆ**

กฤตยา ณ เพ็ชรวิจารณ์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
 กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** ห้องสังเกตอาการระยะสั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ต้องการระยะเวลาสั้นๆ ในการรักษา ควรเป็นกลุ่มโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรง จำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายอาการแย่ลงจนต้องย้ายไปแผนกผู้ป่วยใน และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการระยะสั้นของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ต้องย้ายไปรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น(OU) แล้วต้องย้ายไปเป็นผู้ป่วยใน(IPD) ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2562 ถึง 19 เมษายน พ.ศ. 2563

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,086 คน มี 196 คน (18%) ต้องย้ายเข้ารับการรักษาที่ IPD ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องย้ายแผนก คือระดับความรุนแรงจากการ triage level emergency และ urgency กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ อาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุ และกระเพาะอาหารอักเสบ (p=0.001, 0.022, 0.043 และ 0.021 ตามลำดับ) ส่วนโรคหรืออาการที่เป็นสาเหตุของการย้ายมากที่สุดได้แก่กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ (30.1%), กลุ่มอาการถ่ายเหลวและลำไส้อักเสบ (18.3%)และอาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุ (13.7%) ตามลำดับ

**สรุป:** ระดับความรุนแรงของการคัดแยกผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (triage level) ในระดับ emergency และ urgency อาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ อาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุ และกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องย้ายแผนก

**คำสำคัญ:** ห้องสังเกตอาการระยะสั้น ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

---

## Factors Affecting Patients in Observation Unit of Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Had to Be Moved to Other Inpatient Department

Krittaya Na Petvicharn, MD.

Emergency Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

---

### Abstract

**Background:** Observation unit is suitable for patients who come to the emergency room, need a short period of time to treat or monitor symptoms. Patients who are selected for treatment should be an uncomplicated diseases or symptoms that can be discharge within 24 hours, but some patients are found to be worse off, causing them to move to IPD. Some have serious complications.

**Objective:** To study the factors affecting patients who have a short-term observation unit in the emergency medicine department, had to be moved to inpatient departments.

**Materials and Methods:** A retrospective descriptive study by retrospective chart review of 196 patients admitted to observation unit were transferred to IPD from April 19, 2019 to April 19, 2020.

**Results:** During the study period, there were 1,086 patients who have admitted in observation unit, 196 patients (18%) subsequent transferred from OU to IPD. The factors that affect the subsequent transfer of patients from OU to IPD are patient severity (Triage level: emergency and urgency) fever unspecified, abdominal pain unspecified and dyspepsia ( $p=0.001$ ,  $0.022$ ,  $0.043$  and  $0.021$ , respectively). The most common cause are fever unspecified (30.1%), acute gastroenteritis (18.4%) and abdominal pain unspecified (13.8%).

**Conclusions:** Triage level emergency and urgency, fever unspecified, abdominal pain unspecified and dyspepsia are the factors that affects patients who are treated in short-term observation unit, and subsequently moved to the inpatient department.

**Keyword:** observation unit, triage level

## บทนำ

ปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉินจำนวนมาก ส่งผลต่อปัญหาความแออัดของผู้ป่วยและญาติ เป็นอุปสรรคต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลารอคอยที่นานขึ้นและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ตามมามากขึ้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินเฉลี่ย คือ 5.5 ชั่วโมง และระยะเวลานอนรพ. 5 วัน<sup>(1)</sup> อีกทั้งโรงพยาบาลบางแห่งมีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้ทันที จึงจำเป็นต้องให้สังเกตอาการระยะสั้นในห้องฉุกเฉิน โดยแนวคิดการจัดตั้งห้องสังเกตอาการระยะสั้นเริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960<sup>(2)</sup> ในระยะต่อมาห้องสังเกตอาการระยะสั้น (Observe unit:OU) เริ่มแพร่หลายและพัฒนาขึ้นในหลายโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาข้างต้น ในปีค.ศ.2003 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นในห้องฉุกเฉินประมาณ 19%<sup>(3)</sup> ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 พบว่ามีเพิ่มขึ้นถึง 36% และมากกว่าครึ่งถูกบริหารจัดการโดยแผนกฉุกเฉิน<sup>(4)</sup> โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ยังพบหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นในอีกหลายประเทศ ได้แก่ แคนาดา อังกฤษ ประเทศอื่นๆในยุโรป ออสเตรเลีย อินเดีย จีน สิงคโปร์และอเมริกาใต้<sup>(6,7,8,9,10,11,12,13)</sup> มีการศึกษาพบว่าหากสามารถเริ่มต้นรักษาผู้ป่วยบางกลุ่มที่มาห้องฉุกเฉินได้เร็วภายใน 6 ชั่วโมงแรก จะสามารถลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลเหลือภายใน 24 ชั่วโมงได้ Hadden ได้ศึกษาและพบว่าผู้ป่วยที่รักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้นนั้น แพทย์จะสามารถตรวจรักษาได้เร็ว ใช้ทรัพยากร

ทางห้องปฏิบัติการน้อยระยะเวลาอนสั้นกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเดียวกันแต่ถูกส่งเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยใน(IPD)<sup>(14)</sup>

สำหรับประเทศไทยมีแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการจัดตั้งหน่วยสังเกตอาการระยะสั้นในห้องฉุกเฉินซึ่งมีเป้าประสงค์เช่นเดียวกับนานาประเทศ คือ ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสั้นลง และช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับต้องรักษาในแผนกผู้ป่วยใน<sup>(15)</sup> กลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น ควรเป็นกลุ่มโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรง ระยะเวลารักษาไม่เกิน 24 ชั่วโมง และไม่มีระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาทที่แนวโน้มแย่งตั้งแต่แรกเข้า เพราะจะทำให้เสียเวลาและทรัพยากรในการย้ายแผนก อีกทั้งผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา มีหลายงานวิจัยได้ศึกษาพบว่าระยะเวลาอนรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้นโดยเฉลี่ยประมาณ 15 ชั่วโมง<sup>(16,17)</sup> ผู้ป่วยที่ไม่สามารถถูกจำหน่ายได้ภายใน 18-24 ชั่วโมง ไม่ควรรับเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น ห้องสังเกตอาการระยะสั้นที่มีมาตรฐานและคุณภาพที่ดี ควรมีบุคลากรทางการแพทย์แยกต่างหากจากแผนกอื่นๆ มีพื้นที่จำนวนเตียง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม ปี 2003 มีงานวิจัยศึกษาพบว่าอัตราส่วนผู้ป่วยห้องสังเกตอาการระยะสั้น 4.2 คนต่อพยาบาล 1 คน และ 21.4% มีแพทย์ฝึกหัดและพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย<sup>(5)</sup> The American College of Emergency Physician's policy<sup>(18)</sup> ได้แนะนำแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ห้องสังเกตอาการระยะสั้นไว้ว่า ควรจะมีแนวทางรับและไม่รับผู้ป่วยประเภทใด (inclusion and exclusion criteria)

ระยะเวลามากที่สุดที่สามารถนอนสังเกตอาการ ลักษณะหัตถการที่สามารถทำได้ และจัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วยบางประเภทที่พบบ่อย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ทีมผู้ปฏิบัติทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ห้องสังเกตอาการแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเปิดให้บริการครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ.2555 รับผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี ได้สูงสุด 6 เตียง บุคลากรประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency physician) 1 คน, แพทย์เพิ่มพูนทักษะ (internship) หรือนักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ (externship) 1 คน และพยาบาลประจำ 1 คนต่อเวร มีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วย ซึ่งต้องการคัดเลือกรับผู้ป่วยที่อาการไม่หนัก ใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาไม่ซับซ้อน และมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง แต่ผู้วิจัยพบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาการแยลงจนทำให้ต้องย้ายไปรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน บางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องย้ายไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อสร้างเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินในการเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้นได้แม่นยำมากขึ้น เพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และเอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์และแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ยังมีประสบการณ์และความชำนาญน้อย รวมถึงเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกด้วย

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยที่นอนรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น (Observe

unit) ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ต้องย้ายไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Inpatient department) ของแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีวิจัย: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา Retrospective descriptive study โดยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective chart review)

ประชากรที่จะศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนรักษาในห้องสังเกตอาการแล้วต้องย้ายเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2562 ถึง วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2563 รวมทั้งทั้งหมด 196 คน โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี

### ผลการศึกษา

จากข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีตั้งแต่ 19 เมษายน พ.ศ.2562 ถึง 19 เมษายน พ.ศ. 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด 65,004 คน มีผู้ป่วยจำนวน 1,086 คน (1.67%) เข้ารับการรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.8%) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 61-85 ปี (28.1%) รองลงมาคือ 15-30 ปี (26.4%) โรคและกลุ่มอาการที่ได้รับการวินิจฉัย 5 อันดับแรก ได้แก่ ทางเดินอาหารเป็นพิษ, เวียนศีรษะ, กลุ่มอาการแพ้และผลข้างเคียงจากอาหารหรือยา, สัตว์กัด และกระเพาะอาหารอักเสบตามลำดับ (ดังตารางที่ 1) โดยมีระยะเวลานอนสังเกตอาการเฉลี่ย 15 ชั่วโมง และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 2,625 บาทต่อคน



**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น

Variables	Number of patients (%) (N =1,086)
<b>Sex</b>	
Female	649 (59.8)
Male	437 (40.2)
<b>Age</b>	
15-30 years	287 (26.4)
31-45 years	216 (19.9)
46-60 years	239 (22)
61-85 years	305 (28.1)
> 85 years	39 (3.6)
<b>Diagnosis</b>	
A09 Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	191 (17.6)
H81 Disorders of vestibular function	108 (9.9)
T78 Adverse effects, not elsewhere classified	72 (6.6)
T63 Toxic effect of contact with venomous animals	61 (5.6)
K30 Dyspepsia	55 (5.1)

จากจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการทั้งหมด 1,086 คน สามารถจำหน่ายกลับบ้านภายในเวลา 24 ชั่วโมงได้ 890 คน (81.95%) อีก 196 คน (18.05%) มีอาการเปลี่ยนแปลงแยลงจนต้องย้ายเข้ารับรักษาต่อแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (61.7%) พบช่วงวัยสูงอายุ 61-85 ปีมากที่สุด (34.7%) แรกรับที่แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่จะถูกคัดแยกกระดัดความรุนแรง (Triage level) เป็น urgency (55.1%) และ emergency (31.6%) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (56.6%) กลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ (30.1%), กลุ่มอาการถ่ายเหลวและสำไส้อักเสบ (18.4%), อาการปวดท้องไม่

ทราบสาเหตุ (13.8%), กลุ่มอาการกระเพาะอาหารอักเสบ (8.7%), และอาการเวียนศีรษะ (7.7%) ตามลำดับ แผนกผู้ป่วยในที่ได้รับการย้ายไปรักษาต่อมากที่สุดคือ แผนกอายุรกรรม (80.1%) พบภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เกิดขึ้นหลังเข้ารับรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยในได้แก่ septic shock (6.6%), Intracerebral hemorrhage with brain herniation (1.5%), Anaphylactic shock (1%), Acute respiratory failure (0.5%) และ cardiogenic shock (0.5%) หลังย้ายไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้มีจำนวน 191 ราย (97.5%) เสียชีวิต 3 ราย (1.5%) จาก septic shock, intraventricular hemorrhage และ acute

myocardial infarction โดยผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีอาการแย่งจนต้อง resuscitation ตั้งแต่อยู่ที่ห้องสังเกตอาการระยะสั้น มีผู้ป่วย 1 ราย (0.5%) ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็น superior mesenteric artery thrombosis และมีผู้ป่วย 1

รายกลับบ้านโดยปฏิเสธการรักษา โดยได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายเป็น acute diarrhea (ดังตารางที่ 2) ผู้ป่วยที่ต้องย้ายไปรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 วัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 7,075 บาทต่อคน

**ตารางที่ 2** ข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องย้ายจากห้องสังเกตอาการระยะสั้นไปรับรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยใน

Variables	Number of patients (%) N = 196
<b>Sex</b>	
Female	121 (61.7)
Male	75 (38.3)
<b>Age</b>	
15-30 years	46 (23.5)
31-45 years	32 (16.3)
46-60 years	41 (20.9)
61-85 years	68 (34.7)
>85 years	9 (4.6)
<b>Triage level</b>	
Resuscitation	4 (2)
Emergency	62 (31.6)
Urgency	108 (55.1)
Acute illness	20 (10.2)
Non acute illness	2 (1)
<b>Comorbidity</b>	
No comorbidity	85 (43.4)
Any comorbidity	111 (56.6)
<b>Diagnosis</b>	
Fever unspecified	59 (30.1)
Acute gastroenteritis	36 (18.4)
Abdominal pain,unspecified	27 (13.8)
Dyspepsia/Gastritis	17 (8.7)
Dizziness/vertigo	15 (7.7)

Variables	Number of patients (%) N = 196
<b>ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังเข้ารับรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน</b>	
sepsis/septic shock/septicemia	3 (6.6)
ICH/brain herniation	3 (1.5)
Anaphylaxis shock	2 (1)
Acute respiratory failure	1 (0.5)
Cardiogenic shock	1 (0.5)
<b>สถานะการจำหน่ายจากโรงพยาบาล</b>	
Improve	191 (97.5)
Dead	3 (1.5)
Refer	1 (0.5)
Against advice	1 (0.5)

จากการติดตามผู้ป่วยที่ย้ายไปรับการรักษาต่อแผนกผู้ป่วยในพบว่า การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่คือไข้เลือดออก (40.6%) กลุ่มอาการถ่ายเหลวและลำไส้อักเสบส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะลำไส้อักเสบและถ่ายเหลวจากการติดเชื้อ (72.2%) กลุ่มอาการปวดท้องไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ได้รับ

การวินิจฉัยเป็นกระเพาะอาหารอักเสบ (22.2%) รองลงมาคือไส้ติ่งอักเสบ (18.5%) และกลุ่มอาการอักเสบในอุ้งเชิงกรานหรือเนื้องอกรังไข่ (14.8%) ตามลำดับ และกลุ่มอาการเวียนศีรษะ พบว่าการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายส่วนใหญ่คืออาการเวียนศีรษะที่มีสาเหตุมาจากหูส่วนใน (40%) และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (33.3%) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น และต้องย้ายไปรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยใน

Diagnosis	
Fever, unspecified	Number of patients (%) N = 59
Dengue infection	24 (40.6)
Viral infection	7 (11.8)
Fever of unknown origin	6 (10.2)
Tropical infection	4 (6.8)
Urinary tract infection	3 (5.1)
Bronchitis/Pneumonia	2 (3.4)
Leptospirosis with septic shock	2 (3.4)
Gram negative bacilli septicemia	2 (3.4)
Sepsis, unspecified	2 (3.4)
Bacterial meningitis	1 (1.7)

<b>Fever, unspecified</b>	<b>Number of patients (%) N = 59</b>
Influenza A infection	1 (1.7)
Acute appendicitis	1 (1.7)
Intestinal obstruction	1 (1.7)
Acute tonsillitis	1 (1.7)
Pulmonary tuberculosis	1 (1.7)
Interstitial nephritis	1 (1.7)
<b>Acute gastroenteritis</b>	<b>Number of patients (%) N = 36</b>
Acute gastroenteritis/Infective diarrhea	26 (72.2)
Sepsis	5 (13.9)
Anaphylactic shock	2 (5.5)
Acute appendicitis	1 (2.8)
Acute cholecystitis	1 (2.8)
Superior mesenteric artery thrombosis	1 (2.8)
<b>Abdominal pain, unspecified</b>	<b>Number of patients (%) N = 27</b>
Acute gastroenteritis/Gastritis	6 (22.2)
Acute appendicitis	5 (18.5)
Ovarian tumor/Pelvic inflammatory disease	4 (14.8)
Diverticular disease	3 (11.1)
Peptic ulcer perforation	2 (7.4)
Small bowel obstruction	2 (7.4)
Mesenteric adenitis	1 (3.7)
HIV infection	1 (3.7)
Lupus mesenteric vasculitis	1 (3.7)
Colitis	1 (3.7)
Distal common bile duct stone	1 (3.7)
<b>Dyspepsia</b>	<b>Number of patients (%) N = 17</b>
Acute gastritis/peptic ulcer	7 (41.2)
A calculus cholecystitis	2 (11.7)
Acute appendicitis	2 (11.7)
Acute pancreatitis	1 (5.9)
Ischemic enteritis	1 (5.9)
Liver abscess	1 (5.9)
Right lower lung pneumonia	1 (5.9)
Acute myocardial infarction	1 (5.9)
Multiple myeloma	1 (5.9)

Dizziness / vertigo	Number of patients (%) N = 15
Peripheral vertigo	6 (40.0)
Ischemic stroke	5 (33.3)
Meningioma	1 (6.7)
Dengue fever	1 (6.7)
Non-ST elevation myocardial infarction	1 (6.7)
Acute tubulointerstitial nephritis	1 (6.7)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องย้ายจากห้องสังเกตอาการระยะสั้นไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) พบว่าระดับความรุนแรงจากการ triage level emergency และ urgency กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ

อาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุ และอาการกระเพาะอาหารอักเสบ มีความสัมพันธ์กับการที่ต้องย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน ( p = 0.001, 0.022, 0.043 และ 0.021 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยต้องย้ายจาก observe unit ไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยใน

Variable	Admit IPD (%) N = 196	Discharge home (%) N = 890	P value
Univariate analysis			
Sex (Female)	121 (61.7)	528 (59.3)	0.266
Age > 60 years	77 (39.3)	344 (38.7)	0.434
Triage level (emergency and urgency)	170 (86.7)	688 (77.3)	0.001
Diarrhea and gastroenteritis	36 (18.4)	155 (17.4)	0.371
Disorders of vestibular function/vertigo/dizziness	15 (7.6)	93 (10.45)	0.109
Adverse effects, not elsewhere classified	9 (4.6)	63 (7.1)	0.091
Toxic effect of contact with venomous animals	10 (5.1)	51 (5.7)	0.378
Fever, unspecified	59 (30)	204 (22.9)	0.022
Abdominal pain, unspecified	27 (13.7)	83 (9.3)	0.043
Dyspepsia/Gastritis	17 (8.6)	38 (4.3)	0.021

### วิจารณ์

จากการศึกษาย้อนหลัง 1 ปี จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทั้งหมด 65,004 คน มี

ผู้ป่วยจำนวน 1,086 คน ที่จำเป็นต้องสังเกตอาการต่อในห้องสังเกตอาการระยะสั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (81.95%) มีอาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้ภายในระยะเวลาเฉลี่ย 15 ชั่วโมงหลังเข้า

รับการรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของหลายประเทศที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้นโดยทั่วไปมีระยะเวลาอนรรักษาประมาณ 15 ชั่วโมง และสามารถกลับบ้านได้ประมาณ 70-80%<sup>(20,21,22)</sup> Brillman และคณะได้ทำการศึกษาในปี 1995 แนะนำว่าหากสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้น้อยกว่า 70% ควรต้องทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการระยะสั้น<sup>(23)</sup>

จากผู้ป่วย 1,086 คน มี 196 คนที่ต้องย้ายไปรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยใน คิดเป็น 18% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mace SE และคณะ<sup>(24)</sup> ที่ศึกษาข้อมูลจากแผนกฉุกเฉิน 522 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา ค่าเฉลี่ยของการย้ายผู้ป่วยจากห้องสังเกตอาการระยะสั้นไปรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยใน คิดเป็น 19.4% นอกจากนี้ Mace SE และคณะ ยังได้ศึกษา Adverse outcomes ที่เกิดขึ้นในห้องสังเกตอาการระยะสั้นและมีการรายงานพบว่า OU resuscitation rate 1 ต่อ 1,138 OU visits (0.09%) ในการศึกษานี้มีผลลัพธ์ ผู้ป่วยเสียชีวิต 5 รายจากทั้งหมด 9 ราย และอีก 4 ราย การช่วยชีวิตสำเร็จ และมีผลลัพธ์ทางระบบประสาทที่ดี<sup>(24)</sup> ซึ่งการศึกษาในรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช พบ OU resuscitation rate 3 ต่อ 1,086 OU visits (0.2%) และทั้ง 3 รายไปเสียชีวิตที่แผนกผู้ป่วยใน

กลุ่มอาการที่พบอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยจากห้องสังเกตอาการระยะสั้นไปรักษาที่แผนกผู้ป่วยในมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ Fever unspecified (30.1%), Acute gastroenteritis (18.4%), Abdominal pain unspecified (13.8%), Dyspepsia (8.7%), Dizziness (7.7%) ตามลำดับ ซึ่งพบปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในเรื่อง ระดับความรุนแรงของการคัดแยกผู้ป่วยแรกรับที่ห้อง

ฉุกเฉิน (Triage level) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ emergency และ urgency ซึ่งการคัดแยกระดับความรุนแรงยึดตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) โดยนำอาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับอาการปวด และแนวโน้มของการใช้ทรัพยากรทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา มาประเมินร่วมกัน ปัจจัยย่อยอื่นๆแยกตามแต่ละกลุ่ม ได้แก่

Fever unspecified คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียสและชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที และไม่สามารถระบุตำแหน่งหรืออวัยวะที่เป็นแหล่งติดเชื้อได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยที่มาด้วยไข้ไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ต้องได้รับการติดตามอาการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาซ้ำเป็นระยะๆ หรือให้ยาต้านจุลชีพจนกว่าจะหาสาเหตุของไข้ได้ ซึ่งมักใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง

Acute gastroenteritis กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมักมีอาการรุนแรงสัมพันธ์กับระดับการขาดน้ำ (degree of dehydration) ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียน พบว่าส่วนใหญ่แพทย์มักละเลยการประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของ dehydration ทำให้สังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการระยะสั้น เป็นเวลา 24 ชั่วโมงแล้วผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นจนต้องย้ายไปรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยใน

Abdominal pain unspecified การรับผู้ป่วยไว้ในห้องสังเกตอาการอาจจะได้ประโยชน์ในกลุ่มโรคที่มีการอักเสบของช่องท้อง เช่น ในกลุ่มที่การวินิจฉัยสุดท้ายเป็นไส้ติ่งอักเสบ เนื่องจากแพทย์จะสามารถตรวจร่างกายผู้ป่วยซ้ำได้เมื่ออาการปวดท้องรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 การสังเกตอาการในผู้ป่วยบาง

รายที่มาด้วยอาการปวดท้องฉับพลันพบว่าช่วยทำให้การดูแลและประเมินผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น<sup>(25)</sup> ผู้ป่วยอาจถูกปรับไว้ในห้องสังเกตอาการเพื่อประเมินการตรวจร่างกายทางหน้าท้องเป็นระยะๆ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเบื้องต้น Graff พบว่าการสังเกตอาการระยะสั้นในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบช่วยให้การประเมินว่าจะต้องผ่าตัดหรือไม่ทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>(26)</sup>

### สรุป

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยที่นอนรักษาในห้องสังเกตอาการระยะสั้น (Observe unit) ของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ต้องย้ายไปรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ( Inpatient department ) คือ ระดับ

ความรุนแรงของการคัดแยกผู้ป่วยแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน (Triage level) ที่อยู่ในระดับ emergency และ urgency กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ อาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุ และอาการกระเพาะอาหารอักเสบ การทราบปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยเป็นคนแรกในห้องฉุกเฉิน สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบในการทำนายผลลัพธ์และตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้ในแผนกผู้ป่วยในที่จำเพาะกับผู้ป่วยรายนั้นๆ ตั้งแต่แรกโดยไม่เสียเวลาและทรัพยากรในการให้ผู้ป่วยรอสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการระยะสั้น แล้วต้องย้ายไปรักษาต่อที่แผนกผู้ป่วยในภายหลัง อีกทั้งอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Pitts SR, Niska RW, Xu J, et al. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. Natl Health Stat Report 2008:1-38.
2. Gururaj VJ, Allen JE, Russo RM. Short stay in an outpatient department. An alternative to hospitalization. Am J Dis Child. 1972;123:128-32.
3. Yealy DM, De Hart DA, Ellis G, et al. A survey of observation units in the United States. Am J Emerg Med. 1989;7:576-80.
4. Wiler JL, Ginde AA. 440: National Study of Emergency Department Observation Services. Ann Emerg Med. 2010;56:S142.
5. Mace SE, Graff L, Mikhail M, et al. A national survey of observation units in the United States. Am J Emerg Med. 2003;21:529-33.
6. Jelinek GA, Galvin GM. Observation wards in Australian hospitals. Med J Aust. 1989;151:80, 2-3.
7. Aggarwal P, Wali JP, Ranganathan S, et al. Utility of an observation unit in the emergency department of a tertiary care hospital in India. Eur J Emerg Med. 1995;2:1-5.
8. Lateef F, Anantharaman V. The short-stay emergency observation ward is here to stay. Am J Emerg Med. 2000;18:629-34.
9. Liu Y, Zhang B, Fu W, et al. A preliminary epidemiological study of the patient population visiting an urban ED in the Republic of China. Am J Emerg Med. 1994;12:247-9.

10. Carpentier F, Guignier M, Eytan VL. [Short emergency hospitalization]. *Therapie*. 2001;56:151-5.
11. Portela MC, Schramm JM, Pepe VL, et al. [Algorithm for establishing hospital admittance data based on the hospital information system in the Brazilian Unified Health System]. *Cad Saude Publica*. 1997;13:771-4.
12. Goodacre SW. Role of the short stay observation ward in accident and emergency departments in the United Kingdom. *J Accid Emerg Med*. 1998;15:26-30.
13. Gouin S, Macarthur C, Parkin PC, et al. Effect of a pediatric observation unit on the rate of hospitalization for asthma. *Ann Emerg Med*. 1997;29:218-22.
14. Hadden DS, Dearden CH, Rocke LG. Short stay observation patients: general wards are inappropriate. *J Accid Emerg Med*. 1996;13:163-5.
15. Observational unit. ใน นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ ,บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: สามชัย 2017. 2561. หน้า 68-69.
16. Hostetler B, Leikin JB, Timmons JA, et al. Patterns of use of an emergency department-based observation unit. *Am J Ther*. 2002;9:499-502.
17. Ross MA, Compton S, Richardson D, et al. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med*. 2003;41:668-77.
18. Ross MA, Davis B, Dresselhouse A. The role of an emergency department observation unit in a clinical pathway for atrial fibrillation. *Crit Pathw Cardiol*. 2004;3:8-12.
19. Medicare Benefit Policy Manual. Chapter 6—Hospital Services Covered Under Part B. 2013. <http://www.cms.gov/RegulationsandGuidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c06.pdf>. Accessed 17 Oct 2013.
20. Mace SE, Graff L, Mikhail M, et al. A national survey of observation units in the United States. *Am J Emerg Med*. 2003;21:529-33.
21. Hostetler B, Leikin JB, Timmons JA, et al. Patterns of use of an emergency department-based observation unit. *Am J Ther*. 2002;9:499-502.
22. Ross MA, Compton S, Richardson D, et al. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med*. 2003;41:668-77.
23. Brillman J, Mathers-Dunbar L, Graff L, Joseph T, Leikin JB, Schultz C, et al. Management of observation units. American College of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. 1995 Jun;25(6):823-30
24. Mace SE. Resuscitations in an observation unit. *J Qual Clin Pract*. 1999;19:155-64.
25. Jones PF. Active observation in management of acute abdominal pain in childhood. *BrMed J*. 1976;2:551-3.
26. Graff L, Radford MJ, Werne C. Probability of appendicitis before and after observation. *Ann Emerg Med*. 1991;20:503-7.



**ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง**

จิตติมา ทรงมัจฉา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** โรงพยาบาลมีบริการคลินิกอดบุหรี่ และได้พัฒนาการบริการในคลินิกอย่างต่อเนื่อง พบว่าการเลิกโดยใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดอื่น ๆ จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาหรือให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว และอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยาได้ ดังนั้นจึงนำการบำบัดแบบผสมผสานมาปรับใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลเปรียบเทียบก่อน – หลัง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลของโปรแกรม โดยใช้ค่าร้อยละ

**ผลการศึกษา:** พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ไม่ได้ หลังเข้าโปรแกรมสามารถลดการสูบบุหรี่ร้อยละ 52.5 และเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ 47.5

**สรุป:** โปรแกรมสามารถช่วยให้ลดการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ เนื่องจากการฝึกสติมีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการตระหนักรู้และเข้าใจความรู้สึกอยากที่เพิ่มขึ้น การนัดกดจุดสะท้อนเท้ากระตุ้นให้หลังสารเคมีออกมาเหมือนกลไกการทำงานของนิโคติน รวมถึงสะท้อนไปยังอวัยวะต่าง ๆ เพื่อปรับการทำงานของร่างกาย และมีชาหญ้าดอกขาวร่วมด้วย ทำให้อยากสูบบุหรี่ลดลง

**คำสำคัญ:** ผู้รับบริการในคลินิก การเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่

## Effect of a Smoking Cessation Program on Smoking Cessation Among Clients in a Smoking Cessation Clinic of Chombueng Crow Prince Hospital.

Chittima Songmatcha, RN.

Department of nursing, Chombueng Crow Prince Hospital.

### Abstract

**Background:** The hospital has a smoking cessation clinic and continuously developed services in the clinic. It was found that discontinuation of drug therapy in combination with other therapies. Will be more effective than drug use or giving advice only and may cause adverse drug reactions. Therefore, a combination therapy is applied to increase the effectiveness of treatment.

**Objective:** To study the effect of a smoking cessation program on patients who quit smoking.

**Methods:** Quasi-experimental research One-group measures for comparison results before-after. Analyze general data using percent, mean, and standard deviation. Analyze the results of the program using a percentage.

**Result:** It was found that before receiving the program, the sample group could not quit smoking. After entering the program, a 52.5 percent reduction in smoking is achieved and 47.5 percent successfully quit smoking.

**Conclusions:** The program can help people who want to quit smoking successfully reduce their smoking and quit. This is because mindfulness exercises help smokers realize and understand the craving that arises. Foot reflexology stimulates the release of chemicals like the mechanism of nicotine including reflecting on various organs to adjust the body's functions and with little ironweed tea as well causing the urge to smoke down.

**Keyword:** Clinic clients, Quit smoking, Smoking cessation programs

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาในระดับโลกที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ราว 6 ล้านคนและคาดว่าภายในปี 2573 จะมีการเสียชีวิตถึงปีละ 8 ล้านคน และร้อยละ 80 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำจนถึงปานกลาง<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจในปี 2558 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 19.58 หรือเท่ากับ 10.9 ล้านคน โดยอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายเท่ากับ 39.16% เพศหญิง 1.76% องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การบริโภคยาสูบเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัด แต่การบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำเป็นต้องบูรณาการหลากหลายวิธีร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพการช่วยเลิกได้สำเร็จ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคกลุ่ม NCDs ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิตโดยพบว่าอัตราการป่วยและตายจากโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันคนไทย 1.5 ล้านคนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นเหตุให้เสียชีวิตจากหัวใจวายในช่วงอายุ 50-60 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่<sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีบริการคลินิกฟ้าใส เลิกบุหรี่และสุรา กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการในคลินิกจากการให้คำปรึกษาแบบสั้น การสร้างแรงจูงใจ รวมถึงเริ่มมีการใช้ชาหญ้าดอกขาวร่วมในปี 2560 เป็นบางราย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่องจากตัวผู้รับบริการที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ ทำให้การบำบัดยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จากผล

การบำบัดที่ผ่านมา พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลง 8.62 อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ 1 เดือน ร้อยละ 8.04 อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 5.75 และยังมีการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก ซึ่งผลลัพธ์ยังไม่เป็นไปตามที่เป้าหมายกำหนด

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสังเคราะห์งานวิจัย แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 2008 ได้มีข้อเสนอแนะว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้การบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาหรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว แม้ว่ายาช่วยเลิกบุหรี่และสารนิโคตินทดแทนจะมีประสิทธิผลช่วยลดอาการถอนนิโคตินทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นแต่ยาเหล่านี้มีราคาแพงมาก อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา ในขณะเดียวกันยา Nortriptyline ซึ่งเป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและมีราคาไม่แพงก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้ยากับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น<sup>(3)</sup> ดังนั้นการพิจารณาทำการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาต่าง ๆ โดยนำวิธีการทั้งหลายที่มีอยู่มาผสมผสานและปรับให้เหมาะสมตามบริบท และมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ให้มากที่สุด โดยการใช้สติบำบัด (Mindfulness-Based therapy and Counseling / MBTC) ร่วมกับการนัดจุดจุดสะท้อนเท้า และใช้สมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาวร่วมด้วย ซึ่งจะนำมาใช้เป็นโปรแกรมในการบำบัดรักษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง

### สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยสามารถลดปริมาณลง หรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design แบบกลุ่มเดียววัดผลเปรียบเทียบก่อน – หลังการทดลอง ตามแบบการวิจัย One Group Pretest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง เริ่มบำบัดโดยใช้โปรแกรมและเก็บข้อมูลผู้รับบริการหลังบำบัดในคลินิก ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม 2562

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่  
ตัวแปรตาม คือ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ ประกอบด้วย เลิกได้สำเร็จ, ลดปริมาณการสูบลงจากเดิม, เลิกไม่ได้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ<sup>(4)</sup>

$$n = \left[ \frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{p_{01} + p_{10}} + z_{1-\beta} \sqrt{p_{01} + p_{10} - (p_{01} - p_{10})^2}}{\Delta} \right]^2$$

Porportion of pre-treatment ( $p_{10}$ ) = 0.000

Porportion of post-treatment ( $p_{01}$ ) = 0.188

จากงานวิจัยของ ธาราดล เก่งการพานิช และคณะ<sup>(5)</sup> การนัดตรวจจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05,  $Z(0.975)$  = 1.959964

Beta ( $\beta$ ) = 0.20,  $Z(0.800)$  = 0.841621

Sample size ( $n$ ) = 40

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ยาเส้น ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ที่สมัครใจเลิกบุหรี่

2. การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ ประกอบด้วย เลิกได้สำเร็จ หมายถึง การไม่กลับมาสูบบอกอีกหลังรับการบำบัด 1 เดือน

ลดปริมาณการสูบลงจากเดิม หมายถึง ลดปริมาณการสูบลงครั้งหนึ่งหรือมากกว่าเดิมหลังการบำบัด 1 เดือน เลิกไม่ได้ หมายถึง ยังสูบบอกอยู่หลังจากได้รับการบำบัด 1 เดือน

3. โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ หมายถึง วิธีการในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling : MBTC) หมายถึง การบำบัดแบบกลุ่มๆ ละ 10-15 คน โดยใช้ระยะเวลา 2 เดือน (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1.30 - 2 ชั่วโมง) โดยทำรูปแบบพื้นฐานเป็นกลุ่มบำบัด ประกอบด้วยการบำบัด 8 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ)

ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน)

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึกดูความรู้สึกทั่วร่างกาย)

ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกติดป้ายความคิด)

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบ ให้มองด้านบวก)

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ)

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกสติเมตตา)

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว) <sup>(6)</sup>

3.2 เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า <sup>(5,7)</sup> โดยนวดกดจุดที่เท้าจำนวน 5 จุดที่นิ้วโป้งเท้าทั้งสองข้าง (จุด 1,3,4,5 และ 6) ซึ่งเป็นจุดที่ควบคุมสมองและระบบประสาท โดยกดจุดละ 40 ครั้ง โดยทำการนวดวันละ 1 ครั้งในเวลาใดก็ได้ นวดต่อเนื่องเป็นเวลา 10 วัน และสอนวิธีการนวดให้นวดด้วยตนเอง นัดติดตามผลทุก 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จุดสะท้อนเท้า 5 จุดช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย

จุดสะท้อนที่ 1 ด้านบนนิ้วโป้งติดกับนิ้วชี้ จุดนี้จะสะท้อนไปที่สมองใหญ่

จุดสะท้อนที่ 3 ด้านล่างนิ้วโป้งที่ติดกับนิ้วชี้ จุดนี้จะสะท้อนไปที่สมองเล็ก (ความจำ)

จุดสะท้อนที่ 4 พื้นที่ด้านนอกทั้งบนและล่างของนิ้วโป้ง จุดนี้จะสะท้อนไปที่ต่อมใต้สมอง

จุดสะท้อนที่ 6 ด้านข้างด้านนอกของนิ้วโป้ง สะท้อนไปที่จมูก

จุดสะท้อนที่ 48 พื้นที่โคนนิ้วโป้งด้านใน (ตรงร่องระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้) จะสะท้อนไปที่ลำคอ

3.3 ชาชงหญ้าดอกขาว หมายถึง ผงแห้งของหญ้าดอกขาวทั้งต้นบรรจุในซอง ๆ ละ 3 กรัม โดยนำชา 1 ซองชงกับน้ำร้อน 150 – 200 มิลลิลิตร ทิ้งไว้ 15 นาที ก่อนดื่ม ชงดื่มก่อนอาหาร หรือจิบบ่อย ๆ เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ <sup>(8)</sup>

**เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประเมินระดับการติดนิโคติน อាកการจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
2. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์**

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ค่าร้อยละ

## ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 รายมีรายละเอียดดังในตาราง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	24	60.0
60 ปีขึ้นไป	16	40.0
$\bar{X}=53.45$ , Min=18 , Max=88 , SD=16.22		
เพศ		
ชาย	37	92.5
หญิง	3	7.5
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	10.0
ประถมศึกษา	21	52.5
มัธยมต้น	8	20.0
มัธยมปลาย/อาชีวศึกษา	6	15.0
ปริญญาตรี	1	2.5
อาชีพ		
เกษตรกร	9	22.5
รับจ้างทั่วไป	25	62.5
ข้าราชการ	1	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	2	5.0
ค้าขาย	2	5.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	2.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	11	27.5
มีโรคประจำตัว (โรคหัวใจ,โรคหอบหืด,โรคเบาหวาน,	29	72.5
โรคไตวายเรื้อรัง,โรคถุงลมโป่งพอง,โรคความดันโลหิตสูง)		
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	6	15.0
5,000 – 7,500 บาท	13	32.5
7,500 – 10,000 บาท	11	27.5
10,000 – 25,000 บาท	6	15.0
มากกว่า 50,000 บาท	4	10.0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 92.5 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 52.5 และอาชีพ รับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.5

รายได้ต่อเดือน 5,000 – 7,500 บาทคิดเป็นร้อยละ 32.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 27.5 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ, โรคหอบหืด, โรคเบาหวาน, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคถุงลมโป่งพอง และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.5

**ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม**

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ไม่ได้ ร้อยละ 100 หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างสามารถลดปริมาณการสูบลง ร้อยละ 52.5 และสามารถเลิกสูบได้สำเร็จ ร้อยละ 47.5 ตามลำดับ

**ตาราง 2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม**

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกสูบได้สำเร็จ	0	0	19	47.5
ลดปริมาณการสูบลงจากเดิม	0	0	21	52.5
เลิกไม่ได้	40	100	0	0
รวม	40	100	40	100

**วิจารณ์**

ผลการเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ไม่ได้ ร้อยละ 100 หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างสามารถลดปริมาณการสูบลง ร้อยละ 52.5 และสามารถเลิกสูบได้สำเร็จ ร้อยละ 47.5 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมฝึกสติมีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เกิดการตระหนักรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกอยากสูบที่เกิดกับตนเองได้มากขึ้น ซึ่งความรู้สึกอยากนี้เกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ต้องเผชิญกับตัวกระตุ้นที่แตกต่างกันไปหลายอย่าง ดังนั้นการจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งการปรับความเชื่อพื้นฐานและความคิด

อัตโนมัติไปในทางที่เหมาะสมที่จะส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากลดลงได้ โดยการฝึกสติจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี ช่วยลดในเรื่องการหลีกเลี่ยงปัญหา เนื่องจากสามารถยอมรับกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และลดการครุ่นคิดที่จะนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อตนเอง ส่งผลให้มีความขัดแย้งภายในใจลดลงและความรู้สึกอยากสูบบุหรี่จะลดลง และด้วยเทคนิคนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นการนวดกระตุ้นให้หลังสารเคมีออกมา เหมือนกลไกการทำงานของนิโคติน รวมถึงสะท้อนไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น จมูก ลำคอ ท่อหายใจ ปอด เพื่อปรับการทำงานของร่างกาย ทำให้มีส่วนช่วยในการอยากสูบบุหรี่

ลดน้อยลง เมื่อนวดกดจุดสะท้อนเท้าผู้สูบบุหรี่จะไม่อยากสูบบุหรี่ เพราะสูบบุหรี่แล้วจะเหม็นรสชาติขม จนสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและส่งผลในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการใช้สมุนไพรช่วยในการเลิกบุหรี่ร่วมด้วย สมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้ คือหญ้าดอกขาว จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ซึ่งได้นำวิธีการต่าง ๆ มาผสมผสานเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่และนำมาใช้บำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดี และผู้รับบริการพึงพอใจ อย่างไรก็ตามการใช้โปรแกรมนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีความสมัครใจที่อยากจะเลิกบุหรี่ แต่ในผู้ที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก และยังไม่สำเร็จ การได้เข้าร่วมโปรแกรมอาจช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการอยากที่จะเลิกต่อไปได้ ซึ่งอาจจะมีการพัฒนาโปรแกรมต่อไปในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco. [online]. WHO Media Centre 2014. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
2. ประกิต วาทีสาธกกิจ. มุลนิธิรณรงคเพื่อการไมสูบบุหรี่ สถิติและปัญหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทย. โครงการบริโภคนยาสูบในผูใหญระดับโลกปี; 2560.
3. ธีระพงษ์ ศรีศิลป์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557;10(3):256-268.
4. Chow S-C, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2nd ed. Chapman&Hal/CRC; 2003: 152-153.

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการได้รับความกรุณาจาก ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ได้ให้ความรู้ในเรื่องการวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นปรึกษา ให้คำแนะนำตลอดจนตรวจแก้ไข ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัยด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่งตลอดมา และผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจทานแก้ไขและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย รวมถึงแพทย์หญิงผกาพันธุ์ เปี่ยมคล้าย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง ที่ให้การสนับสนุนให้มีการอบรมการทำวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข



5. ทรายดล เก่งการพานิช และคณะ. การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน.กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.หน้า 15-18.
6. สมจิตร เสริมทองทิพย์. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้เป็นเบาหวาน.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560;25(3);66-74.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นวดกดจุดสะท้อนเท้า. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9มกราคม 2561] แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th>; 2560.
8. ศรีนทิพย์ หมั่นแสน. กลุ่มวิจัยผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ.วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม; 2560:16-20.

**แนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอด ตามการจำแนก 10 กลุ่มของระบบ Robson  
ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2554-2561**

ทิพย์นารีย์ จรุงวรรณะ พบ.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, เจริญตา อัครผดุงสิทธิ์พบ.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** อัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทศวรรษที่ผ่านมาขัดต่อคำแถลงขององค์การอนามัยโลกเรื่องอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตามการจำแนกของ Robson (R)

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** การศึกษาย้อนหลังแบบตัดขวางของเวชระเบียนผู้คลอดระหว่างในปี พ.ศ. 2554 - 2561 ตามการจำแนกของ Robson (R) เพื่ออธิบายสถานการณ์อัตราการผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**ผลการศึกษา:** จากเวชระเบียนทั้งหมด 44,676 คน พบว่า R3 เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดในประชากรร้อยละ 24.5 ตามด้วย R1 และ R5 คิดเป็นร้อยละ 20.3 และ 15.6 ตามลำดับ อัตราการผ่าตัดคลอดรวมเท่ากับร้อยละ 49.5 ซึ่ง R5 R2b และ R4b เป็นสามอันดับแรกของการผ่าตัดคลอดสูงสุดประมาณร้อยละ 15.6 13.0 และ 4.9 ตามลำดับ แนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดของ R5 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก R2b และ R4b ที่มากกว่าร้อยละ 10 ตลอด 8 ปี นอกจากนี้ R10 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแสดงถึงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่กำลังขยายขนาด

**สรุป:** สาเหตุหลักของอัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นคือ R5 ซึ่งเป็นผลมาจาก การผ่าตัดคลอดก่อนการเจ็บครรภ์ R2b และ R4b ในครรภ์ก่อนหน้า เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นควรพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

**คำสำคัญ:** อัตราการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น การจำแนก 10 กลุ่มของ Robson

## The Trend of Cesarean Section Rate According to Robson 10-Group Classification in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, Thailand since 2011 to 2018

Tipnaree Charoonwatana, MD. Jaroenta Assawaphadungsit, MD.

Department of Obstetrics and Gynecology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

### Abstract

**Background:** Cesarean section (CS) rate in Maharaj Nakhon Si Thammarat (MNST) Hospital was continuedly increased over the past decade, disagreed with WHO consensus of optimal CS rate

**Objective:** To assess CS situation in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital according to Robson 10-group classification (R)

**Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional study of the medical records of delivery women between in 2011-2018, were categorized by Robson 10-group classification (R) to interpret the situation CS rate in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital

**Results:** The total of 44,676 medical records were recruited, multiparous women with a single cephalic term in spontaneous labor (R3) was the largest group in population followed by nulliparous women with a single cephalic term in spontaneous labor (R1) and multiparous women with at least one previous uterine scar, with a single cephalic term pregnancy (R5), calculated rate were 24.5%, 20.3% and 15.6% respectively. The total CS rate was 49.5% which R5, nulliparous women with a single cephalic term who were delivered by CS before labor (R2b) and multiparous women with a single cephalic term who were delivered by CS before labor (R4b) were top three of the highest CS rate about 15.6%, 13.0% and 4.9% respectively. The CS rate of R5 was continuedly increased by the reason of R2b and R4b which were more than 10% of CS rate over 8 years. Additionally, the single cephalic pregnancy with < 37 weeks gestation (R10) also was gradually increasing that represented growing tertiary center of Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital

**Conclusions:** The main cause of increasing CS rate was previous CS (R5) that result from CS before labor (R2b, R4b) in prior pregnancy. To safely reduce an unnecessary CS rate, an appropriate guideline for auditing CS indication should be developed.

**Keyword:** Cesarean section rate, unnecessary cesarean section, Robson 10-group classification

## บทนำ

การผ่าตัดคลอด (Cesarean section; CS) เป็นขั้นตอนการผ่าตัดช่วยการคลอดของทารกในครรภ์ผ่านการผ่าตัดทางหน้าท้องและมดลูก<sup>(1)</sup> การผ่าตัดคลอดมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การวิเคราะห์แนวโน้มพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 และ 2557 อัตราการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยทั่วโลกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.4 (จากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 19.1) สำหรับประเทศในแถบเอเชีย ตุรกี จอร์เจีย และจีน มีการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น ในประเทศไทยมีการผ่าตัดคลอดสูงเป็นอันดับ 2 ของเอเชียเป็นรองเฉพาะประเทศจีนเท่านั้น โดยมีอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ที่ร้อยละ 35-40<sup>(2, 3)</sup> ซึ่งอัตราการผ่าคลอดใน ปี พ.ศ. 2533 ร้อยละ 14.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557<sup>(4)</sup> สรุปสถานการณ์อัตราการผ่าตัดคลอด พบว่า ประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น

จากการศึกษาผลของการผ่าตัดคลอดทางกายภาพนั้น พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เท่ากับ 2.2 ต่อ 100,000 ครั้งเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด 0.2 ต่อ 100,000<sup>(5)</sup> และมีรายงานว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีอัตราการติดเชื้อ (Infection), ตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) และลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) เพิ่มขึ้นสองเท่าเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด<sup>(6)</sup> ทางด้านทารกพบอัตราการบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดที่ต่ำกว่า<sup>(7, 8)</sup> สำหรับผลกระทบทางจิตสังคม ทั้งบิดามารดามีแนวโน้มที่จะแสดงการปฏิเสธสัมพันธ์ในการโต้ตอบกับทารกของพวกเขา น้อยลงหลังจากการผ่าตัดคลอด เช่น มารดาดูแล

ทารกน้อยลง และบิดายึดให้กับทารกของพวกเขา น้อยลง<sup>(9)</sup> ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อทารก<sup>(10)</sup> การผ่าตัดคลอดจึงมีผลกระทบที่รุนแรงกว่าการคลอดทางช่องคลอด ทั้งด้านกายภาพต่อมารดา ทารก และด้านจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การผ่าตัดคลอดจึงควรกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพียงเท่านั้น

การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการที่มีความจำเป็นเพื่อช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารก เมื่อ ค.ศ. 1985 WHO Statement on Caesarean section<sup>(11)</sup> กล่าวว่า ไม่มีเหตุผลใดที่จะมีอัตราผ่าตัดคลอด สูงกว่า 10-15 % และในปีค.ศ. 2015 WHO Statement on Caesarean section<sup>(12)</sup> ได้กล่าวถึง อัตราการผ่าคลอดในประชากรสูงกว่า 10 % ไม่สัมพันธ์กับการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด

การจำแนกกลุ่มผู้คลอดตามระบบของ Robson การแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดเพื่อคลอดนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 10 กลุ่มซึ่งอาศัยลักษณะพื้นฐานทางสูติศาสตร์ 6 ประการ<sup>(13)</sup> ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร (Parity) ประวัติเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน (Previous cesarean section) การเจ็บครรภ์คลอด (Onset of labor) จำนวนทารกในครรภ์ (Number of fetuses) อายุครรภ์ (Gestational age) และแนวลำตัวและส่วนนำของทารก (Fetal lie and presentation) ดังตารางที่ 1

โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่ค่อนข้างสูงซึ่งขัดต่อนโยบายขององค์การอนามัยโลกอย่างสิ้นเชิง การศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อนำการจำแนกตามหลักของ Robson (Robson classification) 10 กลุ่ม มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดเพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอัตราผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นต่อไป

**ตารางที่ 1** การจำแนกกลุ่มผู้คลอดตามระบบ Robson classification

กลุ่ม	ความหมาย
1	ผู้คลอดตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
2	ผู้คลอดตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
2a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
2b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
3	ผู้คลอดตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดเป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และมาด้วยเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ
4	ผู้คลอดตั้งครรภ์หลังที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดเป็นครรภ์เดียว ทารกท่าหัว อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการรุกรการเจ็บครรภ์ หรือผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
4a	ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์
4b	ผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์
5	ผู้คลอดตั้งครรภ์หลังทุกคนที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้งเป็นครรภ์เดียวทารกท่าหัว และอายุครรภ์ครบกำหนด
6	ผู้คลอดตั้งครรภ์แรกทุกคนที่เป็นครรภ์เดียว และทารกท่าหัว
7	ผู้คลอดตั้งครรภ์หลังทุกคนที่เป็นครรภ์เดียว และทารกท่าหัวซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
8	ผู้คลอดตั้งครรภ์แฝดทุกคนซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
9	ผู้คลอดตั้งครรภ์เดี่ยวทุกคนที่ทารกเป็นแนวด้วยขวางหรือเฉียงซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน
10	ผู้คลอดตั้งครรภ์เดี่ยวทุกคนที่ทารกเป็นท่าหัว และอายุครรภ์ก่อนกำหนด ซึ่งอาจมีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อจำแนกกลุ่มของผู้คลอดและผู้ผ่าตัดคลอดที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตามระบบของ Robson และเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์อัตราการผ่าตัดคลอดตามการจำแนก 10 กลุ่มตามระบบของ Robson

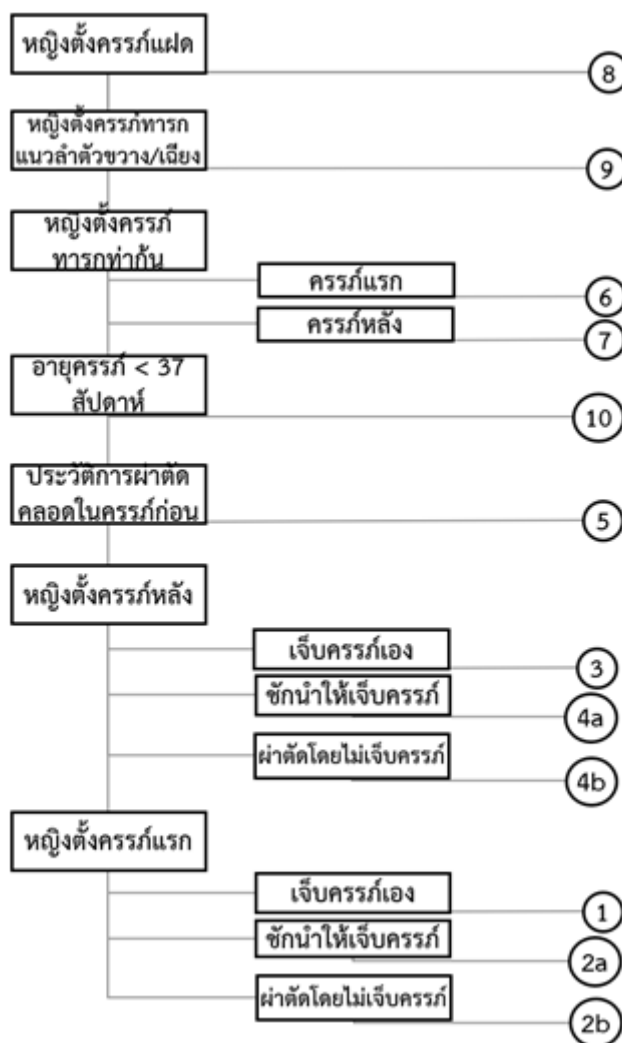
ของผู้คลอดทั้งหมดที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**วัสดุและวิธีการศึกษา**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) จากเวชระเบียนของผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ตั้งแต่ ปีพ.ศ.2554 ถึง 2561 โดยต้องมีทารกในครรภ์มีชีวิต อย่างน้อย 1 คนในขณะที่ผู้คลอดก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ที่จะถูกคัดออก การรวบรวมข้อมูล ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน การเจ็บ

ครรภ์คลอด จำนวนทารกในครรภ์ อายุครรภ์ แนวลำตัวและส่วนนำของทารก และช่องทางคลอด ในแบบบันทึกข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาเข้าสู่สูตรที่ผู้วิจัยเขียนขึ้น ดังแผนภาพที่ 1 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้อัตราส่วนและร้อยละ

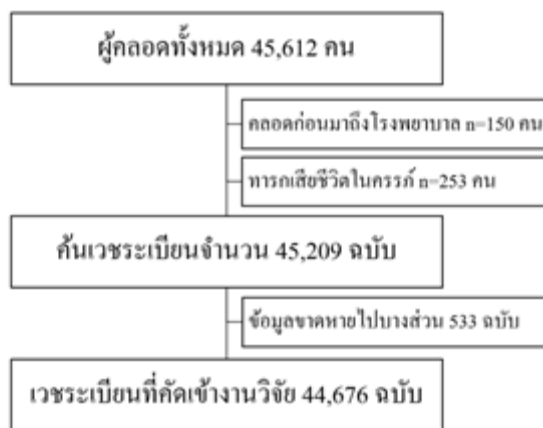


แผนภาพที่ 1 แนวทางการจำแนกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามระบบ Robson classification

### ผลการศึกษา

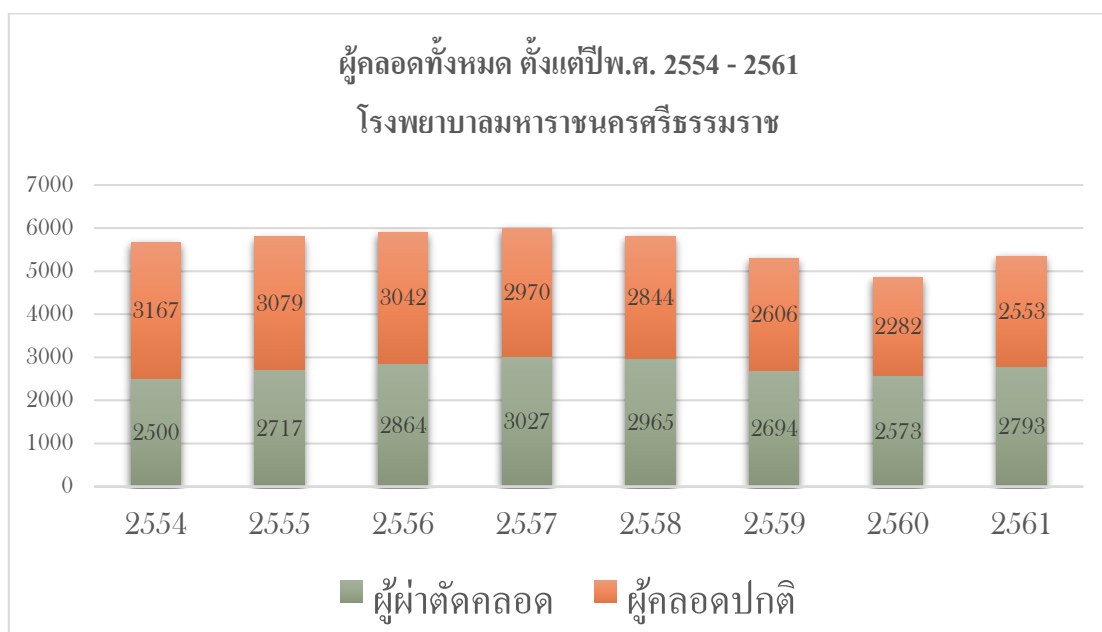
หญิงตั้งครรภ์ผู้มาใช้บริการการคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ.2554 ถึง 2561 ทั้งหมด 45,612 คน พบว่า ผู้ที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล จำนวน 150 คน ทารกเสียชีวิต

ในครรภ์จำนวน 253 คน ได้รับการคัดออก จากนั้นทำการค้นเวชระเบียนจำนวน 45,209 ฉบับ พบว่า ข้อมูลขาดหายไปบางส่วน จำนวน 467 ฉบับ เวชระเบียนที่เหลือจำนวน 44,472 ฉบับ ถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 เวชระเบียนทั้งหมดในงานวิจัย

จากผู้คลอดทั้งหมดในระยะเวลา 8 ปี มีจำนวน 44,676 คน มีผู้ผ่าตัดคลอด 22,133 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 แสดงจำนวนแยกตามปี พ.ศ.ได้ ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ผู้คลอดทั้งหมดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปีพ.ศ.2554 – 2561

เมื่อวิเคราะห์โดยการจำแนกของ Robson พบว่า ผู้คลอดครรภ์หลัง ตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (R3) มีจำนวนมากที่สุด 10,946 คน (ร้อยละ 24.5) รองลงมาเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (R1) และผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์

เดี่ยว ส่วนนำเป็นศีรษะ และอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) จำนวน 9,078 คน (ร้อยละ 20.3) และ 6,972 คน (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ

กลุ่มผู้ผ่าตัดคลอดมากที่สุด อยู่ในกลุ่มผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์เดี่ยวส่วนนำเป็นศีรษะและอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) จำนวน 6,970คน (ร้อยละ15.6) รองลงมาเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์เดี่ยวส่วนนำเป็น

ศิระษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ (R2b) และครรภ์หลังตั้งครรภ์เดี่ยวส่วนนำเป็นศิระษะ อายุครรภ์ครบ

กำหนด และได้รับผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ (R4b) จำนวน 5,811 คน (ร้อยละ 13.0) และ 2,195คน (ร้อยละ4.9) ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผู้คลอดตามการจำแนกของ Robson

Robson	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัด (%)	หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	หญิงตั้งครรภ์ตาม Robson (%)	อัตราผ่าตัดคลอดจากการคลอดทั้งหมด (%)	อัตราผ่าตัดคลอดตามกลุ่มต่อการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (%)
R1	1,614(17.8)	9,078	20.3%	3.6%	7.3%
R2a	490(29.9)	1,637	3.7%	1.1%	2.2%
R2b	5,811(100.0)	5,811	13.0%	13.0%	26.3%
R3	663(6.1)	10,946	24.5%	1.5%	3.0%
R4a	175(11.8)	1,483	3.3%	0.4%	0.8%
R4b	2,195(100.0)	2,195	4.9%	4.9%	9.9%
R5	6,970(100.0)	6,972	15.6%	15.6%	31.5%
R6	826(88.9)	929	2.1%	1.8%	3.7%
R7	916(84.7)	1,082	2.4%	2.1%	4.1%
R8	465(83.6)	556	1.2%	1.0%	2.1%
R9	265(100.0)	265	0.6%	0.6%	1.2%
R10	1,743(46.8)	3,722	8.3%	3.9%	7.9%
<b>รวม</b>	<b>22,133(49.5)</b>	<b>44,676</b>	<b>100%</b>	<b>49.54%</b>	

นอกจากนี้กลุ่มผู้คลอดครรภ์เดี่ยว มีส่วนนำเป็นกัน (R6, R7) ตั้งครรภ์แฝด (R8) และครรภ์เดี่ยว มีแนวลำตัวทารกขวางหรือเฉียง (R9) มีจำนวน 929 คน (ร้อยละ 2.1) 1,082 คน (ร้อยละ 2.4) 556 คน (ร้อยละ 1.2) และ 265 คน (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ รวม 2,832 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.3 ของผู้คลอดทั้งหมด โดยได้รับการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ จำนวนรวม 2,472 คน

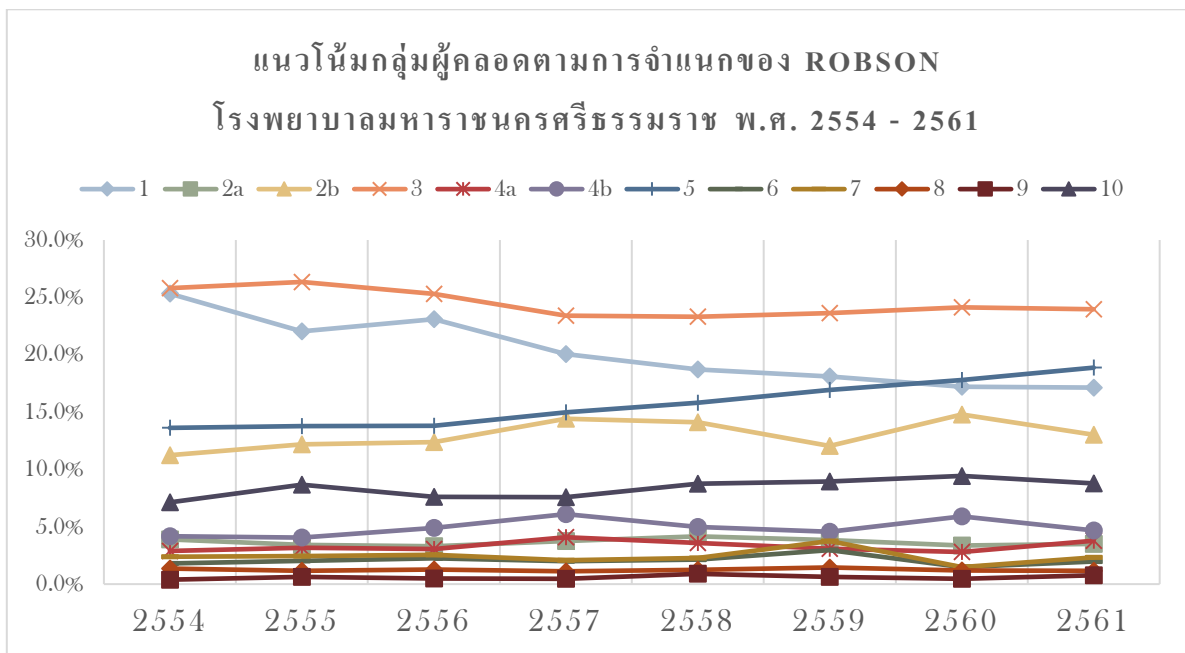
คิดเป็น ร้อยละ 11.2 ของผู้ผ่าตัดคลอด หรือร้อยละ 5.5 ของผู้คลอดทั้งหมด

กลุ่มผู้คลอดก่อนกำหนด (R10) จำนวน 3,722คน คิดเป็นร้อยละ 8.3ของผู้คลอดทั้งหมด ได้รับการผ่าตัดคลอด จำนวน 1,743คน คิดเป็นร้อยละ 46.8ของผู้คลอดก่อนกำหนดทั้งหมด หรือร้อยละ 3.9 ของผู้คลอดทั้งหมด



เมื่อนำข้อมูลในตารางที่ 2 มาวิเคราะห์แยกตามปี พ.ศ. จะพบว่า ส่วนใหญ่ผู้คลอดในกลุ่มต่างๆจะมีอัตราใกล้เคียงเดิมโดย ผู้คลอดที่มีอัตราสูงสุดยังคงเป็นผู้คลอดครรภ์หลัง ตั้งครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (R3) รองลงมาเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนดและเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ (R1)

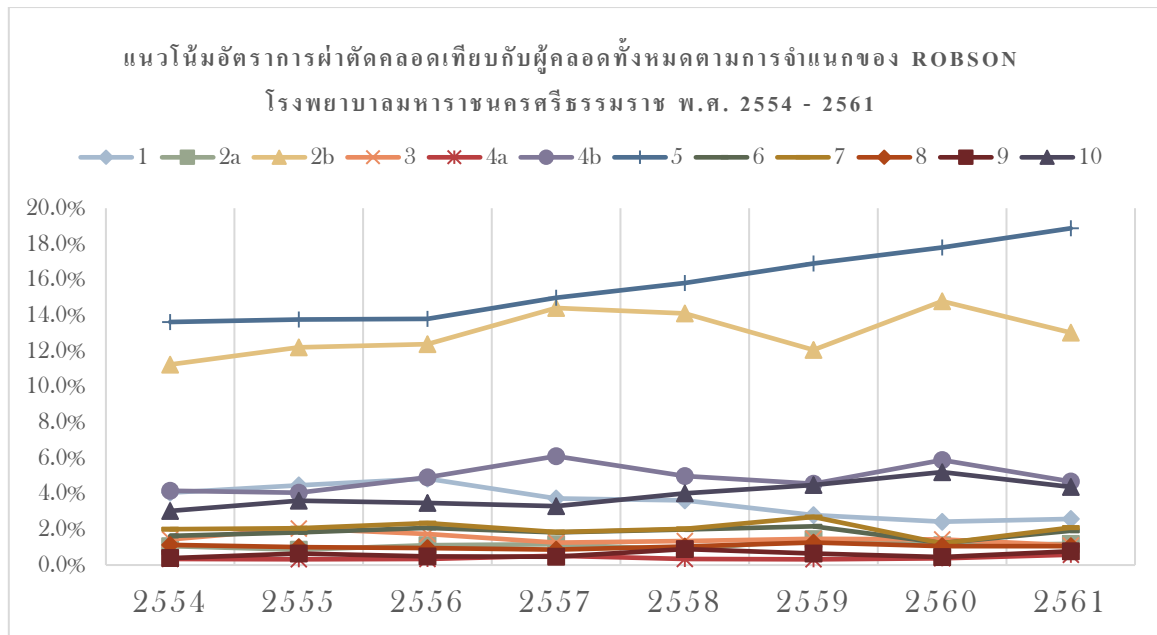
และผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะและอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) แต่มีความเปลี่ยนแปลงต่างกันคือ กลุ่ม R1 มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่กลุ่ม R5 มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกลุ่มผู้คลอดก่อนกำหนด (R10) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 แนวโน้มกลุ่มผู้คลอดตามการจำแนกของ Robson

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มผู้ผ่าตัดคลอดแยกตามปี พ.ศ. พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะ และอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) มีสัดส่วนสูงที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็วที่สุด รองลงมาเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์เดียวส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการเจ็บครรภ์ (R2b) แม้ว่าแนวโน้มการ

ผ่าตัดคลอดสูงขึ้นไม่ชัดเจนแต่สัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 10 ตลอด 8 ปีซึ่งผู้คลอดครรภ์หลังตั้งครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับการผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ (R4b) ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และเป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่ากลุ่มผู้คลอดก่อนกำหนด (R10) จะมีแนวโน้มของอัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่ก็เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ดังแผนภาพที่ 5



แผนภาพที่ 5 แนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดเทียบกับผู้คลอดทั้งหมดตามการจำแนกของ Robson

### วิจารณ์

การจำแนกตาม Robson Classification เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในบริบทของโรงพยาบาลเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงตาม Robson จาก “Multi-country survey on maternal and newborn health” (WHO-MCS)<sup>(14)</sup> แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การประเมินประเภทของประชากร และการประเมินอัตราการผ่าตัดคลอด

#### 1) การประเมินประเภทของประชากร

ขนาดประชากรในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรก เป็นครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด (R1และR2) รวมกันเป็นจำนวน 16,526 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.9 มากกว่าเกณฑ์อ้างอิงตาม Robson เล็กน้อย คือ ร้อยละ 35-42 และขนาดประชากรในกลุ่มผู้คลอดครรภ์หลัง ที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดเป็นครรภ์เดียว ส่วนนำเป็นศีรษะอายุครรภ์ครบกำหนด (R3และR4) รวมกันเป็นจำนวน 27,472 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.2 ใกล้เคียงกับ

เกณฑ์อ้างอิงตาม Robson คือ ร้อยละ 30<sup>(14)</sup> แสดงว่าผู้คลอดส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง

สัดส่วนผู้คลอดกลุ่ม 1 เทียบกับ กลุ่ม 2 (R1/R2) เท่ากับ 1.2 แตกต่างจากโรงพยาบาลศิริราช R1/R2 เท่ากับ 3.0<sup>(15)</sup> และโรงพยาบาลราชวิถี R1/R2 เฉลี่ยเท่ากับ 4.2<sup>(16)</sup> และสัดส่วนผู้คลอดกลุ่ม 3 เทียบกับ กลุ่ม 4 (R3/R4) เท่ากับ 3.0 โดยแตกต่างจากโรงพยาบาลศิริราช R3/R4 เท่ากับ 10.5 และโรงพยาบาลราชวิถี R3/R4 เฉลี่ยเท่ากับ 16.2<sup>(15, 16)</sup> แสดงถึงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงมีผู้คลอดตั้งครรภ์แรกที่เป็นครรภ์เสี่ยงสูงจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ (Induction) หรือผ่าตัดคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ ซึ่งมักพบร่วมกับอัตราการผ่าตัดคลอดสูงด้วย หรืออาจเกิดจากการผ่าตัดคลอดก่อนการเจ็บครรภ์จากค่านิยมของการผ่าตัดคลอด เช่น ความกลัวการเจ็บ

กรรมผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากการคลอดปัญหา กลิ่นอุจจาระไม่ได้และการกลั่นปัสสาวะไม่ได้<sup>(17)</sup> ควรวิเคราะห์สาเหตุเพิ่มเติมในรายละเอียดเช่น ความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมกับบรรณรงค์และ อธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดคลอดแก่ผู้ คลอดตั้งแต่ช่วงการฝากครรภ์ และวางแนวทาง ปฏิบัติ (Clinical practice guideline) เพื่อช่วยให้ การชักนำการคลอดและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด คลอดเป็นไปอย่างเหมาะสม

ส่วนขนาดของประชากรกลุ่มผู้คลอดที่เคย ผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์เดี่ยวส่วนนำ เป็นศีรษะและอายุครรภ์ครบกำหนด(R5)จำนวน 6,972 คน ร้อยละ 15.6 ใกล้เคียง กับ R5 ของ โรงพยาบาลศิริราช และมากกว่าโรงพยาบาลราช วิถีเกือบ 1.5 เท่า <sup>(15, 16)</sup>แสดงถึงโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราชมีอัตราการผ่าตัดคลอด โดยรวมค่อนข้างสูง

ขนาดประชากรในกลุ่มท่าก้น (R6และR7) จำนวน 2,011 คน คิดเป็น ร้อยละ4.5 ใกล้เคียงกับ กับเกณฑ์อ้างอิงตาม Robson คือ ไม่เกินร้อยละ 4<sup>(14)</sup>โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 4.4 และโรงพยาบาล ราชวิถี ร้อยละ 4.2<sup>(15, 16)</sup> ขนาดประชากรในกลุ่ม ตั้งครรภ์แฝด (R8) และผู้คลอดครรภ์เดี่ยวที่ทารก ส่วนนำเป็นศีรษะ และอายุครรภ์ก่อนกำหนด (R10) มีจำนวน 556และ 3,722 คน คิดเป็น ร้อย ละ 1.2และ 8.3 ตามลำดับใกล้เคียงกับ โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 1.6 และ 10.4 โรงพยาบาลราชวิถี ร้อยละ 1.8 และ 12.7<sup>(15,16)</sup> บ่งบอกถึง สถานพยาบาลเป็นระดับ ตติยภูมิ ซึ่งตรงกับลักษณะของโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช

ขนาดประชากรในกลุ่มผู้คลอดครรภ์เดี่ยว ทุกคนที่มีแนวลำตัวทารกขวางหรือเฉียง (R9) มี จำนวน 265คน คิดเป็น ร้อยละ 0.6 เข้าได้กับ เกณฑ์อ้างอิงตาม Robson (ไม่เกิน ร้อยละ 1)<sup>(14)</sup> แสดงถึงคุณภาพของข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ พอสมควร

จากการวิเคราะห์แนวโน้มตามปีพ.ศ.ผู้ คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์ เดี่ยวส่วนนำเป็นศีรษะและอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในขณะที่ผู้คลอด ตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบ กำหนดและเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ(R1) แนวโน้มลดลง และเป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่ากลุ่มผู้ คลอดก่อนกำหนด (R10) จะมีแนวโน้มของอัตรา ผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่ก็เพิ่มขึ้นอย่าง สม่ำเสมอ แสดงถึง โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชกำลังขยายขนาดและมีศักยภาพ สูงขึ้นในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

## 2) การประเมินอัตราการผ่าคลอด

การจำแนกตาม Robson Classification จะสามารถจัดกลุ่มผู้คลอดออกเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการ ผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ ตามลักษณะทางสูติ ศาสตร์ทั่วไป ได้แก่ กลุ่มครรภ์แฝด กลุ่มทารกที่มี ส่วนนำผิดปกติ คือ ส่วนนำเป็นก้น และแนวลำตัว ทารกขวางหรือเฉียง (R6-R9) มีจำนวนร้อยละ 5.6 ถือเป็นประชากรส่วนน้อย แต่มีความจำเป็นต้อง ได้รับการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ การลดอัตราการผ่าตัดคลอด จึงควรเน้นในกลุ่ม ตั้งครรภ์เดี่ยว และอายุครรภ์ครบกำหนด และ ทารกที่มีส่วนนำเป็นศีรษะ หรือ Robson Classification กลุ่มที่ 1-4 (R1-R4) ดังต่อไปนี้

อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้ คลอดกลุ่มที่ 1 (R1) ร้อยละ 24.8 ค่อนข้างสูง ปกติ

ควรมีน้อยกว่า ร้อยละ 10<sup>(14)</sup> ควรวิเคราะห์สาเหตุในรายละเอียดเช่น ความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ ในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 37.1 และโรงพยาบาลราชวิถีร้อยละ 18.9<sup>(15, 16)</sup> อาจเป็นเพราะความแตกต่างของข้อจำกัดในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ บริบทของประเทศไทยที่กำลังพัฒนา เพื่อให้ทัดเทียมนานาชาติ

อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 2 (R2a, R2b) ร้อยละ 84.4 สูงมาก โดยปกติประมาณ ร้อยละ 20-35<sup>(14)</sup> เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า สัดส่วนผู้คลอด R2b เทียบกับ R2a ค่อนข้างสูง ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมสูงตาม ซึ่งมีทิศทางเดียวกับโรงพยาบาลราชวิถีร้อยละ 90.2<sup>(16)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ใน R2a ค่อนข้างสูงถึง ร้อยละ 31.2ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 49.4<sup>(15)</sup> อาจบ่งบอกถึงการชักนำการคลอดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความล้มเหลวของการชักนำการคลอด นำไปสู่การผ่าตัดคลอดในที่สุด สำหรับสัดส่วนผู้คลอด R2b ที่สูงนั้น บ่งบอกถึงปัญหาเกี่ยวกับความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ในการนัดผ่าคลอด

อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 6.1 สูงเล็กน้อย โดยทั่วไปไม่เกิน ร้อยละ 3<sup>(14)</sup> อาจเกิดจากผู้คลอดต้องการทำหมันในคราวเดียวกันหรือ ผู้คลอดร้องขอการผ่าตัดคลอดสำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ ในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 9.4 โรงพยาบาลราชวิถีร้อยละ 6.2<sup>(15, 16)</sup>

อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 4 (R4a, R4b) ร้อยละ 63.6 ซึ่ง

ค่อนข้างสูงสำหรับครรภ์หลัง(โรงพยาบาลราชวิถี ร้อยละ 73.0) เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า สัดส่วนผู้คลอด R4b เทียบกับ R4a ค่อนข้างสูง ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอด โดยรวมสูงตาม แม้ว่าอัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ใน R4a จะสูงเล็กน้อย ร้อยละ 11.9 (โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 7.4) แต่ สัดส่วนผู้คลอด R4b ที่สูงนั้น บ่งบอกถึงปัญหาเกี่ยวกับความเหมาะสมของการนัดผ่าตัดคลอด ผู้คลอดต้องการทำหมันในคราวเดียวกัน หรือ ผู้คลอดมีประสบการณ์ไม่ดีจากการคลอดครั้งก่อน อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 5 ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ที่จะผ่าตัดคลอดทุกคนที่เคยผ่าตัดคลอด

อัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 10 ร้อยละ 54.9 ค่อนข้างสูง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 30<sup>(14)</sup>ซึ่งเกิดจากโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้มีหญิงตั้งครรภ์ ความเสี่ยงสูงจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความจำเป็นที่ต้องคลอดก่อนกำหนด โดยการผ่าตัดคลอดแตกต่างจากโรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 10.4 และโรงพยาบาลราชวิถีร้อยละ 13.7<sup>(15, 16)</sup>อาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียวในจังหวัด ในขณะที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหลายแห่งในบริเวณใกล้เคียง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงอัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 1, 2 และ 5 คิดเป็น ร้อยละ 67.3มีค่าใกล้เคียงเกณฑ์ที่เหมาะสม (โดยทั่วไปประมาณ

ร้อยละ 66 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด) โรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 61.7<sup>(15)</sup> โดยอัตราการผ่าตัดคลอด (CS rate) ในผู้คลอดกลุ่มที่ 5 ร้อยละ 31.5 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมดสูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (ประมาณร้อยละ 28.9)<sup>(14)</sup>

เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มตามปีพ.ศ. กลุ่มผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งครรภ์เดี่ยวส่วนนำเป็นศีรษะและอายุครรภ์ครบกำหนด (R5) มีสัดส่วนสูงที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็วที่สุด ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากผู้คลอดตั้งครรภ์เดี่ยว ส่วนนำเป็นศีรษะ อายุครรภ์ครบกำหนด และได้รับผ่าตัดคลอดโดยที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์ (R2b, R4b) ซึ่งมีสัดส่วนสูงเป็นอันดับรองลงมา แม้ว่าแนวโน้มการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นไม่ชัดเจน แต่สัดส่วนโดยรวมทั้ง 2 กลุ่มสูงกว่าร้อยละ 10 ตลอด 8 ปี จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเพิ่มขึ้นของผู้คลอดกลุ่ม R5 และอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวม

### สรุป

ประเภทของประชากร กลุ่มอายุครรภ์ครบกำหนดในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง ได้รับการชักนำการเจ็บครรภ์ (Induction) หรือผ่าตัดคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ในครรภ์แรกสูงกว่า

ครรภ์หลัง แต่มีแนวโน้มที่ผู้คลอดครรภ์แรกจะลดลง อาจทำนายได้ว่าประชากรมีแนวโน้มจะเป็นครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรกในอนาคตนอกจากนี้ พบครรภ์ก่อนกำหนด ทำหัตถ์ค่อนข้างสูง มีแนวโน้มของอัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ บ่งบอกถึงโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่กำลังขยายขนาด และมีศักยภาพสูงขึ้นในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

อัตราการผ่าตัดคลอดรวมเท่ากับ ร้อยละ 49.5 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง ตาม WHO statement 2015 ที่แนะนำค่าเหมาะสมคือ ร้อยละ 10-15 เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า ปัญหาส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการชักนำการคลอดที่ไม่เหมาะสมนัก และสัดส่วนการคลอดของประชากรกลุ่มผ่าตัดคลอดโดยไม่เจ็บครรภ์ (R2b, R4b) ที่สูงกว่าปกติ ควรต้องนำมาวิเคราะห์ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดพิจารณาในรายละเอียดเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป สัดส่วนประชากรในกลุ่มคลอดที่เคยผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง (R5) ที่สูงนั้นจะลดลงโดยอัตโนมัติ หากมีการแก้ปัญหาตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะมีผลทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวมลดลงและเหมาะสมในเวลาต่อมา

### เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Bloom SL, Spong CY, Hoffman BL. Williams Obstetrics: McGraw Hill Professional; 2018.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PloS one. 2016;11(2):e0148343.

3. Senanayake H, Piccoli M, Valente EP, Businelli C, Mohamed R, Fernando R, et al. Implementation of the WHO manual for Robson classification: an example from Sri Lanka using a local database for developing quality improvement recommendations. *BMJ open*. 2019;9(2):bmjopen-2018-027317.
4. Maneein M. Comparative Study of Postpartum Quality of Life between Patients Having Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Journal of Health Science*. 2017;24(4):648-58.
5. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(1):36. e1-. e5.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Bmj*. 2007;335(7628):1025.
7. Linder N, Linder I, Fridman E, Kouadio F, Lubin D, Merlob P, et al. Birth trauma–risk factors and short-term neonatal outcome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013;26(15):1491-5.
8. Moczygamba CK, Paramsothy P, Meikle S, Kourtis AP, Barfield WD, Kuklina E, et al. Route of delivery and neonatal birth trauma. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(4):361. e1-. e6.
9. Padawer JA, Fagan C, Janoff-Bulman R, Strickland BR, Chorowski M. Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology of Women Quarterly*. 1988;12(1):25-34.
10. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Social Science & Medicine*. 1993;37(10):1271-81.
11. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2:436-7.
12. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J-J, Gülmezoglu A, Section WWGoC, Aleem H, et al. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(5):667-70.

13. WHO. Robson classification: Implementation manual. 2017.
14. Souza J, Betran A, Dumont A, De Mucio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(3):427-36.
15. Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, Borriboonhiransan D. Cesarean section rate in Siriraj hospital according to the Robson classification. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020:6-15.
16. Khornwong S, Kovavisarach E. Cesarean section rate based on the Robson 10-group classification at Rajavithi hospital from 2015-2018. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021.
17. Okonkwo NS, Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Adedokun BO. Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *International journal of women's health*. 2012;4:141.

## การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ลมัย แสงเพ็ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** จากการศึกษาวิจัยผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในปี 2561 พบมีเพียงร้อยละ 73.33 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** ดำเนินการศึกษา 4 ระยะ 1) วิเคราะห์ค้นหาปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ทดลองใช้รูปแบบ 4) ประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 4 คน และเวชระเบียนของมารดามีบุตรสุขภาพดีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2562 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2563 จำนวน 450 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครื่องมือประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นผลการประยุกต์ใช้รูปแบบในงานประจำ สำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล และแบบเก็บข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการศึกษา:** รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกอบด้วย ความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงาน การพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากร การมอบหมายงาน เครื่องมือการปฏิบัติงาน และแนวทางการจัดบริการในคลินิก ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบพบว่า ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบในงานประจำของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50 – 4.70 และ 4.50-4.75 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง .483 - .527 และ .500 – .577 ตามลำดับ และผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.6

**สรุป:** รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีประสิทธิผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.6 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



## Development and Evaluation of Surveillance and Promote Breastfeeding.

Lamai Saengpheng Senior Professional Nurse

Obstetrics and Gynecology Nursing Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

### Abstract

**Background:** Refer to the research about the result of the exclusive breastfeeding before discharging from hospital conducted in postpartum ward at Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital in 2018, the success rate was 73.33 percent which was lower than the standard criteria which should not be less than 80 percent.

**Objective:** To develop and evaluate the surveillance and breastfeeding promoting Model

**Materials and methods:** Divided into 4 phases 1) Analyze problems and situations 2) Develop a model 3) Trial the model 4) Evaluate results The sample group including 10 registered nurses, 4 nursing assistants, and 450 Medical records of mothers with healthy infants who were admitted to postpartum ward between December 16, 2019 to March 31, 2020. The research tools were models of surveillance and promoting breastfeeding. The model evaluation tools were questionnaires for registered nurses and nursing assistants' opinions on the possibility of using the model in routine work and to collect data form for breastfeeding of mothers after birth. The data were analyzed by using frequency, mean, percentage and standard deviation.

**Results:** The surveillance and breastfeeding promoting model consisted of specific knowledge and skill in breastfeeding for the organization, personal competency development, assignment, operational tools and service clinic guidelines. Results of using the format found that registered nurses and nursing assistants' opinions on the possibility of using the model in routine work, the mean score was between 4.50 - 4.70 and 4.50-4.75 respectively, the standard deviation was between .483 - .527 and .500 - .577 respectively. The success rate of breastfeeding before discharge found that the exclusive breastfeeding before discharge was 88.6 percent

**Conclusion:** The surveillance and Breastfeeding Promoting Model was effective for promoting breastfeeding in mothers who were admitted in the postpartum ward. Through the standard criteria has been set to not less than 80 percent

**Keywords:** development model, breastfeeding promotion

### บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นับเป็นการวางรากฐานที่ดีทางสุขภาพแก่เด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน (Exclusive breastfeeding) หลังจากนั้น ให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่า<sup>(1)</sup> และให้แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้แก่บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายและรณรงค์ให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน กำหนดเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติในปี 2559 พบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน ร้อยละ 23.1 สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือนในกลุ่มมารดาที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหลังคลอดในปี 2559-2561 พบร้อยละ 28 ถึงร้อยละ 33 ซึ่งอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ หนึ่งความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว<sup>(2)</sup> หอผู้ป่วยหลังคลอดมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้แม่มีความรู้ ทักษะเพียงพอในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทารกทุกคนได้รับนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมารดาและครอบครัวตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง ซึ่งจาก

การศึกษาของลัมัยและยวดี ในปี 2561 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ของหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชพบร้อยละ 73.33<sup>(3)</sup> ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการจัดรูปแบบบริการ เพื่อเพิ่มผลการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า รูปแบบที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่บุคลากร สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติของบุคลากร และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย<sup>(4)</sup> การดูแลช่วยเหลือรายบุคคลโดยผู้ที่มีความชำนาญ ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>(5,6)</sup> การให้ดูดนมแม่ตามต้องการมีร้อยละ 52.2 มารดามีความมั่นใจว่าน้ำนมมีเพียงพอร้อยละ 63.5<sup>(7)</sup> และปัจจัยที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากบุคลากรขาดความเข้าใจในความต้องการของแม่ ไม่ได้เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งขาดความรู้ที่ทันสมัย ขาดทักษะในการดูแล ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำปรึกษาแก่มารดาได้ถูกต้อง<sup>(8,9)</sup>

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด
2. เพื่อประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - 2.1 ความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการปฏิบัติงานประจำ

2.2 ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

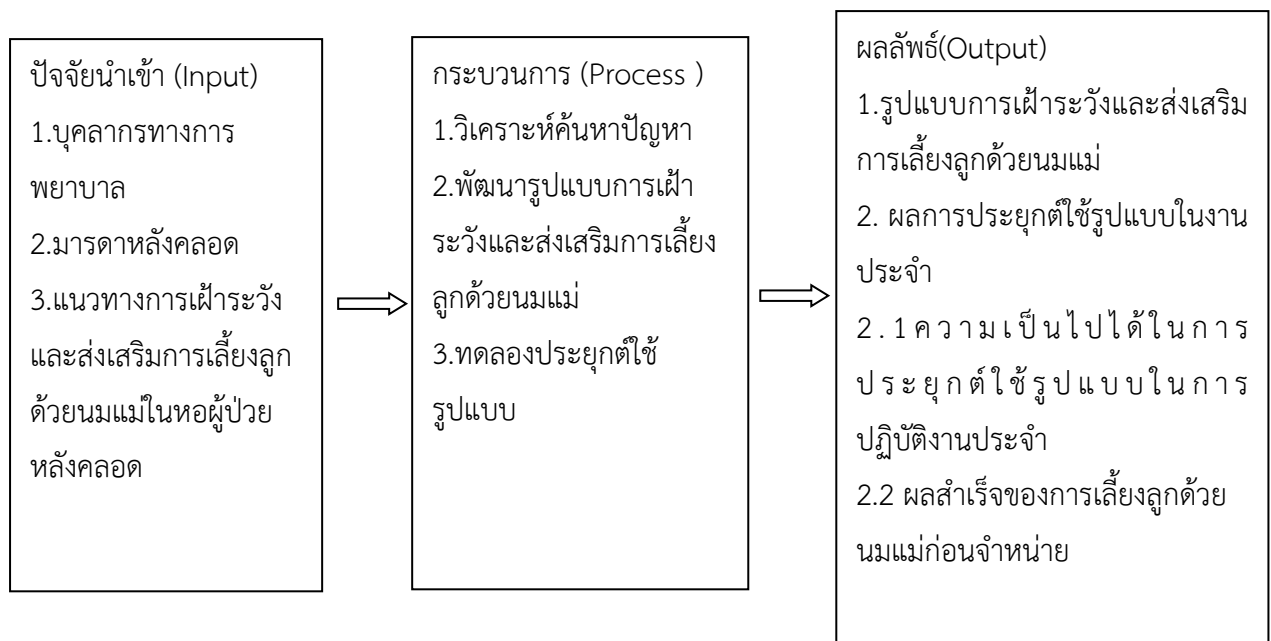
**วัสดุและวิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research ) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาล

มหาราชนครศรีธรรมราช ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2562 ถึง เดือน กรกฎาคม 2563

**กรอบแนวคิดทฤษฎี**

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ ร่วมกับ 3C-PDSA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2018<sup>(10)</sup> โดยมีกรอบแนวคิดดังแสดงในแผนภูมิ



**แผนภูมิที่1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่  
1.บุคลากรทางการพยาบาล ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 4 คน

2.เวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป บุตรสุขภาพแข็งแรง อยู่กับมารดาตั้งแต่หลังคลอดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไม่มีข้อห้ามในการให้ดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2563 จำนวน 450 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดประกอบด้วยชุดเครื่องมือปฏิบัติงาน ได้แก่ สื่อการสอนและการให้ข้อมูล เป็นชุดภาพพลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ปี 2562 จากกรมอนามัย ชุดการให้ข้อมูลการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อและการดูนมเร็วซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย และเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ “SPEC. N Breastfeeding Assessment” สร้างโดยผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า Index of congruence : IOC = .95 และผ่านการทดสอบค่าความเป็นปรนัย ค่าความไว และ ค่าความจำเพาะเจาะจง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย คำนวณตามเกณฑ์สัดส่วนของข้อคำถาม:กลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 1: 10<sup>(12)</sup>ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 4 ข้อได้ค่าความเป็นปรนัย(objectivity) ร้อยละ 95 ค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 90.91 และค่าความจำเพาะเจาะจง(specificity) ร้อยละ 92.31

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบในการปฏิบัติงาน

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็น ความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในงานประจำสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางพยาบาล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานทำงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด และประสบการณ์

การอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรอบ3 ปี ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบในงานประจำ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบประเมินตรวจสอบรูปแบบของสุวิมล ว่องวานิช<sup>13</sup>จำนวน 5 ข้อ ให้คะแนนแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 คะแนน เรียงลำดับจาก เห็นด้วยน้อยที่สุดค่าคะแนนเท่ากับ1 ถึงเห็นด้วยมากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ5

2.2 แบบเก็บข้อมูลผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอดประกอบด้วย อายุมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต วิธีการคลอด

ส่วนที่2 แบบเก็บข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 24 ชั่วโมง อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 8 ชั่วโมง และอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผสม

เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

## วัสดุและวิธีการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) วิธีการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะคือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ทดลองประยุกต์ใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2562 ถึงเดือน กรกฎาคม 2563 ตามขอบเขตดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ผู้วิจัยได้นำทีมร่วมวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ดังนี้

1.1 วิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรฐานโดยทบทวนตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัยและนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบสาระสำคัญการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล มี 3 ด้าน ดังนี้

ด้านนโยบายการดำเนินงาน ได้แก่ การดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป้าหมายสำคัญของหอผู้ป่วยหลังคลอด คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ก่อนจำหน่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ด้านสมรรถนะของบุคลากร ได้แก่ บุคลากรผ่านการอบรมอย่างน้อย 20 ชั่วโมง และฝึกทักษะอย่างน้อย 5 ชั่วโมง และมีสมรรถนะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การส่งเสริมสนับสนุนให้ทารกดูดนมแม่ การเข้าเต้า การบีบนม การแก้ปัญหาการให้ลูกดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ น้ำมน้อย เต้านมคัด ทารกได้นมแม่ไม่เพียงพอ

ด้านแนวทางการบริการทางคลินิก ได้แก่ หน่วยงานต้องมีกิจกรรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ตามบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1.2 วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานปีพ.ศ. 2559-2561 จากบันทึกการนิเทศทางการพยาบาล การตามรอย การจัดการความรู้ และตัวชี้วัดผลดำเนินงานพบสถานการณ์ ดังนี้

ด้านนโยบาย ผู้รับบริการของหอผู้ป่วยหลังคลอดเป็นมารดาหลังคลอดทุกประเภทและทารกสุขภาพดีน้ำหนักตั้งแต่ 2000 กรัมขึ้นไป ผลการดำเนินงานปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 75-78 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยงานมีระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดและการวิเคราะห์พัฒนาต่อเนื่อง และมารดาที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ สาเหตุมาจากน้ำนมไม่พอ

ด้านสมรรถนะบุคลากร หน่วยงานมีบุคลากรที่ปฏิบัติการพยาบาล 2 ระดับได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ได้รับการสนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรมทั้งภายนอกและจัดอบรมในหน่วยงาน มีผู้เชี่ยวชาญเป็นวิทยากรระดับประเทศ มีการจัดการความรู้ มีงานวิจัยและนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่การขาดการบริหารจัดการนำความรู้สู่การปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพของหน่วยงานส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญต่อบทบาทการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้การเรียนรู้จากประสบการณ์ไม่สอดคล้องกับอายุประสบการณ์ปฏิบัติงาน สำหรับผู้ช่วยพยาบาลส่วนใหญ่ประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-3 ปี สามารถทำได้เพียงทักษะพื้นฐาน

ด้านแนวทางการบริการทางคลินิกพบว่า เป็นแนวทางแบบกว้างไม่กำหนดรายละเอียดที่ชัดเจน ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีความแตกต่างหลากหลาย ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ปฏิบัติตามความรู้

ประสบการณ์ตนเอง สำหรับการดูแลช่วยเหลือมารดา ผู้ให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่คือญาติซึ่งมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายคือ การเข้าเต้าได้ดี ทารกดูดนมแม่ดี และได้รับน้ำนมแม่เพียงพอและมารดาไม่คัดติงเต้านม หรือเจ็บหัวนมจากการให้นมบุตร นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการใช้ The LATCH Scoring ประเมินค้นหาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือ ไม่มีแนวทางการให้การคำแนะนำดูแลช่วยเหลือตามประเด็นปัญหาทำให้เกิดความแตกต่างในการดูแลช่วยเหลือและเป็นอุปสรรคของผู้ที่ขาดความชำนาญ เกณฑ์การให้คะแนนไม่ชัดเจนทำให้ขาดความเที่ยงในการประเมิน ไม่มีประเด็นการประเมินการได้รับน้ำนมเพียงพอของทารกโดยตรง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นปัจจัยสำคัญที่มารดาและครอบครัวตัดสินใจให้นมผสม รวมทั้งใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 10-15 นาทีต่อรายจึงทำให้มีข้อจำกัดด้านภาระงาน

2. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการระดมสมอง (Brainstorming) โดยวิเคราะห์หาความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานตามมาตรฐานกับสถานการณ์พบประเด็นการพัฒนาได้แก่ ความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงานการพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากรการมอบหมายงาน เครื่องมือการปฏิบัติงาน และ แนวทางการจัดบริการทางคลินิกจากนั้นผู้วิจัย ได้จัดเตรียมเครื่องมือและร่วมทบทวนทำความเข้าใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตลอดจนขั้นตอนวิธีการการนำสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน โดยการประชุมชี้แจงแนะนำ สอน สาธิต อภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์จนผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ

3. การทดลองประยุกต์ใช้รูปแบบในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจง ประกาศใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงาน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ในหน่วยงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563

4. ประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังนี้

4.1 ประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในงานประจำ โดยให้บุคลากรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในงานประจำ หลังการทดลองใช้รูปแบบครบ 3 เดือนในวันที่ 31 มีนาคม 2563

4.2 ประเมินผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาที่มีบุตรสุขภาพดีที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 -31 มีนาคม 2563

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช รหัสโครงการที่11/2563 เอกสารรับรองที่ 9/2563 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2562 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยได้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์งานวิจัย การเข้าร่วมโครงการรวมทั้ง

สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และมีเอกสารขอคำยินยอม โดยให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยสมัครใจ

**ผลการศึกษา**

1.รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย ความรู้ทักษะ

สำคัญจำเป็นของหน่วยงาน การพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากร การมอบหมายงาน เครื่องมือการปฏิบัติงาน และแนวทางการจัดบริการในคลินิก ทั้งนี้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม ดังตารางที่1

**ตารางที่1** เปรียบเทียบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นใหม่ กับ รูปแบบเดิม

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงาน	ไม่มีการกำหนด	มีการกำหนดความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงานได้แก่ 1.นโยบายและเป้าหมายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2. การEarly bonding และ Early suckling 3. การประเมิน และช่วยเหลือ การจัดทำแผน การติดตาม การได้รับนมแม่เพียงพอของทารก ปัญหาเจ็บหัวนม เต้านมคัด 4. การสอน สานิต การบีบเก็บนมแม่ 5. การให้สุขศึกษา การปรึกษา รายบุคคล และรายกลุ่ม
2. การพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากร	การอบรมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาเป็นภาพรวมของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.ใช้กระบวนการเรียนรู้จากการทำงาน มีการสอน สานิต อภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ความรู้และทักษะที่สำคัญจำเป็นของหน่วยงาน จนผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ 2.มีชุดความรู้ เพื่อนำความรู้สู่การปฏิบัติ
3.การมอบหมายงาน	1.ไม่มีการมอบหมายงานที่เป็นข้อตกลงชัดเจน หรือเป็นลายลักษณ์อักษร 2.ไม่กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล	1.มีมอบหมายงานและบันทึกข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษร 2.กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
4. เครื่องมือการปฏิบัติงาน	หน่วยงานไม่มีการกำหนดเครื่องมือการปฏิบัติงานเพื่อ กำกับมาตรฐานการบริการของหน่วยงาน 1.การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความชัดเจน 2.ไม่มีสื่อหรือกำหนดสื่อ การให้ข้อมูล การให้สุศึกษา รายบุคคล และรายกลุ่ม 3.ไม่มีแบบบันทึกกิจกรรมบริการสำคัญ	1.ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้การช่วยเหลือตามผลการประเมิน วันละ 2 ครั้ง โดยใช้ SPEC.N Breastfeeding Assessment 2. มีสื่อEarly bonding และearly sucking ให้ข้อมูลรายบุคคล 3.ใช้ชุดภาพพลิกของกรมอนามัย ในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 4.มีแบบฟอร์มการบันทึกการEarly bonding และearly sucking การให้นมเสริม ผลการประเมิน
5. แนวทางการจัดบริการในคลินิกและการบันทึกกิจกรรมการบริการ	ไม่มีกำหนดขั้นตอนวิธีการ การจัดกิจกรรมบริการ ไม่มีการบันทึกกิจกรรม	มีกำหนดการจัดกิจกรรมบริการเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสื่อสารในทีมผู้ปฏิบัติ ระบุช่วงเวลาการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ เครื่องมือการปฏิบัติ ดังนี้ 1.การEarly bonding และearly sucking ของมารดา ผ่าตัดคลอด <b>บันทึกกิจกรรม</b> มีตราปั๊มในบันทึกทางการแพทย์ มารดา ให้บันทึก ช่วงเวลาที่ได้ Early bonding และearly sucking และลักษณะการไหลของน้ำนม 2. .การประเมิน และประเมินซ้ำ วันละ 2 ครั้ง โดยใช้ SPEC.N Breastfeeding Assessment <b>บันทึกกิจกรรม</b> บันทึกผลการประเมินในรูปแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลประจำวันของทารก และแบบฟอร์มการให้นมเสริม พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลบ่งชี้ความเพียงพอของการได้รับนมในฟอร์มปรอททารก ได้แก่ จำนวนมือนม ระยะเวลาที่ทารกดูดนมต่อมือ จำนวนครั้งการถ่ายปัสสาวะ จำนวนครั้งการถ่ายอุจจาระ และ น้ำหนัก(ชั่งและบันทึกวันละ 1 ครั้ง) 3. มีแนวทางการให้นมเสริม <b>บันทึกกิจกรรม</b> มีแบบบันทึกรายชื่อทารกที่ได้รับนมเสริมประจำวัน และสาเหตุที่ต้องให้นมเสริม 4.มีการให้สุศึกษารายกลุ่ม โดยใช้ชุดภาพพลิกของกรมอนามัย <b>บันทึกกิจกรรม</b> มีแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม



## 2.ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ต่อความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในงานประจำ

2.1.1กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน นับถือศาสนาพุทธร้อยละ100 อายุเฉลี่ย 41.2 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 90 และปริญญาโทร้อยละ10 ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลเฉลี่ย18.4ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด2-3 ปี และร้อยละ 90 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน รอบ3ปีที่ผ่านมา ครบ 20 ชั่วโมงหรือมากกว่า มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการอบรมน้อยกว่า 20 ชั่วโมง

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 4 คนนับถือศาสนาพุทธร้อยละ75 ศาสนาอิสลามร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 27.50 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 25 และต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 75 ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลมากที่สุด 9 ปี น้อยที่สุด 1 ปี เฉลี่ย 5 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด 1-3 ปี และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรอบ3ปีที่ผ่านมา ครบ 20 ชั่วโมงร้อยละ 25 และร้อยละ 75 ได้รับการอบรม น้อยกว่า20 ชั่วโมง

2.1.3 ประเมินความคิดเห็น การประยุกต์ใช้รูปแบบในงานประจำ ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50 – 4.70 และ 4.50-4.75 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง .483 -.527 และ .500 – .577 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตามตารางที่1

**ตารางที่2** ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบในการปฏิบัติงานประจำ

รายการประเมินความคิดเห็น	$\bar{x}$	S.D.
<b>พยาบาลวิชาชีพ</b>		
1.ความง่าย และความสะดวกในการใช้	4.60	.516
2.เนื้อหาสาระข้อแนะนำครอบคลุมเข้าใจได้ง่าย	4.60	.516
3.ความเหมาะสมในการใช้ในหน่วยงาน	4.70	.483
4.ความเป็นไปได้ในการใช้ในหน่วยงาน	4.60	.516
5.ความพึงพอใจในการใช้	4.50	.527

รายการประเมินความคิดเห็น	$\bar{x}$	S.D.
<b>ผู้ช่วยพยาบาล</b>		
1.ความง่าย และความสะดวกในการใช้	4.50	.577
2.เนื้อหาสาระข้อแนะนำครอบคลุมเข้าใจได้ง่าย	4.75	.500
3.ความเหมาะสมในการใช้ในหน่วยงาน	4.50	.577
4.ความเป็นไปได้ในการใช้ในหน่วยงาน	4.50	.577
5.ความพึงพอใจในการใช้	4.75	.500

2.2 ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.1 ข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่มีบุตรสุขภาพดี และรับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2563 จำนวน 450 ราย พบว่าส่วนใหญ่มารดามีช่วงอายุระหว่าง 15 – 35 ปีร้อยละ 85.8 และช่วงอายุระหว่าง 36 – 50 ปีร้อยละ 14.2

วิธีการคลอด คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 65.1 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 34.9 เป็นบุตรคนแรกร้อยละ 29.1 คนที่ 2 ร้อยละ 24.9 และคนที่ 3 ขึ้นไปร้อยละ 46

2.2.2 ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.6 ดัง ตารางที่ 2

**ตารางที่ 3** ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบใฝ่ระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
1.เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 24 ชม.	399	88.6
2.เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 8 ชม.	446	99.1
3.เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับให้นมผสมถึงจำหน่าย	4	.9

### วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการใฝ่ระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มผลลัพธ์คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้ใช้กระบวนการวิเคราะห์และออกแบบให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมกับภาระงานของหน่วยงาน มีแนวทาง

การจัดบริการในคลินิกที่ครบถ้วนตามมาตรฐานบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งมีขั้นตอนวิธีการปฏิบัติ มีการมอบหมายงาน และมีเครื่องมือกำกับมาตรฐานการปฏิบัติ มี SPEC.N Breastfeeding Assessment ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีแนวทางการแนะนำช่วยเหลือ การประเมินโดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิด เกณฑ์ผ่าน

เป็นคำตอบที่ระบุเป็นตัวเลข จึงใช้ระยะเวลาสั้นๆ และมีความเที่ยงในการประเมินเหมาะสมกับภาระงาน รวมทั้งกำหนดกิจกรรม เป็นช่วงเดียวกับการวัดสัญญาณชีพทารกซึ่งเป็นงานประจำดั้งเดิม และบันทึกเป็นตัวเลข ในแบบฟอร์มสัญญาณชีพทารก จึงทำให้สามารถประเมินและลงบันทึกได้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ ทั้งยังส่งผลให้แบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพทารก มีข้อมูลข้อบ่งชี้ทารกได้รับน้ำนมพอครบถ้วน ในการสื่อสารกับทีมพยาบาล ทีมแพทย์ มารดาและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังได้กำหนดความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงาน มีการพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากรผ่านการปฏิบัติงานจนผู้ปฏิบัติ ปฏิบัติได้ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ สามารถบูรณาการความรู้ทักษะย่อยหลายๆอย่างรวมไว้ในแต่ละกิจกรรมแบบรูัจริง (Mastery) จึงนับเป็นการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติให้มีความชำนาญแบบก้าวกระโดด<sup>13</sup>ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพงานอย่างยั่งยืน

ผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1) ความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล อยู่ในระดับเห็นด้วยมากถึงมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50 – 4.70 และ 4.50-4.75 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง .483 - .527 และ .500 – .577 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบของรูปแบบ ได้มาจากการระดมสมอง (Brainstorming) ทำให้ได้รูปแบบที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับภาระงาน และยังสร้างความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งยัง

ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองทำให้บุคลากรมีความสุข และภาคภูมิใจ<sup>(14,15)</sup> นอกจากนี้การมีเครื่องมือการปฏิบัติงาน และการสอดแทรกกิจกรรมใหม่เป็นเนื้อเดียวในงานประจำ ทำให้ทำงานง่าย สะดวก ไม่รู้สึกเป็นภาระ รวมทั้งทีมได้เรียนรู้ที่ก้าวกระโดด โดยที่ไม่มีความยุ่งยากและไม่แปลกแยกจากความรู้เดิม<sup>(16)</sup> 2) ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย จากการศึกษาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.6 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น จากเดิมที่ ลมัยและยุวดี(2561) ได้ศึกษาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในหอผู้ป่วยหลังคลอด มีเพียงร้อยละ 73.33<sup>(3)</sup> และผ่านเกณฑ์มาตรฐานซึ่งกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดกิจกรรมการบริการในคลินิกสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานครอบคลุมขั้นตอน 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการกำหนดความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงานเป็นแนวทางในการประเมินพัฒนาสมรรถนะบุคลากรจนทำได้ถูกต้อง มีความมั่นใจ ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ทักษะเพียงพอต่อการเป็นแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสามารถให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษาแก่มารดาและครอบครัวนำสู่ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธะรักษา , นันทพร แสนศิริพันธ์ , ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒนเสรี(2557)<sup>(4)</sup> ที่พบว่ารูปแบบที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่บุคลากร สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติของบุคลากร และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย McFadden, A., et al.(2017)<sup>(5)</sup>

Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. (2017)<sup>(6)</sup> พบว่าการดูแลช่วยเหลือรายบุคคลโดยผู้ที่มีความชำนาญส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการศึกษาของ Dennis, C. (2002)<sup>(8)</sup> และ McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008)<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ความรู้ทักษะ ในการดูแลให้คำแนะนำและให้การปรึกษาของบุคลากรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการแม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ ผู้วิจัย จึง ได้สร้าง SPEC. N Breastfeeding Assessment เป็นเครื่องมือการติดตามช่วยเหลือ เพื่อขับเคลื่อนให้ผลดำเนินงานบรรลุเป้าหมายคือ มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ten Steps to Successful Breastfeeding (Revised 2018). Retrieved April, 30, 2018, from [www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/](http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/)
2. โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กัณธะรักษา, จันทรรัตน์ เจริญสันติ. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พยาบาลสาร ; 2556 : 40 : 3,1-10
3. ลมัย แสงเพ็ง, ยุวดี วิทยพันธ์. ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราชเวชสาร; 2561.2(1), 8-18.
4. กรรณิการ์ กัณธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์, ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาจารย์ : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2557.41: ฉบับพิเศษ : 158-168
5. McFadden, A., et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database SystRev. ;2017 Published online 2017. Feb 28.
6. Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database SystRev. Published online 2017 Feb 2017(2). PMC3966266

### สรุป

รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ทักษะสำคัญจำเป็นของหน่วยงาน การพัฒนาความรู้ทักษะบุคลากร การมอบหมายงาน เครื่องมือการปฏิบัติงาน และแนวทางการจัดบริการในคลินิก มีประสิทธิผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ทั้งนี้การใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ผลควรใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอด จึงควรศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แรกเกิด ถึง 6 เดือนในชุมชน เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

7. Boateng et al., Adaptation and psychometric evaluation of the breastfeeding self-efficacy scale to assess exclusive breastfeeding. Cochrane Database SystRev. Published online 2019 Feb 18. PMC6380059
8. Dennis, C. breastfeeding initiation and duration : A 1990-2000 literature review. Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing ;2002. 31,12-32
9. McInnes, R. J., & Chambers, J. A. Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. Journal of Advanced Nursing ;2008. 62(4), 407-427
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. นนทบุรี.บริษัทหนังสือดีวันจำกัด;2018.
11. สุวิมล ว่องวานิช. บทที่3 แบบตรวจสอยรายการประเมิน:วิธีวิทยาและเครื่องมือประเมิน.ใน สุวิมล ว่องวานิช.บรรณาธิการ,การประเมินอภิमान : วิธีวิทยาและประยุกต์ใช้.(หน้า 49-76).กรุงเทพฯ.โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2549
12. Burns, N., & Grove, S.K.The practice of nursing research : conduct, critique.& utilization (5 thed).St. Louis: Elsevier Saunders;2005.
13. วิจารณ์ พานิช. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร.กรุงเทพฯ. บริษัท เอส.อาร์.พรินต์ติ้ง แมสโปรดักส์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่2; 2557
14. ปรีดา เรืองวิชาธร. งานพลังกลุ่มและความสุข แนวทางการบริหารแบบพุทธ สำหรับองค์กรเปลี่ยนแปลงสังคม.กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา;2551
15. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. สรรสาระ องค์กรที่มีชีวิต(Living Organization).กรุงเทพฯ. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) ;2551
16. วิจารณ์ พานิช. KM วันละคำ “จากนักปฏิบัติ KM สู่นักปฏิบัติKM”.กรุงเทพฯ บริษัทตลาดาพับลิเคชั่น จำกัด ;2549
17. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ. บริษัท ดีไซร์ จำกัด; 2542
18. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ. บริษัท ดีไซร์ จำกัด; 2543

**ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพินเฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย**

สมพร อยู่ดี พย.ม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** นอร์อิพินเฟรินเป็นยาตีบหลอดเลือดที่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) และภาวะเนื้อตายจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) เนื่องจากเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มทำลายเนื้อเยื่อ ดังนั้นการป้องกันโดยใช้แนวปฏิบัติจึงมีความสำคัญ

**วัตถุประสงค์:** 1) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ Phlebitis/Extravasation ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ 2) ศึกษาความพึงพอใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯของพยาบาล

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพินเฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ณ.หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3 ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คนและใช้แนวปฏิบัติฯที่พัฒนาขึ้นจำนวน 25 คน ประเมินผลโดยเปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis/Extravasation ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ประเมินความพึงพอใจและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯจำนวน 34 คน

**ผลการศึกษา:** พบว่าอุบัติการณ์ Phlebitis/Extravasation ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯต่ำกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯในระดับมากทุกข้อได้แก่ มีความชัดเจน มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย และทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯที่พัฒนาขึ้นครบถ้วนทุกข้อ

**สรุป:** แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพินเฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พัฒนาขึ้นช่วยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ Phlebitis/Extravasation ได้จริง จึงควรนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพินเฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกรายต่อไป

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ยานอร์อิพินเฟริน หลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะเนื้อตายจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด

## Effect of Nursing Practice Guideline in Patients Who Received Norepinephrine at Peripheral Intravenous Injection

Somporn Yoodee, MS.N.

Surgical nursing department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

### Abstract

**Background:** Norepinephrine is a vasopressor drug, routinely used in septic shock. Phlebitis and Extravasation are common side effects as it is a vesicant drug. Therefore, prevention by using a guideline has to be practiced.

**Objectives:** 1) To compare the incidences of phlebitis and extravasation before and after using the guidelines. 2) To evaluate the satisfaction and compliance of the nursing practice guidelines.

**Materials and Methods:** The study was a quasi-experimental research done in 2 independent groups. Data were collected during July 2020-January 2021 from 25 patients before using the nursing practice guidelines and 25 patients after using the guidelines in surgical intensive care unit 3. Incidences of phlebitis and extravasation were compared. Evaluation of nursing practice guideline satisfaction and compliance with guidelines were collected from 34 registered nurses.

**Results:** It is found that the incidence rate of phlebitis/extravasation in the group using the guidelines was significantly lower than those before using guideline group ( $p < 0.05$ ). Most registered nurses were satisfied with the guidelines at a very high level in terms of clarity, appropriateness, convenience and simplicity of the guidelines.

**Conclusions:** The nursing practice guideline for patients receiving norepinephrine through peripheral intravenous are useful for prevention of phlebitis/extravasation. Therefore, they should be practiced for all patients receiving peripheral intravenous norepinephrine.

**Keywords:** nursing practice guidelines, norepinephrine, phlebitis, extravasation

### บทนำ

ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) หรือชื่อทางการค้าที่เป็นที่รู้จักคือลิโวเฟด (Levophed) จัดเป็นยาในกลุ่มเพิ่มความดันโลหิต (vasopressor) มีกลไกการออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นตัวรับ alpha-๑ ( $\alpha$ -๑ receptor) ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นตัวรับ beta-๑ ( $\beta$ -๑ receptor) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ที่หัวใจเป็นหลักทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัวเล็กน้อย ส่งผลให้มีเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น<sup>(1)</sup> นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) หลังจากที่ได้แก้ไขภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยแล้ว<sup>(2)</sup> เนื่องจากสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค

เนื่องจากยามีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว มีฤทธิ์เป็นกรด (pH 3-4.5) จัดอยู่ในกลุ่มทำลายเนื้อเยื่อ (vesicant) จึงเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) และเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด (extravasation) จากการศึกษาที่มีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดดำหดตัวเมื่อบริหารยาจะเกิดแรงต้านในการให้ยา ขณะเดียวกันเป็นยาที่ต้องบริหารยาโดยใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Infusion pump) ทำให้ยามีโอกาสรั่วออกนอกหลอดเลือดได้ ทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณเนื้อเยื่อ ตามมาด้วยอาการปวดและการอักเสบบริเวณที่เกิด มีอาการแสดง เช่น บวมแดง ร้อน ภาวะเลือดคั่ง บวมตึงหรือบางครั้งอาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าว การบริหารยาที่

เหมาะสมควรให้ผ่านทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ตรง antecubital vein ที่ข้อศอกด้านในหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำ femoral ที่หน้าขา ไม่ควรให้ยาโดยวิธีพ่วง (catheter tie-in) เพราะจะทำให้เกิดยาค้างเฉพาะที่ และหากต้องใช้เป็นเวลานานควรเปลี่ยนบริเวณที่แทงเข็มเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็ม หรือให้ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line)<sup>(3)</sup> ซึ่งในทางปฏิบัติการเปิดหลอดเลือดดำส่วนกลางบางครั้งเป็นไปได้เข้าชั้นอยู่กับแพทย์ผู้ป่วย และญาติ ทำให้ต้องบริหารยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลายก่อน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านอกจากปัจจัยที่เกี่ยวกับยา ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะ phlebitis และ extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น 1) อายุ พบว่าเด็กเล็กและผู้สูงอายุต่างมีความเสี่ยง เนื่องจากเด็กมีความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและหลอดเลือดน้อย ส่วนผู้สูงอายุมีความตึงตัวของผิวหนังและหลอดเลือดต่ำลดลงจากความเสื่อมตามวัย 2) ระดับความรู้สึกตัว ผู้ที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงทำให้ไม่สามารถบอกความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่ยารั่วได้ 3) ผู้ป่วยที่แทงเข็มในการเปิดหลอดเลือดยาก 4) การมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำให้ตัวยาสัมผัสหลอดเลือดนาน ส่วนปัจจัยด้านบุคลากร เช่น 1) ความรู้เรื่องยา ว่ายาตัวใดเป็นกลุ่ม vesicant รวมถึงการมีความรู้เรื่องการบริหารยา 2) ทักษะในการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม<sup>(4)</sup> และจากการศึกษาของฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์<sup>(5)</sup> ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ



extravasation ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการ พยาบาลตามแนวปฏิบัติที่มีอุบัติการณ์การเกิด ภาวะ extravasation และระดับความรุนแรงของ การเกิด extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ส่วนปัจจัย คัดดี วาสีสกุล และอุณหภูมิ ศิริวงศ์พรหม<sup>(6)</sup> ศึกษาผลของ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำ อักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนพริน ในหอ ผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าอุบัติการณ์ phlebitis เกิดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.25 เท่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

ในบริบทของโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ยา norepinephrine จัดเป็นยา ที่มีปริมาณการใช้สูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤต รายงาน อัตราอุบัติการณ์ phlebitis และ extravasation ในปี 2560-2562 เท่ากับ 0.22, 0.46 และ 0.28 ตามลำดับและสำหรับหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม 3 (SICU3) เท่ากับ 0.47, 0.91 และ 0.83 ครั้งต่อ 1000 วันให้สารน้ำ<sup>(7)</sup> ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานของสำนักการพยาบาลคือเท่ากับศูนย์ และเมื่อนำข้อมูลที่ได้รับรายงานจากคณะ กรรมการบริหารความเสี่ยงมาวิเคราะห์ พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ใน การนี้ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2561 จึงได้มีการปรับ แนวทางการบริหารยา norepinephrine กำหนดให้เจือจางยา 4 มิลลิกรัมในสารละลาย 5% Dextrose in water 250 มิลลิลิตร แล้วหยดเข้า หลอดเลือดดำส่วนปลาย แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ phlebitis และ extravasation ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

ความเจ็บปวด เกิดบาดแผล บางรายรุนแรงทำให้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและ มีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ใช่ เรื่องของความเข้มข้นของยาเพียงอย่างเดียวที่ ก่อให้เกิดอุบัติการณ์

ดังนั้นการบริหารยา norepinephrine จึง ต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ซึ่งที่ ผ่านมาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมี เพียงแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย และแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (Risk owner) phlebitis และ extravasation จึงมีความสนใจในการ แก้ปัญหาเรื่องนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม ค้นหา หลักฐานเชิงประจักษ์ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทาง หลอดเลือดดำส่วนปลาย นำลงสู่การปฏิบัติและ ศี ก ษา เปร ยี ย บ เ ที ย บ อั ต ร า ก า ร ก ่ อ น และหลังการใช้ phlebitis/extravasation ก่อนและหลังการใช้ แนวปฏิบัติฯที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายใน โรงพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิด phlebitis /extravasation ก่อนและหลังการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3. เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนพรีนทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3 ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คนและหลังใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจำนวน 25 คน ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์ phlebitis/extravasation ในผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05<sup>(8)</sup> ประเมินความพึงพอใจและการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พัฒนาขึ้นจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice:EBP) จากฐานข้อมูลการวิจัยทางการพยาบาล จากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Thaijo, Thailis, Pubmed และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อป้องกัน phlebitis/extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 7 เรื่อง การประเมินระดับของ EBP ใช้แนวทางของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>(9)</sup> โดยแบ่งเป็น Level A 1 เรื่อง Level B 2 เรื่อง Level

C 2 เรื่อง และ Level D 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์เรียบเรียงขึ้นใหม่ได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ประกอบด้วยกิจกรรมทางการพยาบาล 14 ข้อ<sup>(4,5,6,10,11,12,13)</sup> ดังนี้

- 1) ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล
- 2) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเปิดหลอดเลือดด้วยแอลกอฮอล์แผ่น โดยออกแรงขัดและถูผิวหนัง (scrub with fixation) ให้สะอาดจนครบโคลหมด มีความกว้างไม่น้อยกว่าแผ่นฟิล์มใสरोให้น้ำยาแห้ง ห้ามเป่า พัด โบกและสัมผัสบริเวณผิวหนังที่ทำความสะอาด
- 3) เลือกเข็มที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับขนาดหลอดเลือดดำ ต้องเปลี่ยนเข็มทุกครั้งที่แทง
- 4) เลือกตำแหน่ง antecubital ก่อนหลีกเลี่ยงการแทงเข็มบริเวณข้อพับ ขา ปุ่มกระดูกและนิ้วมือ กรณีแทงไม่ได้ห้ามควานหาหลอดเลือดและรายงานแพทย์เพื่อทำ central line
- 5) ปิดตำแหน่งที่แทงเข็มด้วยแผ่นฟิล์มใสปลอดเชื้อ
- 6) ยึดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แน่น ไม่ปิดพลาสติกหีบบริเวณที่แทงเข็ม
- 7) ความเข้มข้นของ norepinephrine ไม่เกิน 4 mg : 250 ml IV Infusion pump
- 8) ก่อนให้ยาตรวจสอบว่าเข็มอยู่ในหลอดเลือด โดยดูจากการย้อนกลับของเลือด
- 9) ไม่ปิดรัดเหนือตำแหน่งที่แทงเข็มขณะให้ยา IV Infusion pump
- 10) Rotate infusion sites ทุก 8 ชั่วโมง
- 11) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการเจ็บปวดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แจ้งทันที

12) ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของ phlebitis/extravasation ตำแหน่งที่แทงเข็มทุก 1 ชั่วโมง

13) เมื่อเกิด phlebitis/extravasation ยุติการให้สารน้ำทันที ดูดยาออกให้ได้มากที่สุด ถ้าเป็นระดับรุนแรงรายงานแพทย์เพื่อเฝ้าการรักษาและถอดเข็มเปลี่ยนหลอดเลือดใหม่ ห้ามออกแรงกดบริเวณตำแหน่งที่มีการรั่ว ประคบร้อน 20 นาที วันละ 3-4 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมงแรก ต่อไปประคบเย็น

14) บันทึกข้อมูลการเกิด phlebitis/extravasation

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 68 เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64

ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรค Hemorrhagic Stroke คิดเป็นร้อยละ 44 มีโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 44 GCS ≤8 คะแนน ร้อยละ 48 เฉลี่ย 6.04 คะแนน ตำแหน่งที่ให้ยาส่วนใหญ่คือขา ร้อยละ 52 ระยะเวลาที่ได้รับยา ≤ 72 ชั่วโมงร้อยละ 64 เฉลี่ย 74.72 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรค Hemorrhagic Stroke คิดเป็นร้อยละ 52 มีโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 48 GCS ≤8 คะแนน ร้อยละ 64 เฉลี่ย 6.52 คะแนน ตำแหน่งที่ให้ยาส่วนใหญ่คือแขน ร้อยละ 68 ระยะเวลาที่ได้รับยา ≤ 72 ชั่วโมงร้อยละ 76 เฉลี่ย 64.28 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ <sup>2</sup>	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	17	68	14	56	.34	.56
หญิง	8	32	11	44		
<b>อายุ</b>						
15-59	9	36	8	32	.00	1.0
>59	16	64	17	68		
$\bar{x}$ , S.D	66, 15.79		64, 20.14			
<b>การวินิจฉัยโรค</b>						
1. septic shock	8	32	7	28	.32	.85
2. H. stroke	11	44	13	52		
3. TBI	6	24	5	20		

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคร่วม						
1. ไม่มี	7	28	7	28	.12	.94
2. 1 โรค	11	44	12	48		
3. > 1 โรค	7	28	6	24		
GCS						
≤8	21	84	16	64	1.66	.19
>8	4	16	9	36		
$\bar{x}$ , S.D.	6.04, 2.55		6.52, 3.31			
ตำแหน่งที่ให้ยา						
แขน	12	48	17	68	1.34	.252
ขา	13	52	8	32		
ระยะเวลาที่ได้รับยา(hr.)						
≤72	16	64	19	76	.38	.53
>72	9	36	6	24		
$\bar{x}$ , S.D.	74.72, 46		64.28, 85			

## 2. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ phlebitis/extravasation

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะ phlebitis/extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $< .05$  ดังตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ phlebitis/extravasation

	จำนวน (ร้อยละ)	$\chi^2$	df	p-value
อุบัติการณ์		7.97	1	0.01
phlebitis/extravasation				
กลุ่มควบคุม (n=25)	7 (28)			
กลุ่มทดลอง (n=25)	0 (0)			

## 3. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3 มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในระดับมากทุกข้อ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (n=34)

หัวข้อ	ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติฯ (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. มีความชัดเจน	34 (100)	0 (0)	0
2. มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	32 (94)	2 (6)	0
3. มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	30 (88)	4 (12)	0
4. สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย	34 (100)	0 (0)	0
5. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ	32 (94)	2 (6)	0

4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ครบถ้วนทุกคน ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (n=34)

หัวข้อ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (ร้อยละ)		
	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ
1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล	100	0	0
2. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเปิดหลอดเลือดโดย ออกแรงขัดและถูผิวหนัง ให้สะอาดจนครบไคลหมด มีความ กว้างไม่น้อยกว่าแผ่นฟิล์มใส ด้วยด้วยแอลกอฮอล์แผ่น รอให้ น้ำยาแห้ง ห้ามเป่า พัด โบกและสัมผัสบริเวณผิวหนังที่ทำ ความสะอาด	100	0	0
3. เลือกเข็มที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับขนาดหลอดเลือดดำ ต้องเปลี่ยนเข็มทุกครั้งที่แทง	100	0	0
4. เลือกตำแหน่ง antecubital ก่อน หลีกเลี่ยงการแทงเข็ม บริเวณข้อพับ ขา ปุ่มกระดูกและนิ้วมือ กรณีแทงไม่ได้ห้าม ควานหาหลอดเลือด และรายงานแพทย์เพื่อทำ central line	100	0	0
5. ปิดตำแหน่งที่แทงเข็มด้วยแผ่นฟิล์มใสปลอดเชื้อ	100	0	0
6. ยึดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แน่น ไม่ปิดพลาสติกทับบริเวณ ที่แทงเข็ม	100	0	0

หัวข้อ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ (ร้อยละ)		
	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ไม่ปฏิบัติ
7. ความเข้มข้นของยา Norepinephrine ไม่เกิน 4mg : สารน้ำ 250cc IV Infusion pump	100	0	0
8. ก่อนให้ยาตรวจสอบว่าเข็มอยู่ในหลอดเลือดโดยดูจากการย้อนกลับของเลือด	100	0	0
9. ไม่บีบรัดเหนือตำแหน่งที่แทงเข็มขณะให้ยา IV Infusion pump	100	0	0
10. Rotate infusion sites ทุก 8 ชั่วโมง	100	0	0
11. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการเจ็บปวดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แจ้งทันที	100	0	0
12. ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของ phlebitis/Extravasation ตำแหน่งที่แทงเข็มทุก 1 ชั่วโมง	100	0	0
13. เมื่อเกิด phlebitis/extravasation ยุติการให้สารน้ำทันที ดูดยาออกให้ได้มากที่สุด ถ้าเป็นระดับรุนแรงรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา และถอดเข็มเปลี่ยนหลอดเลือดใหม่ ห้ามออกแรงกดบริเวณตำแหน่งที่มีการรั่ว ประคบร้อน 20 นาที วันละ 3-4 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมงแรก ต่อไปประคบเย็น	ไม่เกิด	0	0
14. บันทึกข้อมูลการเกิด phlebitis/extravasation	100	0	0

### วิจารณ์

จากการศึกษา ผลการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนพรีนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯที่พัฒนาขึ้น มีอุบัติการณ์ phlebitis/extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เช่นเดียวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ มีอุบัติการณ์การเกิด extravasation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(5)</sup> และการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับ ยานอร์อิพิเนพรีน พบอุบัติการณ์ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.25 เท่า<sup>(6)</sup> เนื่องจากแนวปฏิบัติมีการป้องกันและเฝ้าระวังปัจจัยที่ทำให้เกิด phlebitis/extravasation ในทุกด้านอันได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่นอายุ โรคประจำตัวที่มีผลต่อหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังและประเมินตำแหน่งที่ให้ยาอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง 2) ปัจจัยด้านยา เป็นยาออกฤทธิ์โดยการตีหลอดเลือดทำให้เกิดการตันการไหลของยาทำให้ยาที่ควบคุมการไหลด้วยเครื่องทำให้เกิดการรั่วออกนอกหลอดเลือดได้ และเป็นยาในกลุ่ม vesicant มีความเป็นกรดและความเข้มข้น

สูง แนวทางการป้องกันจึงเริ่มตั้งแต่กำหนดความเข้มข้นของยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วปลายต้องไม่เกิน 4 มิลลิกรัมต่อสารละลาย 250 มิลลิลิตร การเลือกหลอดเลือดดำแนะนำที่ข้อพับแขน หลีกเลียงข้อมือและขา สับเปลี่ยนตำแหน่งให้ยาทุก 8 ชั่วโมง ตรวจสอบก่อนให้ยาว่าเข็มอยู่ในหลอดเลือดหรือไม่โดยดูตุเล็ดกลับและฉีดสารน้ำเข้าได้ดี 3) ปัจจัยด้านเทคนิคและอุปกรณ์ แนวปฏิบัติเริ่มตั้งแต่การทำความสะอาดผิวหนัง การเลือกวัสดุ การเปิดหลอดเลือด การ Fix เข็ม การปิดแผ่นฟิล์มใสและพลาสติกให้มองเห็นหลอดเลือด เพื่อประเมินภาวะ phlebitis/extravasation ซึ่งทักษะการพยาบาลที่สำคัญที่จะป้องกันภาวะดังกล่าว ได้แก่ การประเมินหลอดเลือด การตระหนักและเข้าใจในแผนการรักษา การเลือกใช้เครื่องมืออย่างเหมาะสม เช่น เข็ม infusion pump การแทงหลอดเลือด การบริหารยา และการติดตามเฝ้าระวังขณะให้ยารวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดภาวะ extravasation<sup>(14)</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. Norepinephrin pharmacy.nkh.go.th. Available from:<https://www.kkh.go.th/wp-content/uploads/2019/05/KKH-HAD-2562-Handbook.pdf>.
2. Martin C, Vivian X, Leone M, et al: Effects of norepinephrine on the outcome of septic shock. Crit Care Med 2000; 28:2758-65.
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาโรงพยาบาลขอนแก่น. การปฏิบัติเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลขอนแก่น ฉบับปรับปรุง พฤษภาคม 2562. สืบค้นจาก 202.28.95.4 (21 พฤษภาคม 2563)
4. ฐิติพร ปฐมจรรย์วัฒน์. การป้องกันและจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;37(2):169-81.

จากการศึกษาความพึงพอใจและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ และปฏิบัติตามอย่างครบถ้วนได้ทุกข้อ เนื่องจากแนวปฏิบัติสามารถตอบสนองความต้องการลดอุบัติการณ์ phlebitis/extravasation ของหอผู้ป่วยได้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่ยากต่อการปฏิบัติ ซึ่งความพึงพอใจและการปฏิบัติตามจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้น<sup>(15)</sup>

### สรุป

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พัฒนาขึ้นช่วยป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ phlebitis/extravasation ได้จริง จึงควรนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟรินทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกรายต่อไป

5. ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31(2):81-95.
6. ปาจริย์ ศักดิ์วาทีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม. ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนพรีน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562;25(2):92-108.
7. งานควบคุมคุณภาพกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 2563.
8. Bartz, A. E. Basic statistical concepts. (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall;1999.
9. สมคิด สีหสิทธิ์. Evidence Base Practice. การประเมินระดับงานวิจัยเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 2557. สืบค้นจาก <https://www.tns.mahidol.ac.th>.
10. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พรี-วัน;2562.
11. อนัญญา ทาเสนาะ. แนวทางการจัดการ Extravasation โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1/2555). งานเภสัชสนเทศและพัฒนาระบบยากกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. สืบค้นจาก [www.srisangworn.go.th](http://www.srisangworn.go.th)>depart>pharmacy>คู่มือการใช้ยา (21 พฤษภาคม 2563).
12. Guideline for Non-Chemotherapeutic Agents: Prevention and Treatment of Chemical Phlebitis and Extravasation of Peripherally Administered Non-chemotherapeutic Agents – Adult/Pediatric – Inpatient Clinical Practice Guide line. Available from: [www.UWhealth.org](http://www.UWhealth.org)>cckm>cpq>medication> Extravasation.
13. Osama M. Loubani, Robert S. Green. A systematic review of extravasation and local tissue injury from administration of vasopressor through peripheral intravenous catheters and central venous catheter. Journal of Critical Care 2515;30:653.e9-17.
14. Workman B. Peripheral intravenous therapy management. Emergency Nurse 2000; 7(9):31-9.
15. อุทัย พรรณสุดใจ. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ 2545. สืบค้นจาก [sites.google.com](http://sites.google.com)>site>bth-thi-z-wrrnkrrm-thi-keiywkhxny>aua.



## ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

รัตนา พัฒนธรรมรัตน์ พย.ม.

งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุ จะเกิดสะโพกหัก และยังมีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ถึงร้อยละ 62.7 ซึ่งต้องการผู้ช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 71 จากสถิติแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช ปี 2560-2562 พบว่ามีผู้สูงอายุสะโพกหัก จำนวน 73, 98 และ 142 รายตามลำดับ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต่อความรู้ ทักษะของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช

**วัสดุและวิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ของบลูม (Bloom,1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 47 คน ได้รับการจัดเข้าผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

**ผลการศึกษา:** ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมากและปานกลางตามลำดับ มีทักษะการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ทั้ง 3 ระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม

**สรุป:** โปรแกรมการส่งเสริมฯ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศราช สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ ตลอดจนผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ความรู้และทักษะของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

---

The Effect of a Program to Encourage Caregivers to Participate in The Care of Elderly Patients with Hip Fractures That Replace Hip Implants in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Rattana Phatthanathammarat, MS.N.

Orthopedics nursing department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

---

Abstract

**Background:** Thailand has been already an aging society since 2005, and is predicted to become an aged society in 2025. One of the most common problems in the elderly is a hip fracture that usually happened after fall. According to a report, 62.7% of the elderly is bed-bound and unable to walk after their fall, and 71% of these patients need caregiver. The report from the orthopedic department in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital also shows that the total number of the patients with hip fracture in 2017, 2018, and 2019 are 73, 98, and 142 respectively.

**Objectives:** To study; The effect of a program to encourage caregivers to participate in the care of elderly patients with hip fractures that replace hip implants. The outcome consists of knowledge and skill in the care for elderly patients as a caregiver and the abilities to perform daily tasks as in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.

**Materials and methods:** This study used a quasi-experimental research model with one-group pretest-posttest design by applying the Bloom concept (Bloom, 1995). The sample population consisted of 47 primary caregivers, received the program to encourage caregivers to participate in the care of elderly patients with hip fractures that replace hip implants in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The data from both caregivers and patients are collected by using 5 parts of questionnaire consisted of Part 1: personal information of the patient, Part 2: personal information of the caregiver, Part 3: caregiver's knowledge assessment in patient care, Part 4: caregiver's skills assessment in patient care, and Part 5: the patient's ability assessment in performing daily tasks.

**Results:** The results show that the average score of the knowledge and skill of the caregiver and the ability to perform daily tasks of the patient increases from moderate level to high level after the end of the program. In each of all three aspects also improve statistically significant ( $p < 0.05$ ). In the aspect of ability to perform daily tasks, most patients who received the program perform better in daily living compared before the program.

**Conclusions:** The program to encourage caregivers to participate in the care for elderly patients with hip fracture that replace hip implants can increase the knowledge and skill of the caregivers in taking care of the patients, and it can also improve the ability to perform daily tasks of elderly patients.

**Keywords:** Encouraging caregivers to participate in the care for the patient, caregiver's knowledge, and skill, the ability to perform daily task

## บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2642 (2001-2100) เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจนเพิ่มมากขึ้น สำหรับในประเทศไทย จะก้าวสู่สังคมสูงวัย ตั้งแต่ปี 2548 (2005) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี ในช่วงปี 2567-2568 (2024-2025) และคาดการณ์ว่าผู้ป่วยสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้านคน ในปี 2025 และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคน ในปี 2050 ในจำนวนนี้เป็นชาวเอเชีย ถึงร้อยละ 50<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยสะโพกหัก มีอัตราตายสูงเป็น 10 เท่า ของผู้สูงอายุทั่วไป

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะและการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุป่วยง่าย มีโรคประจำตัว เช่น โรคกระดูกพรุน รวมทั้งปัญหาการทรงตัวของผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้สูงและเมื่อมีปัญหกระดูกสะโพกหัก ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับความทุกข์ ทรมานจากอาการปวด มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ ทำให้ต้องได้รับการรักษาหรือเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนาน พบว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก สูญเสียความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถในการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การลงจากเตียง การลุกนั่ง การเดิน ไม่สามารถดูแลตัวเองโดยสิ้นเชิง และร้อยละ 26 – 75 ผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอด ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตพึ่งพาตนเองได้ และพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุ

สะโพกหัก กลายเป็นบุคคลที่พึ่งพาผู้อื่น Merphy และ Lsaacs ในปี 1982 พบว่าหลังเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ จะเกิดความกลัว และเครียดเพิ่มขึ้นหากเคยมีประสบการณ์ หกล้มมาก่อน จะเกิดความกลัวเพิ่มขึ้น เมื่อร่างกายมีความเสื่อมตามวัย ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ที่ช่วยในการทรงตัว เสื่อมถอย เดินไม่มั่นคงเสียการ ทรงตัว หกล้มง่ายขึ้น และพบบ่อยขึ้น<sup>(2)</sup> ต้องการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะนานส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีภาวะพร่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับความมีคุณค่าของตัวเองลดลง เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด รู้สึกถูกคุกคาม เพราะสภาพสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ถูกพรากจากบุคคลที่รัก ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มั่นคง<sup>(3)</sup> ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ไม่กล้าเคลื่อนไหว เคลื่อนตัวจากเตียง ร้อยละ 30 – 73 หลังการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดิน<sup>(1)</sup> กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ต้องการการดูแลจากครอบครัวและญาติใกล้ชิด<sup>(4)</sup> ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยและแหล่งสนับสนุนสำคัญที่จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยในการปรับตัวส่งเสริมการมีคุณค่าเพื่อทำการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ช่วยให้การวางแผนหลังจำหน่ายผู้ป่วยของแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น จากสถิติ แผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชครีธรรมราช ปีพ.ศ.2560 - 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 73, 98 และ 142 รายตามลำดับ และผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทุกราย แต่ยังมีผู้สูงอายุสะโพกหักที่ผ่าตัดแล้วไม่สามารถเดินได้เมื่อกลับบ้านหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ถึงร้อยละ 62.7 ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 71 รวมถึงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอันสั้น ทำให้การจัดการตัวเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านน้อย ข้อจำกัด

การสอนผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดีในการฟื้นฟูร่างกาย อีกทั้งการสอนของบุคลากรทางสุขภาพ ยังขาดรูปแบบชัดเจน ในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการบุคคลในครอบครัว ขาดความมั่นใจ ไม่กล้ามีส่วนร่วม<sup>(1)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เหมือนกับว่ามีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาอยู่ใกล้ชิด เหมือนตอนที่รักษาตัวในโรงพยาบาล

สะโพกหัก และเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต่อความรู้ทักษะของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ของโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

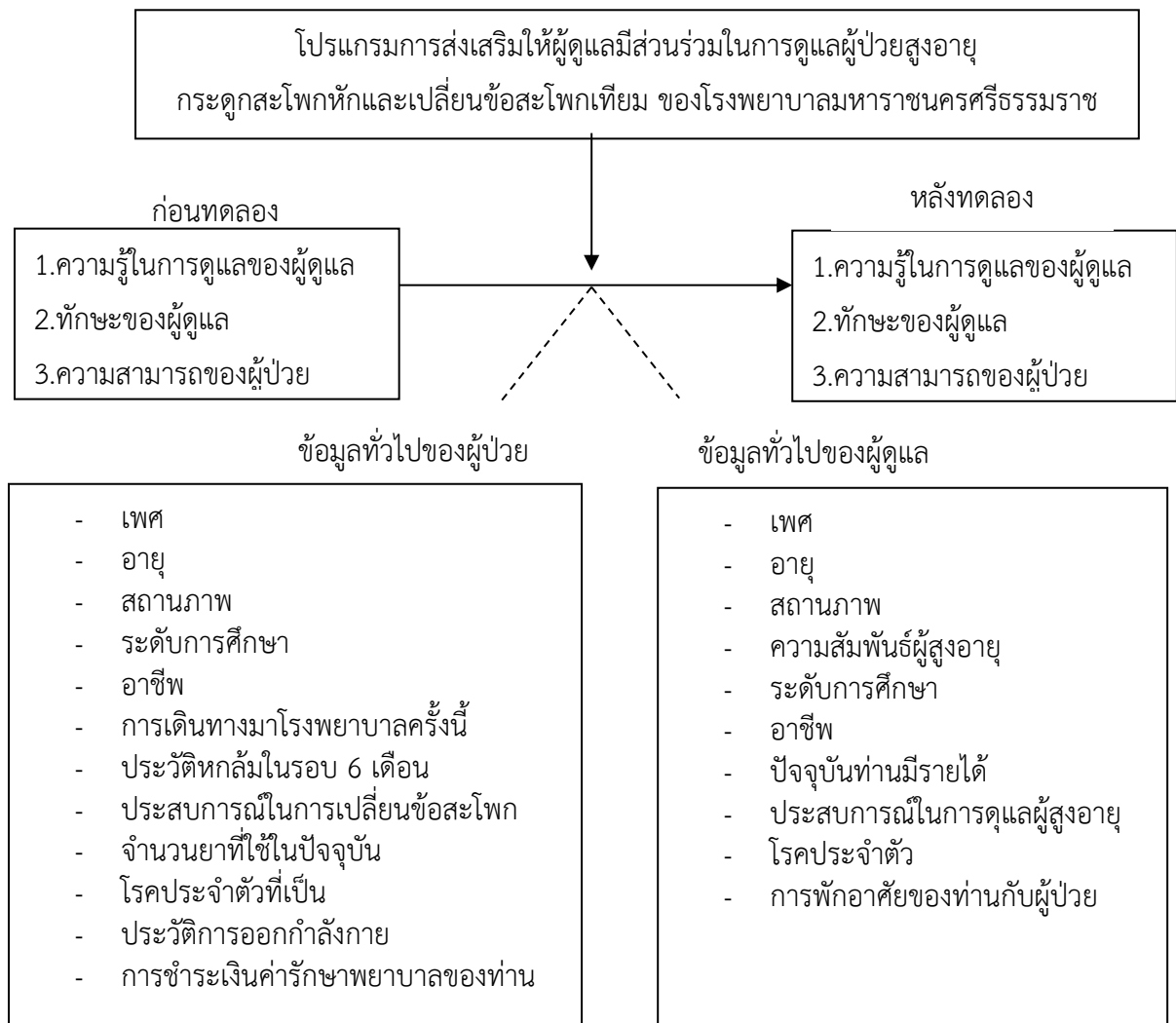
**สมมติฐานการวิจัย**

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และทักษะสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564

### กลุ่มตัวอย่าง

- 1.กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 47 คน
- 2.กลุ่มผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 47 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### คุณสมบัติของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ศึกษา

1. เป็นผู้ป่วยรับใหม่ทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
3. ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. กรณีมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคนั้นต้องไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้จัดทำขึ้น
5. สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (ผ่านการประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index)
6. ไม่มีการบกพร่องด้านการรับรู้
7. สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

8. มีญาติที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

#### คุณสมบัติของผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษา

1. เป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสิ้นเชิงมานานกว่า 1 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
3. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวตั้งแต่แรกรับ เกิน 72 ชั่วโมงและถึงแก่กรรมก่อนสิ้นสุดการศึกษา

#### คุณสมบัติของผู้ดูแลที่คัดเลือกไว้ศึกษา

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีความสัมพันธ์และใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ทราบสภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี
3. เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
4. มาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
5. สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้
6. เข้าใจภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### วิธีการศึกษาวิจัย

#### 1.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การเดินทางมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประสบการณ์ในการเปลี่ยนข้อสะโพก จำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการออกกำลังกาย การชำระค่ารักษาพยาบาล น้ำหนัก และส่วนสูง

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบันท่านมีรายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรคประจำตัว การพักอาศัยของท่านผู้ป่วย

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดัดแปลงจากงานวิจัย<sup>(4)</sup> ประกอบด้วย ด้านความรู้ 14 ข้อ ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน วิธีการจัดทำ และการจัดสภาพแวดล้อมภายใน แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ

ระดับ 1 หมายถึง ใช่ คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 1  
ระดับ 2 หมายถึง ไม่ใช่ คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 0  
ระดับ 3 หมายถึง ไม่ทราบ คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 0  
การแปลผล แบ่งเป็นการแปลผล ระดับมาก คะแนนอยู่ในช่วง 9-14 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน และระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดัดแปลงจากงานวิจัย<sup>(5)</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ คำถามในด้านโภชนาการ ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านสุขอนามัย ด้านการรับประทานยา แบบประเมินคำถามเป็นระดับคะแนน 5 ระดับ แปลผลคะแนนจากการเก็บแบบสอบถาม โดยให้คะแนน 0 – 110 ตามระดับคะแนนดังนี้

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ

5 หมายถึง มากที่สุด คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 89 - 110  
4 หมายถึง มาก คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 67 - 88  
3 หมายถึง ปานกลาง คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 45 - 66  
2 หมายถึง น้อย คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 23 - 44  
1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ คิดเป็นคะแนน เท่ากับ 0 - 22  
การแปลผล แบ่งการแปลผล

ระดับมาก คะแนนอยู่ในช่วง 67-110 คะแนน  
ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 45 - 66 คะแนน  
และระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 0-44 คะแนน

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดัดแปลงจากงานวิจัย<sup>(4,6)</sup> ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ในด้านการรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ เช็ดตัว การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ แบบวัดความสามารถเป็นประเภท การปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ แปลผลคะแนนจากการเก็บแบบประเมินคะแนนตั้งแต่ 0 , 2 , 4 ,6 คะแนน คิดเป็นคะแนน 0 – 58 ตามระดับคะแนน ดังนี้

ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79

ระดับน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59

การแปลผล แบ่งเป็นการแปลผล

ระดับมาก คะแนนอยู่ในช่วง 50-58 คะแนน  
ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 40-49 คะแนน  
และระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 0-39 คะแนน

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ คู่มือการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่สร้างขึ้นเป็นแนวทาง มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การผ่าตัด การดูแลก่อนการผ่าตัด

การดูแลหลังการผ่าตัด และการดูแลก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ภายใต้การประเมินความสามารถความร่วมมือ และข้อจำกัดของญาติ ผู้ทำวิจัยจะให้การชี้แนะ ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัยจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563 - กุมภาพันธ์ 2564

2. ส่งเอกสารเพื่อขอรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 41/2563 เอกสารรับรองเลขที่ 40/2563 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2563

3. เมื่อผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

4. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติพื้นฐานการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การเคารพในสิทธิ์ส่วนบุคคล หลักของผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

5. กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทำแบบสอบถามและกลุ่มตัวอย่างจะออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ หากไม่เข้าใจข้อความใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมของเนื้อหาวิชาการเท่านั้น

6. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด 5 ชุด โดยจัดเรียงลำดับการเก็บข้อมูลดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. แบบทดสอบความรู้และแบบวัดทักษะของผู้ดูแล โดยวัด 2 ครั้ง คือ ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด และก่อนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยพร้อมและแพทย์อนุญาต

3. แบบวัดความสามารถของกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยวัด 2 ครั้ง คือ ก่อนผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด และก่อนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยพร้อมและแพทย์อนุญาต

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เริ่มให้โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และการแสดงจำนวนร้อยละ

2. วิเคราะห์แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ T- Test (Paired samples dependent)

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของ

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจำนวน 47 ชุด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยละเอียดเป็นส่วนๆ ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การเดินทางมาโรงพยาบาล ประวัติหกล้มในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ประสบการณ์ในการเปลี่ยนข้อสะโพก จำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน โรคประจำตัวที่เป็น รวมจำนวนโรค ประวัติการออกกำลังกาย การชำระเงินค่ารักษาพยาบาล น้ำหนัก ส่วนสูง ผลการเก็บข้อมูลจำนวน 47 ชุด ผู้วิจัยได้แสดงผลเป็นค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลทั่วไป	N = 47	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	66.00
ชาย	16	34.00
อายุ		
60 - 70 ปี	14	29.79
70 - 80 ปี	11	23.40
80 - 90 ปี	18	38.30
90 - 100 ปี	4	8.51
$\bar{x}$ = 78 , Range = 1		
สถานภาพ		
โสด	4	8.51
สมรส	25	53.19
หม้าย/หย่าแยกกันอยู่	18	38.30



ข้อมูลทั่วไป	N = 47	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	10.94
ประถมศึกษา	34	72.34
มัธยมศึกษา	1	2.13
อนุปริญญา	5	10.64
ปริญญาตรี	2	4.25
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	6	12.77
เกษตรกร	14	29.79
ข้าราชการบำนาญ/วิสาหกิจ	3	6.38
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	11	23.40
อื่นๆ	13	27.66
การเดินทางมาโรงพยาบาลครั้งนี้		
มาเอง	3	6.38
ญาตินำส่ง	31	65.96
ใช้บริการ EMS	13	27.66
ประวัติหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	38	80.85
เคย	9	19.15
ประสบการณ์ในการเปลี่ยนข้อสะโพก		
ไม่เคย	43	91.49
เคย	4	8.51
จำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน		
0 - 2 ชนิด	25	53.19
3 - 5 ชนิด	18	38.30
6 - 10 ชนิด	4	8.51
โรคประจำตัวที่เป็น		
ไม่มีโรคประจำตัว	13	27.66
1โรค	12	25.53
2โรค	13	27.66
3โรค	9	19.15
ประวัติการออกกำลังกาย		
ไม่เคย	16	34.04
นานๆครั้ง	22	46.81
ประจำ	9	19.15
การชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของท่าน		
ชำระเงินเอง	1	2.13
บัตรประกันสุขภาพ	32	68.08
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	27.66
สิทธิประกันสังคม	1	2.13

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66 อายุระหว่าง 80-90 ปี ร้อยละ 38.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.19 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.34 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.79 เดินทางมาโรงพยาบาลโดยมีญาตินำส่ง ร้อยละ 65.96 ผู้ป่วยไม่เคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 80.85 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเปลี่ยนข้อสะโพก ร้อยละ 91.49 ไข้ยจำนวน 0-2 ชนิด ร้อยละ 53.19 ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 27.66 ประวัติการออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 46.81 และใช้บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 68.08 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบันผู้ดูแลมีรายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรคประจำตัว การพักอาศัยของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผลการเก็บข้อมูลจำนวน 47 ชุด ผู้วิจัยได้แสดงผลเป็นค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 47	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	37	78.72
ชาย	10	21.28
อายุ		
21-30 ปี	5	10.64
31-40 ปี	9	19.15
41-50 ปี	12	25.53
51-60 ปี	15	31.91
61-70 ปี	5	10.64
71-80 ปี	1	2.13
$\bar{x}$ = 47, Range = 14		
สถานภาพ		
โสด	6	12.77
สมรส	35	74.46
ความสัมพันธ์ผู้สูงอายุ		
สามี	2	4.26
บุตร	27	57.45
พี่น้อง	4	8.51
หลาน	5	10.64
อื่นๆ	9	19.15

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 47	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00
ประถมศึกษา	18	38.30
มัธยมศึกษา	14	29.79
อนุปริญญา	4	8.51
ปริญญาตรี	10	21.27
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.13
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	0	0
รับจ้างทั่วไป	12	25.53
เกษตรกร	15	31.91
ข้าราชการบ้านาญ/วิสาหกิจ	4	8.51
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4	8.51
อื่นๆ	12	25.53
ปัจจุบันท่านมีรายได้		
น้อยกว่า 10,000	32	68.08
ตั้งแต่ 10,000-20,000	5	10.64
มากกว่า 20,000	10	21.28
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม		
เคย	7	14.89
ไม่เคย	40	85.11
โรคประจำตัว		
มี	30	63.83
ไม่มี	17	36.17
การพักอาศัยของท่านกับผู้ป่วย		
อยู่บ้านเดียวกัน	23	48.94
อยู่คนละบ้าน	24	51.06

จากตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสะโพกหักและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.72 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 31.91 สถานภาพสมรส

ร้อยละ 74.46 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในสถานะบุตร ร้อยละ 57.45 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.30 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 31.91 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 68.08 มี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.83 และผู้ดูแลผู้ป่วย  
ที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ร้อยละ 14.89 ส่วนใหญ่ อยู่คนละบ้านกับผู้ป่วย ร้อยละ 51.06

### ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการประเมิน จำนวน 47 ชุด ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า T- Test (Paired samples dependent)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

หัวข้อ	น้อย	ปานกลาง	มาก	t	P-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)		
ก่อนการใช้โปรแกรม	1.62 (1.33)	6.10 (1.20)	11.13 (1.19)		
หลังการใช้โปรแกรม	0.0 (0.00)	6.50 (1.00)	11.86 (1.49)	-5.312	0.000***

\*\*\*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

### ส่วนที่ 4 การประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลของการประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำนวน 47 ชุด ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า T- Test (Paired samples dependent)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

หัวข้อ	น้อย	ปานกลาง	มาก	t	P-value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)		
ก่อนการใช้โปรแกรม	33.20 (7.28)	59.50 (6.01)	86.84 (10.03)		
หลังการใช้โปรแกรม	42.00 (0.00)	76.67 (2.08)	94.33 (7.53)	-5.205	0.000***

\*\*\*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีทักษะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ทั้ง 3 ระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**ส่วนที่ 5 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม**

ผลของการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำนวน 47 ชุด ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร				
0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	9	19.1	6	12.8
2 ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย	29	61.7	26	55.3
4 ตักอาหารได้เองและช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ	9	19.1	15	31.9
สุขวิทยาส่วนบุคคล (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ฯลฯ)				
0 ต้องการความช่วยเหลือ	22	46.8	8	17.0
2 ทำเองได้/ทำเองได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	25	53.2	39	83.0
การเคลื่อนย้าย				
0 ไม่สามารถนั่งเองได้	16	34.0	2	4.3
2 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	22	46.8	19	40.4
4 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	7	14.9	23	48.9
6 ทำได้เอง	2	4.3	3	6.4
การใช้ห้องสุขา				
0 ช่วยตนเองไม่ได้	23	48.9	9	19.1
2 ทำเองได้บ้าง	16	34.4	25	53.2
4 ช่วยตนเองได้ดี ขึ้นและลงจากโถส้วม/ถอดใส่กระโถน ทำความหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย	8	17.0	13	27.7

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน				
0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	21	44.7	7	14.9
2 ต้องใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเอง ให้เคลื่อนที่ โดยไม่ต้องมีคนเข็น	12	25.5	14	29.8
4 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	8	17.0	20	42.6
6 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	6	12.8	6	12.8
การสวมใส่เสื้อผ้า				
0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเอง แทบไม่ได้หรือน้อย	19	40.4	11	23.4
2 ช่วยตนเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย บางขั้นตอนเช่น รูดซิป ติดกระดุม	18	38.3	28	59.6
4 ช่วยตัวเองได้ดี ติดกระดุมรูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงได้	10	21.3	8	17
การอาบน้ำเช็ดตัว				
0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	24	51.1	25	53.2
2 สามารถทำได้เอง	23	48.9	22	46.8
การกลั้นและการขับถ่ายอุจจาระ				
0 กลั้นไม่ได้/ต้องสวนอุจจาระ/ ใช้ยาระบายอยู่เสมอ	4	8.5	3	6.4
2 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	15	31.9	15	31.9
4 กลั้นได้ตามปกติ	28	59.6	29	61.7
การกลั้นปัสสาวะ				
0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวน ปัสสาวะหรือต้องสวนปัสสาวะ	6	10.6	3	6.4
2 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	14	31.9	12	25.5
4 กลั้นได้ปกติ	27	57.4	32	68.1

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นก่อนการใช้โปรแกรม

### วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น<sup>(5)</sup> และผลการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และ ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและญาติ<sup>(6)</sup> โปรแกรมดังกล่าวมีการส่งเสริมให้ความรู้ และสอนทักษะให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น เช่น สามารถรับประทานอาหารได้เองและช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ได้ด้วยตนเองหากเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ และเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนหลังจำหน่ายผู้ป่วย ของแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ธนพร รัตนารธรรมวัฒน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. [ปริญาญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

### สรุป

ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมฯ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในระยะอยู่โรงพยาบาลและหลังกลับบ้าน
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพโดยการติดตามเยี่ยมการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน และศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะๆ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้นำมาใช้ได้จริง และมีความคุ้มค่าในงานวิจัยต่อไป

2. อภิรมย์ ทะดวงศร,พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ,ดุสิต สุจิรัตต์.ผลของโปรแกรมการลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก.วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2561; 32(2) : 81-94.
3. จันทรา พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์,ประนอม หนูเพชร.ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2548; 23(6) : 405-12.
4. มานี หาทรัพย์,มงคลชัย หาทรัพย์, ทศนีย์ นะแส.ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557; 34(2) : 53-66.
5. วีนา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, ภารดี นานานศิลป์.ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น.วารสารพยาบาลสาร 2557; 41(2) : 72-82.
6. สุมณา แสนมาโนช.ผลการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนสะโพกเทียมต่อการฟื้นฟูการสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และ ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและญาติ.กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย; 2541.



**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา  
สำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติมีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

พัชรินทร์ อติสรณกุล พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและคณะพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** โรคจิตเภทมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาทางยาเพื่อควบคุมอาการ พบว่า ปี 2560-2562 หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบปัจจัยที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ขาดยา ร้อยละ 60 และรองลงมา ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 20

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาและทักษะการจัดยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 51 ราย เพศหญิงจำนวน 9 ราย ครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 30 ราย

**ผลการศึกษา:** จากการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวช ทักษะในการจัดยา รับประทานของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการบำบัดและนอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีขึ้น พร้อมจะรับประทานยาเพื่อให้สามารถทำงานได้ ส่วนทางครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคจิตเภทมากขึ้น ต้องการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง

**สรุป:** การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล จะต้องมีความรู้ เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยา และมีการให้คำปรึกษารายบุคคล รวมทั้งการจัดประสบการณ์ด้วยการฝึกทักษะการจัดยา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวหรือผู้ดูแล ความร่วมมือในการรับประทานยา

## Promoting Medication Adherence Program in Persons with Schizophrenia in Psychiatric Ward Kalasin Hospital.

Patcharin Adisalanakul M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)  
Department of Psychiatric Ward Kalasin Hospital.

### Abstract

**Background:** Schizophrenia has a strong need for drug treatment to control symptoms, found that in 2017-2019 psychiatric wards. Kalasin Hospital The factors that led to a second or re-admit were found 60% of the drug was missing and followed by 20% of the lack of caregivers.

**Objective:** This research aimed to examine the effectiveness of the Promoting Medication Adherence Program among persons with schizophrenia Psychiatric ward in Kalasin Hospital.

**Material and Methods:** Is quasi-experimental Research design one group pre-test – post-test design The sample consisted of 60 persons are male 51, female 9, and caregivers with schizophrenia 30. The study was conducted from June 1st to August 31st, 2020. Research instruments composed of the Promoting Medication Adherence Program All instruments were tested for validity by 3 experts.

**Results:** The results of the study found that: after adherence program, were higher than before adherence program. The results of this study indicate that participating in adherence program can improve medication use behaviors and attitudes towards treatment for patients and caregivers with schizophrenia. Want to take care of the patient to continue taking the drug.

**Conclusions:** Encouraging patients to continue in taking medication absolutely necessary that the patient and family or caregivers must have knowledge schizophrenia and drug treatment and individual counseling. As well as providing experience by practicing drug management skills along with encouraging family or caregivers to take part in caring for a better quality of life.

**Key words:** Patient of schizophrenia, Family or caregivers, Medication adherence

## บทนำ

โรคจิตเภทพบได้ทุกเชื้อชาติ ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากร สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย ในปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด<sup>(1)</sup> โดยผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมและมีการกลับเป็นซ้ำมากที่สุดตลอดจนมีความรุนแรงและเรื้อรังส่วนใหญ่มิมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยากต่อการรักษาให้หายขาดได้โดยมีอาการหลงเหลืออยู่มีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน ถ้าป่วยช้าบ่อยๆ ส่งผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความทุพพลภาพในระยะยาวได้มากที่สุด

การดูแลรักษาระยะแรกเน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และอาจรักษาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าสู่ระยะคงเสถียรภาพผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการรักษาด้วยยาแต่ลดขนาดยาลงร่วมกับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่กลับเป็นซ้ำเนื่องจากหยุดรับประทานยา และลักษณะพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด 5) การหยุดรับประทานยา หรือไม่รับประทานยาเลยและนอกจากนี้ ยังมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคยาจิตเวชและขาดความตระหนักในการรับประทานยา<sup>(2)</sup>

หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ขนาด 10 เตียง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 62, 73 และ 75 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> จากสถิติดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาดังแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบปัจจัยที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ขาดยา ร้อยละ 60 และรองลงมา ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 20

ดังนั้นการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งแผนรักษาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขเบื้องต้น จึงเป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>(2)</sup> เพราะการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา กับผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า โปรแกรมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้มากและยั่งยืน คือ โปรแกรมที่มีการผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Cognitive Theory) เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการทางสติปัญญาที่สร้างความรู้ความเข้าใจ โดยผ่านการจัดการเรียนการสอนในภาพรวม นอกจากนี้ ยังเชื่อว่า มนุษย์มีความนึกคิด มีอารมณ์จิตใจและความรู้สึกภายในที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการที่จะประสบผลสำเร็จในการเรียนการสอนก็ควรเจาะลึกเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมด้วย นอกจากการสร้างความรู้ความเข้าใจแล้ว ยังเชื่อว่าการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยการจัดประสบการณ์ใหม่ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบ

หยังเห็นได้มากขึ้นส่งผลให้เกิดความเข้าใจ มีทักษะ และเกิดพฤติกรรมอย่างยั่งยืน<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัย จึงได้จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตอบสนองตามปัญหาที่พบแต่ละราย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำลดลง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design) ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นำมาคัดเลือกเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

อาการทางจิตสงบผ่านระยะวิกฤติที่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ทุกช่วงอายุและยินดีเข้าร่วมการวิจัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการและวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดความรู้และทักษะการจัดยา
3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) จากแบบประเมิน MMAS 8-Items ( Morisky medication adherence scale-MMAS 8-Items)
4. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการได้แก่โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดดังนี้

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 51 ราย ร้อยละ 85 อายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี จำนวน 26 ราย ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสโสด จำนวน 32 ราย ร้อยละ 53.3ระดับการศึกษามัธยมศึกษาจำนวน 33 ราย ร้อยละ 55 ลักษณะครอบครัว อาศัยอยู่กับบิดามารดา 36 ราย ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 22 ราย ร้อยละ 36.7 รายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาทจำนวน 25 ราย ร้อยละ 41.7 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง11-15 ปี จำนวน 24 ราย ร้อยละ 40 และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 3 จำนวน 29 ราย ร้อยละ 48.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	51	85
หญิง	9	85
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
18-30 ปี	17	28.3
31-40 ปี	26	43.3
41-50 ปี	12	20
51-60 ปี	5	8.3
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	32	53.3
คู่	11	18.3
หม้าย/หย่า	17	28.3
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	13.3
ประถมศึกษา	19	31.6
มัธยมศึกษา	33	55
<b>5. ลักษณะครอบครัว</b>		
อยู่ลำพัง	9	15
คู่สมรส	15	25
บิดา มารดา	36	60
<b>6. อาชีพ</b>		
เกษตรกร	17	28.3
ค้าขาย	12	20
รับจ้าง	22	36.7
ว่างงาน	9	15

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>7. รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
ไม่มีรายได้	9	15
1-1,000	19	31.6
1,001-5,000	25	41.7
5,001-10,000	7	11.7
<b>8. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)</b>		
1-5 ปี	8	13.3
6-10 ปี	13	21.7
11-15 ปี	24	40
16-20 ปี	15	25
<b>9. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>		
ครั้งที่ 1	11	18.3
ครั้งที่ 2	20	33.3
ครั้งที่ 3	29	48.3

2. ข้อมูลครอบครัวหรือผู้ดูแล (n = 30) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและจัดยาให้ผู้ป่วยจิตเภท รับประทานส่วนใหญ่ คือ มารดา จำนวน 13 ราย ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นภรรยา จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.3 และเป็นญาติพี่น้อง จำนวน 7 ราย ร้อยละ 23.3

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว หรือผู้ดูแล

พบว่า หลังการบำบัดผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือเพิ่มขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการลดขนาดหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภท โดยไม่ได้บอกแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการแย่ลงหลังรับประทานยาลดลงจาก ร้อยละ 81.7 เป็น 30 การ

หยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทเมื่อรู้สึกว่าการอาการของโรคจิตเภทของท่านควบคุมได้แล้ว ลดลงจากร้อยละ 85 เป็น 40 ความรู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการรับประทานยารักษาโรคจิตเภททุกวัน ลดลงจากร้อยละ 83.3 เป็น 36.7 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกว่าการจดจำยารับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก (0 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็น 65 และผู้ป่วยรู้สึกว่าการจดจำยารับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก (รู้สึกเป็นประจำหรือ 7 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร) ลดลงจากร้อยละ 56.7 เป็น 3.3 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) จากแบบประเมิน MMAS 8-Items (Morisky medication adherence scale-MMAS 8-Items) (n=60)

คำถาม	ก่อน		หลัง	
	ใช่ n (%)	ไม่ใช่ n(%)	ใช่ n(%)	ไม่ใช่ n(%)
1. บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่	38 (63.3)	22 (36.7)	29 (48.3)	31 (51.7)
2. ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่	33 (55)	27 (45)	25 (41.7)	35 (58.3)
3. ท่านเคยลดขนาดหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่ โดยไม่ได้บอกแพทย์เนื่องจากท่านรู้สึกว่าการแย่งหลังรับประทานยา	49 (81.7)	11 (18.3)	18 (30)	42 (70)
4. เมื่อท่านต้องเดินทางหรือออกจากบ้านบางครั้งท่านลืมที่จะพกยารักษาโรคจิตเภทไปด้วยหรือไม่	46 (76.7)	14 (23.3)	33 (55)	27 (45)
5. เมื่อวานนี้ท่านรับประทานยาต้านโรคจิตหรือไม่	35 (58.3)	25 (41.7)	53 (88.3)	7 (11.7)
6. บางครั้งท่านเคยหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตเภทหรือไม่เมื่อรู้สึกว่าการของโรคจิตเภทของท่านควบคุมได้แล้ว	51 (85)	9 (15)	24 (40)	36 (60)
7. ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการรับประทานยารักษาโรคจิตเภททุกวัน	50 (83.3)	10 (16.7)	22 (36.7)	38 (63.3)
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าการจดจำรับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วนทำให้ยุ่งยาก				
8.1 ไม่เคยรู้สึก (0 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	3 (5)		39 (65)	
8.2 รู้สึกนานๆครั้ง (1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	3 (5)		12 (20)	
8.3 รู้สึกบางครั้ง (3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	4 (6.7)		3 (5)	
8.4 รู้สึกบ่อยครั้ง (5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	16 (26.7)		4 (6.7)	
8.5 รู้สึกเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนรับประทานอย่างไร)	34 (56.7)		2 (3.3)	

จากการวิจัย พบว่าหลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวชเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวชด้วยวิธีการระบวนการกลุ่มตาม

โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ส่วนด้านทักษะในการจัดยา รับประทาน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดยา รับประทานเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 3 และพัฒนาเป็นระดับ 4, 5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้และทักษะในการจัดยา รับประทานในผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวหรือผู้ดูแล

		ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ความรู้เรื่อง	ผู้ป่วย	6.43	1.09	13.28.76	- 41.6	.000*
โรคจิตเภทและ	ครอบครัวหรือผู้ดูแล	8.53	1.1	14.13.5	- 27.08	.000*
ยาทางจิตเวช						
ทักษะในการจัดยา รับประทาน	ผู้ป่วย	ระดับ 1 = 20% (12 ราย)	ระดับ 1 = 10% (6 ราย)			
		ระดับ 2 = 55% (33 ราย)	ระดับ 2 = 15% (9 ราย)			
		ระดับ 3 = 25% (15 ราย)	ระดับ 3 = 48.3% (29 ราย)			
			ระดับ 4 = 18.3% (11 ราย)			
			ระดับ 5 = 8.3% (5 ราย)			
	ครอบครัวหรือผู้ดูแล	ระดับ 3 = 93.33% (28 ราย)	ระดับ 4 = 56.66% (17 ราย)			
		ระดับ 4 = 6.66% (2 ราย)	ระดับ 5 = 43.33% (13 ราย)			

\*p < .05

หมายเหตุ: ระดับ 1 ปฏิบัติได้เล็กน้อย ระดับ 2 ปฏิบัติได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง ระดับ 3 ปฏิบัติได้ กระตุ้นบางครั้ง ระดับ 4 ปฏิบัติได้ดีเป็นส่วนมาก ระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติได้ดีทุกครั้งและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นได้

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจเรื่องโรค และมีเจตคติที่ดีขึ้นพร้อมจะรับประทานยาเพื่อให้สามารถทำงานได้ ส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความ

เข้าใจพยาธิสภาพของโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น ต้องการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4



**ตารางที่ 4 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ในผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวหรือผู้ดูแล**

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ
<b>ผู้ป่วย</b>	
รายที่ 1	“ผมรู้แล้วว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ต้องกินยา ถ้าไม่กินยาจะหงุดหงิดก้าวร้าวหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดว่าจะมาฆ่า รู้สึกกลัวและทุกข์ทรมาน ดังนั้นผมไม่อยากหูแว่ว ผมต้องกินยา ผมเข้ากลุ่มฝึกจิตยา ตอนนี้จิตยาได้เองพร้อมกลับบ้านแล้วครับ”
รายที่ 2	“ถ้าไม่กินยา ก็ไม่หาย ไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวไม่ได้ เสียอนาคต ผมต้องกินยาต่อครับ”
รายที่ 3	“ป่วยจิตแล้วเป็นไง ผมว่าดีกว่าเป็นเบาหวานเสียอีก เพราะป่วยทางจิตกินอาหารได้ทุกอย่าง แต่เบาหวานต้องควบคุมอาหาร แล้วป่วยทางจิตและเบาหวานต้องกินยาทั้งคู่”
<b>ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</b>	
มารดา	“รู้แล้วว่าลูกป่วยทางจิต ไม่ได้แกล้งทำ เป็นอาการทางจิตกำเริบจากไม่ได้กินยา หลังเข้ากลุ่มฝึกจิตยา แม่จิตยาได้แล้วและรู้วิธีพูดให้ลูกกินยาได้ง่าย ๆ ไม่ต้องบังคับกันแล้วต่อไปนี่แม่จะพามารับยาต่อเนื่อง เวลาลูกอาการดีขึ้น ไม่หงุดหงิด ไม่ก้าวร้าว เป็นคนขยันทำงาน เป็นเสาหลักหาเลี้ยงครอบครัวได้”

**หมายเหตุ:** ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ทำหน้าที่จิตยาและให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาหรือผู้ที่จิตยาหรือเตือนผู้ป่วยรับประทานยาและผู้ป่วยเป็นคนรับประทานยาด้วยตนเองที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย หรือความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใดๆ

**วิจารณ์**

การวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติมีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัย “ความร่วมมือในการรับประทานยาความรู้เรื่องโรคและทักษะการจิตยาในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการบำบัด” ซึ่งมี

การนำเอาหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยม (Cognitive theory) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการสอนภาพรวมด้วยวิธีการบวนการกลุ่ม<sup>(4)</sup> พบว่าการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภท มีสาเหตุสำคัญของการป่วย คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้และให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งสาเหตุอาการวิธีการรักษาและผลข้างเคียงการสังเกตอาการกำเริบควรส่งเสริมความรู้ให้ครบทุกประเด็น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<sup>(2,5)</sup> นอกจากนี้ ยังมี การให้คำปรึกษาเพื่อตอบสนองปัญหารายบุคคล

(Individual counseling) และยังสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt Theory) ที่กล่าวว่า การจัดประสบการณ์ใหม่จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น<sup>(4)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการจัดประสบการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติโดยการฝึกทักษะการจัดยา ให้เกิดประสบการณ์ใหม่ เรียนรู้ได้ง่ายขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องโรคและมีทักษะดีขึ้น จึงนำมาสู่การมีเจตคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย พร้อมจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ชนายนันท์แสงปาก (2559)<sup>(6)</sup> ที่กล่าวว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับ นภากาศ พึ่งเกศสุนทรและอรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2554)<sup>(7)</sup> และวัชรินทร์วุฒิธรณฤทธิ์ (2560)<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพา และมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงมีอาการรบกวน ก้าวร้าว หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวปฏิบัติและแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยมีครอบครัวดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในการศึกษาครั้งนี้ พบญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 12 ราย ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการจัดระบบในการช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวเป็นพิเศษ เช่น จัดระบบ Drug delivery โดยเครือข่ายเป็นผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อความเหมาะสมของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล
2. พยาบาลผู้วิจัยควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยให้การยอมรับว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาที่ต้องช่วยเหลือและบำบัดรักษา
3. ควรมีการติดตามต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
4. ครอบครัวและผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง จึงควรให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยมักจะชอนยาไว้ใต้ลิ้น ต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยา และกลืนให้เห็น เพื่อการควบคุมอาการ และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้ป่วยจิตเภทมักจะคุ้นเคยกับยารูปลักษณะเดิม หากจำเป็นต้องเปลี่ยนบริษัทใหม่ ต้องอธิบายอย่างละเอียดเพื่อให้เกิดการยอมรับ
7. หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางยาจิตเวช เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง สามารถสร้างความมั่นใจ โดยเภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแล
8. หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แพทย์จะพิจารณาปรับเป็นยาฉีด (Long acting)
9. มักมีการแบ่งปันยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยอื่น
10. ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจกินยาเกินขนาดได้
11. ในรายที่ผู้ดูแลมีข้อจำกัด เช่น อายุมาก ไม่สามารถดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถมารับยาได้ ควรมีการจัดระบบ Drug delivery โดยเครือข่ายเป็นผู้ดูแล

### สรุป

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะสร้างโดยการผสมผสานหลายวิธีประกอบด้วยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมทั้งแผนรักษาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการแก้ไขเบื้องต้น เพราะการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษากับผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อตอบสนองปัญหารายบุคคล (Individual counseling) และจัดกิจกรรมการฝึก

ทักษะให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ซึ่งผู้ป่วยมีประสบการณ์บ้างแล้ว แต่ยังไม่ถูกต้อง ทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น อีกทั้งการที่ครอบครัวควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน หรือมีส่วนร่วมสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองการจดยา เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรคและมีทักษะดีขึ้น จะนำมาสู่การมีเจตคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยลดการกำเริบซ้ำสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชประจำปีงบประมาณ 2558. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2561]. จาก: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>.
2. ญัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒิศานทรินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 3 : 24-35.
3. หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2562.
4. มารุต พัฒนาผล. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มการรู้คิด. [สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]. จาก: [http://www.curriculumandlearning.com/upload/Books/Cognitive%20Theory\\_1597201266.pdf](http://www.curriculumandlearning.com/upload/Books/Cognitive%20Theory_1597201266.pdf)
5. เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2544 : หน้า 94.
6. ชนายนันท์แสงปาก, ภัทรภรณ์ทุ่งปิ่นคำ, วรณชกิตสัมพันธ์. ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. Nursing Journal 2017;44:137-48.
7. นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและสุขภาพจิต 2554; 25: 51-63.
8. วชิรินทร์วุฒิธรณฤทธิ. การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31 : 1-12.

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร  
ในผู้ป่วยที่มีโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าและการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3  
ที่หมดการเจริญเติบโตแล้ว: รายงานผู้ป่วย

แจ่มจรัส สอนง่าย ท.บ., วท.ม. (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก), ว.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน)

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่า양

บทคัดย่อ

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยที่มีโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 ที่หมดการเจริญเติบโตแล้วประกอบด้วย 2 วิธี คือ การจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรและการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งขากรรไกร ซึ่งการตรวจทางคลินิก วิเคราะห์และวางแผนการรักษา รวมถึงการคงสภาพฟันอย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายมีความสำคัญอย่างมากต่อผลสำเร็จของการรักษา บทความนี้เป็นกรณีนำเสนอผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 17 ปี มีโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าและการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 ร่วมกับฟันบนซ้อนกระดัดปานกลาง ฟันหน้าสบไขว้ และผู้ป่วยสามารถกัดสบแบบปลายฟันชนกันได้ ซึ่งแผนการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ คือ การจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรโดยไม่ถอนฟัน จากผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยพึงพอใจ มีฟันเรียงเรียบ การสบฟันดี ใบหน้าด้านข้าง และรอยยิ้มสวยขึ้น

**คำสำคัญ:** โครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 การสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 การจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร

## Camouflage Treatment of Skeletal and Dental Class III Malocclusion in Non-Growing Patient: Case Report

Jamjaras Sonngai D.D.S., Master of science (Oral Science), Dip. (Orthodontics)

Department of dentistry, Thayang hospital.

### Abstract

Treatment of choices of skeletal and dental class III malocclusion in non-growing patient is orthodontic camouflage treatment and orthognathic surgery. Proper oral examination, analysis and treatment planning including retention lead to success of treatment outcome. This article presents 17 years old Thai female, who had skeletal and dental class III malocclusion with moderate crowding of upper teeth, anterior crossbite and centric occlusion-maximum intercuspation shift (CO-MI shift). The treatment plan was orthodontic camouflage treatment with non-extraction. The result was satisfying. Normal dental alignment and occlusion were achieved. Lateral profile and her smile were improved.

**Keyword:** Skeletal class III, Dental class III malocclusion, Camouflage treatment

### บทนำ

โครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างขากรรไกรบนและล่างในแนวหน้า-หลัง ซึ่งมีลักษณะ คือ ขากรรไกรล่างยื่นมากกว่าปกติ ขากรรไกรบนถดถอยมากกว่าปกติ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน โดยมักพบร่วมกับการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3<sup>(1,2)</sup> การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะและความรุนแรงของปัญหา การเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรสถานะปริทันต์ หรือความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง<sup>(3)</sup> โดยในผู้ป่วยที่หมดการเจริญเติบโตแล้วที่มีความผิดปกติของโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 ระดับรุนแรงควรให้การรักษาด้วยวิธีจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งขากรรไกร ซึ่งเป็นการแก้ไขโครงสร้างกระดูกขากรรไกรที่ผิดปกติโดยตรงทำให้ได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ มีเสถียรภาพมาก รวมถึงการใช้งานและความสวยงามของใบหน้าที่ดีขึ้น<sup>(4,5)</sup> ส่วนในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ค่ามุม ANB มากกว่าหรือเท่ากับ -4 องศา<sup>(6)</sup> หรือค่า Wits เท่ากับ -2 ถึง -9 มิลลิเมตร<sup>(7)</sup>) สามารถให้การรักษาด้วยวิธีการจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร<sup>(5)</sup> โดยมีข้อบ่งชี้ของการรักษาดังนี้<sup>(2)</sup> 1. ผู้ป่วยที่หมดการเจริญเติบโตแล้วหรือมีการเจริญเติบโตเหลือน้อยมาก 2. สัดส่วนใบหน้าในแนวตั้งปกติหรือผิดปกติเพียงเล็กน้อย 3. การเอียงตัวของฟันหน้าบนและล่างใกล้เคียงปกติ ไม่ปรากฏตำแหน่งฟันชดเชยที่ชัดเจน 4. มีการเรียงตัวของฟันที่ดีโดยฟันที่ที่ได้จากการถอนฟันใช้สำหรับแก้ไขความผิดปกติในแนวหน้า-หลัง ไม่ได้ใช้สำหรับแก้ไข

ปัญหาฟันซ้อนเก ซึ่งเป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้เพื่อให้ได้การสบฟัน การใช้งาน และความสวยงามที่ยอมรับได้โดยไม่มีการแก้ไขโครงสร้างกระดูกที่ผิดปกติ<sup>(3,5)</sup>

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 17 ปี มาพบทันตแพทย์จัดฟันด้วยอาการสำคัญ คือ ฟันหน้าล่างคร่อมฟันหน้าบน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับคุณยาย ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกร เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม คือ ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน และถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่งและฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง เมื่อตรวจภายนอกช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร (symmetrical face) สัดส่วนใบหน้าในแนวตั้งปกติริมฝีปากปิดสนิท (competent lips) ขณะยิ้มเห็นฟันหน้าล่างมากกว่าปกติ ใบหน้าด้านข้างมีลักษณะโค้งเว้า (concave profile) และคางเด่น (ดังรูปที่ 1) ภายในช่องปากมีลักษณะการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 ร่วมกับฟันบนซ้อนเกระดับปานกลาง ฟันหน้าสบไขว้ มีการสบเหลื่อมแนวตั้ง (overbite) 6 มิลลิเมตร สบเหลื่อมแนวราบ (overjet) -2 มิลลิเมตร และผู้ป่วยสามารถกัดสบแบบปลายฟันชนกันได้ (ดังรูปที่ 2) จากการตรวจทางคลินิกและวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (ดังรูปที่ 3 และตารางที่ 1) พบว่าสามารถให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้ เป็นโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 ขากรรไกรบนปกติ ขากรรไกรล่างยื่น โครงสร้างกะโหลกศีรษะในแนวตั้งปกติ ร่วมกับการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 มีการเบี่ยงเบนของการสบฟันในศูนย์และการสบฟันสนิท (centric occlusion-

maximum intercuspation (CO-MI) shift) ฟันบนซ้อนกระดืบปานกลาง ฟันหน้าล่างมีตำแหน่งและการเอียงตัวค่อนข้างด้านลึ้น มีการหายไปของฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่งและฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่

สอง ลักษณะใบหน้าด้านข้างโค้งงอ มุมฐานจมูก-ริมฝีปากป้าน (obtuse nasolabial angle) ริมฝีปากบนถดถอย ริมฝีปากล่างและคางยื่น



รูปที่ 1 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากก่อนการรักษา



รูปที่ 2 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปากก่อนการรักษาทั้งในขณะสบฟันสนิทและสบแบบปลายฟันชนกัน



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างและพาโนรามิกก่อนการรักษา

แผนการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ คือ การจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรโดยไม่ถอนฟัน ร่วมกับการใส่ฟันเทียมบริเวณฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่งและฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง ขั้นตอนการรักษาเริ่มจากการติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นในฟันบนร่วมกับการใส่เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ชนิดระนาบกัดด้านหลัง (posterior bite plane) ในฟันล่างเพื่อเปิดการสบฟัน ช่วยให้สามารถเคลื่อนฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปาก (proclination) ทำให้แก้ไขฟันหน้าสบไขว้ และเพิ่มพื้นที่ในการแก้ไขฟันซ้อนเกได้ หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ถอดเครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ชนิดระนาบกัดด้านหลังเพื่อให้ฟันหลังบนและล่างค่อยๆ สบกัน และยุติการใส่เครื่องมือนี้ ติดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นในฟันล่างและใช้ลวด reverse curve of Spee (RCOS) เพื่อปรับการเอียงตัวของฟันและรากฟันในฟันหน้าล่างร่วมกับการดัดยางแบบที่ 3 (class III elastic) เพื่อให้ได้ลักษณะการสบฟันประเภทที่ 1 มีการสบเหลี่ยมแนวดิ่งและแนวนอนปกติ โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 3 ปี และมีการคงสภาพฟันภายหลังการรักษาด้วย wraparound retainer ทั้งในฟันบนและล่าง

ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีใบหน้าด้านข้างตรง (straight profile) สัดส่วนใบหน้าในแนวดิ่งเพิ่มขึ้น ริมฝีปากปิดสนิท (competent lips) และมีแนวยิ้มปกติ (normal smile line) (ดังรูปที่ 4) ภายในช่องปากมีลักษณะการสบฟันประเภทที่ 1

และมีการสบเหลี่ยมแนวดิ่งและแนวนอน 1 มิลลิเมตร (ดังรูปที่ 5) จากการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (ดังรูปที่ 6 และตารางที่ 1) และการซ้อนทับภาพลายเส้นรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (superimposition) ก่อนและหลังการรักษา (ดังรูปที่ 7) พบว่าฟันหน้าบนมีการเคลื่อนและเอียงตัวมาทางด้านริมฝีปาก ฟันหน้าล่างตั้งตำแหน่งเดิมโดยมีการเคลื่อนของรากฟันมาทางด้านลิ้นเพื่อปรับการเอียงตัวของฟันให้ปกติมากขึ้น ฟันกรามมีการเคลื่อนออกจากกระดูกเบ้าฟันทำให้ขากรรไกรล่างมีการหมุนในทิศทางตามเข็มนาฬิกา (clockwise rotation of mandible) ส่งผลให้ลักษณะโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าประเภทที่ 3 ดีขึ้น แสดงได้จากค่ามุม ANB เพิ่มขึ้น 2 องศา ความยาวของใบหน้าส่วนล่างเพิ่มขึ้น แสดงได้จากค่า lower facial height เพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร ผู้ป่วยมีใบหน้าด้านข้างดีขึ้น แสดงได้จากค่ามุม facial contour angle เพิ่มขึ้น 4 องศา และริมฝีปากล่างยุบลง แสดงได้จากค่า E line to lower lip ลดลง 3 มิลลิเมตร

ภายหลังการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันส่งต่อผู้ป่วยเพื่อผ่าฟันคุดและใส่ฟันเทียมบริเวณฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่งและฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง และติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าลักษณะทางคลินิกภายนอกและภายในช่องปากยังคงเดิม ไม่พบลักษณะการคืนกลับของฟัน (ดังรูปที่ 8 และ 9)

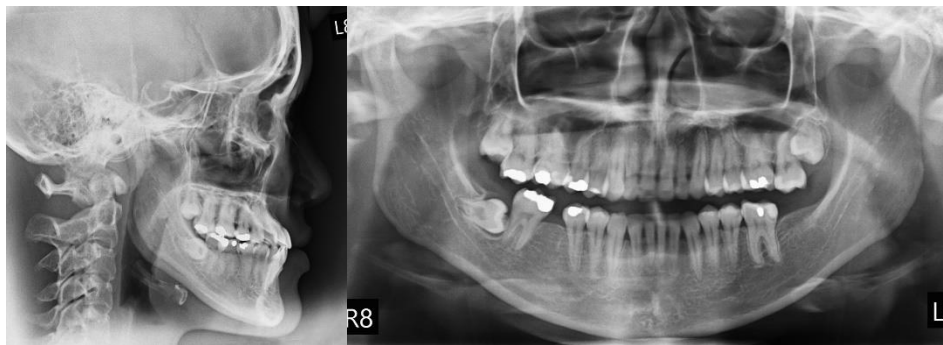




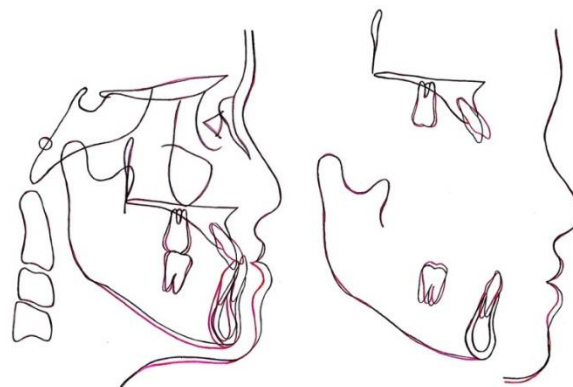
รูปที่ 4 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากภายหลังการรักษา (3 ปี)



รูปที่ 5 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปากภายหลังการรักษา (3 ปี)



รูปที่ 6 แสดงภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างและพาโนรามิกภายหลังการรักษา (3 ปี)



รูปที่ 7 แสดงภาพลายเส้นรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างซ้อนทับ (superimposition) ก่อนการรักษา (เส้นสีดำ) และหลังการรักษา (เส้นสีแดง)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์และประเมินภาพรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้าง (ก่อนและหลังการรักษา)

Area	Measurement	Norm Mean±S D	Pre- treatment	Post- treatment	Differen ce	
Reference line	FH-SN (degree)	6±3	7	7	0	
Skeletal	Maxilla to cranial base	SNA (degree)	84±4	85	85	0
		SN-PP (degree)	9±3	7	7	0
	Mandible to cranial base	SNB (degree)	81±4	90	88	-2
		SN-MP (degree)	29±6	30	35	+5
		SN-Pg (degree)	82±3	91	89	-2
	Maxillo- mandibular	NS-Gn (degree)	68±3	61	62	+1
		ANB (degree)	3±2	-5	-3	+2
		Wits (mm.)	-3±2	-13	-7	+6
		MP-PP (degree)	21±5	24	29	+5
	Dental	Maxillary dentition	FMA (degree)	23±5	23	28
⊥ to NA (degree)			22±6	27	39	+12
⊥ to NA (mm.)			5±2	5	8	+3
Mandibular dentition		⊥ to SN (degree)	108±6	111	123	+12
		ī to NB (degree)	30±6	16	21	+5
		ī to NB (mm.)	7±2	3	3	0
Maxillo- Mandibular		ī to MP (degree)	99±5	76	81	+5
	⊥ to ī (degree)	125±8	141	120	-21	
Soft tissue	Soft tissue	E line to upper lip (mm.)	-1±2	-4	-3	+1
		E line to lower lip (mm.)	2±2	2	-1	-3
		Naso-labial angle (degree)	91±8	95	97	+2
		H-angle (degree)	14±4	4	6	+2
		Facial contour angle (degree)	9±5	-4	0	+4
		Upper facial height (mm.)	48±3	45	45	0
		Lower facial height (mm.)	69±4	67	68	+1



รูปที่ 8 แสดงภาพถ่ายภายนอกช่องปากระยะคงสภาพฟันภายหลังการรักษา 1 ปี



รูปที่ 9 แสดงภาพถ่ายภายในช่องปากระยะคงสภาพฟันภายหลังการรักษา 1 ปี

### วิจารณ์

ผู้ป่วยมาด้วยปัญหาสำคัญ คือ ฟันหน้าล่างคร่อมฟันหน้าบนและมีลักษณะโครงสร้างกะโหลกศีรษะและใบหน้าและการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 ร่วมกับใบหน้าคางเว้าและคางยื่นจากการวิเคราะห์ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างพบว่า ค่า Wits เท่ากับ -13 มิลลิเมตร การจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งขากรรไกรจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากสามารถแก้ไขโครงสร้างกระดูกขากรรไกรที่ผิดปกติโดยตรงและเปลี่ยนแปลงรูปหน้าได้ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ประกอบกับผู้ป่วยสามารถสบแบบปลายฟันชนกันทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระนาบดเคี้ยวและค่า Wits ได้ ดังนั้นจึง

พิจารณาร่วมกับค่ามุม ANB ของผู้ป่วยซึ่งเท่ากับ -5 องศา สัดส่วนใบหน้าในแนวตั้งปกติ และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งพัก (rest position) ลักษณะใบหน้าด้านข้างดีขึ้น อีกทั้งปริมาณตำแหน่งฟันชดเชยมีเพียงเล็กน้อยซึ่งตรงกับข้อบ่งชี้ของการจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร<sup>(2)</sup> และเป็นแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนี้

หลักในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่ออำพรางความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรในผู้ป่วยที่มีการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 คือ 1. เคลื่อนฟันหน้าบนมาทางด้านริมฝีปาก 2. เคลื่อนฟันหน้าล่างมาทางด้านลิ้น 3. เคลื่อนฟันกรามออกจากกระดูกเบ้าฟันเพื่อส่งเสริมให้

ขากรรไกรล่างมีการหมุนในทิศทางตามเข็มนาฬิกา<sup>(8)</sup> โดยการรักษาของผู้ป่วยรายนี้จะตั้งฟันหน้าล่างไว้ที่ตำแหน่งเดิมเนื่องจากฟันหน้าล่างมีตำแหน่งและการเอียงตัวค่อนข้างมาทางด้านลึนมากกว่าปกติอยู่แล้ว

การหาพื้นที่ในขากรรไกรบนเพื่อแก้ไขฟันซ้อนเก้ได้จากการขยายขากรรไกรและการเคลื่อนฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปาก ซึ่งผู้ป่วยมีลักษณะมุมฐานจมูก-ริมฝีปากข้างและริมฝีปากบนยุบ ดังนั้นการเคลื่อนฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปากทำให้ลักษณะไบหน้าด้านข้างดีขึ้น<sup>(9)</sup> อย่างไรก็ตามหากการเคลื่อนที่ของฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปากเป็นแบบ tipping จะส่งผลให้ฟันหน้าบนดูยื่นมากขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยการทำให้ palatal crown torque หรือ labial root torque แต่เนื่องจากความกว้างของกระดูกรองรับฟันในแนวแก้ม-ลิ้นมีปริมาณน้อย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกละลายและรากฟันโผล่ (bone dehiscence หรือ bone fenestration)<sup>(10)</sup> จึงเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยรายนี้

การรักษาโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ชนิดระนาบกัดด้านหลัง นอกจากช่วยเปิดการสบฟันให้สามารถเคลื่อนฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปากแล้วยังพบว่าลักษณะการสบฟันในขณะที่ผู้ป่วยใส่เครื่องมือนี้เป็นตำแหน่งเดียวกับการสบฟันในศูนย์ (CO) ที่กัดสบแบบปลายฟันชนกัน ความสัมพันธ์ของฟันเขี้ยวและฟันหลังเข้าสู่ลักษณะการสบฟันประเภทที่ 1 มากขึ้น และไบหน้าด้านข้างของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องดัดแบบที่ 3 เพื่อช่วยในการเคลื่อนฟันหน้าบนออกมาทางด้านริมฝีปากและเคลื่อนฟันกรามออกจากกระดูกเบ้าฟัน ส่งผลให้ขากรรไกรล่างมีการหมุนในทิศทางตามเข็มนาฬิกา ความยื่นลดลง และทำให้ความยาวของไบหน้าส่วนล่างเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความยาว

ของไบหน้าส่วนล่างปกติแต่ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ (lower facial height เท่ากับ 67 มิลลิเมตร) จึงทำให้เพิ่มความยาวของไบหน้าได้ สอดคล้องกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยที่มีการสบฟันผิดปกติประเภทที่ 3 คือ ผู้ป่วยควรมีความยาวของไบหน้าส่วนล่างสั้นและสามารถเพิ่มความยาวของไบหน้าได้<sup>(11)</sup>

ผลจากการดัดแบบที่ 3 ทำให้ฟันหน้าล่างเคลื่อนและเอียงตัวเข้ามาทางด้านลึนได้ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะการเอียงตัวของฟันหน้าล่างมาทางด้านลึนมากกว่าปกติ ดังนั้นการใช้ลวด reverse curve of Spee (RCOS) จะส่งผลให้ฟันหน้าล่างมีการเอียงตัวมาทางด้านริมฝีปากและสามารถต้านแรงที่ไม่พึงประสงค์จากการดัดแบบที่ 3 ได้ อีกทั้งยังช่วยเสริมการเคลื่อนฟันกรามออกจากกระดูกเบ้าฟันอีกด้วย<sup>(12)</sup> อย่างไรก็ตามการเคลื่อนฟันหน้าล่างควรพิจารณาปริมาณความกว้างของกระดูกแนวประสานของขากรรไกรล่าง (symphysis) ในแนวแก้ม-ลิ้นว่าเพียงพอหรือไม่ เพราะถ้าเคลื่อนฟันหน้าล่างเป็นปริมาณมากอาจทำให้กระดูกละลายและรากฟันโผล่ได้<sup>(10,13)</sup> ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบการละลายของกระดูกและรากฟันโผล่

### สรุป

ผู้ป่วยรายนี้มีผลการรักษาที่ดี สามารถแก้ไขฟันหน้าสบไขว้และฟันบนซ้อนเก้ได้ มีลักษณะการสบฟันประเภทที่ 1 การสบเหลี่ยมแนวตั้งและแนวราบปกติ ไบหน้าด้านข้างดีขึ้น ความสูงของไบหน้าส่วนล่างเพิ่มขึ้น และคางยื่นลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ซึ่งการตรวจ วิเคราะห์และวางแผนการรักษา รวมถึงการคงสภาพฟันอย่างถูกต้องเหมาะสมคือสิ่งสำคัญต่อผลสำเร็จของการรักษา

## เอกสารอ้างอิง

1. Ngan P, Moon W. Evolution of class III treatment in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015;148:22-36.
2. Proffit WR. *Contemporary orthodontics*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2007.
3. Uslu O, Akcam MO. Evaluation of long-term satisfaction with orthodontic treatment for skeletal class III individuals. *Journal of Oral Science* 2007;49:31-9.
4. Ning F, Duan Y, Huo N. Camouflage treatment in skeletal Class III cases combined with severe crowding by extraction of four premolars. *Orthodontic Waves* 2009;68:80-7.
5. Troy BA, Shanker S, Fields HW, Vig K, Johnston W. Comparison of incisor inclination in patients with class III malocclusion treated with orthognathic surgery or orthodontic camouflage. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;135:146.e1-9.
6. Kerr WJ, Miller S, Dawber JE. Class III malocclusion: surgery or orthodontics? *Br J Orthod* 1992;19:21-4.
7. Musich DR. The threshold: limits of non-surgical treatment for the class III skeletal patient. *The 106th AAO Annual Session; 2006 May 5-9; Las vegas, USA.*
8. Mair A, Lou T. Non-surgical compensation of skeletal class III malocclusions. *Oral Health Journal* 2019. Available from: <https://www.oralhealthgroup.com/>
9. Gurkeerat S. *Textbook of orthodontics*. 3rd ed. New delhi: The health sciences publisher; 2015.
10. Pudyani PS, Sutantyo D, Suparwitri S. Morphological changes of alveolar bone due to orthodontic movement of maxillary and mandibular incisors. *Dent J (Maj. Ked. Gigi)* 2008;41:21-4.
11. Woodside D. Do functional appliance have an orthopedic effect? *Am J Orthod Dentofacial orthop* 1998;113:11-4.
12. Nanda RS, Tosun Y.S. *Biomechanics in orthodontics: principles and practice*. Surrey: Quintessence publishing; 2010.
13. Yamada C, Kitai N, Kakimoto N, Murukami S, Furukawa S, Takada K. Spatial relationships between the mandibular central incisor and associated alveolar bone in adults with mandibular prognathism. *Angle Orthod* 2007;77:766-72.

## การรักษาโรคฝังฝีกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือด้วยวิธีการผ่าตัดบาดแผลขนาดเล็ก และทำลายเนื้อเยื่อน้อยในโรงพยาบาลราชนครศรีธรรมราช

ปรานปวีณ์ โจนน์เจริญงาม น.บ.,พบ.,สส.ม.,ว.ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์,อว.เวชศาสตร์ป้องกัน  
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### บทคัดย่อ

โรคฝังฝีกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ พบได้บ่อยมีความชุก 5% ในประชากรทั่วไป อาการแสดงได้แก่ชาที่นิ้วโป้ง นิ้วชี้ นิ้วกลางและครึ่งด้านในของนิ้วนาง หากไม่ได้ทำการรักษากล้ามเนื้ออุ้งมือโคนนิ้วหัวแม่มือจะลีบ อ่อนแรงเมื่อหยิบจับของแนวทางการรักษาโรคนี้นี้มีทั้งวิธีอนุรักษนิยม ได้แก่ ใซยา ใส่อุปกรณ์พยุงข้อมือ กายภาพบำบัด และวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์ฝังฝีกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือแบบเปิดมาตรฐาน สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องแผลเป็น ปวดแผลหลังผ่าตัดมาก มือยึดติดแข็งและใช้เวลาฟื้นฟูสมรรถภาพมือที่นาน การผ่าตัดส่องกล้องได้ผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญแต่ก็มีต้นทุนสูง และพบภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคือผ่าตัดโดนเส้นประสาท วิธีการผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กทำลายเนื้อเยื่อน้อย ด้วยเครื่องมือ Minisure Kit และ Wongsiri technique เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาการผ่าตัดทั้งสองวิธีข้างต้นได้ผลลัพธ์ที่ดี ภาวะแทรกซ้อนน้อย ต้นทุนต่ำ

**คำสำคัญ:** ฝังฝีกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ ผ่าตัดทำลายเนื้อเยื่อน้อย

---

## Minimally Invasive Surgery: Carpal Tunnel Release in Maharaj Nakhon Si Thammarat

PranpaweeRojcharoenngam MD. LLB.,M.P.H.,

Department of Orthopidies.MaharajNakhon Si Thammarat .

---

### Abstract

Carpal tunnel syndrome is considered to be common, with a prevalence of 5%.The main symptoms are numbness in the thumb, index finger, middle finger and the inner half of the ring finger. If left for a long time, there will be a atrophy of the thenarmuscles, and weak when handling things. The treatment of this disease is conservative including medication, wrist support, physical therapy, and surgical procedures. Standard open carpal tunnel release found scarring problems, severe wound pain after surgery, stiff hand, and recovery time to return to long hand use.Endoscopic carpal tunnel release surgery performed significantly better outcome, but was costly. And found complication nerve transections.Minimally Invasive Carpal Tunnel Release with the Minisure Kit and the Wongsiritechnique is the solution to both of the above surgical problems. Get good results Less complications, low cost.

**Key word:** Carpal Tunnel Syndrome, Minimally Invasive Surgery

### บทนำ

โรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ Carpal tunnel syndrome เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคระบบประสาทระยะยาวส่วนบน โดยมีความชุก 5% ในประชากรทั่วไปอายุ 50-60 ปีกับหญิง / ชายอัตราส่วน 4/1<sup>(1,2,3)</sup> สาเหตุของโรคมีหลายปัจจัย ได้แก่ปัญหาโครงสร้างทางกายวิภาค มีการหนาตัวของ Transversed carpal ligament [รูปที่1] ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพันธุกรรม และชีวภาพกับสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ<sup>(4)</sup> อาการหลักของโรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ Carpal tunnel syndrome คืออาการชาที่นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและครึ่งด้านในของนิ้วนาง<sup>(5)</sup> การรักษาโรคนี้มีทั้งวิธีอนุรักษ์นิยม ได้แก่ การใช้ยา ใส่อุปกรณ์พยุงข้อมือ กายภาพบำบัด และวิธีการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมต้องผ่าตัดด้วยวิธีการที่แตกต่างกันซึ่งแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป<sup>(6,7)</sup> เป้าหมายที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในการผ่าตัดแต่ละครั้ง ต้องการบรรเทาอาการปวด ชา ฟืนฟูสมรรถภาพมือกลับไปใช้งานได้เร็ว แผลสวยงามหายเร็ว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและต้นทุนคุ้มค่า มีประสิทธิผลในการรักษา<sup>(8)</sup> เทคนิคการผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์พังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือแบบเปิดมาตรฐาน Open Carpal tunnel release มีรอยแผลขนาดยาวถึง 3-5 ซม. ในการวิเคราะห์ metaanalysis พบว่า 10.2% ของการผ่าตัด Open Carpal tunnel release แบบเปิดมาตรฐานให้ผลลัพธ์เชิงลบ มีภาวะแทรกซ้อนเช่นแผลเป็น อาการเจ็บปวดบาดแผลหลังผ่าตัด มีเย็ดติดแข็งและระยะเวลาฟื้นฟูเพื่อกลับไปใช้งานมือนาน<sup>(9,10)</sup> ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จึงได้พัฒนา

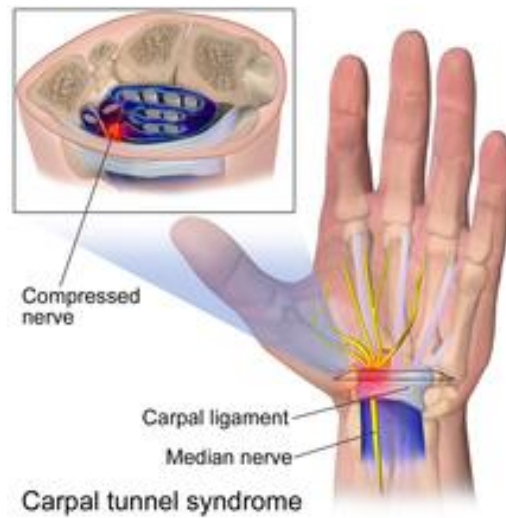
เทคนิคการผ่าตัด Carpal tunnel release แบบบาดแผลเล็กและทำลายเนื้อเยื่อน้อย Minimally Invasive Carpal Tunnel Release หลากหลายรูปแบบเพื่อแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว<sup>(11,12)</sup> เป้าหมายสำคัญของการผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์พังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือจะต้องทำลายเนื้อเยื่อให้บาดเจ็บน้อยที่สุดแต่ก็ต้องเปิดช่องอุโมงค์ให้สมบูรณ์ป้องกันการเกิดซ้ำจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงได้พัฒนาเครื่องมือช่วยผ่าตัดพังผืดข้อมือสำหรับแผลขนาดเล็ก Minisire Kit และเทคนิคผ่าตัด Wongsiri technique ขึ้นมา<sup>(13)</sup> การศึกษานี้เป็นการรักษาโรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ Carpal tunnel syndrome ด้วยวิธีการผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กขนาด 1 เซนติเมตร โดยมีอุปกรณ์เครื่องมือช่วยผ่าตัดพังผืดข้อมือสำหรับแผลขนาดเล็กดังกล่าว ซึ่งพัฒนามาจาก Wongsiri technique และใช้ Minisire Kit [รูปที่2]

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี อาชีพทำสวนยาง มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดข้อมือขวาชาหัวลงปลายนิ้วมือ โดยเฉพาะบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้และนิ้วกลาง อาการเป็นมาตอนกลางคืนทำให้บางครั้งต้องตื่นกลางดึก ไปตรวจรักษาที่คลินิก รับประทุษยาแก้ปวดและฉีดสเตียรอยด์ ติดตามอาการอยู่นาน 6 เดือนไม่ดีขึ้น แพทย์จึงแนะนำมารักษาต่อที่โรงพยาบาล ตรวจร่างกาย Tinel's sign +ve, Phalen's test + ve ข้อมือขวา ผลตรวจ EMG พบว่ามี severe degree median nerve compression Rt.carpal tunnel. แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือระดับรุนแรง และแนะนำ



ผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กขนาด 1 เซนติเมตรโดยใช้เครื่องมือช่วยผ่าตัดฝังฝืดข้อมือ สำหรับแผลขนาดเล็ก [รูปที่2]



รูปที่ 1 Carpal tunnel anatomy



รูปที่ 2 เครื่องมือช่วยผ่าตัดฝังฝืดข้อมือสำหรับแผลขนาดเล็ก Minisure Kit Wongsiri technique

ดำเนินการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการผ่าตัดที่มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อยที่สุดและเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนในขณะเดียวกันก็เพิ่มพื้นที่การผ่าตัดด้านบน transverse carpal ligament โดยมี retractor พิเศษ การผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์ฝ่ามือกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือทำด้วยมีดที่ออกแบบมาโดยเฉพาะที่เรียกว่า MiniSURE Cut จะช่วยให้มั่นใจได้ว่า transverse carpal ligament จะถูกตัดออกอย่างสมบูรณ์ โดยมี 5 ขั้นตอนที่เรียบง่ายตาม Wongsiri technique ขั้นตอนที่ 1 - หลังจากฉีดยาชาเฉพาะที่ศัลยแพทย์จะทำการลงมีดเปิดแผลยาว 1.5 ซม. ที่ระยะห่างจากรอยพับข้อมือ 2.0 ซม. ในแนวแกนเรเดียลของนิ้วนางผ่านถึง

palmar aponeurosis กรณีศึกษาเคสนี้ขนาดแผลยาว 1.0 ซม. [รูปที่ 3] ขั้นตอนที่ 2 - ศัลยแพทย์สอดปลายเนวิเกเตอร์ของ MiniSURE View เพื่อสร้างพื้นที่ทำงานที่เรียกว่า Palmaris longus และเหนือบริเวณเรตินาคูลัมที่อยู่ด้านบนของ transverse carpal ligament [รูปที่ 4] ขั้นตอนที่ 3 - ใส่ visual tube ของ MiniSURE View ตามแนวสร้างพื้นที่ทำงานเพื่อให้เห็น transverse carpal ligament ชัดเจน [รูปที่ 5] ขั้นตอนที่ 4 - ใส่เครื่องมือ MiniSURE freer เพื่อแยกผังผืดเตรียมเปิดช่องอุโมงค์ฝ่ามือกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ ขั้นตอนที่ 5 - ใส่เครื่องมือ MiniSURE Cut เพื่อตัด transverse carpal ligament เปิดช่องอุโมงค์ฝ่ามือกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ [รูปที่ 6]



รูปที่ 3 ตำแหน่งแผลผ่าตัด Minimally Invasive Carpal Tunnel Release



รูปที่ 4 สอดปลายเนวิเกเตอร์ของ MiniSURE View



รูปที่ 5 สอดใส่ visual tube ของ MiniSURE View ให้เห็น transverse carpal ligament



รูปที่ 6 ใส่ MiniSURE Cut ตัด transverse carpal ligament เปิดช่องอุโมงค์ฝ่ามือ ผ่าตัดทับเส้นประสาทมีเดียน

หลังการผ่าตัดปิดแผลโดยมีผ้าก๊อชกดทับไว้ ให้ผู้ป่วยบริหารมือใช้งานได้ แต่ห้ามแผลถูกน้ำ ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอลแต่ยาปฏิชีวนะ 3 วัน ตัดไหมเมื่อครบ 10-14 วัน ผู้ป่วยในกรณีศึกษามี

ความพึงพอใจ ปวดแผลหลังผ่าตัดน้อย มือกลับไม่ใช้งานได้ดีไม่มีมือแข็งยึดติดอาการชาหายเป็นปกติ ใน 3 เดือน และไม่มีรอยแผลเป็นหลังผ่าตัด

วิจารณ์	สรุป
<p>Endoscopic carpal tunnel release surgery เป็นวิธีการผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กทำลายเนื้อเยื่อน้อยสามารถรักษาโรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ Carpal tunnel syndrome ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์พังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือแบบเปิดมาตรฐาน Open Carpal tunnel release ในด้านการฟื้นตัวกลับไปใช้งานมือได้เร็วกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (5% และ 10.2% ตามลำดับ) แต่ในภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของ Endoscopic carpal tunnel release surgery เป็นการบาดเจ็บของเส้นประสาทข้อมือ แม้พบเพียง 2% แต่เป็นภาวะวิกฤตที่ยอมรับไม่ได้<sup>(14)</sup> วิธีการผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กทำลายเนื้อเยื่อน้อย ด้วยเครื่องมือ Minisure Kit และใช้ Wongsiri technique เป็นการเพิ่มทางเลือกของการรักษาให้ผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลการดำเนินการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทำไปแล้วทั้งสิ้น 20 ราย และข้อมูลการดำเนินการในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป</p>	<p>การรักษาโรคพังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือ Carpal tunnel syndrome ด้วยวิธีการผ่าตัดแบบบาดแผลเล็กทำลายเนื้อเยื่อน้อย ด้วยเครื่องมือ Minisure Kit และใช้ Wongsiri technique เป็นการเพิ่มทางเลือกของการรักษาให้ผู้ป่วย และเพิ่มมูลค่าของระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปทำงานได้เร็ว ต้นทุนการดำเนินงานที่ไม่แพง ค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลสุขภาพจะลดลง ทรัพยากรบุคคล ต้นทุนอุปกรณ์น้อยลง และใช้เวลาสั้นลงในการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการผ่าตัดได้มากขึ้น รวดเร็วและรับบริการที่รวดเร็วขึ้น เป็นเทคนิคที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการระบบการดูแลสุขภาพด้วยผลประโยชน์สูงแต่ต้นทุนต่ำในการผ่าตัดเปิดช่องอุโมงค์พังผืดกดทับเส้นประสาทมีเดียนข้อมือแบบบาดแผลเล็กทำลายเนื้อเยื่อน้อย มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ</p>

### เอกสารอ้างอิง

1. Y.-T. Chen, L. Williams, M. J. Zak, and M. Fredericson, "Review of ultrasonography in the diagnosis of carpal tunnel syndrome and a proposed scanning protocol," *Journal of Ultrasound in Medicine*, vol. 35, no. 11, pp. 2311–2324, 2016.
2. M. Bisaccia, G. Rinonapoli, G. Falzarano et al., "Clinical and radiological outcomes of distal radius fractures treated with orif with volar fixed-angle plates," *Euromediterranean Biomedical Journal*, vol. 11, pp. 9–14, 2016.
3. M. Bisaccia, L. Piscitelli, G. Collieruoli et al., "Epidemiology of injuries and diseases due to overuse in rugby: observational study of the players of "Cusperugia Rugby", " *International Journal of Surgery and Medicine*, vol. 2, no. 3, pp. 167–170, 2016.

4. Lozano-Calderón S, Anthony S, Ring D. The quality and strength of evidence for etiology: Example of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am*, vol. 33, pp. 525-38, 2008.
5. Scangas G, Lozano-Calderón S, Ring D. Disparity between popular (Internet) and scientific illness concepts of carpal tunnel syndrome causation. *J Hand Surg Am*, vol. 33, pp. 1076-80, 2008.
6. Chung KC. Current status of outcomes research in carpal tunnel surgery. *Hand (N Y)*, vol. 1, pp. 9-13, 2006.
7. Jugovac I, Burgic N, Micovic V, Radolovic-Prenc L, Uravic M, Golubovic V, et al. Carpal tunnel release by limited palmar incision vs. traditional open technique: Randomized controlled trial. *Croat Med J*, vol. 43, pp. 33-6, 2002.
8. Okutsu I, Ninomiya S, Hamanaka I, Kuroshima N, Inanami H. Measurement of pressure in the carpal canal before and after endoscopic management of carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am*, vol. 71, pp. 679-83, 1989.
9. A. ,oma, K. Veltri, T. Haines, and E. Duku, "A meta-analysis of randomized controlled trials comparing endoscopic and open carpal tunnel decompression," *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 114, pp. 1137-1146, 2004.
10. H. S. Vasiliadis, I. Shrier, G. Salanti, and J. P. M. Scholten-Rob, "Endoscopic release for carpal tunnel syndrome," *Cochrane database of Systematic Reviews*, vol. 31, no. 1, Article ID CD008265, 2010.
11. P. Cellocco, C. Rossi, F. Bizzarri, L. Patrizio, and G. Costanzo, "Mini-open blind procedure versus limited open technique for carpal tunnel release: a 30-month follow-up study," *Journal of Hand Surgery*, vol. 30, no. 3, pp. 493-499, 2005.
12. S. Wongsiri, P. Suwanno, B. Tangtrakulwanich, V. Yuenyongviwat, and E. Wongsiri, "A new tool for miniopen carpal tunnel release - the PSU retractor," *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 9, p. 126, 2008.
13. S. Wongsiri, "The new wave of carpal tunnel syndrome (CTS) surgery," *Bangkok Medical Journal*, vol. 06, no. 1, pp. 80-85, 2013.
14. R. J. P. M. Scholten, A. Mink Van Der Molen, B. M. J. Uitdehaag, and V. H. Bouter LM De, "Surgical treatment options for carpal tunnel syndrome," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 17, no. 4, Article ID CD003905, 2007.

## การใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

จริยา ทวีผล<sup>1</sup>, พย.ม., ลลนา แก้วใหญ่<sup>2</sup>, พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

### บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนและเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ<sup>1</sup> ระบบบริการปฐมภูมิของไทยได้มีการเปลี่ยนผ่านมาแล้วอย่างต่อเนื่องกว่าศตวรรษ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น<sup>(2)</sup> แต่การให้บริการและจัดการสุขภาพยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านกำลังคน<sup>(3)</sup> ปัจจุบันในยุคสังคมThailand 4.0 หรือสังคมยุคดิจิทัล ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์การสื่อสารแบบใหม่ที่เชื่อมต่อผู้คนในรูปแบบใหม่เป็นโครงข่ายทางสังคม (Social network) อันส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบใหม่<sup>(1)</sup>

การประยุกต์เทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ เป็นเครื่องมือในการพัฒนานวัตกรรมในระบบสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีมาตรฐานในหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง โดยการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเดียวกันอย่างไร้รอยต่อ<sup>1</sup> การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านและชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่หลักของงานการพยาบาลชุมชนเริ่มจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูล และการเยี่ยมบ้าน<sup>4</sup>ในอดีตการส่ง

ต่อผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านจะส่งข้อมูลด้วยระบบเอกสารผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มักเกิดปัญหาข้อมูลการส่งต่อมีความล่าช้า ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม เอกสารสูญหาย ทำให้การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนืองเกิดความล่าช้า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก อัตราการนอนรพ.ซ้ำ สูง การติดตามข้อมูลยุ่งยากหลายขั้นตอน มีการตอบกลับล่าช้าหรือไม่ตอบกลับ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2558 มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 55 ถึง 56 จึงมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมาใช้เพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้านโดยการนำแอปพลิเคชัน Line ในชื่อกลุ่ม Line “เยี่ยมบ้านอำเภอสองพี่น้อง” มาใช้ในการส่งต่อการดูแลต่อเนืองที่บ้านและมีการจัดส่งเอกสารตามไปอีกครั้ง ทำให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 - 2560 เครือข่ายมีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 59.85 และ 65.45 (ตามลำดับ) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีการตอบกลับทันเวลาภายใน 14 วัน ร้อยละ 38.74งานการพยาบาลชุมชนจึงดำเนินการพัฒนาต่อยอดการเชื่อมต่อระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยการนำโปรแกรม Thai COC มาใช้ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ที่ใช้อยู่เดิม

**ตารางที่ 1** ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
		2557	2558	2559	2560
1	การตอบกลับ(ร้อยละ)	55.35	56.19	59.85	65.45
2	การตอบกลับทันเวลา ภายใน 14 วัน(ร้อยละ)	None	None	None	38.74

4 ม.ค. 2559 – 30 ก.ย. 2560 นำแอปพลิเคชัน Line ใช้ร่วมกับการส่งเอกสาร

None = ยังไม่มีการเก็บข้อมูล

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ในการดูแลต่อเนืองที่บ้านระยะเวลาการศึกษา 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2563

**วิธีพัฒนาผลงาน**

1. ศึกษาปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไข โดยมองใน 4 ด้าน ได้แก่ คน เครื่องมือ วิธีการ และสิ่งแวดล้อม
2. ศึกษาเรียนรู้การใช้โปรแกรม Thai COC จาก รพ.สุรินทร์ และผลการดำเนินงานการใช้โปรแกรม Thai COC จาก รพ.สุรินทร์ และรพ.อำนาจเจริญ
3. ถ่ายทอดการใช้โปรแกรม Thai COC ให้แก่เครือข่ายบริการ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการรพ.สต. ในอำเภอสองพี่น้อง และนำแอปพลิเคชัน Line มาใช้ควบคู่กัน เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านทุกราย ในชื่อกลุ่ม Line “เยี่ยมบ้านอำเภอสองพี่น้อง” โดยเริ่มดำเนินงาน ในวันที่ 1 ตุลาคม 2561
4. เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและมีการตอบกลับจากเครือข่ายบริการ รพ.สต. ทั้ง 25 แห่ง ในอำเภอสองพี่น้อง รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การนอนรพ.ซ้ำ ผ่านทางโปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line โดยเก็บข้อมูลเป็นรายเดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562 และ

สรุปผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน จำนวน 2 ครั้ง โดยสรุปผลการดำเนินงานในวันที่ 1 เมษายน 2562 และวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ข้อมูลที่เก็บจะเป็นข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพของการดูแลต่อเนืองที่บ้าน 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 4.1 อัตราการตอบกลับหลังการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน  $\geq$  ร้อยละ 80
  - 4.2 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากรพ. ที่ได้รับการเยี่ยมที่บ้านภายใน 14วัน ร้อยละ 100
  - 4.3 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้าน  $\leq$  ร้อยละ 5
  - 4.4 อัตราการนอนรพ.ซ้ำของผู้ป่วย < ร้อยละ 1
- หมายเหตุ** ตัวชี้วัดจากหนังสือมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5. นำข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานรอบ 1 ปี มาประชุมร่วมกับเครือข่ายพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลใน รพ.สต.เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และนำข้อสรุปที่ได้จากประชุมมาดำเนินการวางแผนการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงาน
  6. ถ่ายทอดการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับโปรแกรม Line ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ให้แก่เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ทั้งในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการ รพ.สต. ทั้ง 25 แห่งในอำเภอสองพี่น้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาลและในเครือข่ายบริการ รพ.สต.

สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตามแนวทางการดำเนินงาน

7. เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและมีการตอบกลับจากรพ.สต.ในอำเภอสองพี่น้อง ทั้ง 25 แห่ง รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การนอนรพ. เข้า ผ่านทางโปรแกรม Thai COC ร่วมกับ

แอปพลิเคชัน Line ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563 และวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2563 โดยเก็บข้อมูลเป็นรายเดือน และสรุปผลการดำเนินงานราย 6 เดือน ในวันที่ 1 เมษายน 2563 และวันที่ 1 ตุลาคม 2563

## ผลการพัฒนา

### ตารางที่ 2 สรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุง

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนปรับปรุง	วัน เดือน ปี		ประเมินผลการปรับปรุง
			เริ่ม	สิ้นสุด	
คน	- ไม่มีความรู้เรื่องโปรแกรม Thai COC และเกณฑ์การตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	- จัดอบรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการใช้โปรแกรม Thai COC และนำแอปพลิเคชัน Line มาใช้ร่วมในการแจ้งเตือนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล		ปีละ 1 ครั้ง	- จนท. ทั้งในรพ. และรพ.สต. มีความรู้ - จนท. ทั้งในรพ. และ รพ. สต. สามารถบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/การตอบกลับในโปรแกรมได้ - อัตราการตอบกลับและการทันเวลาภายใน 14 วัน เพิ่มขึ้น - มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
	- บุคลากรใหม่	- ทบทวนผลการบันทึกข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการตอบกลับที่เกิดการผิดพลาด เพื่อเรียนรู้ ป้องกันการเกิดซ้ำ - ทบทวนความรู้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมที่พบข้อผิดพลาดในการบันทึกบ่อยๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีหลายโรค - นำข้อมูลการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผิดพลาดบ่อยมา แยกประเภท กลุ่มโรค เพื่อมาพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการตอบกลับให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	เม.ย.2562, ต.ค. 2562, และ เม.ย.2563	ปีละ 6 เดือน  ปีละ 1 ครั้ง  ทุก 6 เดือน	



ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนปรับปรุง	วัน เดือน ปี		ประเมินผลการปรับปรุง
			เริ่ม	สิ้นสุด	
เครื่องมือ	- การส่งต่อข้อมูล/ตอบกลับในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - ไม่มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลการส่งต่อและการตอบกลับในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	- เปลี่ยนมาใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line - จัดทำคู่มือแนวทางการใช้โปรแกรม ฯ ในการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line	1 ต.ค. 2561	30 ก.ย. 2564	- มีการส่งต่อข้อมูล/ตอบกลับที่มีมาตรฐาน - มีคู่มือแนวทางการใช้โปรแกรม ฯ เรื่องการบันทึกข้อมูลการส่งต่อ และตอบกลับในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชัดเจน
วิธีการ	- ไม่มีคู่มือแนวทางการใช้โปรแกรม ฯ ที่ชัดเจน เรื่อง การบันทึกข้อมูลการส่งต่อและตอบกลับในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	- กำหนดแนวทางการใช้โปรแกรม ฯ ที่ชัดเจนในการบันทึกข้อมูลการส่งต่อ และตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1 ต.ค. 2561	30 ก.ย. 2564	- มีคู่มือแนวทางการใช้โปรแกรม ฯ ที่ชัดเจนในการบันทึกข้อมูลการส่งต่อและตอบกลับในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
สิ่งแวดล้อม	- พยาบาลในรพ.สต. มีภาระงานมาก	- จัดอบรม จนท.อื่น ๆ ทั้งในรพ. และรพ.สต. ในการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	15 ต.ค. 2562	30 ก.ย. 2564	- จนท. ทั้งในรพ. และ รพ.สต. สามารถบันทึกข้อมูลการส่งต่อ/การตอบกลับในโปรแกรมได้

การเก็บข้อมูลการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 พบว่า หอผู้ป่วย 17 แห่ง และรพ.สต. ทั้ง 25 แห่ง ในอำเภอสองพี่น้อง มีการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับดูแลต่อเนืองที่บ้าน (1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563)

ข้อมูล	1 ต.ค. 61 –	1 เม.ย. 62 –	1 ต.ค. 62 –	1 เม.ย. 63 –	รวม
	31 มี.ค. 62	30 ก.ย. 62	31 มี.ค. 63	30 ก.ย. 63	
ผู้ป่วยจาก รพ. ไป รพ.สต.(คน)	493	456	505	535	1,989
- ผู้ป่วยใน (คน)	442	421	493	520	1,876
- ผู้ป่วยนอก (คน)	51	35	12	15	113
ผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.สต. ไป รพ.สต.(คน)	26	18	10	5	59

ตารางที่ 4 ผลการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

ตัวชี้วัด	เป้า หมาย ร้อยละ	ก่อนใช้ โปรแกรม	ผลการใช้โปรแกรม				หลังใช้ โปรแกรม
			Thai COC ร่วมกับ โปรแกรม Line				
			1 ต.ค. 61	1 เม.ย. 62	1 ต.ค. 62	1 เม.ย. 63	
			31 มี.ค. 62	30 ก.ย. 62	31 มี.ค. 63	30 ก.ย. 63	
การตอบกลับ	≥ 80	65.45	99.50	99.52	100	100	99.76
ตอบกลับทันเวลาภายใน 14 วัน	100	38.74	92.07	87.80	92.21	95.93	92.00
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	≤ 5	None	2.98	6.22	2.15	1.83	3.30
อัตราการนอนรพ. ซ้ำ	< 1	6.64	1.16	3.35	0.78	1.02	1.58

ตารางที่ 5 การสำรวจความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (ปีละ 1 ครั้ง)	1 เม.ย. 2562								
	สำรวจ (คน)	ไม่พอใจ (คน)	ร้อยละ	น้อย (คน)	ร้อยละ	ปานกลาง (คน)	ร้อยละ	พอใจมาก (คน)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย	20	0	0.00	1	5.00	1	5.00	18	90.00
พยาบาลวิชาชีพ ในรพ.สต.	25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	25	100
จนท.สาธารณสุข ในรพ.สต.	25	1	4.00	2	8.00	1	4.00	21	84.00
รวม	70	1	1.43	3	4.29	2	2.85	64	91.43

ความพึงพอใจ (ปีละ 1 ครั้ง)	1 เม.ย. 2563								
	สำรวจ (คน)	ไม่พอใจ (คน)	ร้อยละ	น้อย (คน)	ร้อยละ	ปานกลาง (คน)	ร้อยละ	พอใจมาก (คน)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย	20	0	0.00	0	0.00	0	0.00	20	100
พยาบาลวิชาชีพ ในรพ.สต.	25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	25	100
จนท.สาธารณสุข ในรพ.สต.	25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	25	100
<b>รวม</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

### สรุปผลการศึกษา

#### 1. ประโยชน์ของการใช้โปรแกรม Thai COC

ร่วมกับ โปรแกรม Line ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมีความรวดเร็ว ครอบคลุมครบถ้วน ข้อมูลไม่สูญหายระหว่างการส่งต่อ มีการตอบกลับเพิ่มขึ้นและเพิ่มความทันเวลาภายใน 14 วัน
2. สามารถประมวลผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ และกรณีที่มีการส่งผิดสถานบริการหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน สามารถแจ้งต้นทางผ่านแอปพลิเคชัน Line เพื่อแก้ไขได้ทันที
3. สามารถทำงานได้ทุกสถานที่ที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทั้งบนโทรศัพท์เคลื่อนที่อัจฉริยะ (Smart Phone) แท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ระบบสัมผัส โดยไม่ต้องใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องหลักในระบบเครือข่าย (server) ทำให้ประหยัดต้นทุน
4. แผนการรักษาของแพทย์ไปสู่ชุมชน มีความถูกต้อง ไม่คลาดเคลื่อน และในกรณีที่รพ.สต. ต้องการความช่วยเหลือสามารถแจ้งผ่านแอปพลิเคชัน

Line เพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพในรพ. ได้ทันที

#### 2. ปัญหาอุปสรรค

ในระยะแรกบุคลากรในรพ. ยังไม่พร้อมใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ทำให้การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีความล่าช้าและผิดสถานบริการ จากความเข้าใจคลาดเคลื่อนที่ว่า ต้องส่งข้อมูลผ่านทางคอมพิวเตอร์หรือถ้าส่งผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่อัจฉริยะ จะต้องคัดลอกแฟ้มข้อมูลหรือโปรแกรมทำให้เปลืองพื้นที่จัดเก็บข้อมูลของโทรศัพท์ดำเนินการแก้ไขโดยการจัดเวทชี้แจงและทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยใน รพ.

บุคลากรใน รพ.สต. ขาดความเข้าใจในการใช้โปรแกรม ทำให้การตอบกลับข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุม ได้ดำเนินการแก้ปัญหาเป็นรายกรณี โดยการแจ้งผ่านทางแอปพลิเคชัน Line และตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลที่โปรแกรม Thai COC รวมทั้งจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับบุคลากรใน รพ.การใช้โปรแกรม

Thai COC บนโทรศัพท์เคลื่อนที่อัจฉริยะ บางครั้งอาจเกิดการขัดข้องของโปรแกรม ทำให้การบันทึกข้อมูลทำได้ไม่สมบูรณ์ ดำเนินการแก้ไขโดยการบันทึกข้อมูลเท่าที่จำเป็นและดำเนินการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ในภายหลัง

### 3. การพัฒนา

นำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาสู่งานวิจัยหรืองานประจำสู่งานวิจัย

**สรุปภาพรวม:** การใช้โปรแกรม Thai COC ร่วมกับแอปพลิเคชัน Line ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้อที่บ้าน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ให้บริการเกิดความสะดวกรวดเร็ว และมีข้อมูลครอบคลุมสำหรับการดูแลผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ 2561. (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 (พ.ศ. 2560 – 2579) (online). 2560 สิงหาคม 24. วันที่สืบค้นข้อมูล 2561 มิถุนายน 13. สืบค้นจาก: URL:<https://spm.thaigov.go.th/FILEROOM/spm-haigov/DRAWER004/GENERAL/DATA0000/00000362.PDF>
2. ปราโมทย์ บุญเจียร. การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดเลย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2559; 6(1): 38-48.
3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. การพัฒนาและให้รางวัลคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข). นนทบุรี: นโม พรินติ้งแอนพับลิชชิ่ง; 2555: 5-12.3.
4. ชูหงส์ มหรรทศนพงศ์. ความสำเร็จโดยการเพิ่มขึ้นของอัตราการตอบกลับเยี่ยมบ้านจากการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561;35(4): 355-362.
5. ประภัศสร งานรุ่งเรือง. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านจังหวัดอุดรธานี (online). 2557 พฤษภาคม 3. วันที่สืบค้นข้อมูล 2561 มิถุนายน 15. สืบค้นจาก:URL:<http://www.r2rthailand.org/knowledge/1515>
6. อินทิรา อมรวงศ์, จุฬิพร ชุมทอง, และมงคล อาจนियม. ผลการใช้โปรแกรม Thai COC ในงานเยี่ยมบ้าน (online). วันที่สืบค้นข้อมูล 2561 สิงหาคม 2, สืบค้นจากเว็บไซต์ : [http://www.amno.moph.go.th/amno\\_new/files/098-61.pdf](http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/098-61.pdf)

## การท่องเที่ยวไทยในสถานการณ์โรคระบาด

ภูษงค์กร จินดาพล

วิทยาลัยเทคนิคพังงา สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

### บทคัดย่อ

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน แนวโน้มความต้องการของประชากรโลกส่งผลให้สภาพสังคมโลกและสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ประเทศต่าง ๆ ไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเอกเทศ แต่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการเจรจาติดต่อกับประเทศอื่น ๆ เพื่อความอยู่รอดทางเศรษฐกิจ โดยทุกประเทศต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในเชิงบวกและเชิงลบเพื่อปรับตัวให้พร้อมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หนึ่งในแนวโน้มความต้องการของประชากรโลกที่ส่งผลดีต่อประเทศไทยอย่างมหาศาลในด้านเศรษฐกิจก็คือ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ที่สร้างงานสร้างรายได้ให้กับประชาชนจำนวนมาก เนื่องจากประเทศไทยมีวัฒนธรรม ประเพณี และสถานที่ท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สมบูรณ์และสวยงาม แต่ในทางกลับกันแนวโน้มความต้องการของประชากรโลกที่บ่าไหลเข้ามานั้นก็แฝงมาด้วยภัยร้ายอย่างโรค “Covid-19” (Coronavirus Disease 2019) ที่อันตรายร้ายแรงยากแก่การป้องกันและคร่าชีวิตคนไปเป็นจำนวนมาก ทำให้ทุกอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในประเทศไทยต้องหยุดลงไป ช่องทางการเข้าออกประเทศถือได้ว่าเป็นด่านที่สำคัญที่สุดในการคัดกรองป้องกันและสกัดเชื้อโรคจากภายนอกประเทศที่ทำให้เกิดการติดต่อและแพร่ระบาดต่อประชากรภายในประเทศไทยอย่างมาก ดังนั้น ประเทศไทยควรใช้หลักการระบาดวิทยาเพื่อกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อตามช่องทางเข้าออกของประเทศไทยทุกช่องทางอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะช่องทางเข้าออกประเทศทางธรรมชาติที่มักหละหลวมในการควบคุมและตรวจสอบ อีกทั้งยังต้องควบคุมและกำหนดปริมาณนักท่องเที่ยวต่างชาติในการเข้าออกประเทศไทยเพื่อความสะดวกในการติดตามเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคอีกด้วย

**คำสำคัญ :** อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว Covid-19 เชื้อโรค การแพร่ระบาด ระบาดวิทยา

---

## Thai tourism in the epidemic disease situation

Phuchongkorn Jindapol

Phang-nga Technical College. Vocational Education Commission.

---

### Abstract

From the past to the present, the trend of the needs of the world population has resulted in the changing of the global society and the Thai society. But there is a need for negotiations with other countries to survive the economy. All countries must understand the positive and negative upcoming changes in order to adapt to the future. One of the trends in demand of the world population that has a tremendous impact on Thailand in the economic field is Tourism industry That create jobs that generate income for many people Because Thailand has rich and beautiful culture, traditions and natural attractions. But on the other hand, the trend of burdening the world's population needs is lurking in the dangers of the deadly "Covid-19"(Coronavirus Disease 2019), difficult to prevent and kill many people. Causing all tourism industries in Thailand to stop Entry and exit channels are considered to be the most important checkpoint for screening, prevention and extraction of pathogens from outside the country that have become highly contagious and spread to the population within Thailand. Be careful and prevent contagious diseases at every entry and exit channel of Thailand strictly. Especially the natural entry channels that are often lax to control and monitor. It also has to control and determine the number of foreign tourists in and out of Thailand for the convenience of monitoring when the epidemic occurs.

**Keywords:** Tourism Industry, Covid-19, Pathogen, Epidemic, Epidemiology

## บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ชาวต่างชาติต้องการเข้ามาท่องเที่ยว พักผ่อน ทำธุรกิจ และกิจกรรมต่าง ๆ ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการท่องเที่ยว เนื่องจากประเทศไทยมีความพร้อมในการรองรับนักท่องเที่ยวในทุก ๆ ด้าน เช่น ทรัพยากรทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม วัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ช่องทางการขนส่งที่ได้มาตรฐานและรองรับในทุกภูมิภาค แหล่งอาหารในทุกพื้นที่ภายในประเทศที่อุดมสมบูรณ์ไม่ขาดแคลน และศิลปกรรมไทยที่มีความวิจิตรจนเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ ด้วยเหตุผลทั้งหลายเหล่านี้ทำให้ในแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมากอย่างล้นหลาม ในมุมมองด้านเศรษฐกิจนับได้ว่าเป็นสัญญาณนิมิตหมายที่ดีในการดึงดูดเงินตราเข้าประเทศได้อย่างล้นเหลือ อีกทั้งยังแผ่ความเจริญรุ่งเรืองไปยังอีกหลายธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวอีกด้วย สำหรับประเทศไทยแล้ว การท่องเที่ยวสร้างเม็ดเงินให้ประเทศอย่างมหาศาลเป็นระยะเวลาานพอสมควร สามารถเห็นได้จากการขยายกิจการโรงแรมที่พักอยู่สม่ำเสมอ เกิดกิจกรรมการท่องเที่ยวในแต่ละภูมิภาคอย่างมากมาย อีกทั้งยังต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการท่องเที่ยวและผลผลิตทางการเกษตรเพื่อมารองรับจำนวนนักท่องเที่ยวที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี แต่เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมาได้เกิดโรคระบาดร้ายแรงทั่วทั้งมุมโลก ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ด้วยเช่นกัน ไวรัสตัวนี้คือ Covid-19 (Coronavirus Disease 2019) เป็นไวรัสที่สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คนได้โดยสารคัดหลั่ง เช่น ละอองน้ำมูก ละอองน้ำลาย ผ่านการไอจาม หลาย

ประเทศต้องปิดการเดินทางเข้าออกประเทศ เนื่องจากต้องควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้เร็วที่สุดรวมถึงประเทศไทยด้วย เมื่อไม่มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางเข้ามาย่อมส่งผลเสียให้ธุรกิจด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นอย่างมาก หลายบริษัทหลายโรงแรมต้องปิดกิจการลงไป เพราะไม่มีรายได้ ยกเลิกการจ้างบุคลากรทางการท่องเที่ยวลงเพราะต้องการลดรายจ่ายให้มากที่สุด ทำให้เกิดอัตราการว่างงานที่ไม่สามารถแก้ไขหรือช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

**ด้านเศรษฐกิจของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวไทย** มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจไทยเป็นอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีนักท่องเที่ยวประมาณ 109,040 คนต่อวัน นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมีจำนวนมากถึง 39.8 ล้านคน รายได้จากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12 ของจีดีพี แต่เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ธุรกิจท่องเที่ยวทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างหนัก นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติไม่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 2 เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จีดีพีในช่วงไตรมาสที่ 2 ของปี พ.ศ. 2563 ติดลบ 12.1% นับเป็นการติดลบที่ต่ำสุดในรอบปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวสร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่องโดยสร้างรายได้มากกว่า 1 ล้านล้านบาทต่อปี ธุรกิจท่องเที่ยวนับเป็นกลไกสำคัญในการกระจายรายได้ไปสู่ท้องถิ่น ก่อให้เกิดการจ้างแรงงานที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจการท่องเที่ยว กล่าวได้ว่าเศรษฐกิจไทยขับเคลื่อนด้วยการท่องเที่ยว โดยในปี พ.ศ. 2562 World Economic Forum (WEF) ได้จัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทยไว้ที่

อันดับ 31 จาก 140 ประเทศ และได้คะแนนอยู่ในลำดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศอาเซียน แต่อย่างไรก็ตามธุรกิจการท่องเที่ยวไทยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากนักท่องเที่ยวที่เดินทางมายังประเทศไทยนั้นมีการกระจุกตัวในเชิงสัญชาติ จึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยเป็นอย่างมาก ได้รับผลกระทบจากรายได้ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่ลดลง แม้ทางรัฐบาลมีความพยายามกระตุ้นการท่องเที่ยวในประเทศไทยมากเพียงใด แต่รายได้ที่มาจากการใช้จ่ายภายในประเทศนั้นเทียบไม่ได้เลยกับจำนวนเงินจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่สูญเสียไป<sup>(1)</sup>

**ด้านการสาธารณสุขของประเทศไทย** นับได้ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาได้อย่างดีเยี่ยมไม่แพ้ชาติใดในโลก เพียงแต่ยังขาดมาตรการที่จำเป็นในการควบคุมและป้องกันโรคระบาด ดังนั้น แนวทางการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเป็นสิ่งที่สำคัญมากซึ่งควรจัดทำให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างเห็นได้ชัดและสามารถใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในหลักระบาดวิทยานั้น สามารถอธิบายให้เห็นถึงขั้นตอนและวิธีการป้องกันได้อย่างชัดเจน ต้องมีการประสานงานอย่างเป็นระบบ และใช้ประโยชน์ร่วมกันได้หลายฝ่าย การเฝ้าระวังป้องกันโรคระบาดนั้นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยปราศจากความไว้วางใจเพราะเป็นภัยต่อสุขภาพของประชากรภายในประเทศ จะต้องติดตามเฝ้าสังเกตศึกษาสิ่งทีก่อให้เกิดโรคระบาดที่ถูกต้อง ในส่วนของการเฝ้าระวังโรครบาดนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 แบบ<sup>(2)</sup> ดังนี้ 1. การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance) เป็นการตั้งรับรอผู้ป่วยที่ติดเชื้ออยู่ประจำสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 2. การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance)

เป็นการเฝ้าระวังติดตามแบบลงพื้นที่เพื่อเสาะหาผู้ติดเชื้ออย่างจริงจัง 3. การเฝ้าระวังตัวแทน (Sentinel surveillance) เป็นการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดแบบเฉพาะกลุ่ม เป็นการเลือกขึ้นมาเพื่อติดตามการแพร่ระบาด 4. การเฝ้าระวังเฉพาะ (Special surveillance) เป็นการจำกัดกรอบการควบคุมที่มีประชากรอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก และ 5. การเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข (Event-based surveillance) เป็นการเฝ้าระวังตามแหล่งข่าวที่ให้ข้อมูลมา อาจจะเป็นสิ่งที่น่าสนใจหรือเป็นความผิดปกติในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขก็ได้ โดยจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้กล่าวมานั้น ประเทศไทยเมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดนั้นขาดการเฝ้าระวังโรคระบาดแบบเชิงรุก เนื่องจากการระบาดของโรคได้แพร่กระจายไปในวงกว้าง และบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย อีกนัยหนึ่ง ควรเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ หรือจัดอบรมเพื่อถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์ให้กับบุคลากรภายนอกเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการรับมือกับโรคระบาดในระลอกต่อไป ในเรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องต่อไป<sup>(1)</sup> 1. ความรู้พื้นฐานของการระบาดของโรค 2. ขั้นตอนการสอบสวนการระบาดของโรค 3. ความรู้พื้นฐานในการป้องกันและควบคุมโรค 4. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ 5. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน 6. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางการสัมผัสระหว่างบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการต้านทานโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ต่อโรคหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค เป็นต้น<sup>(2)</sup>



**วิกฤตโรคระบาดในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว** เมื่อประเทศไทยใช้มาตรการการเฝ้าระวังโรคระบาดที่เป็นรูปธรรมแล้วนั้น สิ่งทีบุคลากรในด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในประเทศไทยควรปฏิบัติก็คือความตระหนักถึงภัยร้ายแรงเกี่ยวกับโรคระบาดที่เกิดขึ้นอยู่เสมอว่าส่งผลร้ายแรงต่อภาคส่วนธุรกิจอย่างไรบ้าง และต้องสร้างจิตสำนึกรู้ตระหนักภายในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังเป็นทัพเสริมด้านการสาธารณสุขให้กับวงการแพทย์ของประเทศไทยอีกด้วย เนื่องจาก โรคระบาดสามารถเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานโดยมีสาเหตุจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานจนทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งอาการเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานในขณะที่ทำงานอย่างฉับพลันหรืออาจเกิดขึ้นหลังจากการทำงานที่สัมผัสเชื้อโรคเป็นเวลานาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาด ชนิดของเชื้อโรค และลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน<sup>(3)</sup> เช่น เพศ อายุ ลักษณะทางพันธุกรรม พฤติกรรม สุขภาพ และลักษณะรูปร่างของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนสิ่งที่คุกคามจากสภาพแวดล้อมนั้นคือ ฝุ่น ควัน ละออง และเชื้อโรคต่าง ๆ ที่แตกต่างกันนั้นมีรายละเอียด ดังนี้ 1. เพศ เนื่องจากสรีระของชายและหญิงมีความแตกต่างกันทำให้มีความแข็งแรงแตกต่างกัน โอกาสเกิดโรคก็แตกต่างกัน ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลนั้นแสดงว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจมากกว่าเพศหญิง (ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นของแต่ละบุคคล) 2. อายุ เด็กจะมีความต้านทานโรคน้อยกว่าผู้ใหญ่ แต่คนวัยสูงอายุจะมีความต้านทานโรคน้อยกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน 3. เชื้อชาติ พบว่าคนเอเชียมีอัตราการเกิดการผิดปกติของเนื้อเยื่อมากกว่าคน

ชาติอื่น ๆ 4. อาหาร คนที่บริโภคอาหารจำพวกโปรตีนน้อยจะส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันต่ำ 5. พฤติกรรม คนที่มีสุขอนามัยที่ไม่ถูกต้องจะมีโอกาสในการรับเชื้อโรคมกกว่าคนปกติซึ่งทำให้เป็นโรคได้ง่าย 6. การศึกษา คนที่ได้รับการศึกษาหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่มาจากเชื้อโรค และวิธีป้องกัน ย่อมดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้รับการศึกษา 7. การกระทำ การทำงานที่ไม่มี ความระมัดระวังย่อมสร้างให้เกิดความไม่ปลอดภัย 8. บุคลิกภาพ ผู้ที่เกิดความเครียดง่ายย่อมเกิดโรคได้มากกว่าคนปกติ 9. โรคประจำตัว บางคนมีโรคประจำตัวที่ซ่อนเร้นอยู่ เมื่อได้รับเชื้อโรคเพิ่มขึ้นก็จะทำให้อาการกำเริบหนักขึ้น หรือมีความไวต่อการรับเชื้อมากกว่าคนปกติ 10. ระยะเวลา การทำงานในช่วงเวลาที่ยาวนานจะก่อให้เกิดเชื้อโรคสะสมในร่างกายมากยิ่งขึ้น 11. ความไวต่อการเกิดโรค คนแต่ละคนมีความต้านทานโรคที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้บางคนมีอาการมาน้อยแตกต่างกัน 12. ความอ่อนเพลีย การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้<sup>(3)</sup>

**การป้องกันด้านผู้ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว** มีการตรวจคัดกรองและวัดอุณหภูมิร่างกายทั้งพนักงานและนักท่องเที่ยวก่อนทำทุกกิจกรรม กำกับให้มีการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยอยู่เสมอ จัดเตรียมเจลล้างมือที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% ขึ้นไป เพื่อให้เพียงพอต่อการฆ่าเชื้อโรค มีการอธิบายให้พนักงาน และผู้ใช้บริการทราบเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองขณะทำกิจกรรมการท่องเที่ยว หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยไอจาม หมดน้ำล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์สม่ำเสมอ ไม่ใช่ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น กำกับให้มีการทำความสะอาด

ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามจุดต่าง ๆ ที่มีการใช้งาน ร่วมกันหรือเป็นจุดสัมผัสบ่อย หากมีอาการป่วย ภายใน 14 วัน ให้รีบพบแพทย์ทันที พร้อมแจ้ง ประวัติการเดินทาง

**การป้องกันด้านนักท่องเที่ยว** ควรสังเกต อาการตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากมีไข้ ไอ จาม มี น้ำมูก หรือเหนื่อยหอบควรงดใช้บริการและไปพบ แพทย์ทันที สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาขณะอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ล้างมือด้วย สบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ให้สะอาดอยู่เสมอก่อนเข้า และออกจากสถานที่ เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร ทั้งบนบกและในน้ำ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ระบบทางเดินหายใจควรหลีกเลี่ยงช่วงเวลา และ สถานที่ที่มีคนอยู่จำนวนมาก ระวังตระเวนการทิ้งสิ่ง ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย และควรทิ้งในภาชนะหรือ สถานที่ที่จัดเตรียมไว้ควรชำระค่าบริการผ่าน ระบบออนไลน์ หากชำระเงินสดต้องไม่สัมผัสมือ โดยตรง ปฏิบัติตามมาตรการของแต่ละสถานที่ อย่างเคร่งครัด <sup>(4)</sup>

**การป้องกันด้านสถานประกอบการ** จัด ให้มีทางเข้าออกที่ชัดเจน สำหรับผู้เข้ารับบริการใน กรณีที่มีทางเข้าออกหลายทางต้องมีจุดคัดกรองทุก เส้นทาง มีระบบคัดกรองเจ้าหน้าที่ พนักงาน และ นักท่องเที่ยว หากพบว่ามีอาการไอ จาม เป็นไข้ มี น้ำมูกหรือเหนื่อยหอบ แจ้งงดให้บริการ และแจ้ง พนักงานควบคุมโรคติดต่อทันที อนุญาตให้ผู้สวม หน้ากากอนามัยเข้าใช้บริการเท่านั้น กำหนดจำนวน การเข้าใช้บริการ ระยะเวลาที่ใช้บริการ ลดการใช้ เสี่ยง ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ และจุดที่ มีผู้สัมผัสร่วมกันด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง มีการปกปิดอาหารอย่างมิดชิด จัดให้มีที่ ล้างมือหรือเจลแอลกอฮอล์ มีการระบายอากาศที่ดี ในทุกสถานที่ ถึงขยะมีฝาปิดมิดชิด สื่อสารให้

ความรู้คำแนะนำเรื่องการป้องกันเพื่อลดความ เสี่ยงโรค Covid-19 อย่างต่อเนื่อง <sup>(4)</sup>

### สรุป

สำหรับจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติเที่ยว ไทยในปี พ.ศ.2564 ถึง พ.ศ.2565 นั้น ยังมีการ ประมาณอยู่ในระดับต่ำ เพราะอย่างยิ่งมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบ แม้ว่าในระยะข้างหน้าประเทศไทยจะ เปิดรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่การ เดินทางระหว่างประเทศยังต้องขึ้นอยู่กับนโยบาย การผ่อนคลายการท่องเที่ยวของแต่ละประเทศ เช่นกัน ซึ่งบางประเทศเปิดให้เดินทางท่องเที่ยวไป ยังเฉพาะประเทศที่ทางการแต่ละประเทศกำหนด ประกอบกับความต้องการเดินทางท่องเที่ยว ต่างประเทศในปี 2564 นั้น ยังมีข้อจำกัด ซึ่งเป็น ผลจากนักท่องเที่ยวยังมีความกังวลที่จะเดินทาง ท่องเที่ยวในช่วงที่ยังมีการระบาดของเชื้อโรคไวรัส Covid-19 และการท่องเที่ยวต่างประเทศยังมี ค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยวต่อทริปที่สูง จาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่เกิดขึ้น เช่น ค่าตรวจร่างกาย ก่อนการเดินทาง และค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพ เป็นต้น ทำให้การเดินทางยังจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่ม นักท่องเที่ยวที่มีกำลังซื้อสูง ขณะที่กลุ่มกำลังซื้อ ปานกลาง และระดับล่างนั้นน่าจะยังไม่ฟื้นตัว อีกทั้งปริมาณการเดินทางท่องเที่ยวระหว่างประเทศที่ ยังต่ำ ส่งผลให้เส้นทางการบินยังไม่กลับเข้าสู่ภาวะ ปกติ ซึ่งก็เป็นหนึ่งในอุปสรรคของการเดินทาง ท่องเที่ยว ขณะที่ ธุรกิจในช่วงโศกของภาคการ ท่องเที่ยวยังต้องเผชิญกับความยากลำบากต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการที่เน้นการทำตลาด นักท่องเที่ยวต่างชาติ ทำให้ต้องปรับแนวทางการ ทำธุรกิจอย่างเร่งด่วน และอีกทั้งยังต้องปฏิบัติตาม นโยบายการควบคุมการระบาดของโรค Covid-19

อย่างเคร่งครัด ซึ่งผู้ประกอบการบางรายเลือกที่จะปิดกิจการชั่วคราว ขณะที่ผู้ประกอบการบางรายที่จำเป็นต้องเปิดให้บริการก็ปรับกลยุทธ์การตลาดเจาะกลุ่มนักท่องเที่ยวไทย หรือธุรกิจโรงแรมและที่พักต้องปรับเป็นรูปแบบการให้บริการที่พักแบบระยะยาว <sup>(1)</sup>

อย่างไรก็ดี ขณะนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวต้องพิจารณาหาแนวทางช่วยเหลือผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น และการหาแนวทางความเป็นไปได้ในการเปิดประเทศเพื่อดึงนักท่องเที่ยวกลับเข้ามากระตุ้นเศรษฐกิจด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวให้มากขึ้นท่ามกลางสภาวะการระบาดของโรค Covid-19 นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์ท่องเที่ยว. ในกองเศรษฐกิจ การท่องเที่ยวและกีฬา กรมการท่องเที่ยว, 2563.
2. เจษฎา ธนกิจเจริญกุล. หลักการระบาดวิทยา การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข และการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา. ในกองควบคุมโรค และภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2558.
3. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ. วิทยาการระบาดกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ หน่วยที่ 13 วิทยาการระบาด และการควบคุมโรค. ในเอกสารการสอนชุดวิชา หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2556.
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าของกิจการ/ผู้ให้บริการ/ผู้ใช้บริการ. ในคู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการ และกิจกรรมด้านการท่องเที่ยว เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (Covid-19). กรมการท่องเที่ยว, 2563.