



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 Vol. 3 No. 2 July - December 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

ISSN 2697-6625

1. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิกการดูแลประคับประคอง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
สิรินทิพย์ ลิตานนท์ พ.บ.
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร
อุษา จันทร์กลั่น ส.ม.
3. ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
จันทร์รา กุลแก้ว พย.ม. , จันทร์เพ็ญ สถาผล พย.บ.
4. การกระจายยาสมุนไพร และผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้อย่างสมนไพร ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจังหวัดพิจิตร
จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพร ของเขตสุขภาพที่ 3
สันทัศน์ ทองงามดี ภ.บ.
5. การพัฒนาระบบการใช้อยากลุ่ม statins เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับคล้อ พ.ศ. 2565
นที กาทอง ภ.บ.
6. การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้อย่างสมเหตุสมผลในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก
กฤษฎดา อินทาทกรวด ภ.บ.
7. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ; การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร
สุดารัตน์ จังอินทร์ ภ.บ.
8. การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปึงนาราง
ปิยะนุช นาคดี ภ.บ.
9. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน
วิพาพรรณ นันทะสาร ภ.บ.
10. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา
สิปศักดิ์ ศรีสุวรรณ ส.บ.
11. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อย่างผิดอินซูลิน
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร
อรุณวรรณ ต่อกร ภ.บ.
12. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19
ของประชาชน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
ประทีป บดีรัฐ ส.บ.

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

13. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย
สมพิศ วิริยม พย.บ.
14. การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกจากยาดำน้ำตมร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
สิรินาก สงวนทรัพย์ พย.ม.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
Phichit Public Health Research and Academic Journal



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิศิษฐ์	อภิสิทธิ์วิทยา	รักษาการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์โชติ	ภาวศุทธิกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์พนม	ปทุมสูติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายจิรยุทธ์	คงนุ่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายสมจินต์	มากพา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคัม

รองบรรณาธิการ

นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี นางสาวอุษา จันทร์กลีน

กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางภฤดา แสงสินศร นายวิวัฒน์ อุปคำ นางอัจฉนา เจศรีชัย
นางสาวชุติมา อินหัน นางมยุรี เข้มทอง นางสาวอุษา จันทร์กลีน

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

แพทย์หญิงผกามาศ	เพชรพงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี	โชติภักคัม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์สมบูรณ์	จีนาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
แพทย์หญิงนงลักษณ์	บุตรดี	โรงพยาบาลพิจิตร
ทันตแพทย์หญิงสมร	บุญเกษม	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป	จันทร์สิงห์	โรงพยาบาลบางมูลนาก

ดร.ชัยณรงค์	สังข์จำง	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล	ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก
ผศ.ดร.ทัศพร	ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ดร.รุ่งโรจน์	เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี
ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์	ธรรมกวินวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง
รศ.ดร.สันติสิทธิ์	เขี้ยวเงิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.รัฐคุณานิช	กันหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์	ธนพัฒน์พงศ์	คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

1. ฝ่ายเหรียญก

นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางฐิติญากร สินธุ์รัตน์

2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข้มทอง นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร นางสาวอนุชยา สังข์เมือง

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133-134 โทรสาร 056 990 353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

<http://www.ppho.go.th/webppho>

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 081 675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีชาวสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรทุกท่าน นับแต่วันที่
รับหน้าที่ Mr. COVID จวบจนปัจจุบัน กระผมได้รับความร่วมมือ
ร่วมแรง ร่วมใจจากบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพและ
ประชาชนชาวจังหวัดพิจิตรเป็นอย่างดี ประเมินได้จากผลดำเนินการ
ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่
จังหวัดพิจิตรที่สามารถดูแลรักษาและควบคุมโรคจนสถานการณ์

การระบาดลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งยืนยันถึงประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากร
สาธารณสุขภาคีเครือข่ายและความร่วมมือของประชาชนได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565
เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีมติปรับระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากโรคติดต่ออันตราย
ลำดับที่ 14 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลำดับที่ 57 อย่างไรก็ตามมาตรการสำคัญที่ยังคงต้องถือปฏิบัติ
และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักและเข้าใจอย่างทั่วถึงทุกภาคส่วนคือ มาตรการป้องกันการติดเชื้อ
ตามมาตรฐานสากล (รักษาระยะห่าง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย) และ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
ตามมาตรฐานกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยง ซึ่งยังคงเป็นแนวทางที่ต้องยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ท้ายนี้กระผมในฐานะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ขอแสดงความขอบคุณคณะผู้บริหาร
และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรทุกท่าน ที่อุทิศทั้งแรงกายแรงใจทุ่มเทกับการทำงานเพื่อประชาชน
ชาวจังหวัดพิจิตร จนบรรลุผลสำเร็จเป็นที่น่าภาคภูมิใจ ทั้งนี้ขอเป็นกำลังใจในการทำงาน ขอให้ทุกท่าน
ทำงานอย่างมีความสุข ราบรื่น บรรลุผลตามเป้าหมายสมความตั้งใจ ดังพระบรมราโชวาทในหลวง
รัชกาลที่ 9 ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 17 กรกฎาคม 2530
“การทำงานใดๆ ไม่ว่าใหญ่หรือเล็ก ควรอย่างยิ่งที่จะตั้งเป้าหมาย ขอบเขต และหลักการไว้ให้แน่นอน
เพราะจะช่วยให้สามารถ ปฏิบัติมุ่งเข้าสู่ผลสำเร็จได้โดยตรง และถูกต้องพอเหมาะพอดี เป็นการป้องกัน
และขจัดความล่าช้า ความสิ้นเปลือง ความเสียเปล่า ทุกอย่างได้อย่างสิ้นเชิง”

นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 14 เรื่องอันประกอบไปด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 12 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร 3) ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4) การกระจายยาสมุนไพรและผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิจิตร จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3 5) การพัฒนาระบบการใช้ยาในกลุ่ม Statin เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทศกิโล พ.ศ.2565 6) การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก 7) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน : การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร 8) การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากกลุ่ม Statin เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนาราง 9) การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลวังทรายพูน 10) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา 11) ผลของการบริหารเภสัชร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร 12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และรายงานผู้ป่วย จำนวน 2 เรื่อง คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย และ 2) การพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบจากยาต้านไวรัสร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการสละเวลาอ่าน และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขบทความเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ ซึ่งรายละเอียด ของเนื้อหาผู้อ่านสามารถอ่านหรือสืบค้นได้จากวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ทั้งในส่วนที่เป็นฉบับรูปเล่มนี้ และจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความสนใจและความร่วมมือจากทุกท่านสืบไป

(ดร.ธานี โชติภักคาม)

บรรณาธิการ



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

Vol. 3 No. 2 July – December 2022

สารบัญ

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิกการดูแล
ประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
สิรินทิพย์ ลิตานนท์ พ.บ. 1 - 9
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร
อุษา จันทร์กลีน ส.ม. 10 - 19
3. ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
จันทร์ภา กุลแก้ว พย.ม. , จันทร์เพ็ญ สถาผล พย.บ. 20 -29
4. การกระจายยาสมุนไพร และผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
จังหวัดพิจิตร จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพร ของเขตสุขภาพที่ 3
สันทัศน์ ทองงามดี ภ.บ. 30 - 37
5. การพัฒนาระบบการใช้ยากุ่ม statins เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับคล้อ พ.ศ. 2565
นที กาทอง ภ.บ. 38 - 46
6. การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก
กฤษดา อินทาดกรวด ภ.บ. 47- 60
7. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ; การจัดการความเสี่ยงด้านยา
และผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร
สุदारัตน์ จังอินทร์ ภ.บ. 61 - 73



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

Vol. 3 No. 2 July – December 2022

สารบัญ

8. การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปึงนาราง
ปิยะนุช นาคดี ภ.บ. 74 - 84
9. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน
วิพาวรรณ นันทะสาร ภ.บ. 85 - 97
10. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา
สืบศักดิ์ ศรีสุวรรณ ส.บ. 98 - 107
11. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้น้ำตาลอินซูลิน
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร
อรุณวรรณ ต่อกร ภ.บ. 108 - 116
12. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19
ของประชาชน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
ประทีป บติรัฐ ส.บ. 117 - 129

รายงานผู้ป่วย : Case Reports

13. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย
สมพิศ วิริยม พย.บ. 130 - 140
14. การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกจากยาด้านวัณโรคร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
สิรินาถ สงวนทรัพย์ พย.ม. 141 - 149

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในคลินิก การดูแลระดับประคอง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

Impact of advance care planning on Quality of End of life care in

Taphanhin Crown Prince Palliative care clinic, Phichit Province ,Thailand

สิรินทิพย์ ลิตานนท์ พ.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เป็นหนึ่งในกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การศึกษาลงมือของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในคลินิกประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ตะพานหินและเสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 189 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนและบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การวินิจฉัยโรคระยะท้าย การวางแผนดูแลล่วงหน้า และการรักษาที่เกิดขึ้นจริงในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ประกอบด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต การได้รับยากระตุ้นหัวใจ การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ และ สถานที่เสียชีวิต

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 189 คน ร้อยละ 84.1 วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 180 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการลดการใส่ท่อช่วยหายใจ RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, p<0.001) ลดการได้รับยากระตุ้นหัวใจ RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, p<0.001) และลดการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, p=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคอง, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

Advanced care plan is a process of self-care planning for patients with chronic illness at the end of life. However, there are few studies on the benefits of advanced care plans in the Thai context. This study aimed to study the impact of advanced care planning on the quality of life in terminally ill patients. It was a retrospective cohort study of patients receiving care in Taphanhin Crown Prince palliative care clinic who died between October 1, 2019, to September 30, 2021. A total of 189 patients collected medical records including late-stage diagnosis, advance care plan, and the actual treatment in the final stages consisting of intubation, cardiopulmonary resuscitation, used inotrope, strong opioid to manage symptoms, and place of death.

Results 189 patients were enrolled in the study with 84.1% being cancer patients. Around 95.2% had advanced care plan records. It was found that advance care planning resulted in reductions in intubation RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, $p<0.001$) reduce used inotrope RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, $p<0.001$) and statistically significantly reduced cardiopulmonary resuscitation RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, $p=0.001$).

Keywords : Palliative care, Advance care planning, Quality of end of life care

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของที่เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้มีจำนวนสูงขึ้น เห็นจากอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและ ไตวายเรื้อรัง ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน สามารถช่วยผู้ป่วยเหล่านี้ให้ชีวิตยืนยาว ขณะเดียวกันถูกนำมาใช้ในการยืดความตายในผู้ป่วยที่อยู่ในโรคระยะท้าย การดูแลประคับประคองจึงเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อบรรเทาอาการ จัดการอาการ รบกวนต่างๆ การวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า การดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย จากการศึกษา โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 กลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคอง พบมีแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีการดูแลประคับประคองพบร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁽²⁾⁽³⁾

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า(advance care plan) เป็นกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผ่านกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา

ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills⁽⁴⁾) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทประเทศไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีอย่างจำกัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินมีระบบการดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยประคับประคอง ประเมินอาการและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล ทั้งกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง จำนวน 129 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 51 คน ได้ทำการวางแผนการล่วงหน้า ถึงร้อยละ 92.21 แต่ยังไม่มียังไม่มีข้อมูลของคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

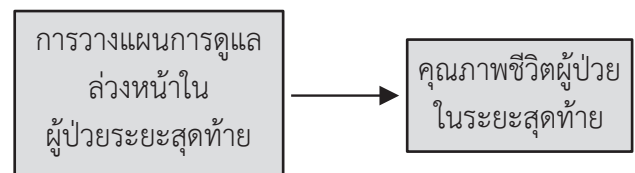
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประเมินจาก การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ และสถานที่เสียชีวิต

สมมติฐานของการวิจัย

การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการดูแลจากคลินิกการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 189 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคสามารถเข้าสู่การดูแลประคับประคอง ICD10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลัก (principal diagnosis) ดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 C00- C96 ระยะแพร่กระจาย
- 2) กลุ่มโรคระบบประสาท หลอดเลือดสมอง ICD-10 I60-I69 และ ภาวะสมองเสื่อม ICD-10 F03
- 3) โรคไตในระบะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ICD-10 N185
- 4) โรคถุงลมโป่งพอง ICD-10 J44 ภาวะหัวใจล้มเหลว ICD-10 I50
- 5) โรคตับแข็ง ICD-10 K74 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure ICD-10 K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 K71.7
- 6) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 R54

2. รับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

3. มีบันทึกการเสียชีวิต ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบคัดลอกข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งแบบคัดลอกข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะสมรส สิทธิการรักษา
- 2) ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก ประกอบไปด้วยการวินิจฉัยโรคระยะท้าย การมีโรคร่วม อาการเหนื่อยหรืออาการปวด Palliative Performance Scale, ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาดูแลกับทีมดูแลประคับประคองก่อนเสียชีวิต (care time) การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (จำนวนวัน/จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/ จำนวนครั้งการรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน)
- 3) การบันทึกผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการรักษาที่เกิดขึ้นจริงในระบะสุดท้ายของผู้ป่วย
 - การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)
 - การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)
 - การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ
 - สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน บันทึกการเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 189 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การลงรหัสข้อมูลในโปรแกรม Microsoft excel โดยผู้วิจัยนำเข้าข้อมูล จากนั้นนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ด้านบุคคล ข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าสถิติในรูปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าร้อยละ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Interferential statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผนในผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูล 2 กลุ่มใช้ Chi-square test, และ univariate analysis ในการวิเคราะห์ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ ด้วย logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เสียชีวิตระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 189 คน

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 68.46 ± 14.12 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.4 มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 60.3 และมีโรคร่วมถึง ร้อยละ 60.3 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผนในผู้ป่วย พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย

ปัจจัยด้านบุคคล	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ				0.142
ชาย	102 (54.0)	95 (58.8)	7 (77.8)	
หญิง	87 (46.0)	85 (47.2)	2 (22.2)	
อายุ (ปี)	68.46 ± 14.12	68.77 ± 13.80	62.22 ± 19.55	0.175
ศาสนา				0.951
พุทธ	187 (99.0)	178 (98.8)	9 (100.0)	
คริสต์	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
อิสลาม	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
สถานะสมรส				0.052
สมรส	152 (80.4)	147 (81.7)	5 (55.6)	
โสด	22 (11.6)	18 (10.0)	4 (44.4)	
หม้าย/หย่า/แยก	13 (6.9)	13 (7.2)	0 (0.0)	
สมณะ	2 (1.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	
สิทธิการรักษา				0.982
บัตรทอง	114 (60.3)	108 (60.0)	6 (66.7)	
เบิกต้นสังกัด	39 (21.7)	39 (21.7)	2 (22.2)	
ผู้พิการ	21 (11.1)	20 (11.1)	1 (11.1)	
ประกันสังคม	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	
ชำระเอง	3 (1.6)	3 (1.6)	0 (0.0)	
ทหารผ่านศึก	1 (0.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	
การมีโรคร่วม				0.487
ไม่มี	75 (39.7)	70 (38.9)	5 (55.6)	
มี	114 (60.3)	110 (61.1)	4 (44.4)	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางคลินิกจำแนกตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การวินิจฉัยระยะท้าย				0.636
Non cancer (ERSD, COPD, Dementia, CHF, Stroke)	30 (15.9)	28 (15.6)	2 (22.2)	
Cancer	159(84.1)	152(84.4)	7 (77.8)	
ตำแหน่งของมะเร็ง				
Lung cancer	39 (20.6)	35 (19.4)	4 (44.5)	0.089
Hepatobiliary cancer	42 (22.3)	41 (22.8)	1 (11.1)	0.411
Gastrointestinal cancer	22 (11.6)	21 (11.7)	1 (11.1)	0.960
Genitourinary cancer	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	0.638
Head and neck cancer	15 (7.9)	14 (7.8)	1 (11.1)	0.718
Cervix cancer	4 (2.1)	4 (2.2)	0 (0.0)	0.821
Ovary cancer	4 (2.1)	4 (2.2)	0 (0.0)	0.821
Breast cancer	9 (4.8)	9 (5.0)	0 (0.0)	0.638
Other	15 (7.9)	15 (8.3)	0 (0.0)	0.467
อาการ				
ปวด	106 (56.1)	103(57.2)	3 (33.3)	0.184
เหนื่อย	113 (60.0)	106(58.9)	7 (77.8)	0.318
อื่นๆ	23 (12.1)	22 (12.3)	1(11.1)	0.818
Palliative Performance Scale (PPS)				0.866
0-30	29 (15.3)	28 (15.6)	1 (11.1)	
40-60	131(69.4)	125(69.4)	6 (66.7)	
70-100	29 (15.3)	27 (15.0)	2 (22.2)	
จำนวนวันการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล				0.673
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน	154(81.5)	147(81.7)	7 (77.8)	
มากกว่า 14 วัน	35 (18.5)	33 (18.3)	2 (22.2)	
จำนวนครั้งการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล				0.905
ไม่เคย	37 (19.6)	36 (20.0)	1 (11.1)	
1 ครั้ง	100 (52.9)	95 (52.8)	5 (55.6)	
2 ครั้งขึ้นไป	52 (27.5)	49 (27.2)	3 (33.3)	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางคลินิกจำแนกตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
จำนวนครั้งการรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน				0.614
ไม่เคย	154 (81.5)	145(80.6)	9(100.0)	
1 ครั้ง	25 (13.2)	25 (13.9)	0 (0.0)	
2 ครั้งขึ้นไป	10 (5.3)	10 (5.6)	0 (0.0)	
ผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า				
ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)	-	178 (98.9)	-	
ปฏิเสธการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)	-	180(100.0)	-	
ปฏิเสธการได้รับยากระตุ้นหัวใจ (inotrope)	-	178 (98.9)	-	
การได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการ	-	156 (86.7)	-	
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)				
- โรงพยาบาล	-	49 (27.2)	-	
- บ้าน	-	66 (36.7)	-	
- ยังไม่ได้ตัดสินใจ	-	65 (36.1)	-	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 84.1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ Hepatobiliary cancer คิดเป็นร้อยละ 22.3 มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง PPS 40-60 เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ร้อยละ 60 และอาการปวดร้อยละ 56.1 มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมประคับประคองก่อนเสียชีวิต 25 วัน การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 81.5 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 72.5 การเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน

น้อยกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 92.7 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าและไม่วางแผน พบว่าปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในกลุ่มผู้ป่วยที่วางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน โดยจะเลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจและยากระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 98.9 ยอมรับการได้รับยา Strong opioids เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย ร้อยละ 86.7 และผู้ป่วยทั้งหมดเลือกที่จะไม่รับการกดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย

ตารางที่ 3 การรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยจำแนกตามการวางแผน

การรักษาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)				<0.001*
ทำ	9 (4.8)	4 (2.2)	5 (55.6)	
ไม่ทำ	180(95.2)	176(97.8)	4 (44.4)	

ตารางที่ 3 การรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยจำแนกตามการวางแผน (ต่อ)

การรักษาที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย	ทั้งหมด (n=189) จำนวน (ร้อยละ)	วางแผน (n=180) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ วางแผน (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR)				<0.001*
ทำ	4 (2.1)	2 (1.1)	2 (22.2)	
ไม่ทำ	185(97.9)	178(98.9)	7 (77.8)	
การได้รับยากระตุ้นหัวใจ (inotrope)				0.001*
ทำ	11 (5.8)	7 (3.9)	4 (44.4)	
ไม่ทำ	178(94.2)	173(96.1)	5 (55.6)	
การได้รับ Strong opioid				0.330
ทำ	145(76.7)	141(78.3)	4 (44.4)	
ไม่ทำ	44 (23.3)	39 (21.7)	5 (55.6)	
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)				0.303
โรงพยาบาล	106(56.1)	99 (55.0)	7 (77.8)	
บ้าน	83 (43.9)	81 (45.0)	2 (22.2)	

จากตารางที่ 3 แสดงผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อพิจารณาจากการดูแลที่ได้รับจริงในวาระสุดท้าย เปรียบเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้พบว่า ได้รับการดูแลตรงตามที่บันทึกไว้ในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 97.8 การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตร้อยละ 98.9 การได้รับยากระตุ้นหัวใจร้อยละ 96.1 ซึ่งมีความแตกต่าง

ต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ และในด้านของสถานที่เสียชีวิตที่บ้าน และการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 45 และ 76.3 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับการรักษาที่เกิดขึ้นจริง

การวางแผนดูแลล่วงหน้า / การรักษาที่เกิดขึ้นจริง	Risk		95%CI	P-value
	วางแผน	ไม่วางแผน		
การใส่ท่อช่วยหายใจ				
ทำ (n=9)	4 (44.4)	5(55.6)	0.04	0.01-0.12
ไม่ทำ (n=180)	176 (97.8)	4 (2.2)		<0.001*
การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต				
ทำ (n=4)	2 (50.0)	2 (50.0)	0.05	0.01-0.32
ไม่ทำ (n=185)	178 (96.2)	7 (3.8)		0.001*
การได้รับยากระตุ้นหัวใจ				
ทำ (n=11)	7 (63.6)	4 (36.4)	0.09	0.03-0.25
ไม่ทำ (n=178)	173 (97.2)	5 (2.8)		<0.001*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับการรักษาที่เกิดขึ้นจริง (ต่อ)

การวางแผนดูแลล่วงหน้า / การรักษาที่เกิดขึ้นจริง	Risk				
	วางแผน	ไม่วางแผน	Ratio	95%CI	P-value
การได้รับ Strong opioid			1.76	0.85-3.67	0.130
ทำ (n=145)	141 (97.2)	4 (2.8)			
ไม่ทำ (n=44)	39 (88.6)	5 (11.4)			
สถานที่ในการเสียชีวิต			0.07	0.49-1.03	0.069
โรงพยาบาล (n=106)	99 (93.4)	7 (6.6)			
บ้าน (n=83)	81 (97.6)	2 (2.4)			

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้ายวิเคราะห์ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ประกอบไปด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ การกวดหัวใจ เพื่อยื้อชีวิต การได้รับยากระตุ้นหัวใจ การได้รับ Strong opioid และสถานที่ในการเสียชีวิต พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการลดการใส่ท่อช่วยหายใจ RR=0.04 (95%CI: 0.01-0.12, p<0.001) การลดการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต RR=0.05 (95%CI: 0.01-0.32, p=0.001) และการลดการได้รับยากระตุ้นหัวใจ RR=0.09 (95%CI: 0.03-0.25, p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่วางแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่สำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้ายและสถานที่เสียชีวิตนั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่วางแผน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงการรับบริการประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เข้ารับบริการอยู่ในช่วงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีโอกาสได้รับการดูแลกับทีมประคับประคองประมาณ 1 เดือน ก่อนเสียชีวิต มากกว่าครึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยและปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁵⁾ ผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 95.2 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายงานภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 36.33 และทั่วประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 54.72 ตามลำดับ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่

ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและการให้ยากระตุ้นหัวใจทั้งหมดปฏิเสธการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต ยินยอมรับการได้รับ Strong opioid เพื่อจัดการอาการในระยะท้าย ซึ่งได้รับการดูแลจริงในวาระท้ายตรงตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karen M Detering ที่ศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ทำตามเป้าประสงค์ที่ตนต้องการร้อยละ 86⁽⁶⁾ และการศึกษาของ Woan Shin Tan ถึงความต้องการของผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตประเทศสิงคโปร์พบว่าเลือกที่จะไม่รักษาเพื่อพุงชีพในกลุ่มโรคระยะท้ายร้อยละ 69⁽⁷⁾ การรักษาในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต พบว่าระยะเวลาการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน การเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara E. Bischoff⁽⁸⁾ และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้วางแผน (RR=0.04 p<0.001) สอดคล้องของการศึกษาโรงพยาบาลแม่สอด⁽⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้วางแผน (P<0.01) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลดการกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (RR=0.05 p=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์⁽⁹⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งหมดไม่ได้รับการกู้ชีพ (p=0.003)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายคือ ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดการกดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และลดการใส่ยากระตุ้นหัวใจ โดยโอกาสที่จะพัฒนางานที่สำคัญคือ ปรับกลยุทธ์เพื่อจัดรูปแบบการดูแลระดับประคองให้เข้าถึงในทุกกลุ่มโรค ระยะท้ายทั้งมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งตั้งแต่แรกเริ่มวินิจฉัย เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ดูแลและครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อความรู้สึกของครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย อันจะทำให้เห็นมุมมองของครอบครัวต่อการให้บริการแบบประคับประคอง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์; 2563.
3. รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2562.
4. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) [Internet].

2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>

5. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(1):97-111.
6. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ [Internet] 2010 Mar [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564] 23;340 (mar23 1):1345–1345. เข้าถึงได้จาก:<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.c1345>
7. Tan WS, Bajpai R, Ho AHY, Low CK, Car J. Retrospective cohort analysis of real-life decisions about end-of-life care preferences in a Southeast Asian country. BMJ Open [Internet] 2019 Feb [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564];9(2):e024662. เข้าถึงได้จาก:<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-024662>
8. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance Care Planning and the Quality of End-of-Life Care in Older Adults. J Am Geriatr Soc [Internet] 2013 Feb [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564]; 61(2):209–214. เข้าถึงได้จาก:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12105>
9. สุนีย์ ณีชนะนันท์. การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562;16(1)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

Factors Influencing Access to Health Service of HIV and AIDS Patients in Phichit Province

อุษา จันทร์กลีน ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการคลินิกยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร จำนวน 333 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามด้านต่างๆ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ .95 ค่าความน่าเชื่อถือ เท่ากับ .90, .85, .76, .80, .87, และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สามารถร่วมกันทำนายการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้ร้อยละ 31.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรพิจารณากำหนดนโยบายสร้างการยอมรับของครอบครัวและสังคม นโยบายสนับสนุนการทำงานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสร้างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับของครอบครัวและสังคม

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the factors influencing Access to Health Services of HIV and AIDS Patients in Phichit Province. The samples were 333 HIV-infected and AIDS patients who received antiretroviral clinic services at Phichit community hospitals. Collected data by standardized questionnaires in various fields as follows: Personal information, Self-esteem, Family acceptance, Social acceptance, Economic factors, Participation in community activities, and Access to health services. IOC values of .95 and reliability values of .90, .85, .76, .80, .87, and .80, respectively. Data were analyzed using multiple regression analysis statistics.

The results showed that the samples were a high level of Accessibility. Factors influencing anonymity include family acceptance, social acceptance, and economic factors. They were able to predict the accessibility of HIV and AIDS patients by 31.00% with a statistical significance of .05. Recommendations from the study should consider establishing a policy to create acceptance of family and society, economic support, build a network of partners in all sectors, public relations communication to reduce stigma with participation in the public, private, and civil society sectors.

Key words : elderly socially addicted, happiness, relationship

บทนำ

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะไม่แสดงอาการ 2. ระยะแสดงอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ 3. ระยะเอดส์เต็มขั้น โดยระยะที่ 1 และ 2 เรียกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่ 3 เรียกว่าผู้ป่วยเอดส์⁽¹⁾ การติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ทั่วโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา ล้วนแต่ประสบปัญหาการแพร่ระบาด และการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อย่างรวดเร็วนับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกของโลกเมื่อ พ.ศ. 2524 องค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์ และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ตั้งแต่เริ่มต้นของการแพร่ระบาด ในปี พ.ศ. 2524 จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวนกว่า 75 ล้านคน เสียชีวิต/ขาดการรักษาจำนวนมากกว่า 32 ล้านคน⁽²⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน พ.ศ. 2527 จากนั้นการแพร่ระบาดของโรคมียุคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จาก พ.ศ. 2560 จนถึง พ.ศ.2564 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังนี้ 640.25, 687.63, 734.94 , 781.14 และ 846.313 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดพิจิตร นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่มีรายงานการพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย ภูมิลาเนาอยู่ในจังหวัดพิจิตร อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพิจิตรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี กระทั่ง ในปี พ.ศ.2560ถึงปีพ.ศ.2564อัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดพิจิตร เพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดตามลำดับ ดังนี้ 511.61, 543.05, 547.51, 576.15 และ 628.92 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อส่วนรวม ทั้งในแง่สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม⁽⁴⁾ เนื่องจากการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากใช้งบประมาณในการรักษาดูแลเป็นจำนวนมากทั้งด้านเวชภัณฑ์ ยา และบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังต้องรักษาดูแลไปจนตลอดชีวิต อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน⁽⁵⁾ เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ

แต่ต้องตกงาน ขาดรายได้ ดังนั้น เมื่อมองในภาพรวมระดับประเทศ จึงมีการสูญเสียแรงงานจากการที่ทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศป่วยด้วยโรคเอดส์ อีกทั้งยังต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากไปกับยาต้านไวรัสและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ในแง่ส่วนบุคคลยังมีผลด้านร่างกาย เศรษฐฐานะ สังคม และที่สำคัญที่สุดคือด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง ท้องเสีย มีการติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย⁽⁶⁾ ทางด้านสังคม โรคเอดส์เป็นโรคที่ถูกสังคมตีตรา และเลือกปฏิบัติ⁽⁷⁾ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขาดโอกาสและขาดการสนับสนุนจากสังคม ต้องแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดภาวะเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัวและซึมเศร้า ปกปิดตนเอง ไม่ยินยอมเปิดเผยตัว⁽⁸⁾ ทั้งนี้ โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ มักถูกตัดสินจากสังคมว่าเกิดจากการสำส่อน เปลี่ยนคู่นอน ผิดเพศ ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ช่องทางการติดต่อของโรค รวมถึงภาพลักษณ์ผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ที่มีสภาพร่างกายผอมดำ มีผื่นหรือตุ่มขึ้นตามร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ถูกรังเกียจ ได้รับผลกระทบทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจ การใช้ชีวิตประจำวัน ขาดแรงสนับสนุนจากสังคม แยกตัวออกจากสังคม เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันควบคุมโรคมายิ่งขึ้น ดังนั้น การแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ จึงมิใช่เพียงการให้ความรู้เรื่องโรค และช่องทางการติดต่อหรือรักษาโรคทางกายเท่านั้น หากแต่เป็นกระบวนการทางจิตใจ และมิติทางสังคม ที่จะทำให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั่วไปกล้าที่จะไปรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ รู้สึกมั่นคง ยอมรับตนเองก้าวข้ามความกลัว และยินดีเปิดเผยตัวในที่สุด การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อยอมรับตนเอง ปราศจากความอึดอัดคับข้องใจ มีที่ปรึกษาหารือเกี่ยวกับโรคเอดส์ และสุขภาพของตน⁽⁹⁾ มีการยอมรับ และเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง รู้สึกว่าชีวิต มีความหมาย และมีคุณค่า มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถพัฒนาตนไปถึงศักยภาพสูงสุดของตนเองได้ นอกจากนี้ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปรึกษาทั้งบุคลากรสาธารณสุข

และกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน รู้สึกมีตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผู้ติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอีกด้วย⁽¹¹⁾ อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในยุคปัจจุบันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ กลายเป็นโรคเรื้อรัง มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อจึงได้รับการสนับสนุนมากขึ้น⁽¹²⁾ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดการแพร่เชื้อไวรัส และมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น⁽¹³⁾

หากสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกมิติ กระบวนการในการรักษา ควบคุม และป้องกันโรคเอดส์ก็จะสามารถทำได้โดยง่าย⁽¹⁴⁾ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่น้อยกว่า 1,000 ราย/ปี การเสียชีวิตจากเอดส์น้อยกว่า 4,000 ราย/ปี และการตีตราและเลือกปฏิบัติลดลง ร้อยละ 5.80 ภายในปี 2573 ย่อมสามารถเป็นจริงได้⁽²⁾

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จังหวัดพิจิตรซึ่งเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในเขตจังหวัดพิจิตร ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ตามอัธยาศัย รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างยั่งยืนเป็นรูปธรรมต่อไป

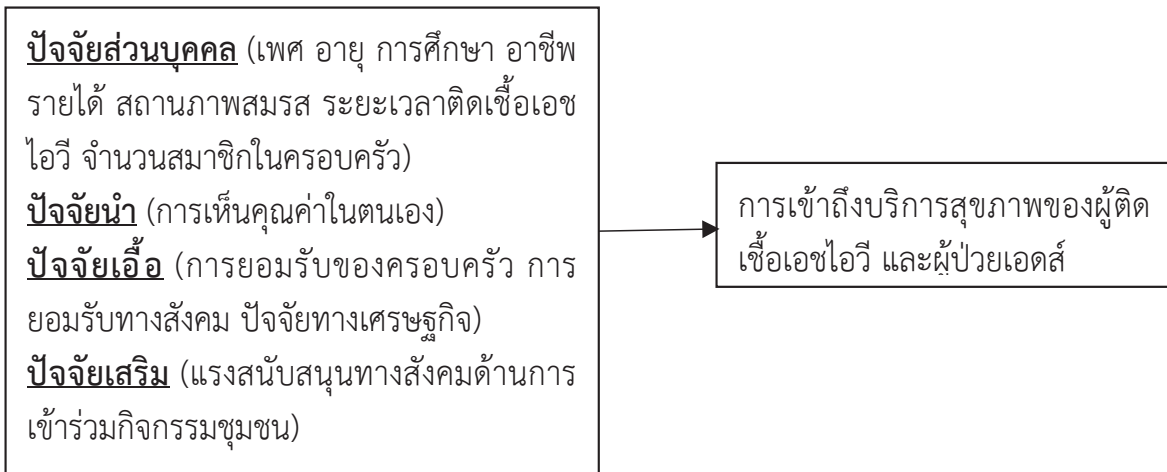
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยนำด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเอื้อด้านการยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเสริม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 1,389 คน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Sample

Size for Frequency in a Population Sample size
 $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2 1 - \alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]^{(15)}$
ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง 302 ตัวอย่าง
ป้องกันความผิดพลาด ร้อยละ 15.00 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่าง
คือ 345 ตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี
สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling)
ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโดยเลือก
โรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตรที่มีบริการคลินิกยา
ต้านไวรัส จำนวน 5 แห่ง จาก 8 แห่ง โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย
(simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่
แทนที่ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากร
(proportion random sampling) โดยกำหนดสัดส่วน
ตามอัตราประชากร ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ
มีระบบ (systematic random sampling) โดยนำรายชื่อ
มาเรียงกันจาก ก ถึง ฮ และทำการสุ่มจากรายชื่อทุก ๆ
5 รายชื่อ จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ
คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 5 แห่งในเขต
จังหวัดพิจิตร ตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม
(questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลัก
แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ส่วน
จำนวน 50 ข้อคำถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น
เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะ
เวลาติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน
8 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบ
เดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำที่มี
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่า
ในตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่มี
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็นหัวข้อการยอมรับของครอบครัว การ
ยอมรับทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่มี
อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ
สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 ข้อ
แบบสอบถามในส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ลักษณะ
คำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้
มากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มาก หมายถึง ข้อความตรงกับ
ความรู้สึกของผู้ตอบมาก เท่ากับ 3 คะแนน น้อย
หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อย เท่ากับ
2 คะแนน และน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับ
ความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด หรือไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
เท่ากับ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรง
คุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของแบบ
สอบถาม (Item-Index of Item-Objective Congruence:IOC)
ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ .95 การตรวจสอบ
ความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่
ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามด้านการเห็นคุณค่า
ในตนเอง การยอมรับของครอบครัว การยอมรับทางสังคม
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และการเข้า
ถึงบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's
alpha coefficient) เท่ากับ .90, .85, .76, .80, .87, และ
.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพิจิตร ก่อนดำเนินการเก็บแบบสอบถาม และรวบรวม
ข้อมูล วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เลขที่ 7/2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขอ
อนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดย
การประสานชี้แจง และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่ม
ตัวอย่าง รวมถึงขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำคลินิก



ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่ง เป็นผู้ช่วยวิจัยภาคสนามในการตอบข้อสงสัย และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงสร้างสัมพันธภาพ ตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับ และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมทางวาจาในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 333 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

(multiple regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 333 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.86%) มีอายุ 41 - 50 ปี (40.24%) อายุเฉลี่ย 41 ปี ($\bar{x} = 41.51$, S.D = 9.90) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (45.04%) สถานภาพคู่ (47.15%) อาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท (64.87%)

มีรายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 90,000 บาทต่อปี (32.43%) ระยะเวลาการติดเชื้อเฉลี่ย 10 ปี ($\bar{x} = 9.65$, S.D = 6.55) จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน (50.15%) เฉลี่ย 4 คน ($\bar{x} = 3.80$, S.D = 1.75) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล (n = 333)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	55.86
หญิง	147	44.14
อายุ		
20 - 30	58	17.42
31 - 40	83	24.92
41 - 50	134	40.24
51 - 59	58	17.42
$(\bar{X} = 41.51, S.D = 9.90, Max = 59.00, Min = 20.00)$		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	150	45.04
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	25.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	21.02
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	29	8.71
สถานภาพสมรส		
โสด	119	35.74
คู่	157	47.15
หม้าย-หย่า-แยกกันอยู่	57	17.11
อาชีพ		
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	216	64.87
เกษตรกร	47	14.11
ค้าขาย	39	11.71

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคล (n = 333) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ว่างงาน	23	6.91
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	.90
รายได้ต่อปี (บาท)		
< 30,000	61	18.32
30,001 – 60,000	105	31.53
60,001 – 90,000	59	17.72
> 90,000	108	32.43
ระยะเวลาการติดเชื้ (ปี)		
1 - 5	113	33.93
6 - 10	96	28.83
11 - 15	60	18.02
> 15	64	19.22
$(\bar{X} = 9.65, S.D = 6.55, Max = 29.00, Min = 1.00)$		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
อยู่คนเดียว	10	3.00
2 - 3	156	46.85
> 3	167	50.15
$(\bar{X} = 3.80, S.D = 1.75, Max = 9.00, Min = 1.00)$		

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเอื้อด้านการยอมรับของครอบครัวการยอมรับทางสังคมปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยเสริมด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (n = 333)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D	แปลผล คะแนน
	คะแนนที่ เกิดขึ้นจริง	คะแนนที่ เป็นไปได้			
การเห็นคุณค่าในตนเอง	15 - 40	10 - 40	32.11	5.29	มาก
การยอมรับของครอบครัว	4 - 16	4 - 16	12.52	2.68	ปานกลาง
การยอมรับทางสังคม	10 - 36	9 - 36	24.89	4.76	ปานกลาง
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	4 - 16	4 - 16	11.93	2.44	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	5 - 20	5 - 20	12.43	4.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก การยอมรับของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การยอมรับทางสังคมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ปัจจัยทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (n = 333)

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (≥ 32 คะแนน)	204	61.26
ปานกลาง (25 - 31 คะแนน)	120	36.03
ต่ำ (≤ 24 คะแนน)	9	2.70

(\bar{X} = 33.20, S.D = 4.73, max = 40.00, min = 13.00)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.26 รองลงมาคือ เข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.03 และเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับต่ำอยู่ที่ ร้อยละ 2.70

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (n = 333)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ	b	SE b	β	t
การยอมรับของครอบครัว	.536	.106	.328	4.971*
การยอมรับทางสังคม	.302	.063	.145	4.870*
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	.260	.125	.129	2.096**

Constant (d) = 8.565 R = .538 R Square = .310
Adjust R square = .301 F = 33.410

*p-value < .001 ** p-value < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุดคือ การยอมรับของครอบครัว ($\beta = .328$) รองลงมาคือ การยอมรับทางสังคม ($\beta = .145$) และอันดับที่ 3 คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ($\beta = .129$) ตัวแปรทำนายทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 31.00

สมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

$$Z\hat{Y} = 8.565 + (.536 * Zx_1) + (.302 * Zx_2) + (.260 * Zx_3)$$

$Z\hat{Y}$ = การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Zx_1 = การยอมรับของครอบครัว

Zx_2 = การยอมรับทางสังคม

Zx_3 = ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ได้ ร้อยละ 31.00 (R square = .310 x 100)

จากสมการคะแนนมาตรฐานแสดงว่า เมื่อค่าการยอมรับของครอบครัว (Zx_1) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .536 หน่วย ค่าการยอมรับทางสังคม (Zx_2) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .302 หน่วย และเมื่อค่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Zx_3) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จะเพิ่มขึ้น .260 หน่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับผลการศึกษาของอภิชัยคุณิพงษ์ ในปี 2562 เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง⁽¹⁶⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ถึงร้อยละ 40.24 (เฉลี่ย 41.5 ปี) ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 64.87 ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว แม้ว่าร้อยละ 32.43 จะมีรายได้มากกว่า 90,000 บาทต่อปี แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนในจังหวัดพิจิตร คือ 21,229 บาทต่อเดือน หรือ 254,748 บาทต่อปี⁽¹⁷⁾

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย

การยอมรับของครอบครัว ($\beta = .32$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กนกพรรณ อุทัยมณี ในปี 2563 เรื่อง การศึกษารูปแบบและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอช ไอวีในการเข้ารับบริการของคลินิก Anti Retro Viral โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในบริการ 4 ด้าน ได้แก่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินและติดตามผล ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การร่วมประเมินและติดตามผลกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัวและสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านจิตใจที่เป็นผลมาจากการยอมรับของครอบครัว เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเป็นปัญหาอุปสรรคมากที่สุด⁽¹⁸⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการยอมรับของบุคคลในครอบครัวเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีช่วยให้ผู้ติดเชื้อ รู้สึกถึงการมีตัวตน รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง เมื่อมีปัญหาใดๆ ในชีวิต ครอบครัวสามารถรับฟัง ปลอดภัยให้กำลังใจจนสามารถก้าวผ่านเรื่องราวต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

การยอมรับทางสังคม ($\beta = .14$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร งามขำและคณะ ในปี 2561 ที่ศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร และผลการศึกษาของ รัชนิวรรณ์ นิรมิต

และบัวพันธ์ พรหมพักพิง ปี 2562 ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการชาวลาวในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการยอมรับของสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของ ขวัญดาว กล้ารัตน์ และคณะ (2556) ที่พบว่าการยอมรับทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนด้านการประเมินผลและด้านข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาเข้ารับบริการสุขภาพได้ระดับดีโดยพบว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลที่สูงขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ายิ่งสังคมให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อฯได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในชุมชนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ จะทำให้ผู้ติดเชื้อฯรู้สึกมีตัวตน และคุณค่า ยินดีเปิดเผยตัวเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นไปในทิศทางที่ดี เดินหน้าเข้าสู่เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ได้ในที่สุด

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ($\beta = .12$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ ในปี 2560 เรื่องภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾ อธิบายได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจประกอบไปด้วย 5 ตัวแปร คือ 1) สถานภาพการทำงานของหัวหน้าครัวเรือน 2) รายได้เฉลี่ยรวมของครัวเรือน 3) จำนวนผู้พึ่งพิงในครัวเรือน 4) ความเป็นอยู่ในครัวเรือน 5) ภาระหนี้สินในครัวเรือน⁽²²⁾ ดังนั้นการมีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ดีสามารถตอบสนองความต้องการด้านปัจจัย 4 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในดูแลตนเอง และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเศรษฐกิจยุคปัจจุบัน รวมถึงสามารถเป็นผู้ให้ในบางโอกาส อันจะนำมาซึ่งความรักความเกรงใจ และเกิดการยอมรับในที่สุด



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาครัฐควรกำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นหลัก สร้างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สื่อสารประชาสัมพันธ์ แบบมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม

2. ภาครัฐควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการทำงานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถดูแลตนเองได้ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มที่มีการติดเชื้อฯ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ.อดิสรณ์ วรรณศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นพ.วิศิษฎ์ อภิสิทธิ์ วิทยา นพ.พนม ปทุมสูติ ดร.ธานี โชติกคาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร นายจิริยุทธ์ คงนุ่น หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ นายประพันธ์ เข้มแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาด้านไวรัสโรยาลชุมชนจังหวัดพิจิตร ทั้ง 6 แห่ง พร้อมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเก็บข้อมูลแบบสอบถามงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญชายดำรงขวัญ.เอดส์ปฐมบทแห่งการเรียนรู้จากโรงพยาบาลบาราตในอดีต.พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: พีเอ็นเอสครีเอชั่น; 2561
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2560.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

[Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>

4. Adam BD, Coriveau P, Elliott R, Gliberman J, English K, Rourke S. HIV disclosure as practice and public policy. *Critical Public Health* 2015;25(4):386-97.
5. ขวัญจิตกร เหล่าทอง, เจนจิต ฉายะจินดา, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย, เพียงเพ็ญ ธีญญะตุลย์, พรรณราย หนูมา, อัมพัน เฉลิมโชคเจริญกิจ, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดเผยผลเลือดการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวีของสตรีไทย. *วารสารเวชบัณฑิตศิริราช*. 2561; 11(1):2-8.
6. ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์ [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=901
7. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ธีญญกิตติกุล, ชูติวัลย์ พลเดช. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการตีตราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัณโรค และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. *Disease Control Journal*. 2561; 44(1):19-29.
8. รัชนี เสนาน้อย, เสาวคนธ์ วีระศิริ. ความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์: การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2562;39(4): 120-128.
9. Evangelini M, Wore AL. HIV disclosure anxiety: a systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior* 2017;21(1): 1-11.
10. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Grebler T. HIV disclosure and transmission risks to sex partners among HIV-positive men. *AIDS Patient Care and STDs* 2016; 30(5):221-8.

11. Spangler SA, Abuogi LL, Akama E, Bukusi EA, Helova A, Musoke P, et al. From 'half-dead' to being 'free': resistance to HIV stigma, self-disclosure and support for PMTCT/HIV care among couples living with HIV in Kenya. *Culture Health and Sexuality* 2018;20(5):489-503.
12. Muangma N, Lalitanantpong D. Resilience and social support in HIV/AIDS clients at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration, Thai Red Cross AIDS Research Centre. *Chulalongkorn Medical Journal* 2018;62(6):947-63.
13. Dessalegn NG, Hailemichael RG, Shewa-Amare A, Sawleshwarkar S, Lodebo B, Amberbir A, et al. HIV disclosure: HIV-positive status disclosure to sexual partners among individuals receiving HIV care in Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE* 2017; 14(2):e0211967.
14. Madiba S, Mokgatle M. Perceptions and experiences about self-disclosure of HIV status among adolescents with perinatal acquired HIV in poor-resourced communities in South Africa. *AIDS Research and Treatment* 2016;2016:2607249.
15. Sullivan KM. Sample size for a proportion or descriptive study [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 30]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
16. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*. 2562; 44(5):75-80.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/08.aspx>
18. กนกพรธณ อุทัยมณี. การศึกษารูปแบบและปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้ารับบริการของคลินิก Anti Retro Viral โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสังคมภิวัตน์*. 2563;11(3):13-28.
19. รัชนิวรรณ์ นิรมิต และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการชาวลาวในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพัฒนาสังคม*. 2562;21(2): 78-95.
20. ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาจันทร์, นวลฉวี ประเสริฐสุข. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*. 2556; 7(3):93-104
21. ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพิรัตน์ ธรรมรักษา, ไชนภา แก้วจันทรา, มณูชัชพาณี ขำวงษ์. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร*. 2560; 33(2):54-63.
22. นริญาจันทร์กลีบ. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทยกับค่าใช้จ่ายทางการศึกษาระดับประถมศึกษา (ปริญญาโทปริญญาตรีปริญญาโทปริญญาตรี). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.

ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

The Effect of Using the Guidelines for the Care of Patients with Sepsis

จันทร์ภา กุลแก้ว พย.ม. , จันทร์เพ็ญ สถาผล พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis รหัส ICD10 คือ A40-A41) ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Severe Sepsis : R65.1) ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic Shock : R57.2) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 140 ฉบับ เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย 2) แบบบันทึกแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนเริ่มยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 91.4 ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 63.6 ได้รับสารน้ำมากกว่าเท่ากับ 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 35.0 ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 70.7 ได้รับ Vasopressor หลังให้สารน้ำ MAP < 65 mmHg ร้อยละ 100 ได้รับการบันทึก SOS Score เมื่อเริ่มวินิจฉัยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 58.6 ไม่ได้รับการประเมินซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ภายใน 2 ชั่วโมง ได้รับการบันทึก SOS Score แรกรับที่หอผู้ป่วย : 2 ชั่วโมง : 6 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 47.9 : 45.7 : 44.3 และ 43.6 Admit หอผู้ป่วยหนัก ไม่มีการประเมิน SOS Score ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ ระยะเวลา Admit หอผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 93.6 เฝ้าระวัง O₂ Sat ร้อยละ 100 และประเภทการจำหน่าย ส่วนใหญ่ ทุเลา ร้อยละ 93.6

คำสำคัญ : การติดเชื้อในกระแสเลือด, แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This research is a retrospective analysis to study the use of guidelines for caring for patients with sepsis at the medicine department in Phichit hospital. The sample group was 140 medical records of patients diagnosed with sepsis (ICD 10 code: A40-A41), severe sepsis (R65.1), and septic shock (R57.2) whose admitted to the medical department from 1 October 2021 to 30 June 2022. The tool consists of 1) a General data record form and information about illness, and 2) A record form of guidelines for sepsis patients. Data were analyzed using statistics, numbers, percentages, mean, and standard deviation. The results showed that 91.4% of sepsis patients received blood cultures before activating antibiotics, 63.6% received antibiotics within an hour after diagnosis, 35.0% received more than 1.5 liters of fluid within an hour, and 70.7% received urinary catheters. 100% received Vasopressor after being given fluid, MAP < 65 mmHg 100%. 58.6% recorded SOS Score since the beginning of diagnosis at the emergency department. Not received reevaluation at the accident and emergency department within 2 hours. 47.9%: 45.7%:

44.3% and 43.6% recorded SOS Score at the ward: new admission: 2 hours: 6 hours and 24 hours. 93.6% got admission to the ward within 3 hours. ICU-admitted patients not received an assessment SOS Score every hour until they showed stable vital signs. 100% received monitored O₂ Sat and 93.6% of discharge types mostly recovered.

Keywords : Sepsis, Guidelines for the Care of Patients with Sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อในร่างกายอย่างรุนแรง ถ้าไม่ตระหนักและจัดการอย่างทันที่ จะนำไปสู่ภาวะช็อค อวัยวะหลายส่วนล้มเหลว และเสียชีวิตได้ มีรายงานว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลกระทบทำให้มีผู้เสียชีวิต 11 ล้านคนทั่วโลก ทุกปี⁽¹⁾ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – Acquired ปีงบประมาณ 2563 ภาพรวมของทั้งประเทศเท่ากับ 32.47 เขตสุขภาพที่ 3 เท่ากับ 32.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าเป้าหมาย (<30%)⁽²⁾

การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นนั้น โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนด แนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วนทันเวลา^(3,4) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง และ ภาวะช็อค จากการติดเชื้อ หากได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ ตั้งแต่แรก สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้⁽⁵⁾ ผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งได้รับการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าในระยะแรก มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ให้การดูแลตามปกติ^(3,6,7,8)

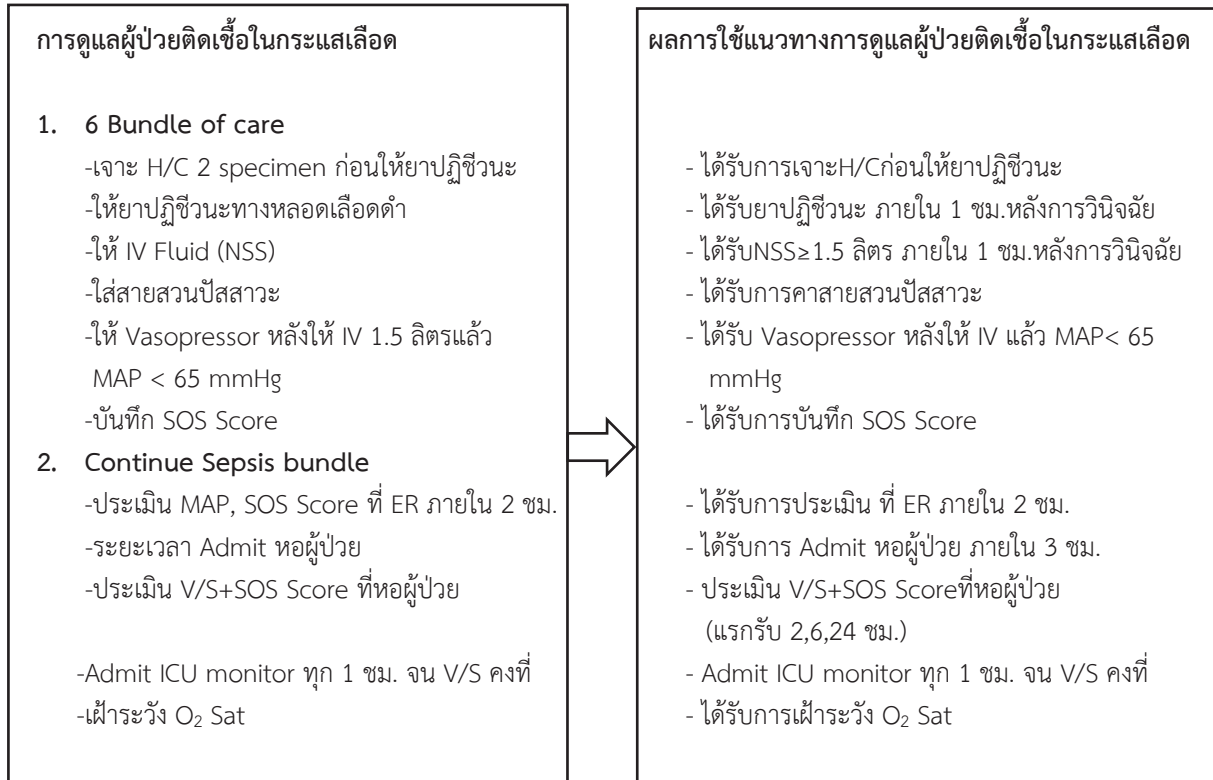
โรงพยาบาลพิจิตร เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2562 – 2564 เท่ากับ 1,003, 1,102 และ 926 ราย ตามลำดับ⁽⁹⁾ อัตราตายด้วย Community – Acquired Sepsis เท่ากับ 58.28, 41.67 และ 46.6210 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมาย (<30%) ข้อมูลปี 2565 (ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565) พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งโรงพยาบาล จำนวน 563 ราย โดยเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม 432 ราย คิดเป็น 76.73%⁽⁹⁾

งานอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ได้กำหนดภาวะโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแล จึงร่วมกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด⁽¹¹⁾ ตั้งแต่ปี 2558 และปรับปรุงล่าสุด กุมภาพันธ์ 2563 โดยมีแนวทางจาก แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock พ.ศ. 2558 ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย⁽³⁾ โดยคัดกรองอย่างรวดเร็ว เริ่มการรักษาตาม 6 Bundle of Care ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย 1) เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ 2 ตัวอย่าง ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2) ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ภายใน 1 ชั่วโมง 3) เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น และให้ อย่างน้อย 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชั่วโมง 4) ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) หลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1.5 ลิตร หาก Mean Arterial Pressure (MAP) < 65 mmHg ให้ยา Vasopressor 6) บันทึก Search Out Severity Score (SOS Score) และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Sepsis มีการประเมินผลภายใน 1-2 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน กรณีรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการโดยประเมินสัญญาณชีพและ SOS Score เมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วยและประเมินต่อเนื่องหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ชั่วโมงที่ 2, 6 และ 24 กรณีรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ติดตามทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ เฝ้าระวังการหายใจและภาวะออกซิเจนในเลือด ให้ $\geq 95\%$ ผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytic study) เพื่อศึกษาการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 432 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง คือเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ที่จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป $G*POWER^{(12)}$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ฉบับ สุ่มผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systemic Sampling) โดยกำหนดช่วงของการสุ่มเท่ากับ 3 และหาเลขเริ่มต้นที่เลข 2 เป็นรายงานฉบับแรก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด (รหัส ICD 10 คือ A40-A41) ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (รหัส ICD 10 คือ R65.1) ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (รหัส ICD 10 คือ R57.2) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม 9 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมชาย 1, อายุรกรรมชาย 2, อายุรกรรมหญิง 1, อายุรกรรมหญิง 2, สงฆ์-อาพาธ, พิเศษเฉลิม 3, พิเศษเฉลิม 4, พิเศษเฉลิม 5 และหอผู้ป่วยหนักที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 140 ฉบับ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ เวชระเบียนที่รักษาแบบประคับประคอง เวชระเบียน ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น เวชระเบียนผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรับการรักษา และไม่พบเวชระเบียนผู้ป่วย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ หน่วยงานที่วินิจฉัยผู้ป่วยครั้งแรก การวินิจฉัย โรคร่วม หอผู้ป่วยที่รับต่อจากอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประเภทการจำหน่าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย

2. แบบบันทึกแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การใช้แบบบันทึกการติดเชื้อในกระแสเลือด เวลาถึงอุบัติเหตุ - ดุกเฉิน เวลาที่แพทย์วินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาการวินิจฉัย เวลาที่เจาะเลือดเพาะเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อ เวลาที่เริ่มยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งได้รับยาปฏิชีวนะ ปริมาณสารน้ำ 1.5 ลิตร ที่ได้รับใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัย ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ หลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ความดันโลหิต การได้รับ Vasopressor บันทึก SOS score เข้าพักในหอผู้ป่วยเวลา รวมระยะเวลาที่อยู่ อุบัติเหตุ - ดุกเฉิน O₂ Sat ≥95% การบันทึกปัสสาวะ และประเด็นที่พยาบาลรายงานแพทย์ ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อายุร-แพทย์ ผู้ดูแลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัย ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เลขที่ 0192 วันที่ 28 ตุลาคม 2565 และได้ผ่านการขออนุมัติ ขอข้อมูลและศึกษาข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตาม เพศ อายุ หน่วยงานที่วินิจฉัยผู้ป่วยครั้งแรก การวินิจฉัย โรคร่วม และประเภทการจำหน่าย

ลักษณะประชากร	จำนวน (140)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	88	62.9
ชาย	52	37.1
อายุ		
> 60 ปี	92	65.7
≤ 60 ปี	48	34.3
Mean = 66.16, S.D. = 16.933, Min = 19, Max = 98		

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในด้วยตนเอง ตามแบบบันทึก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ วันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิจิตร ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 140 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 88 ราย (ร้อยละ 62.9) เพศชาย 52 ราย (ร้อยละ 37.1) อายุเฉลี่ย 66.16 ปี ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 98 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี 92 ราย (ร้อยละ 65.7) อายุน้อยกว่าเท่ากับ 60 ปี 48 ราย (ร้อยละ 34.3) หน่วยงานที่วินิจฉัยผู้ป่วย ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลพิจิตร 75 ราย (ร้อยละ 53.6) และโรงพยาบาลชุมชน 65 ราย (ร้อยละ 46.4) การวินิจฉัยส่วนใหญ่ติดเชื้อในกระแสเลือด 91 ราย (ร้อยละ 65.0) รองลงมา ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 48 ราย (ร้อยละ 34.3) ส่วนใหญ่ มีโรคร่วมจำนวนมากที่สุด 124 ราย (ร้อยละ 88.6) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน 67 ราย (ร้อยละ 47.9) รองลงมาไตวายเรื้อรัง 39 ราย (ร้อยละ 27.9) และประเภทการจำหน่าย ส่วนใหญ่ทุเลา 131 ราย (ร้อยละ 93.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตาม เพศ อายุ หน่วยงานที่วินิจฉัย ผู้ป่วยครั้งแรก การวินิจฉัย โรคร่วม และประเภทการจำหน่าย (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (140)	ร้อยละ
หน่วยงานที่วินิจฉัยผู้ป่วยครั้งแรก		
โรงพยาบาลพิจิตร	75	53.6
โรงพยาบาลชุมชน	65	46.4
การวินิจฉัย		
ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	91	65.0
ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock)	48	34.3
ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Severe Sepsis)	1	0.7
โรคร่วม		
ไม่มี	16	11.4
มี	124	88.6
เบาหวาน	67	47.9
ไตวายเรื้อรัง	39	27.9
ตับ	20	14.3
หลอดเลือดสมอง	16	11.4
ปอดเรื้อรัง	12	8.6
หัวใจ	10	7.1
ช้ำ	7	5.0
มะเร็ง	6	4.3
ภาวะพร่องฮอร์โมนต่อมหมวกไต	6	4.3
อื่นๆ	7	5.0
ประเภทการจำหน่าย		
ทุเลา (แพทย์อนุญาต)	131	93.6
เสียชีวิต	9	6.4

ตารางที่ 2 การใช้แบบบันทึกการติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตาม โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลพิจิตร

โรงพยาบาล	ใช้		ไม่ใช่	
	จำนวน (53)	ร้อยละ	จำนวน (87)	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน	31	47.7	34	52.3
โรงพยาบาลพิจิตร	22	29.3	53	70.7

จากตารางที่ 2 การใช้แบบบันทึกการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มวินิจฉัย ติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลชุมชน มีการใช้และไม่ใช้ใกล้เคียงกัน โดย

มีการใช้ 31 ราย (ร้อยละ 47.7) ไม่ใช้ 34 ราย (ร้อยละ 52.3) ที่โรงพยาบาลพิจิตรส่วนใหญ่ไม่ใช้ 53 ราย (ร้อยละ 70.7) มีการใช้ 22 ราย (ร้อยละ 29.3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ระยะเวลา Admit หอผู้ป่วย ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะ	Min	Max	X	S.D.
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (นาทีก)	4	240	55.42	44.988
ระยะเวลา Admit หอผู้ป่วย (นาทีก)	20	216	81.04	44.435
ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	1	59	8.72	7.245
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	5,293	336,574	39,434.81	42,006.624

จากตารางที่ 3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเฉลี่ย 55.42 นาที ต่ำสุด 4 นาที สูงสุด 240 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 44.988 ระยะเวลา Admit เฉลี่ย 81.04 นาที ต่ำสุด 20 นาที สูงสุด 216 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 44.435 ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย

8.72 วัน ต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 59 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.245 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 39,434.81 บาท ต่ำสุด 5,293 บาท สูงสุด 336,574 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 42,006.624

ตารางที่ 4 ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลของการใช้แนวทาง	จำนวน (140)	ร้อยละ
การเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ		
ก่อนให้ยา	128	91.4
หลังให้ยา	7	5.0
ไม่ได้ระบุ	5	3.6
ได้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย		
ภายใน 1 ชม.	89	63.6
หลัง 1 ชม.	33	23.6
ไม่ได้ระบุเวลา	18	12.8
ได้สารน้ำ 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. หลังวินิจฉัย		
ได้รับ	49	35.0
ไม่ได้รับ	49	35.0
ไม่ได้เนื่องจากมีข้อห้าม	42	30.0
การคาสายสวนปัสสาวะ		
ได้รับ	99	70.7
ไม่ได้รับ	41	29.3
ได้รับ Vasopressor หลังได้ IV, MAP < 65		
ได้รับ	43	100
ไม่ได้รับ	0	0

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 128 ราย (ร้อยละ 91.4) ส่วนใหญ่ได้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย 89 ราย (ร้อยละ 63.6) หลัง 1 ชั่วโมง 33 ราย (ร้อยละ 23.6) ได้รับสารน้ำ 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชั่วโมง

และไม่ได้รับ หลังวินิจฉัยเท่ากัน จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ 99 ราย (ร้อยละ 70.7) และได้รับ Vasopressor หลังได้สารน้ำ และ MAP < 65 ทุกราย 100%

ตารางที่ 5 ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด

ผลของการใช้แนวทาง	จำนวน (140)	ร้อยละ
การประเมิน SOS Score ที่ ER แรกวินิจฉัย		
ได้รับ	82	58.6
ไม่ได้รับ	58	41.4
การประเมิน SOS Score ซ้ำที่ ER ภายใน 2 ชม.		
ได้รับ	0	0
ไม่ได้รับ	140	100
การประเมิน SOS Score ที่ หอผู้ป่วยแรกรับ		
ได้รับ	67	47.9
ไม่ได้รับ	73	52.1
การประเมิน SOS Score ที่ หอผู้ป่วย 2 ชม.		
ได้รับ	64	45.7
ไม่ได้รับ	76	54.3
การประเมิน SOS Score ที่ หอผู้ป่วย 6 ชม.		
ได้รับ	62	44.3
ไม่ได้รับ	78	55.7
การประเมิน SOS Score ที่ หอผู้ป่วย 24 ชม.		
ได้รับ	61	43.6
ไม่ได้รับ	79	56.4
การประเมิน SOS Score ที่ ICU ทุก 1 ชม. จน V/S คงที่		
ได้รับ	0	0
ไม่ได้รับ	14	100
ระยะเวลา Admit ภายใน 3 ชม.		
ภายใน 3 ชม.	131	93.6
หลัง 3 ชม.	9	6.4
การประเมิน O ₂ Sat		
ประเมิน	140	100
ไม่ได้ประเมิน	0	0
การบันทึกปัสสาวะ		
บันทึก	140	100
ไม่บันทึก	0	0

จากตารางที่ 5 ส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แรกวินิจฉัย 82 ราย (ร้อยละ 58.6) ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ ภายใน 2 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่หอผู้ป่วยแรกรับ 73 ราย (ร้อยละ 52.1) ส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่หอผู้ป่วย 2 ชั่วโมง 76 ราย (ร้อยละ 54.3) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่หอ

ผู้ป่วย 6 ชั่วโมง 78 ราย (ร้อยละ 55.7) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่หอผู้ป่วย 24 ชั่วโมง 79 ราย (ร้อยละ 56.4) ส่วนใหญ่ระยะเวลา Admit ภายใน 3 ชั่วโมง 131 ราย (ร้อยละ 93.6) 100% ไม่ได้รับการประเมิน SOS Score ที่ ICU ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ ได้รับการเฝ้าระวัง O₂ Sat และได้รับการบันทึกปัสสาวะ 100%

ตารางที่ 6 ประเด็นการรายงานแพทย์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
แรกรับที่หอผู้ป่วย	140	100
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	35	25.0
ผลตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว	23	16.4
ความดันโลหิต	7	5.0
ปัสสาวะ	5	3.6
หยุดหายใจ, หัวใจหยุดเต้น	5	3.6
การเต้นของหัวใจผิดปกติ	3	2.1

จากตารางที่ 6 ประเด็นการรายงานแพทย์ของพยาบาลทุกรายได้รับการรายงานเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วย รองลงมา รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 35 ราย (ร้อยละ 25.0) รองลงมา รายงานผลตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 23 ราย (ร้อยละ 16.4) รายงานความดันโลหิต 7 ราย (ร้อยละ 5.0) รายงานปัสสาวะและภาวะหยุดหายใจ, หัวใจหยุดเต้น 5 ราย (ร้อยละ 3.6) และรายงานการเต้นของหัวใจผิดปกติ 3 ราย (ร้อยละ 2.1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด อายุเฉลี่ย 66.16 ปี ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.7 เนื่องจากผู้สูงอายุ เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าวัยอื่น การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันมีประสิทธิภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ สิงโต และภาพิมล โภท (8,13) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 88.6 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 47.9 สอดคล้องกับการศึกษาของบราลี ศิลประชาวศ์ (14) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดได้มากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิด Severe sepsis และ Septic shock (15) หน่วยงานที่วินิจฉัยผู้ป่วยครั้งแรกพบที่โรงพยาบาลพิจิตร ร้อยละ 53.6 และส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 46.4 ซึ่งใกล้เคียงกัน เนื่องจากโรงพยาบาลพิจิตร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เมื่อผู้ป่วยการหนักเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพิจิตร ประเภทการจำหน่ายส่วนใหญ่อาการทุเลา ร้อยละ 93.6 และเสียชีวิต ร้อยละ 6.4 เนื่องจาก

มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งจังหวัด มีระบบ Fast track ในการส่งต่อ และคัดออกในกลุ่มตัวอย่างที่รักษาแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษา ที่มีการใช้แนวทางปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโดยการลดอัตราการตาย (5,14) การใช้แบบบันทึกการติดเชื้อในกระแสเลือด ยังมีการใช้จำนวนน้อย โรงพยาบาลชุมชนใช้ ร้อยละ 47.7 โรงพยาบาลพิจิตรใช้ ร้อยละ 29.3 ซึ่งอาจเนื่องมาจากแบบบันทึกมีรายละเอียดที่ต้องบันทึกมาก และในภาวะฉุกเฉินเจ้าหน้าที่เร่งให้การดูแลรักษาพยาบาล และรีบดำเนินการส่งต่อมาโรงพยาบาลพิจิตร รวมทั้งภาระงานที่มาก อัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงาน

ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะสูง ร้อยละ 91.4 เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกรายจะมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประเภทอื่นๆ และจากแนวปฏิบัติ (11) สามารถให้เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนให้ยาได้โดยอัตโนมัติ แม้ยังไม่มีคำสั่งการรักษา การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย พบร้อยละ 63.6 โดยในรายที่ไม่ได้เริ่มให้ที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แต่ให้ที่หอผู้ป่วยใน ทำให้ไม่ได้รับภายใน 1 ชั่วโมง เนื่องด้วยภาระงานกระบวนการขั้นตอนการรับคำสั่งการรักษา แพทย์ระบุเวลาสั่งการรักษา พยาบาลยังไม่ได้รับคำสั่งการรักษา มีขั้นตอนเบิกยา รับยา และให้ยา การได้รับสารน้ำ 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ที่ไม่ได้รับยังสูง ร้อยละ 35.0 เนื่องจากแพทย์ไม่มีคำสั่งการรักษา และเพิ่มที่ให้สารน้ำเบอร์เล็ก ให้หนึ่งตำแหน่ง ทำให้ปริมาณสารน้ำได้ไม่ตามเกณฑ์ ซึ่งการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอส่งผลให้อัตราการตายลดลง (5) ผู้ป่วยไม่ได้รับการคาสายสวน ร้อยละ 29.3 พบในรายที่วินิจฉัย Sepsis ความรุนแรง

น้อย ช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้ป่วยได้รับยา Vasopressor ทุกราย หลังได้สารน้ำแล้ว MAP < 65 ซึ่งการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตใน 6 ชั่วโมงแรก ทำให้อัตราการเสียชีวิตน้อยลง^(5,7)

การประเมิน SOS Score ได้รับการประเมินที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เมื่อแรกวินิจฉัย มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 58.6 แต่ไม่มีการประเมิน SOS Score ซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ภายใน 2 ชั่วโมง เนื่องจากในแบบประเมิน SOS Score ไม่มีช่องให้บันทึกประเมินซ้ำที่อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ภายใน 2 ชั่วโมง มีเฉพาะการประเมินซ้ำอาการ Vital sign, Neuro sign, O₂ Sat ที่ไบบันทึกทางการพยาบาล ถ้าที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พยาบาลไม่ได้ใส่แบบประเมิน SOS Score ตั้งแต่แรก เมื่อถึงในหอผู้ป่วยไม่มีการบันทึก SOS ในไบบันทึก การประเมินต่อที่หอผู้ป่วยแรกรับ 2, 6, 24 ชั่วโมง มีการลดลงตามลำดับ การประเมินที่ ICU ไม่มีการบันทึก SOS Score ทุก 1 ชั่วโมง แต่ทุกรายมีการบันทึกสัญญาณชีพ O₂ Sat ทุก ½ - 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพคงที่ในแบบบันทึกของ ICU แต่ประเมิน SOS Score ทุก 4 ชั่วโมง ในไบบันทึกของ ICU ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวทาง SOS Score มีความสัมพันธ์กับการเกิด Severe sepsis และ Septic shock⁽¹⁵⁾ ระยะเวลาการ Admit ภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 93.6 เนื่องจากด้วยภาวะฉุกเฉินของโรค ควรต้องทำการ Admit ให้เร็ว เพื่อการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ใกล้ชิดเพื่อการรักษาต่อเนื่อง^(3,11) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวัง O₂ Sat เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการ monitor สัญญาณชีพ และ O₂ Sat พร้อมกัน และผู้ป่วยทุกรายได้รับการบันทึกปัสสาวะ เนื่องจากเป็นหนึ่งในการประเมิน SOS Score

ประเด็นการรายงานแพทย์ของพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบการรายงานเรื่องผู้ป่วยรับใหม่ ทุกราย เนื่องจากนโยบายของกลุ่มงานอายุรกรรม ผู้ป่วยที่มีการ Admit รายใหม่ แพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์ที่อยู่เวร ต้องมาตรวจที่หอผู้ป่วยทุกราย รองลงมาคือการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 25 เนื่องจากจะมีการรายงานเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ หากไม่ผิดปกติจะไม่ได้รายงานซ้ำ ไม่มีการบันทึกรายงานแพทย์ด้วย SOS Score ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดให้ SOS Score ≥ 4 ให้รายงาน

ให้แพทย์ทราบ^(3,11) แต่มีการรายงานประเด็น ที่ผิดปกติที่เป็นส่วนหนึ่งใน SOS Score ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางค์ ช่างเหล็ก⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าแบบประเมิน SOS Score มีส่วนช่วยให้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้รายงานแพทย์และแก้ไขภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพิจิตร พิจารณา

1. ปรับแบบบันทึกการติดเชื้อในกระแสเลือดให้สะดวก และง่ายต่อการบันทึก
2. ปรับแบบบันทึก SOS Score มีช่องประเมินซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ภายใน 2 ชั่วโมง
3. กำหนดให้มีการบันทึก SOS Score ที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) เมื่อมีการบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง
4. กำหนดและกระตุ้น ให้นำ SOS Score เป็นหนึ่งในประเด็นการรายงานแพทย์ ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาล
2. ศึกษาความร่วมมือของบุคลากรในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
3. ศึกษาความยากง่าย ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตรที่อนุญาตและสนับสนุนการวิจัย ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sepsis. [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 23]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sepsis#tab=tab_1
2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ปีงบประมาณ

- ประมาณ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448>
- สมาคมเวชบำบัด วิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย SEVERE SEPSIS และ SEPTIC SHOCK (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/miniconf/5.pdf>
 - Siddharth D, Choudhary C, Duggal M A. Sepsis and septic shock: Guideline-based management. Cleveland Clinic Journal of Medicine. [Internet]. 2020 Jan [cited 2022 Sep 23]. 87(1): [12 Screens]. Available from: <https://www.cjcm.org/content/87/1/53>
 - อภิสิทธิ์ เวศานนทเวช. ผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อจากชุมชนชนิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อรุนแรงและภาวะช็อกเหตุพิษติดเชื้อโรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2561; 33(2): 37-44.
 - Lu Y, Zhang H, Teng F, Xia W, Sun G., Wen A. Early Goal-Directed Therapy in Severe Sepsis and Septic Shock: A Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis Care Med. [Internet]. 2018 May [cited 2022 Sep 23]. 33(5): [14 Screens]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27756870/>
 - Zhang Z, Hong Y, Smischney NJ., Kuo H, Tsigotis P, Rello J, Kuan WS et al. Early management of sepsis with emphasis on early goal directed therapy: AME evidence series 002. Journal of Thoracic Disease. [Internet]. 2017 Feb [cited 2022 Sep 23]. 9(2): [14 Screens]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28275488/>
 - ประภาพรรณ สิงห์โต, ทองเปลว ชมจันทร์. กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้า ใน 6 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2564; 3(2): 1-21.
 - นุจรี ถาวรศักดิ์. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2565].
 - ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลพิจิตร. รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) โรงพยาบาลพิจิตร. 14 กันยายน 2565.
 - อัญชลินทร์ ญาอัศววัฒน์. แนวทางเวชปฏิบัติที่ PG-MDC-00-005 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพิจิตร. 2563.
 - บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้โปรแกรม G*POWER. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
 - ภาพิมล โกลม, รัชนิ นามจันทร์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(4): 32-43.
 - บราลี ศิลประชาวงศ์. ผลลัพธ์การใช้แนวทางเวชปฏิบัติรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลตรัง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2563; 34(3): 35-45.
 - สมไสว อินทะชูป, ดวงพร โพธิ์ศรี, จิราภรณ์ สุวรรณศรี. ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560; 25(1): 85-92.
 - สุรางค์ ช่างเหล็ก. ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2564; 4(2): 4-14.

การกระจายยาสมุนไพร และผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิจิตร จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพร ของเขตสุขภาพที่ 3 Distribution of herbal medicines and results promoting the use of herbal medicines In public health facilities, Phichit province, from the herbal medicine subsidy policy of Health Region 3

สันทัศน์ ทองงามดี ภ.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการกระจายยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร และศึกษาผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview) ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์หรือจัดการยาสมุนไพรของโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์แบบเจาะจง (Purposive sampling) จาก 12 โรงพยาบาล จำนวน 24 คน แบ่งเป็นเภสัชกร 12 คน และแพทย์แผนไทย 12 คน ประเด็นในการสัมภาษณ์อ้างอิงตามกรอบการบริหารเวชภัณฑ์ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดเลือกยา จัดหายา กระจายยา และการใช้ยา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 ที่โรงพยาบาลมีการดำเนินการทุกแห่ง ด้านการคัดเลือกยา ได้แก่ การคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานบริการใช้แนวทาง 1) การเสนอเข้าสู่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การเสนอรายการยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทยและการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานพยาบาลใช้แนวทาง ได้แก่ 1) การเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2) รายการที่ผู้สั่งใช้มีความประสงค์ใช้ด้านการจัดหายา ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์การจัดหายาจากสมุนไพรของสถานพยาบาล ใช้แนวทาง ได้แก่ 1) รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2) รายการยาที่มีปริมาณการใช้สูง ด้านการกระจายยา ไม่พบแนวทางที่โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการเหมือนกัน และด้านการใช้ยา ได้แก่ การส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้สั่งใช้ยา ใช้แนวทาง 1) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ แม้ว่ามูลค่าการใช้ยาสมุนไพรจะมีการเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลทุกแห่ง แต่ไม่พบความสอดคล้องของจำนวนประเด็นแนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ที่ดำเนินการ กับมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การกระจายยาสมุนไพร การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

Abstract

This study is qualitative research aimed at studying the distribution practices of herbal medicines of public health facilities. and studied the results of promoting the use of herbal medicines in public health facilities. In Phichit 2022 using in-depth interview method Among

those involved in the administration of medical supplies or the management of herbal medicines of the hospital. From general hospitals and community hospitals of Phichit province, purposive sampling was selected from 12. hospital There were 24 pharmacists and 12 Thai traditional doctors. It is based on a four-step framework for the administration of pharmaceuticals: drug selection, drug sourcing, drug distribution, and drug use.

The results of the study showed that guidelines for the distribution of herbal medicines in public health facilities In Phichit province, 2022, hospitals are operating everywhere. Drug selection aspects include the selection of herbal medicines into the herbal medicine account of the facility. Apply guidelines 1) Submission to the Pharmaceutical and Therapeutics Committee 2) Offering a list of herbal medicines by Thai traditional medicines and determining the selection criteria for herbal medicines into the herbal medicine account of healthcare facilities. The guidelines include: 1) the use of medicines on the national main drug list, 2) the items that the prescriber wishes to use . Determination of criteria for the supply of herbal medicines of healthcare facilities. Guidelines include: 1) List of drugs on the National Primary Drug List, 2) List of high-consumption drugs. The guidelines that all hospitals do are not the same. And the medicinal aspects include: Promoting the prescription of herbal medicines in prescribers Guidelines are used 1) notification at the Pharmacy and Therapeutics Committee meeting 2) Notification at the board meeting. At the district level, though, the value of herbal medicines has increased. In all hospitals, however, no consistency was found in the number of issues, guidelines for the distribution of herbal medicines in public health facilities. In Phichit province, the value of herbal medicines is increasing.

Keywords : Distribution of herbal medicines. Promoting the use of herbal medicines.

บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรมาเป็นระยะเวลานานแต่มูลค่าการใช้ยาและปริมาณการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานพยาบาลก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽¹⁾ โดยในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข พบว่า ระบบการประกันสุขภาพรวมทั้ง 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรทั้งในบัญชีและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพียง 341.99 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2561⁽²⁾ และยังพบว่าการใช้ยาสมุนไพรยังเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน โดยปี พ.ศ.2562 พบว่ามูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตสุขภาพ เพียงร้อยละ 0.85 โดยเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท อยู่ในลำดับที่ 7

มีมูลค่าคิดเป็นเพียง ร้อยละ 0.96 ของมูลค่ายาทั้งหมดในโรงพยาบาล⁽³⁾ นโยบายส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 3 ที่สำคัญ ตั้งแต่ ปี 2562-ปัจจุบัน คือ การกั้นงบประมาณหลักประกันสุขภาพไว้ในระดับเขตสุขภาพเพื่อใช้อุดหนุนการกระจายยาสมุนไพรที่ผลิตจากโรงพยาบาลแหล่งผลิตยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3 ให้แก่โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพ งบประมาณที่ใช้เพื่อการอุดหนุนดังกล่าว ในปี 2565 มีมูลค่าทั้งสิ้น 12 ล้านบาท โดยเพิ่มขึ้น จากปี 2564 ที่มีมูลค่าเพียง 6 ล้านบาทในส่วนของจังหวัดพิจิตร ได้รับการอุดหนุนงบยาสมุนไพร ปี 2565 เป็นมูลค่า 1,364,183 บาท ทั้งนี้ ในปี 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายมุ่งเน้น 9 ด้าน ด้านที่ 3 เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสมุนไพร กัญชาและกัญชงของประเทศ หนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 34 จากนโยบายของเขตสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข ดังกล่าว ส่งผลให้ปี

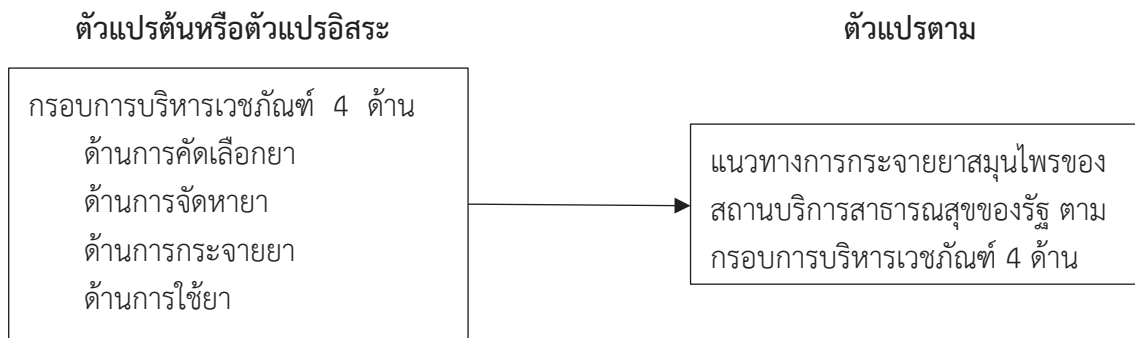
พ.ศ.2565 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรของเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.14 โดยจังหวัดพิจิตรมีมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 64.04 และทุกอำเภอเพิ่มขึ้นทุกแห่ง เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2564⁽⁵⁾ การเพิ่มขึ้นดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายและแผนการขับเคลื่อนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ แต่ที่สำคัญเกิดจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่งในแต่ละอำเภอ จึงจำเป็นต้องศึกษาแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่แต่ละสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตรใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในปี 2565 ที่ผ่านมามากจน ศึกษาผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรจากแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่แตกต่างกันของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อนำไปเป็นแนวทางดำเนินการส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรในระดับจังหวัดร่วมกันอันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนา งานด้านการส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรให้บรรลุตามเป้าหมายนโยบายจังหวัด เขตสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางการกระจายยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตรปี 2565
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตร ปี 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



คำถามการวิจัย

1. แนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตรใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในปี 2565 เป็นอย่างไร
2. แนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่แตกต่างกันของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร อย่างไร

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth interview) ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ หรือจัดการยาสมุนไพรของโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพิจิตร โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 12 โรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 24 คน แบ่งเป็นเภสัชกร 12 คน และแพทย์แผนไทย 12 คน

ประเด็นหัวข้อคำถามหลักในการสัมภาษณ์ อ้างอิงตามกรอบการบริหารเวชภัณฑ์ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดเลือกยา จัดหา กระจายยา และการใช้จ่าย⁽⁶⁾ การสัมภาษณ์เปิดให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ อธิบายแนวทางการบริหารจัดการยาสมุนไพรอย่างอิสระ สัมภาษณ์ในระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม พ.ศ.2565 สำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยจะทำการจดบันทึกและบันทึกเทป หากได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแนวทางการกระจายยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดเลือกยา ด้านการจัดหา ด้านการกระจายยา และด้านการใช้จ่าย

1. ด้านการคัดเลือกยา

- 1.1 แนวทางการคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร มี 5 แนวทาง ได้แก่ 1) การเสนอเข้าสู่คณะกรรมการ

เภสัชกรรมและการบำบัด ร้อยละ 100 2) การเสนอรายการยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทย ร้อยละ 100 3) การสำรวจความต้องการรายการยาสมุนไพรจากเครือข่ายบริการ ร้อยละ 83.33 4) การมีช่องทางการเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล โดยตรงได้ ร้อยละ 66.67 และ 5) การเสนอรายการยาสมุนไพรโดยบุคลากรการแพทย์อื่นๆ นอกจากแพทย์แผนไทย ร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

1.2 แนวทางการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร มี 10 แนวทาง ได้แก่ 1) การเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 100 2) รายการยาที่ผู้สั่งใช้มีความประสงค์ใช้ ร้อยละ 100 3) รายการยาที่สอดคล้องกับสถานการณ์โรคหรือโรคมุ่งเน้นในพื้นที่ ร้อยละ 25 4) รายการยาที่มีข้อบ่งใช้ได้หลายกลุ่มอาการ ร้อยละ 100 5) รายการยาที่บุคลากรการแพทย์ผู้สั่งใช้ยาอื่นนอกจากแพทย์แผนไทยสามารถสั่งได้ ร้อยละ 8.33 6) รายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 100 7) รายการยาที่มีข้อบ่งใช้ชัดเจนและปลอดภัย ร้อยละ 100 8) รายการยาที่มีราคาถูกลง ร้อยละ 16.67 9) รายการยาตามบัญชียาสมุนไพรของจังหวัด ร้อยละ 100 และ 10) รายการยาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงมีการใช้ ร้อยละ .8.33 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

2. ด้านการจัดหายา

2.1 แนวทางการจัดทำแผนการจัดซื้อยาสมุนไพรของสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตร มี 2 แนวทาง ได้แก่ 1) แบบมีการนำงบประมาณอุดหนุนยาสมุนไพรของเขตมารวมในแผนงบประมาณการจัดซื้อยาสมุนไพรประจำปี ร้อยละ 58.33 2) แบบไม่ได้มีการนำงบประมาณอุดหนุนยาสมุนไพรของเขตมารวมในแผนงบประมาณการจัดซื้อยาสมุนไพรประจำปี ร้อยละ 41.67 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

2.2 แนวทางการกำหนดเกณฑ์การจัดหายาจากสมุนไพรของสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตรเพื่อขอรับการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 3 มี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ร้อยละ 100 2) รายการยาที่มีปริมาณการใช้สูง ร้อยละ 100 3) รายการยาที่มีการใช้ในปัจจุบัน ร้อยละ 41.67 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

2.3 แนวทางการจัดซื้อยาสมุนไพรของสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร จากแหล่งผลิตยาจากสมุนไพรของเขตสุขภาพหรือเอกชน ในปี 2565 มี 2 แนวทาง ได้แก่ 1) จัดซื้อยาสมุนไพรจากผู้ผลิตจำหน่ายเอกชนไม่ได้ซื้อเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรของเขตสุขภาพ ร้อยละ 75 2) จัดซื้อยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3 เพิ่มเติมบางส่วนจากที่ได้รับการอุดหนุน ร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

3. ด้านการกระจายยาสมุนไพร

3.1 แนวทางการกำหนดเกณฑ์การกระจายยาสมุนไพรให้หน่วยบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอ มี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) พิจารณาจากอัตราการใช้ ร้อยละ 66.67 2) จัดสรรและกระจายยาสมุนไพรให้ตามความต้องการและการเบิกใช้ ร้อยละ 58.33 3) จัดสรรและกระจายยาให้ตามการมีแพทย์แผนไทยประจำ ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

3.2 แนวทางการกำหนดระยะเวลาการกระจายยาสมุนไพรให้หน่วยบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอ มี 2 แนวทาง ได้แก่ แบบจัดสรรให้เดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 75 2) แบบจัดสรรให้เดือนละ 2 ครั้ง ร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

3.3 แนวทางการควบคุม กำกับ การกระจายยาสมุนไพรให้หน่วยบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอำเภอ มี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การนิเทศติดตามของอำเภอ ร้อยละ 83.33 2) การติดตามโดยเภสัชกรที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ ร้อยละ 50 3) การใช้ระบบโปรแกรมติดตาม รายงาน ร้อยละ 8.33 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

4. ด้านการใช้ยา

4.1 แนวทางการส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้สั่งใช้ยาของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตร มี 14 แนวทาง ได้แก่ 1) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร้อยละ 100 2) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ ร้อยละ 100 3) การจัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ความรู้ ร้อยละ 41.67 4) การจัดทำแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline: CPG) ร้อยละ 41.67 5) การจัดบริการแบบ One Stop

Service จ่ายยาสมุนไพรที่แผนกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 33.33 6) การใช้นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use :RDU) ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ร้อยละ 25 7) การจัดบริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25 8) การสั่งการและนโยบายผู้บริหาร ร้อยละ 25 9) การกระตุ้นการใช้ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 25 10) การกระตุ้นด้วยแผนรายรับโรงพยาบาล ร้อยละ 16.67 11) การแจ้งแพทย์สั่งใช้ยาที่ใกล้หมดอายุ ร้อยละ 16.67 12) การปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ ร้อยละ 8.33 13) การอบรม ให้ความรู้บุคลากร สหวิชาชีพ ร้อยละ 8.33 14) การสร้างระบบแจ้งผ่านโปรแกรมการรักษา ร้อยละ 8.33 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

4.2 แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในประชาชนของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัด

ตาราง แสดงจำนวนประเด็นคำตอบแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่ดำเนินการ และร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิจิตร ปี 2565

โรงพยาบาล	ประเด็นคำตอบ		ร้อยละมูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2564
	จำนวน(ข้อ)	ร้อยละ	
พิจิตร	25	50	7.9
ตะพานหิน	28	56	82.4
บางมูลนาก	33	66	58.9
โพธิ์ประทับช้าง	30	60	56.1
โพทะเล	31	62	305.7
ทับคล้อ	25	50	54.4
สามง่าม	26	52	29.0
วังทรายพูน	26	52	38.0
วชิรบำรุง	20	40	42.7
สากเหล็ก	23	46	33.1
บึงนาราง	22	44	157.1
ดงเจริญ	27	54	89.3

ที่มา : HDC สสจ.พิจิตร/แบบสัมภาษณ์

จากตาราง พบว่า แนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตรปี 2565 สามารถนำมากำหนดประเด็นคำตอบตามกรอบการบริหารเวชภัณฑ์ 4 ด้าน ได้แก่ การคัดเลือก การจัดหา การกระจาย และการใช้ยา รวมทั้งสิ้น 50 ประเด็น โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางการกระจาย

พิจิตร มี 6 แนวทาง ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลกับผู้รับบริการรายบุคคลขณะรับบริการ ร้อยละ 100 2) การให้ความรู้การใช้ยาสมุนไพรที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 58.33 3) ออกบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการเครือข่าย ร้อยละ 33.33 4) การออกหน่วยเคลื่อนที่ในชุมชน ร้อยละ 25 5) การเผยแพร่ความรู้ด้วยเอกสารสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 33.33 6) การเผยแพร่ความรู้ทางสื่อวิทยุออนไลน์ ร้อยละ 16.67 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตรทั้งหมด

ผลการศึกษาผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรแนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 ได้แก่ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เพิ่มขึ้น จากการดำเนินการตามแนวทางการกระจายยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร พบว่า

ยาสมุนไพรตามประเด็นมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลบางมูลนาก จำนวน 33 ประเด็น ร้อยละ 66 รองลงมาได้แก่ อำเภอปอทะเล จำนวน 31 ประเด็น ร้อยละ 62 และน้อยที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรบำรุง จำนวน 20 ประเด็น ร้อยละ 40 ในขณะที่มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น จากการดำเนินงานตามแนวทางการกระจาย

ยาสมุนไพรของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่าโรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลโพทะเล ร้อยละ 305.7 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลบึงนาราง ร้อยละ 157.1

โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางการกระจายยาสมุนไพรตามประเด็นเท่ากันแต่มีผลลัพธ์มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นแตกต่างกัน ได้แก่ 1) โรงพยาบาลสามง่าม และโรงพยาบาลวังทรายพูน จำนวน 26 ประเด็น มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 29 และ 38 ตามลำดับมีผลต่างคิดเป็น ร้อยละ 9 2) โรงพยาบาลพิจิตร และโรงพยาบาลทับคล้อ จำนวน 25 ประเด็น มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 7.9 และ 54.4 ตามลำดับ มีผลต่างคิดเป็น ร้อยละ 46.5 แสดงว่าข้อมูลการดำเนินการตามแนวทางการกระจายยาสมุนไพรไม่สอดคล้องกับผลลัพธ์มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร

สรุปผลการศึกษา

แนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 ที่โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการ ด้านการคัดเลือกยา ได้แก่ การคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานบริการ ใช้แนวทาง 1) การเสนอเข้าสู่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การเสนอรายการยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทย และการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของสถานพยาบาล ใช้แนวทาง ได้แก่ 1) การเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2) รายการที่ผู้สั่งใช้มีความประสงค์ใช้ด้านการจัดหายา ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์การจัดหายาจากสมุนไพรของสถานพยาบาลใช้แนวทาง ได้แก่ 1) รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2) รายการยาที่มีปริมาณการใช้สูง ด้านการกระจายยา ไม่พบแนวทางที่โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการเหมือนกัน และด้านการใช้ยา ได้แก่ การส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรในผู้สั่งใช้ยา ใช้แนวทาง 1) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การแจ้งในการประชุมคณะกรรมการ ระดับอำเภอ

จำนวนประเด็นแนวทางการกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดพิจิตร ปี 2565 ที่โรงพยาบาลดำเนินการไม่มีความสอดคล้องกับมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นใน

โรงพยาบาลทุกแห่ง ดังที่พบว่าโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางการกระจายยาสมุนไพรจำนวนประเด็นเท่ากัน มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นแตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษาการกระจายยาสมุนไพร และผลลัพธ์การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิจิตร จากนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3 มีข้อค้นพบว่าด้านการคัดเลือกยาสมุนไพร เข้าสู่บัญชียาสมุนไพรของโรงพยาบาล นอกจากการเสนอเข้าคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เป็นแนวทางที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งต้องดำเนินการตามแนวทางการบริหารเวชภัณฑ์แล้วมีการให้แพทย์แผนไทยเป็นผู้คัดเลือกและเสนอรายการยาสมุนไพรในโรงพยาบาลทุกแห่ง จากเดิมที่ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาล หรือการมีช่องทางในการเสนอรายการยาสมุนไพรได้โดยตรงกับผู้บริหาร และการกำหนดรายการยาสมุนไพรได้โดยตรงกับผู้บริหาร และการกำหนดรายการยาสมุนไพรได้โดยตรงกับผู้บริหาร และเป็นการกำหนดรายการยาสมุนไพรที่เพียงพอต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และเพิ่มบทบาทความสำคัญของแพทย์แผนไทยในการจัดการยาสมุนไพรในโรงพยาบาล สำหรับด้านการจัดหายาสมุนไพร โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่จัดซื้อยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลแหล่งผลิตยาสมุนไพรในเขตสุขภาพ แต่ซื้อจากแหล่งผลิตยาสมุนไพรเอกชนมากกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายเขตสุขภาพที่ต้องการให้มีการสนับสนุนการจัดซื้อยาที่ผลิตจากโรงพยาบาลแหล่งผลิตยาสมุนไพรในเขตสุขภาพก่อน ทั้งนี้ จากการศึกษาสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความยุ่งยากของระบบการจัดซื้อแบบการโอนขายบิล ความล่าช้าการจัดส่ง ราคา และความเชื่อมั่นในคุณภาพยา เป็นต้น สำหรับด้านการกระจายยาที่มีการใช้เกณฑ์การจัดสรรยาสมุนไพรตามการมีแพทย์แผนไทยประจำเพิ่มเติม ทำให้มีความแตกต่างของรายการยาและปริมาณ ยาสมุนไพร ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยประจำ กับที่ไม่มีแพทย์แผนไทยประจำ เป็นการส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยได้มียาสมุนไพรใช้เพียงพอ และใช้องค์ความรู้ทางเภสัชกรรมไทยตามที่เรียนมาเพิ่มขึ้น สำหรับด้านการใช้ยาที่มีการส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยการใช้นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) ร่วมกับ

การใช้จ่ายสมุนไพรทดแทน การจัดการบริการแพทย์แผนไทย คู่ขนานกับแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการช่วยพัฒนางาน แพทย์แผนไทยและเป็นการบูรณาการงานแพทย์ แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข และสำหรับการส่งเสริมการใช้จ่าย สมุนไพรในประชาชน มีการจัดบริการออกหน่วยแพทย์ แผนไทยเคลื่อนที่เชิงรุกในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการและ ยาสมุนไพรในประชาชนเพิ่มขึ้น

แนวทางการกระจายยาสมุนไพรของสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐในจังหวัดพิจิตร ที่พบ สอดคล้องกับ การวิจัยของ อารี บุญเพิ่ม (2563) เรื่อง เกณฑ์ ปัญหาและ ข้อเสนอแนะในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพรใน บัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาล ที่พบว่า เกณฑ์การคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาล เช่น เป็นรายการยาที่ใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการรักษา⁽⁷⁾ นอกจากนี้ในด้าน การส่งเสริมการสั่งจ่ายยาสมุนไพรสำหรับบุคลากรและ ประชาชน ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ รัตนพร เสนอลาด (2563) เรื่อง ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมการใ้ ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าแนวทางการส่งเสริมการใ้ยา สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 1) การแจ้งเรื่องการส่งเสริมการใ้ยาสมุนไพร ต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล 2) การให้ข้อมูลวิชาการเรื่องยาสมุนไพรกับบุคลากรทาง การแพทย์ 3) ให้ความรู้เรื่องยาสมุนไพรกับผู้ป่วยที่มารับ บริการที่โรงพยาบาล 4) กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละ วิชาชีพในการดำเนินการส่งเสริมการใ้ยาสมุนไพร⁽⁸⁾ และ การวิจัยของ ชวัลวลัย เมฆสวัสดิชัย (2560) เรื่องการ ประเมินผลนโยบายการส่งเสริมการใ้ยาจากสมุนไพร ของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด สระบุรี ปีงบประมาณ 2560 พบว่าประเด็นในการพัฒนา ส่งเสริมการใ้ยาสมุนไพร คือ การพัฒนาบุคลากรทางการ แพทย์ทุกสาขาให้มีความรู้ความเข้าใจการใ้ยาสมุนไพร⁽⁹⁾ และการวิจัยของ ไพรัตน์ หริวรรณ และคณะ (2552) เรื่อง การใ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ศูนย์ลำปางและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง

ปี 2545-2549 พบว่า การใ้ยาสมุนไพรในรายการทดแทน ยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้นนั้น เนื่องมาจากการสนับสนุน เจริญนโยบายในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในสถานบริการ มีการ จัดประชุมสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการด้านสมุนไพรให้แก่ บุคลากร⁽¹⁰⁾

ผลลัพธ์มูลค่าการใ้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น อาจไม่ได้ เกิดจากการดำเนินการตามแนวทางการกระจายยาสมุนไพร ตามที่ศึกษาทั้งหมด เพราะแม้จะมีการดำเนินการตาม แนวทางการกระจายยาสมุนไพร ที่มาก แต่ผลลัพธ์มูลค่า การใ้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นมีการเพิ่มขึ้นน้อย ในโรงพยาบาล หลายแห่งที่ศึกษา อีกทั้ง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการ ตามจำนวนประเด็นเท่ากัน แต่ก็อาจแตกต่างกันในบาง ประเด็นมีผลทำให้มูลค่าการใ้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น แตกต่างกัน และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำการ ศึกษาต่อ เช่น นโยบาย การสั่งจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในช่วง การระบาดของโรคโควิด-19 หรือ นโยบายกัญชาทาง การแพทย์ ในปี 2565 ที่อาจเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่ม มูลค่าการใ้ยาสมุนไพรในแต่ละโรงพยาบาลได้ในปี 2565 จึงควรนำแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่ศึกษาไปทำ การศึกษาต่อไปเพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของแนวทาง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เขตสุขภาพที่ 3 ควรมีการพัฒนา แก้ไข ปัจจัย ที่เป็นอุปสรรคการจัดซื้อยาสมุนไพรจากโรงพยาบาล แหล่งผลิตยาสมุนไพรในเขตสุขภาพ ได้แก่ ขั้นตอนการโอน ขยายบิล ความล่าช้าการจัดส่ง ราคายาสมุนไพรที่มีราคาสูง กว่ายาแผนปัจจุบันหรือแพงกว่า เอกชน และการพัฒนา คุณภาพยา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรที่ผลิต จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับ จังหวัด ควรนำแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่ได้จาก การวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาและประเมิน งานในระดับอำเภอ
3. โรงพยาบาลทุกแห่งควรให้แพทย์แผนไทย มีบทบาทหรือรับผิดชอบการบริหารจัดการยาสมุนไพร ในโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหายา การ กระจายยา และการใ้ยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยพัฒนา

งานด้านการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเฉพาะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวทางการกระจายยาสมุนไพรที่ศึกษาไปทำการศึกษาต่อเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแนวทางที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลในการเพิ่มผลลัพธ์มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เช่น นโยบาย การส่งใช้ยาฟ้าทะลายโจรในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 หรือนโยบายกัญชาทางการแพทย์

3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ เช่น ผลลัพธ์ของนโยบายการอุดหนุนยาสมุนไพรต่อการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนในรายการที่มีการอุดหนุนจากเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิริวิทยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม แพทย์แผนไทยและนางวรรณนิภา สิทธิราช ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่กรุณาสนับสนุนให้คำปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สรรพพงศ์ ฤทธิรักษา, รัชณี จันทร์เกษ, มนนิภา สังข์ศักดิ์, สุพินดา กิจทวี, วัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง. นโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2561;16:145-57.
2. สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบยาของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=30bc6

364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=18576644ee6ec12c24b8d307535fa140

4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดยึดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กระทรวงสาธารณสุข; 2565
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=18576644ee6ec12c24b8d307535fa140
6. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/49>
7. อารียา บุญเพิ่ม, ทิพาพร การญจนราช. เกณฑ์ปัญหาและข้อเสนอแนะในการคัดเลือกยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อนำเข้าบัญชียาของโรงพยาบาล. วารสารเวชกรรมไทย 2564;4:855-65.
8. รัตนพร เสนาลาด, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, สมศักดิ์ นวลแก้ว. ผลของการใช้แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564;4:933-43.
9. ชวัลลย์ เมฆสวัสดิชัย. การประเมินผลนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2560. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560;17:516-25.
10. ไพรัตน์ หริวรรณ และคนอื่นๆ. การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปางปี 2554-2559. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552; 3:412-18.

การพัฒนาระบบการใช้ยาในกลุ่ม statins เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับคล้อ พ.ศ. 2565

**Developing for using statins to reduce the risk of cardiovascular disease with diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT),
Thapkhlo Hospital, 2022**

นที กาทอง ภ.บ.
โรงพยาบาลทับคล้อ

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาในกลุ่ม statins ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยนอกรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทับคล้อ หรือรับยาแบบส่งกลับบ้านในช่วงโควิด 19 จำนวน 1,379 คน ช่วงตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565 และหลังการพัฒนาระบบ กรกฎาคม 2565 - กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, แบบ Consult form CVD risk on statins และโปรแกรมคำนวณร้อยละ CVD risk score สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของการพัฒนาระบบด้วยสถิติ แบบ Pair t-test ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดหรือเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 532 คน (38.58%) เป็น 1,259 คน (91.30%) โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในสร้างความรู้ สร้างแบบฟอร์มในด้านการจัดการข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการและด้านอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงยาในกลุ่ม statins พบว่า เพิ่มขึ้นจากจำนวน 249 คน (53.20%) เป็นจำนวน 1,099 คน (87.29%) ก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับมีค่าเฉลี่ย 0.39 ± 0.49 หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ± 0.28 เพิ่มขึ้น 0.53 (95% ช่วงความเชื่อมั่น 0.50 ถึง 0.55) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่าการเพิ่มประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นการค้นหาเชิงรุกและลดความเสี่ยง ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการใช้ยาในกลุ่ม statins ป้องกันปฏิกิริยา Clinical Atherosclerotic Cardiovascular disease (Clinical ASCVD) และทุติยภูมิในผู้ที่มี Clinical ASCVD ขึ้นแล้วโดยป้องกัน recurrent event ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ : โรคหัวใจและหลอดเลือด, การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, ยาลดไขมันในเลือด

Abstract

The purposes of this study were to develop the statins use system to reduce the risk of cardiovascular disease and to increase the cardiovascular disease risk assessment in patients with diabetes and hypertension using action research. The study population was 1,379 patients receiving treatment and medicines continuously at Thapkhlo Hospital or receiving home-delivered medicines during the COVID-19 pandemic between October 2021 and June 2022 and after the

development of the system between July 2021 and September 2022. The research instruments were the data collection form for the CVD risk assessment, the consult form for CVD risk on statins, and the %CVD risk score calculator program. The statistics used in this study were descriptive statistics: number, percentage, mean, and standard deviation. The result was compared using a paired t-test. The result showed that patients ranging from 532 patients (38.58%) to 1,259 patients (91.30%), use information technology to create knowledge and the form of laboratory and others. When comparing before and after access to statins, it was discovered that the number of patients increased from 249 (53.20%) to 1,099 (87.29%). The mean before the system development was 0.91 ± 0.49 and after the system development was 0.91 ± 28 , which statistically significantly increased to 0.53 (95% confidence interval from 0.50 to 0.55) at the level of statistical significance of 0.05 (p-value <0.001). In conclusion, the increase in the cardiovascular disease risk assessment was proactive research and reduced the risk of cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension. In addition, this assessment helped the patients gain access to statins, served as a primary prevention, and served as a secondary prevention, preventing recurrent events and lowering the risk of cardiovascular disease.

Keywords : cardiovascular disease, cardiovascular disease risk, statins

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนประชากร หรือร้อยละ 2 โดยประมาณ ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งรองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในปีที่ผ่านมาทั่วโลกพบมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 13.7 ล้านคน เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปี ซึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 34,728 คน เป็นเพศชาย 20,034 คน และเพศหญิง 14,694 คน (ที่มา สถิติสาธารณสุข ปี 2562) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เชิงรุกในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สามารถช่วยให้ค้นพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิต และโรคเบาหวานได้เร็วขึ้น ซึ่งการใช้ยาลดไขมันในเลือดโดยเฉพาะยากลุ่ม statins สำหรับการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ มาตรการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีตันสูงกว่าคนทั่วไป โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า (Thai CVD risk) ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่องค์การอนามัยโลกประกาศใช้ โดยปรับปรุงเพื่อให้เกิดความแม่นยำและความเชื่อถือได้ในคนไทย ภายหลังจากประเมินจะทำให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงให้ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนได้รับยากลุ่ม statins ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ด้วยเหตุนี้จึงพัฒนาระบบการใช้ยากลุ่ม statins เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทับคล้อ ปี พ.ศ.2565 พัฒนาระบบการให้ยา กลุ่ม statins ร่วมกับการเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยงเชิงรุก และควบคุมอุบัติการณ์ โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ค้นพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เร็วขึ้น เพิ่มการใช้ยาลดไขมันยา กลุ่ม statins ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ป้องกัน ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

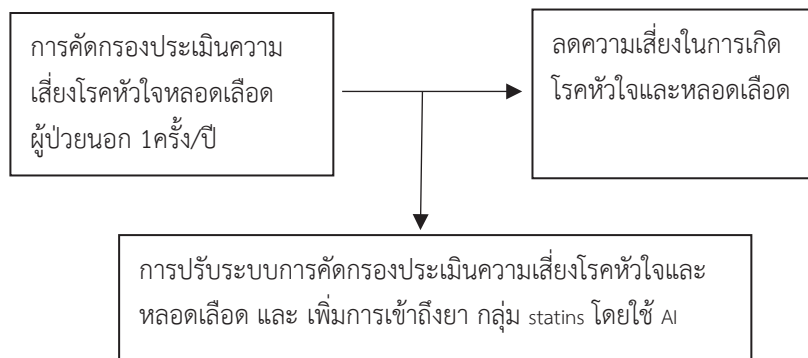
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนาการเข้าถึงยา กลุ่ม statins ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สมมุติฐานการวิจัย

การเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเพิ่มการเข้าถึงยา กลุ่ม statins ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดย AI สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ขั้นตอนการศึกษา

1) วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบ ทบทวนวรรณกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ CVD risk score รวบรวมปัญหากระบวนการใช้ยา และการเข้าถึงยา กลุ่ม statins จากนั้นนำปัญหาที่รวบรวมได้มาสู่การวิเคราะห์ เพื่อดำเนินการพัฒนา และกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการ

2) รายละเอียดการดำเนินการ

(1) ก่อนดำเนินการกำหนดให้มีทบทวนเวชระเบียน ย้อนหลัง 9 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2564-มิถุนายน 2565 ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 1,379 คน เก็บ ข้อมูลผู้ป่วยนำมาพิจารณาว่ามีการประเมิน CVD risk score ทุกรายหรือไม่ และวิเคราะห์ ข้อมูล

(2) ดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น โดยปรับกระบวนการทำงาน เพิ่มการคัดกรอง แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยเภสัชกร ดังนี้

(2.1) กำหนดให้มีการประเมิน CVD risk score ตั้งแต่ กรกฎาคม 2565 - กันยายน 2565 ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์พิจารณาคัดเลือก

(2.2) ประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยแบบฟอร์ม (AI) นำเข้าโปรแกรมใน HOSxP โดยนำข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และปัจจัยความเสี่ยงส่งข้อมูลให้แพทย์เพื่อ ประกอบการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา ผ่าน Consult form CVD risk on statins เภสัชกรให้ข้อมูลด้านการบริหารเภสัชกรรมให้แพทย์พิจารณาในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยา กลุ่ม statins

(3) วิเคราะห์ผลการดำเนินการจากระบบที่พัฒนา โดยเปรียบเทียบผลของการพัฒนาระบบ (จำนวน, ร้อยละ) หลังจากเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือด และ เปรียบเทียบการเข้าถึงยา กลุ่ม statins ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทับคล้อ รักษาพยาบาลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทับคล้อ หรือรับยาแบบส่งกลับบ้านในช่วงโควิด19 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 1,379 คน ในช่วงเวลาตุลาคม 2564- มิถุนายน 2565 และหลังการพัฒนาระบบในช่วงเวลา กรกฎาคม 2565 - กันยายน 2565 โดยเลือกทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เป็นไปตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยมีประวัติรับยากลุ่ม statins มาก่อน ทั้งในโรงพยาบาลทับคล้อ หรือสถานพยาบาลอื่นๆ

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทับคล้อ หรือกรณีผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีการได้รับยากลุ่ม statins หรือ เคยรับยากลุ่ม statins แต่มีการหยุดยาด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ, แบบ Consult form CVD risk on statins นำเข้าโปรแกรมใน HOSxP สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการคำนวณ %CVD risk score

2. การตรวจร่างกาย การวัดความดันโลหิต ซีพีเจ ความสูง น้ำหนัก รอบเอว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lipid profiles (Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการรับรองมาตรฐานในด้านเที่ยงตรง เป็นมาตรฐานในการตั้งค่าเครื่องมือตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ได้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

2. %CVD risk score โดยใช้ Thai CVD risk โรงพยาบาลรามาริบัติที่ พัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากการติดตามศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย เพื่อให้เกิดความแม่นยำ ความเชื่อถือได้ของโอกาสเสี่ยงในคนไทยที่ใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงหลัก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 6/2565 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูล เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทับคล้อ

1. การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 9 เดือน ในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 - มิถุนายน 2565 ก่อนดำเนินการ จำนวน 1,379 คน นำมาพิจารณาว่ามีการประเมิน CVD risk score ทุกรายหรือไม่ และวิเคราะห์ข้อมูล

2. เก็บข้อมูล 3 เดือน ในช่วงเวลา กรกฎาคม 2565 - กันยายน 2565 ใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ จำนวน 1,379 คนทุกราย โดยเปรียบเทียบกับ การคัดกรองแบบเดิมในประชากรกลุ่มเดียวกัน

3. การประเมิน CVD risk score สร้างแบบเก็บข้อมูล AI นำเข้าข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และปัจจัยความเสี่ยงในระบบ HOSxP เกสเซอร์ส่งข้อมูล consult form CVD risk on statins แพทย์พิจารณาการจ่ายยา เก็บข้อมูลในการสั่งใช้ยากลุ่ม statins นำมาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับยากลุ่ม statins ก่อนเริ่มพัฒนาระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นการศึกษาระบบเปรียบเทียบผลของการพัฒนาระบบด้วยสถิติ แบบ Pair t- test

ผลการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนาระบบการใช้ยากลุ่ม statins ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการเพิ่มการประเมินความเสี่ยงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 1,379 คน เป็นเพศชาย 565 คน คิดเป็นร้อยละ 40.97 เพศหญิง 814 คน คิดเป็นร้อยละ 59.03 กลุ่มความดันโลหิตสูงมากที่สุด 674 คน คิดเป็นร้อยละ 48.88 เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 458 คน คิดเป็นร้อยละ 33.21 และ เบาหวาน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 17.91 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk score ก่อนการพัฒนาระบบ (N= 1,379 เดือนตุลาคม 2564- มิถุนายน 2565)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	CVD risk score					รวมทั้งหมด
	<10%	≥10%-20%	>20%-30%	>30%-40%	>40%	
ผู้ป่วยเบาหวาน(คน)	8	20	17	11	22	78
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง(คน)	36	118	52	26	32	264
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง(คน)	19	67	43	23	38	190
ผู้ป่วยทั้งหมด(รวม)	63	205	112	60	92	532
อายุเฉลี่ย(ปี)	51	65	69	72	74	เฉลี่ย 66.2 ปี

ก่อนการพัฒนาระบบ พบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงรวมทั้งสิ้น 532 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงมากที่สุด 264 คน, เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 190 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 78 คน ตามลำดับ การแบ่งระดับ CVD risk score ตามความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามากที่สุดที่ระดับ ≥10%-20% จำนวน 205 คน, ระดับ >20%-30% จำนวน 112 คน, ระดับ >40% จำนวน 92 คน, ระดับ <10% จำนวน 63 คน, ระดับ > 30%-40% จำนวน 60 คน ตามลำดับ ซึ่งอายุเฉลี่ยที่พบ 66.2 ปี

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk score หลังการพัฒนาระบบ (N= 1,379 เดือน กรกฎาคม 2565 – กันยายน 2565)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	CVD risk score					รวมทั้งหมด
	<10%	≥10%-20%	>20%-30%	>30%-40%	>40%	
ผู้ป่วยเบาหวาน(คน)	20	98	42	29	43	232
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง(คน)	70	245	189	60	75	639
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง(คน)	55	112	87	44	90	388
ผู้ป่วยทั้งหมด(รวม)	145	455	318	133	208	1,259
อายุเฉลี่ย(ปี)	55	67	69	74	73	เฉลี่ย 67.6 ปี

หลังการพัฒนาระบบ พบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง รวมทั้งสิ้น 1,259 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงมากที่สุด 639 คน, เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 388 คน, และผู้ป่วยเบาหวาน 232 คน แบ่งระดับ CVD risk score ตามความรุนแรงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือด พบว่ามากที่สุดที่ระดับ ≥10%-20% จำนวน 455 คน, ระดับ >20%-30% จำนวน 318 คน, ระดับ >40% จำนวน 208 คน, ระดับ <10% จำนวน 145 คน, ระดับ >30%-40% จำนวน 133 คนตามลำดับ ซึ่งอายุเฉลี่ยที่พบ 67.6 ปี

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk score และได้รับยากลุ่ม statins ก่อน-หลังการพัฒนาระบบ

	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ	
	N=1,379		N=1,379	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ประเมิน CVD risk score	532	38.58	1,259	91.30
CVD risk				
<10%	63	11.84	145	11.52
≥10%	469	88.16	1,114	88.48
ยากลุ่ม statins				
√ statins	249	46.80	1,099	87.29
X statins แยกเป็น	283	53.20	160	12.71
<10%	63	11.84	145	11.52
≥10%	220	41.35	15	1.19

เปรียบเทียบการพัฒนาระบบก่อนและหลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 1,379 คน เมื่อนำประเมิน CVD risk score ระดับ <10% เป็นระดับความเสี่ยงต่ำ พบว่าก่อนพัฒนาระบบ 63 คน คิดเป็นร้อยละ 11.84 หลังการพัฒนาระบบ 145 คน คิดเป็นร้อยละ 11.52, ระดับความรุนแรง ≥10% ขึ้นไป ก่อนพัฒนาระบบ 469 คน คิดเป็นร้อยละ 88.16 หลังพัฒนาระบบ 1,114 คน คิดเป็นร้อยละ 88.48 การได้รับยากลุ่ม statins พบว่าก่อนพัฒนาระบบได้รับยากลุ่ม statins จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 46.80 หลังการพัฒนาระบบได้รับยากลุ่ม statins จำนวน 1,099 คน คิดเป็นร้อยละ 87.29 มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยากลุ่ม statins ก่อนการพัฒนาระบบ 283 คน คิดเป็นร้อยละ 53.20 และหลังพัฒนาระบบ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 12.71 แยกเป็น 2 กลุ่มที่มี CVD risk score ระดับความรุนแรง <10% 63 คน คิดเป็น 11.84 หลังพัฒนาระบบ 145 คน คิดเป็นร้อยละ 11.52 และกลุ่มที่มี CVD risk score ระดับความรุนแรง ≥10% ก่อนพัฒนาระบบ 220 คน คิดเป็น 41.35 คน และ หลังพัฒนาระบบ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 1.19

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดหรือเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบอายุเฉลี่ยที่พบ

คือ 66.2 ปี และ 67.6 ปี พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับ ญรัฐวิวรรณ พันธุ์มุง, นิตยา พันธุ์เวทย์, ลินดา จำปาแก้ว (2560:7) ได้จัดทำแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนและควบคุมไม่ได้ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ แบ่งตามระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีแนวโน้มไปในแนวทางเดียวกัน คือพบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงผิดปกติ ซึ่งอาจไม่แสดงอาการแต่จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จอม สุวรรณโณ, นฤเบศร์ โกศล (2561:109) เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน

3. การเพิ่มการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 1,379 คน พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ได้รับการคัดกรอง

CVD risk 532 คน คิดเป็นร้อยละ 38.58 หลังการพัฒนา ระบบซึ่งดำเนินการโดยการปรับกระบวนการทำงาน เพิ่มการคัดกรองแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและ หลอดเลือด โดยเภสัชกร แบบฟอร์ม (AI) นำเข้าโปรแกรม ใน HOSxP ทำให้ได้รับการประเมินเสี่ยงที่จะเกิดหรือเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) เพิ่มขึ้น 1,259 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 เนื่องจากการพัฒนาระบบดังกล่าว เป็นการพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในสร้างความรู้ ความเข้าใจออกแบบฟอร์ม ในด้านการจัดการข้อมูลใน โปรแกรมใน HOSxP รวบรวมปัจจัยเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการ และด้านอื่นๆ นำมาใช้ในการคำนวณ CVD risk score ทำให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดสะดวกและมีการใช้มากยิ่งขึ้น

4. การประเมิน CVD risk score แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความรุนแรงของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด ซึ่งระดับ <10% เป็นระดับความเสี่ยงต่ำ พบว่าก่อนพัฒนาระบบ 63 คน คิดเป็นร้อยละ 11.84 หลัง การพัฒนาระบบ 145 คน คิดเป็นร้อยละ 11.52, ระดับ ความรุนแรง $\geq 10\%$ ขึ้นไปก่อนพัฒนาระบบ 469 คน คิดเป็นร้อยละ 88.16 หลังพัฒนาระบบ 1,114 คนคิด เป็นร้อยละ 88.48 จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าทั้งก่อนและ หลังพัฒนาระบบ มีแนวโน้มของการประเมิน CVD risk score เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยเหตุที่การประเมิน CVD risk score ตามระดับตามความรุนแรงของโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น อาจเป็นผล มาจากข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยน และควบคุมไม่ได้, อายุที่เพิ่มขึ้น, น้ำหนักตัว, การสูบบุหรี่ เป็นต้น จากผลการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงระดับความรุนแรง $\geq 10\%$ ซึ่งเป็นระดับ ที่มีการแปลผลอยู่ในระดับปานกลางจนถึงสูงอันตราย ซึ่ง เข้าเกณฑ์การสั่งใช้ยากลุ่ม statins ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด พ.ศ.2559 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์

5. เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา กลุ่ม statins ก่อนการพัฒนาระบบจำนวน 283 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.20 และหลังพัฒนาระบบ 160 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.71 พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา กลุ่ม statins มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ แยกเป็น 2 กลุ่มคือ CVD risk score ระดับความรุนแรง <10% และ CVD risk score ระดับ

ความรุนแรง $\geq 10\%$ เมื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนาระบบพบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มี CVD risk score ระดับความรุนแรง <10% ก่อนพัฒนาระบบ 63 คน คิดเป็น 11.84 หลังพัฒนาระบบ 145 คน คิดเป็นร้อยละ 11.52 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรง <10% เป็นระดับความรุนแรงต่ำ ไม่จำเป็นต้องได้รับยา กลุ่ม statins ให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานและความดัน โลหิตสูงปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มี CVD risk score ระดับความรุนแรง $\geq 10\%$ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา กลุ่ม statins ก่อนพัฒนาระบบ 220 คน คิดเป็น 41.35 คน และ หลัง พัฒนาระบบ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 1.19 พบว่าการไม่ได้ รับยาในผู้ป่วยจำนวน 15 คนเกิดจากสาเหตุดังนี้ ผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาจำนวน 8 คน, มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3b-5 จำนวน 2 คน, มีอายุมากกว่า 75 ปี จำนวน 3 คน และผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผล ข้างเคียงของยาได้ จำนวน 2 คน จากผลการดำเนินการ พบว่าหลังการพัฒนาระบบ การไม่ได้รับยา statins มี แนวโน้มลดลงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนาระบบทำให้การเข้าถึงยา กลุ่ม statins อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

6. เมื่อเปรียบเทียบการได้รับยา กลุ่ม statins ก่อน พัฒนาระบบ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับ การประเมิน CVD risk score ได้รับยา กลุ่ม statins จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 53.20 หลังการพัฒนาระบบนำข้อมูลด้านการบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรให้ ข้อมูลแพทย์ในการสั่งใช้ยาทำให้หลังพัฒนาระบบได้รับ ยา กลุ่ม statins จำนวน 1,099 คน คิดเป็นร้อยละ 87.29 พบว่าหลังการพัฒนาระบบโดยใช้ AI เพิ่มการคัดกรองแบบ ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเภสัชกร นำเข้าโปรแกรมใน HOSxP ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา กลุ่ม statins เพิ่มขึ้น (มีค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบเท่ากับ 0.39 ± 0.49 หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ± 0.28 โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.53 (95% ช่วงความเชื่อมั่น 0.50 ถึง 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 (p-value <0.001)) เป็นไปตามแนวทาง เวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ.2559 ป้องกันภาวะไขมัน ผิดปกติซึ่งความผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรปวีณ์ เรือศรีจันทร์ และคณะ (2021:52-67) ศึกษา

การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559 และสอดคล้องกับการศึกษาโดย Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration (2016:829-39) พบว่ายาในกลุ่ม statins ลดความเสี่ยงของการเกิด major vascular events ในแต่ละปีได้ถึง 1 ใน 4 ต่อการลดลงของ LDL 1 mmol/L ซึ่งเป็นที่มาของแนวทางการรักษาในปัจจุบัน โดยจะมุ่งไปที่ความเสี่ยงในการเกิด cardiovascular events ของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า statins มีบทบาทในการป้องกันการเกิด cardiovascular events ในผู้ป่วยทุกกลุ่มทั้งการป้องกันเชิงทุติยภูมิ (secondary prevention) และการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าการเพิ่มการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มการเข้าถึงยากกลุ่ม statins ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้ AI สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการประเมินจะทำให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น น้ำหนัก, การบริโภคอาหาร, ออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่, งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น และเป็นการเพิ่มการเข้าถึงยากกลุ่ม statins ในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบใน AI ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบ HOSxP เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารเภสัชกรรม ตลอดจนติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากกลุ่ม statins ได้รวดเร็ว ลดระยะเวลาและทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ถูกต้อง การวิเคราะห์ นำข้อมูลมาพัฒนาทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้รับการดูแลด้านยา อย่างเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยให้บรรลุตามแผนการรักษา
2. ควรศึกษาเพื่อประเมินความพึงพอใจของระบบ การพัฒนาการใช้ยากกลุ่ม statins เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกัน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบเพื่อให้ทราบถึงความพึง

พอใจของผู้ปฏิบัติงานหลังจากการพัฒนาระบบแล้ว มีความพึงพอใจเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้บริหารคุณวุฒิที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งสำเร็จอย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณที่ นื่อง เกสัชกร และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลทับคล้อ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนในทุกเรื่อง มาโดยตลอด

คุณค่าประโยชน์ใดๆ ที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาแต่บิดา มารดา ตลอดจนครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนผู้วิจัยมาตั้งแต่เด็กจนปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Pornpawee Rueasrijan, Ponpitcha Wangmaitee, Mantiwee Nimworapan, Arintaya Phommintikul, Dujrudee Chinwong, Surarong Chinwong. Concordance with the 2016 RCPT clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences IJPS. 2021; 17 : 52-67.
2. สมชัย อัครสุตสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ, สาวิตรี วิษณุโยธิน. การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561.วารสารกรมการแพทย์.2562;44: 150-157.
3. จอม สุวรรณโณ, นฤเบศร์ โกศล.เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารกรมการแพทย์. 2561; 43 : 109-116.
4. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO sites; c2000-2020 [cited

- 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO sites; c2000-2020 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/data/mortality/country-profile>
 6. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital [Internet]. Bangkok: Ramathibodi Hospital Mahidol University; c2015-2018 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/cvmc/thaicv/>
 7. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2016 [วันที่อ้างอิง 25 พฤษภาคม 2565]. ที่มา: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
 8. ASCVD Risk Estimator Plus [Internet]. America: American college of cardiology; c2018 [update 2021 Oct; cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://tools.acc.org/ascvd-risk-estimator-plus/#/calculate/estimate/>
 9. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scand J Public Health*. 2006; 34 : 453–61.
 10. Jaruvit Bussaban. The outcome of statin treatment in high-risk patients at Ban Nasan Hospital. *Reg 11 Med J*. 2016; 30(1) : 129-138.
 11. ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, นิตยา พันธูเวทย์, ลินดา จำปาแก้ว, บรรณวิภากร. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
 12. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomized controlled trials. *Lancet* 2019;393(10170) : 407-15.
 13. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Impact of renal function on the effects of LDL cholesterol lowering with statin-based regimens: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomized trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016; 4(10) : 829-39.
 14. Sever PS, Poulter NR, Dahlöf B, et al. Reduction in Cardiovascular Events with Atorvastatin in 2,532 Patients With Type 2 Diabetes: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA). *Diabetes Care*. 2005; 28(5) : 1151-7.
 15. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994; 344 (8934) : 1383-9.
 16. Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, et al. Effect of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes. *J Am Med Assoc*. 2001; 285 (13) : 1711-8.
 17. Newman CB, Preiss D, Tobert JA, Jacobson TA, Page RL 2nd, Goldstein LB, et al. Statin safety and associated adverse events: a scientific statement from the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2019; 39 : e38-e81.
 18. Akimoto H, Negishi A, Oshima S, Okita M, Numajiri S, Inoue N, et al. Onset timing of statin-induced musculoskeletal adverse events and concomitant drug-associated shift in onset timing of MAEs. *Pharmacol Res Perspect* 2018. doi: 10.1002/prp.2.439. Accessed: November 2019.

การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิก ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก

Development of Counseling and Drug monitoring in Diabetes Clinic Saklek Hospital

กฤษฎดา อินทาทกรวด ภ.บ.
โรงพยาบาลสากเหล็ก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 52 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา 2 ครั้งติดต่อกันห่างกันครั้งละ 1 - 3 เดือน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ระยะเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับน้ำตาลในเลือดและความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pairedt-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากดำเนินการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ทำให้เกิดความร่วมมือจากการใช้ยา โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) พบปัญหาจากการใช้ยา จำนวนทั้งหมด 24 ปัญหา สาเหตุของปัญหาส่วนมากเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งใช้การแก้ปัญหา โดยการให้คำปรึกษาด้านยาทั้งหมดและเมื่อเภสัชกรเสนอแนวทางการแก้ไขต่อแพทย์แล้วแพทย์ให้การยอมรับตามแนวทางที่เสนอทั้งหมด

ดังนั้น การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาสามารถ ทำให้ค้นพบปัญหาด้านยาซึ่งนำมาสู่การแก้ไขปัญหา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและมีส่วนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง จึงควรมีดำเนินงานการคำปรึกษาและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : เบาหวาน การให้คำปรึกษา การติดตามการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา

Abstract

This study is action research. This study aimed to develop a system for counseling and monitoring medication use in diabetic clinics. Saklek Hospital By using the concept of professional standards in pharmaceuticals. Principles of pharmaceutical care and drug safety standards in hospitals. Ministry of Public Health The sample group consisted of 52 types 2 diabetic outpatients who were cared for by the counseling process and drug use monitoring 2 times in a row. 1-3 months apart each time. Evaluate and collect data from outpatient databases and interviewed drug use cooperation and recorded Drug Related Problems from drug use. From providing counseling services and tracking drug use from April 2022 to November 2022, analyzing general information of patients.

Cause of drug use with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation Clinical outcome data, and drug adherence Paired t-tests were analyzed And qualitative data were analyzed by content analysis.

The Study found that Implementation of the system for counseling and monitoring drug use causes cooperation from drug use There was a statistically significant increase in the drug use compliance scores before the development of the system for counseling and drug use monitoring ($P < 0.001$) 2. The blood glucose monitoring results in diabetic patients showed that diabetic patients had a statistically significant decrease in blood glucose before development ($P < 0.001$). A total of 24 problems from drug use were found. The type of problem that occurred the most. Is the effectiveness of treatment for 23 problems? The cause of most problems is the patient's non-cooperation in the use of drugs. These solutions use all drug counseling and when the pharmacist offers the solution to the doctor, the doctor accepts all proposed guidelines.

Therefore, the development of a medication counseling and monitoring system can increase patient adherence and contribute to lower blood sugar levels in diabetic patients. Consequently, there should be ongoing work on counseling and follow-up on drug use.

Keywords : Diabetes, Drug Counselling, Drug Related Problems

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกรวมถึงประเทศไทย โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 629 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 – 2563) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยการซักประวัติและตรวจ fasting plasma glucose (FPG) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.5⁽³⁾ และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวน 1,162 ราย คิดเป็นอัตรา 23.36 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังอีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ^(1,2,3)

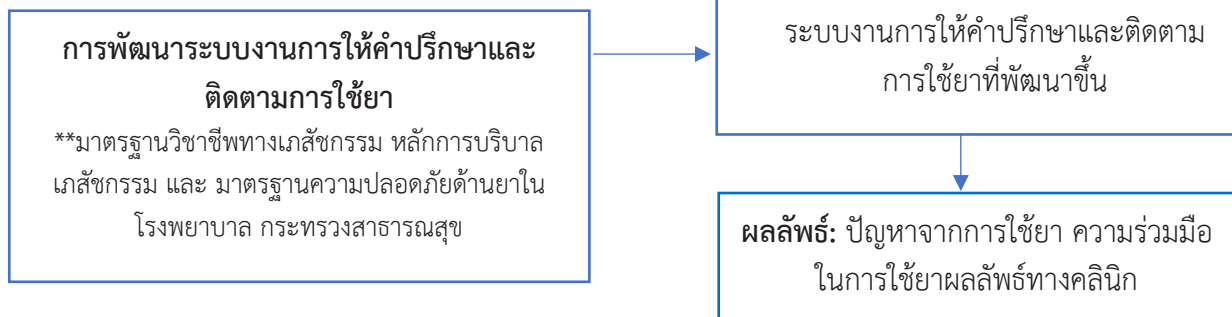
จากข้อมูลสถิติการมารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสากเหล็ก ในปี พ.ศ.2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 253, 284 และ 335 ราย และพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลได้จำนวน 111, 178 และ 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.08, 71.12 และ 58.23 ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในระดับดีได้แล้ว ยังพบปัญหา ความไม่ร่วมมือจากการใช้ยา การฉีดยาไม่ถูกต้อง ปรับขนาดยาเอง สัมรับประทานยา การไม่มาตามนัด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ และความร่วมมือจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การควบคุมโรคเบาหวานต้องใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยารักษาเบาหวาน ทั้งรูปแบบรับประทานและรูปแบบฉีดซึ่งต้องอาศัยเทคนิคพิเศษในการใช้ยา หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา ใช้ยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารหรือพฤติกรรมในการใช้ยา ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากการดำเนินงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการรวบรวมข้อมูล การให้คำปรึกษาและติดตาม

การใช้ยา ขาดการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุการใช้ยาและ ขาดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ (12-15,18)

ดังนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสภากเหล็ก จึงดำเนินการพัฒนาระบบงานการให้คำปรึกษาและ ติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้มาตรฐาน วิชาชีพทางเภสัชกรรม หลักการบริหารเภสัชกรรม และ มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล มาเป็น กรอบแนวคิดในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ในการทำงาน ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ได้อย่างเป็นระบบ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและทำให้ ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย (5,7,8)

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action research) เพื่อหาแนวทางปฏิบัติมาใช้ในการแก้ปัญหาใน การทำงานและเพื่อปรับปรุงงานที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้นและมี ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีระยะเวลาการดำเนินการ ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง พฤศจิกายน 2565 ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ 1. วางแผน 2. ดำเนินการ 3. ติดตาม และประเมินผล 4. สรุปผลของการพัฒนา โดยผ่าน การดำเนินงานตามกิจกรรม 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน

กิจกรรมที่ 1 กำหนดนโยบายตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยประชุมผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การประชุมกลุ่มย่อยสำหรับผู้เกี่ยวข้อง กับการทำงานในคลินิกเบาหวานเพื่อหากลยุทธ์ในการ ดำเนินงานวิเคราะห์จุดบกพร่องเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

กิจกรรมที่ 3 สร้างและกำหนดขั้นตอนในการ ดำเนินงานการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิก

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการ ใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสภากเหล็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบให้คำปรึกษาและ ติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้
2. เพื่อพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตาม การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลได้
3. เพื่อประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยาและ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมที่ 4 จัดทำคู่มือการให้คำปรึกษาและติดตาม การใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้จัดเก็บ ข้อมูล ปรับรูปแบบฐานข้อมูลเพื่อรองรับการเก็บข้อมูล

กิจกรรมที่ 6 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้ดำเนิน กิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ โดยการให้คำปรึกษาและติดตาม การใช้ยา สืบค้นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยา และผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผล

กิจกรรมที่ 7 ติดตามผลการแก้ไขปัญหาการใช้ยา รวมทั้งดำเนินการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการ ให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานก่อน และหลังการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลของการพัฒนา

กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการพัฒนา ปัญหาและอุปสรรค ของการดำเนินงาน

ประชากรแลกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก โดยใช้สถิติการมารับบริการในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 60 คน ที่มาพบแพทย์ในช่วงเวลานั้น คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁽¹⁰⁾ ยอมรับให้เกิดความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาต่อเนื่องตามนัดในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก
2. ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย ก่อนเดือนพฤษภาคม 2565 มากกว่าร้อยละ 8 หรือมีค่าตรวจน้ำตาลในกระแสเลือดหลังอดอาหาร 2-14 ชั่วโมง ครั้งสุดท้าย มีค่ามากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย สื่อสารและถามตอบได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้มาตามนัดและไม่สามารถติดตามได้
2. มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่มีเก็บข้อมูลจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา
2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วย เกษีชกรที่มีประสบการณ์การทำงานบริหารเภสัชกรรม

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์จากการศึกษาของ อมรพรรณ ศุภจรรย์ และคณะ^(20,21) เรื่อง ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย : การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ MAST ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 6 เท่ากับ 0.87 และ 0.86 ตามลำดับ ความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำอยู่ในเกณฑ์ดี ($r=0.90$)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เอกสารรับรองเลขที่ 30/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโดยใช้ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสากเหล็ก (Hospital Information System; HIS) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลการใช้ยาความร่วมมือในการใช้ยา บันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาสาเหตุ และ วิธีการแก้ไข โดยจำแนกประเภทปัญหาจากการใช้ยา ตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE)(11)
2. ข้อมูลผลทางคลินิก ได้แก่ ค่าห้องทางปฏิบัติการจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ จากนั้นเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ใช้ตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired -Samples t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดง ผลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการ ด้วยสถิติ Paired-t-test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.8 เพศชาย ร้อยละ 21.2 มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 28.5 รองลงมาคืออายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 26.6 และอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 24.7 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.92 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี และอายุสูงสุด 83 ปี สถานภาพสมรส พบว่า เป็นสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 41.8 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 25 และมีสถานภาพหย่าร้าง/หม้ายร้อยละ 3.8 ตามลำดับ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 40.4 และปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 3.8 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป มากที่สุด ร้อยละ 48.1 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/นักบวช ร้อยละ 36.1 และ

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ สิทธิการรักษามากที่สุด คือ สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 84.6 รองลงมา ข้าราชการ/ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 9.5 และสิทธิประกันสังคมร้อยละ 5.7 มีผู้ดูแลการใช้ยา จำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 23.1 มีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ 1-2 โรค ร้อยละ 34.6 มีค่าเฉลี่ยของโรคที่เป็นเท่ากับ 3.06 โรค ต่ำสุด 1 โรคและมากที่สุด 7 โรค มีจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิดมากที่สุด ร้อยละ 98.1 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวันเท่ากับ 8.31 ชนิด จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน ต่ำสุด 2 ชนิดและสูงสุด 15 ชนิด มีการใช้ยาฉีดอินซูลิน จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ชนิดยาที่ใช้ต่อวัน จำนวนโรคที่เป็น (n=52)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	41	78.8
ชาย	11	21.2
อายุ		
20 - 29 ปี	1	1.9
30 - 39 ปี	6	11.4
40 - 49 ปี	3	5.7
50 - 59 ปี	13	24.7
60 - 69 ปี	14	26.6
70 ปี ขึ้นไป	15	28.5
$\bar{X} = 59.92$, $SD = 13.381$, $Min = 29$, $Max = 83$		
สถานะภาพสมรส		
หย่าร้าง/สมณะ	2	3.8
โสด	13	25
สมรส	37	41.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	3.8
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	21	40.4
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าปริญญาตรี	29	55.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ชนิดยาที่ใช้ต่อวัน จำนวนโรคที่เป็น (n=52) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	3	5.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	15.2
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/นักบวช	19	36.1
รับจ้างทั่วไป	22	41.8
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพแห่งชาติ(30 บาท)	44	84.6
ข้าราชการ/ข้าราชการส่วนท้องถิ่น	5	9.5
ประกันสังคม	3	5.7
ผู้ดูแลการใช้ยา		
มี	12	23.1
ไม่มี	40	76.9
จำนวนโรคที่เป็น		
1-2 โรค	18	34.6
≥ 3 โรค	34	65.4
Min = 1 , Max = 7		
จำนวนรายการยาที่ใช้ต่อวัน		
1-2 ชนิด	1	1.9
≥ 3 ชนิด	51	98.1
Min = 2 , Max = 15		
การใช้ยาฉีดอินซูลิน		
ใช้ยาฉีด	39	75
ไม่ได้ใช้ยาฉีด	13	25

1. ผลวิเคราะห์ปัญหาจากการพัฒนาระบบ ให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน จากการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

กระบวนการในโรงพยาบาล เริ่มต้นจากผู้ป่วยเข้ารับบัตรคิว ชักประวัติโดยพยาบาล แล้วไปเจาะเลือด จากนั้นจึงเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองที่คัดกรอง จะถูกส่งเข้าพบเภสัชกรที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาโดยเภสัชกร ขั้นตอนนี้จะเป็นการทบทวนปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย

รวมถึงการแนะนำความรู้ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อการรักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย จากนั้นเภสัชกรจะจ่ายยาในห้องคำปรึกษาเพื่อทบทวนการใช้ยาก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบ พบปัญหา ดังนี้

ด้านบุคลากร มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ โรงพยาบาลสาทเหล็กมีเภสัชกร 2 ท่าน หากออกปฏิบัติหน้าที่ ในชุมชนหรือติดภาระกิจอื่นๆ จะทำให้การให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาไม่สามารถทำได้ บุคลากรขาดความรู้ทักษะในการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา

ด้านการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลและภาระงานในแต่ละวันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกระบวนการ คัดกรอง

ผู้ป่วยที่ต้องให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ยังไม่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์โรคระบาด ทำให้ขาดการติดตามการใช้ยาในกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองได้อย่างครบถ้วน

2. ผลการพัฒนาระบบงานการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1. วางแผน 2. ดำเนินการ 3. ติดตามและประเมินผล 4. สรุปผลของการพัฒนา โดยผ่านการดำเนินงานตามกิจกรรม 8 กิจกรรม ดังนี้

1. กำหนดนโยบายตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยประชุมผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหลังจากประชุม ได้เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. การประชุมกลุ่มย่อยสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการทำงานในคลินิกเบาหวานเพื่อหากลยุทธ์ในการดำเนินงานวิเคราะห์จุดบกพร่องเพื่อปรับปรุงพัฒนา

3. สร้างและกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ดังนี้

- 3.1. นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลในคลินิกเบาหวาน คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าส่งพบ เภสัชกรที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา
- 3.2. เภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยาและติดตามการใช้ยา โดย ทบทวน สืบค้น ประวัติการใช้ยาอาหารเสริมสมุนไพรประวัติการแพ้ยาและยาโรคประจำตัวของผู้ป่วยก่อนส่งผู้ป่วยเข้าตรวจกับแพทย์
- 3.3. เภสัชกรประเมินความถูกต้องของข้อมูล

และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อแจ้งแก่แพทย์

3.4. ส่งพบแพทย์เพื่อเข้าตรวจ หากพบปัญหาจากการใช้ยา จะต้องปรึกษา แพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหา ของผู้ป่วย

3.5. ติดตามผลลัพธ์จากการปรึกษาแพทย์ บันทึกข้อมูล

3.6. นัดติดตามอาการผู้ป่วยครั้งต่อไป

4. จัดทำคู่มือการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา เช่น โปสเตอร์ สำหรับการให้ความรู้ โปสเตอร์ประกอบการให้คำแนะนำ แผ่นพับคำแนะนำที่จะแจกแก่ผู้ป่วย

5. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อใช้จัดเก็บข้อมูลปรับฐานข้อมูลในโปรแกรม HOSxP เพื่อรองรับการเก็บข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ทดสอบระบบการเก็บข้อมูลและนำไปใช้

6. ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ โดยการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา สืบค้นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกข้อมูลปัญหาการใช้ยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

7. ติดตามผลการแก้ไขปัญหาคำปรึกษาการใช้ยา รวมทั้งดำเนินการเก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา

8. สรุปผลการพัฒนา ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

3. การประเมินผลการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสากเหล็ก

3.1 ความร่วมมือในการใช้ยา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความร่วมมือในการใช้ยา (n=52)

ความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีความร่วมมือในการใช้ยา(≥ 34 คะแนน)	38	73.1	44	84.7
ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา(<34 คะแนน)	14	26.9	8	15.3
รวม	52	100	52	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือจากการใช้ยา ก่อนพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.1 และหลัง

จากพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาแล้วผู้ป่วยคะแนนความร่วมมือจากการใช้ยามจำนวน 44 รายคิดเป็นร้อยละ 84.7

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา(n=52)

ความร่วมมือในการใช้ยา	M	SD	t	p
ก่อนให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา	34.52	2.846	4.344	0.000
หลังให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา	35.88	1.947		

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 34.52 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังให้คำปรึกษาเท่ากับ 35.88 คะแนน และหลังให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)
3.2 ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (FBS)(n=52)

ระดับน้ำตาลในเลือด	M	SD	t	p
ก่อนให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา	231.44 mg%	85.108	3.382	0.001
หลังให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา	187.98 mg%	70.340		

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อนให้คำปรึกษาเท่ากับ 231.44 mg% และค่าน้ำตาลเฉลี่ยหลังให้คำปรึกษาเท่ากับ 187.98 mg% และหลังให้คำปรึกษา

และติดตามการใช้ยาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

3.3. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ตารางที่ 5 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยแบ่งประเภทตามแบบ PCNE

หัวข้อ	รหัส	รายละเอียด	จำนวน(ร้อยละ)
1.ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problems) (P)			(24)100
P1.ประสิทธิภาพการรักษา	P1.1	ไม่ได้ผลจากการรักษา	23(95.83)
P2.ความปลอดภัยของการรักษา	P2.1	อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวกับยา	1(4.17)
P3 อื่นๆ			
2.สาเหตุของปัญหา (Cause) (C)			27(100)
C1.การเลือกใช้ยา	C1.5	ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาทั้งที่มีอาการบ่งชี้อยู่	1(3.07)
	C1.8	เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือสาเหตุอื่นๆ	2(7.41)
C3.การเลือกขนาดยา	C3.5	คำแนะนำในการกำหนดเวลาไม่ถูกต้องไม่ชัดเจนหรือขาดหายไป	2(7.41)
C5.การจ่ายยา	C5.1	ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	1(3.07)
C6.ขั้นตอนการใช้ยา	C6.1	เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการให้ยาไม่เหมาะสม	1(3.07)
C7.สาเหตุจากผู้ป่วย	C7.1	ผู้ป่วยจงใจใช้น้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด	6(22.22)
	C7.2	ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง	3(11.11)

ตารางที่ 5 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยแบ่งประเภทตามแบบ PCNE (ต่อ)

หัวข้อ	รหัส	รายละเอียด	จำนวน(ร้อยละ)
	C7.2	ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง	3(11.11)
	C7.6	ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกวิธี	3(11.11)
	C7.7	เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม	5(18.51)
	C7.9	ไม่มาตามนัด	3(11.11)
3.การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planned Intervention) (I)			27(100)
I1 ผู้สั่งใช้ยา	I1.3	เสนอแนวทางแก้ปัญหาคือผู้ป่วยใช้ยา	3(11.11)
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	I2.1	ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย	24(88.88)
4.การยอมรับการแก้ไขปัญหา (Intervention Acceptance) (A)			3(100)
A1 การแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับ	A1.1	การแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับและดำเนินการทั้งหมด	3(100)
5.สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา (Status of the DRP)(O)			26(100)
O1 ปัญหาได้รับการแก้ไข	O1.1	ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	22(84.62)
O2 ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	O2.1	ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	4(15.38)

จากตารางที่ 5 พบปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมด 18 คนจำนวน 24 ปัญหา ชนิดของปัญหาที่เกิดมากที่สุด คือ ประสิทธิภาพการรักษา 23 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 95.83 รองลงมา คือ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา จำนวน 1 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 4.17 ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากที่สุด คือ ผู้ป่วยงใจใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาไม่ว่าด้วยเหตุผลใด จำนวน 6 สาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการใช้ยาไม่เหมาะสม จำนวน 5 สาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 18.51 การวางแผนแก้ไขปัญหาใช้วิธีการแก้ปัญหามากที่สุด คือ ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย จำนวน 24 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.88 รองลงมาคือ เสนอแนวทางแก้ปัญหาคือผู้ป่วยใช้ยา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.11 การยอมรับการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ครั้ง ได้รับการแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับและดำเนินการทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จำนวน 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.62

การอภิปรายผลการศึกษาวิจัย

จากผลการศึกษาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลสากเหล็ก อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้คือ 1. การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน โรงพยาบาลสากเหล็ก พบว่า ปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากร การคัดกรองผู้ป่วยด้วยความร่วมมือของสหวิชาชีพในการประสานงานส่งต่อข้อมูล จะทำให้เภสัชกรสามารถปฏิบัติงานได้สะดวกรวดเร็วขึ้นปริมาณผู้ผ่านการคัดกรองในแต่ละวันที่ให้บริการจะไม่มากทำให้สามารถคำปรึกษาและติดตามการใช้ยาได้ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบจะทำให้สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและสามารถจัดหมวดหมู่ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญชนก อินทจักร⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเรื่อง พัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าระบบสารสนเทศมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลด้านยา มากที่สุด ระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้สามารถคัดกรองปัญหาที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับยาก่อนวันนัดได้ ร้อยละ 17.8 และในวันนัดคัดกรองปัญหาด้านยาได้ ร้อยละ 42.7

ปัญหาด้านการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลและภาระงานในแต่ละวันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกระบวนการ

คัดกรองผู้ป่วยที่ต้องให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ยังไม่มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขโดยให้ คณะกรรมการ เภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการที่ดูแล ระบบยาต้องมีนโยบายชัดเจนในการสนับสนุนทั้งสถานที่ และอัตราค่าจ้าง ตลอดจนมีการสื่อสารให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รับทราบถึงการที่เภสัชกรจะเริ่มดำเนินงานบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก สำหรับโรคใดโรคหนึ่ง เพื่อช่วยให้ผลการรักษา ด้วยยาดีขึ้น สถานการณ์โรคระบาด ทำให้ขาดการติดตาม การใช้ยาในกลุ่มเป้าหมายซึ่งอาจใช้การแก้ปัญหาการใช้ยา ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา

การศึกษาปัญหา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน

การศึกษาปัญหา สาเหตุ วิธีการแก้ไข และผลลัพธ์ จากการแก้ไขปัญหา พบ ปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในผู้ป่วยทั้งหมด 18 คนจำนวน 24 ปัญหา ชนิดของปัญหา ที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือจากการใช้ยา จำนวน 23 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 95.83 อธิบายได้ว่า ชนิดปัญหา ของการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากความไม่ร่วมมือ จากการใช้ยามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวิชญ์ พันธนาและคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบ การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัด บึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรค เบาหวาน ได้แก่ การลืมรับประทานยาและรับประทานยา ที่ได้รับไม่ต่อเนื่อง และมีความต้องการแก้ปัญหาการลืม กินยาของผู้ป่วย

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากที่สุด คือ ผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่สั่ง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ เวลาการบริหารยาหรือระยะห่างการ ใช้นยาไม่เหมาะสม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.51 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอาจขาดความรู้เรื่องระยะเวลาการ รับประทานยาเบาหวาน หรือบริหารยาไม่สัมพันธ์กับมื้อ อาหารซึ่งยาเบาหวานทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ยา กลุ่มนี้ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายพร้อมที่จะใช้พลังงานจากแป้ง และน้ำตาล โดยกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ออกมา ณ เวลาที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังจากกินอาหาร โดยทั่วไปแล้วยารุ่นเก่ามักแนะนำให้กินก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ส่วนยารุ่นใหม่สามารถกินก่อนอาหารทันทีได้

ขึ้นกับความเร็วในการกระตุ้นตับอ่อนของยาแต่ละตัว เมื่อกินยาก่อนอาหารแล้ว จำเป็นต้องรับประทาน อาหารหลังกินยาเสมอ เพราะถ้าไม่กินอาหาร ฮอร์โมน อินซูลินที่ถูกกระตุ้นให้หลั่งออกมาจะทำให้ระดับน้ำตาล ในเลือดต่ำกว่าระดับปกติ จนอาจเกิดอาการข้างเคียงที่ รุนแรงได้ เช่นเดียวกับกรณีลืมกินยา ไม่ควรกินยาหลัง อาหารแทน เพราะยาจะออกฤทธิ์ในช่วงที่ระดับน้ำตาลใน เลือดลดต่ำลงไปแล้ว จึงทำให้ระดับน้ำตาลลดต่ำลงไปมาก กว่าเดิม โอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดจะต่ำกว่าระดับ ปกติจะมากขึ้น ควรเว้นยาที่ลืมกินไปโดยไม่ต้องทานเพิ่ม เป็นสองเท่า สำหรับผู้ที่ไม่ม่เวลารับประทานอาหารที่แน่นอน เช่น บางวันไม่ทานมื้อเช้า บางวันไม่ทานมื้อเย็น การกินยา กลุ่มนี้นอกจากจะไม่ได้ผลดีแล้ว ยังมีโอกาสเกิดน้ำตาลใน เลือดต่ำกว่าปกติได้ง่ายอีกด้วย จึงควรปรึกษาแพทย์หรือ เภสัชกรเป็นกรณีพิเศษ

การวางแผนแก้ไขปัญหา ใช้วิธีการแก้ปัญหา มาก ที่สุด คือ การให้คำปรึกษาด้านยา จำนวน 24 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 88.88 รองลงมาคือ เสนอแนวทางแก้ปัญหาต่อ ผู้สั่งใช้ยา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.11 การยอม รับการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ครั้ง การแก้ไขปัญหาได้รับ การยอมรับและดำเนินการทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า แพทย์ยอมรับการดำเนินการ ทั้งหมดจากการปรึกษาโดยเภสัชกร ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ อนัญญา สองเมืองและคณะฯ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริหารทาง เภสัชกรรมแบบเชิงรุก พบว่า การปรึกษาแพทย์โดยเภสัชกร ได้รับการยอมรับร้อยละ 91.6

สถานะของปัญหาเกี่ยวกับยา ปัญหาได้รับการแก้ไข ทั้งหมด จำนวน 22 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.62 อธิบายได้ ว่า เมื่อค้นพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาแล้วส่วนใหญ่จะ ได้ รับการแก้ไขทั้งหมด

การจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละ รายอย่างเหมาะสม มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ รักษาด้วยยา โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการค้นหา และจัดการปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ ประโยชน์ในการวางแผนรักษา ติดตามและเฝ้าระวังใน ผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

ผลความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยเบาหวาน

ความร่วมมือในการใช้ยา การประเมินผลความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า หลังให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา สูงกว่าก่อนให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความจำเป็นที่ตัวเองต้องได้รับยา จึงควรได้รับคำแนะนำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงเรื่องการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีราพร สุภาพันธุ์และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่อง การทบทวนวรรณกรรม: การวัดผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาด้วยยาและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งทบทวนข้อมูลวิชาการด้านผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สรุพบว่าการวัดผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับยา ด้านความร่วมมือในการใช้ยา ด้านการควบคุมอาการและการดำเนินไปของโรค ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา สองเมืองและคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเชิงรุก พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา การติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.6 เป็น 92.4 และสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ปรานนอก⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการอำเภอเชียงขวัญ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างความรู้ตระหนัก (Awareness) การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร (Counseling) การใช้นวัตกรรมช่วยในการใช้ยา (Innovation) และความร่วมมือร่วมเครือข่ายในชุมชน (Network) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.52 คะแนน (95%CI; 8.34, 10.71)

ผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดการประเมินผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า หลังให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อธิบายได้ว่า การให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิกานดา เวชอุบล⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาจะเห็นว่าการบริหารเภสัชกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นลดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย และยังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวิชัย พันธนาและคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การลืมรับประทานยา และรับประทานยาที่ได้รับไม่ต่อเนื่องและมีความต้องการแก้ปัญหาการลืมกินยาของผู้ป่วย รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา 2. ขั้นตอนการวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรม 3. ขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรม 4. ขั้นตอนการสรุปประเมินผลรูปแบบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา อู่ยประเสริฐ⁽¹⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ปัญหาจากการใช้ยาและผลของการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 3.2 ปัญหา/ราย เหลือ 0.9 ปัญหา/ราย ($P < 0.001$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารลดลงจาก 237.06:56.79 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เหลือ 195.25:40.76 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ($P < 0.001$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทุงส่วย⁽¹⁹⁾ ศึกษาเรื่อง ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการ “การทำงานของเภสัชกรในการบำบัดด้านยา” ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการการทำงานของเภสัชกรในการบำบัดด้านยาผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับน้ำตาล

สะสมในเม็ดเลือดหลัง การศึกษาลดลงจากก่อนการศึกษา .019 +1.08 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 9099) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในนัด ครั้งที่ 4 สูงกว่านัดครั้งที่ 1 โดยต่างกัน 16.12 37.52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่าปัญหาจากการใช้ยา เกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาระยะเวลาการรับประทาน ยาเบาหวาน บริหารยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารของผู้ป่วยเอง ดังนั้น โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

2. การพัฒนาระบบงานให้คำปรึกษาและติดตาม การใช้ยาควรอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจขยายผลไปดูแลให้ คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยพัฒนาการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น คลินิกวารังพาริน คลินิก โรคหอบหืด คลินิกภูมิโรค

2. ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยวัดผลลัพธ์ ด้าน อื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความดันโลหิต และระดับไขมันใน ผู้ป่วยเบาหวาน

3. ศึกษาวิจัยโดยวัดผลความพึงพอใจของการให้ คำปรึกษาและติดตามการใช้ยา ทั้งบุคคลากร ทางการแพทย์ และผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2562.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ใน พระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.

3. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564 [วันที่อ้างถึง 12 กรกฎาคม 2565] ที่มา: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/13461>
4. สำนักงานยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 2 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 -2579).
5. มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2561- พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2561 [วันที่อ้างถึง 13 กรกฎาคม 2565] ที่มา: <http://www.pknhospital.com/2019/data/drug/drugsystem/drug1.pdf>
6. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 12 กรกฎาคม 2565] ที่มา: https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8ae3ac3
7. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ ๘/๒๕๕๔ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านบริหารเภสัชกรรม พ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภาเภสัชกรรม. ; 2554 [วันที่อ้างถึง 13 กรกฎาคม 2565]. ที่มา: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_search&menuid=68
8. ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์และอาณัติ สกกุลทรัพย์. การบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [วันที่อ้างถึง 13 กรกฎาคม 2565]. ที่มา: <https://www.chulappep.com/tmpUploads/2.%20>

- การบริหารทางเภสัชกรรมและการจัดการด้านยา.pdf
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4.บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.2561.
 10. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา.การสู่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยทางเภสัชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2561.
 11. Pharmaceutical care network Europe. PCNE classification for drug-related problems V9.1[Internet]. 2020. [cited 2022 Aug 5]. Available from: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
 12. ขวัญชนก อินทจักร. พัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก.ว.ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [วันที่อ้างอิงถึง 10 กรกฎาคม 2565]; 14(3):100-10. ที่มา <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/11781/9771>
 13. สิริวิชญ์ พันธนา, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมณี, และสุธรรม นันทมงคลชัย.การพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเมือง บึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ.ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต].2562[วันที่อ้างอิงถึง15กรกฎาคม 2565]; 6(3):1-13. ที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/151582/142524>
 14. อนัญญา สองเมือง, ธัญญา สองเมือง, นันทิกร จำปาสา.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเชิงรุก.ว.ศรีนครินทร์ เวชสาร.[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [วันที่อ้างอิงถึง 20 มิถุนายน 2565]; 32(3):236-43. ที่มา http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=2169_05+Ananya.pdf&art_id=2169&x=1
 15. อีราพร สุภาพันธุ์, จุฬาทิพ อมรเพชรสถาพร, ณัฐชา จันทศิริ, ณัฐพล ขาอิ่ง, พิพัฒน์ จันทะพิมพ์, ภาณุพงศ์ ชมพูพิน และคณะ.การทบทวนวรรณกรรม: การวัดผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลในประเทศไทย.ว.เภสัชศาสตร์อีสาน[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [วันที่อ้างอิงถึง 15 พฤษภาคม 2565]; 17(4):1-29. ที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/download/249012/170260/>
 16. ลัดดาวัลย์ ปราบนอก.รูปแบบการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดร้อยเอ็ด.ว.วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [วันที่อ้างอิงถึง 24 พฤษภาคม 2565]; 2(3): 85-96.ที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252801/170603>
 17. วิกานดา เวชอุบล และ ทัดดา ศรีบุญเรือง. ผลของการบริหารเภสัชกรรมต่อการควบคุมระดับกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [วันที่อ้างอิงถึง 13 กรกฎาคม 2565]. ที่มา <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/64695/1/6076114133.pdf>
 18. ปัญญา อู่ประเสริฐ. ปัญหาจากการใช้ยาและผลของการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลปทุมธานี.[อินเทอร์เน็ต].วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยศิลปากร.2547 [วันที่อ้างอิงถึง 13 กรกฎาคม 2565]. ที่มา <http://202.28.75.7/xmlui/handle/123456789/8838>
 19. ลูติมา ทุ่งสวย, นราวดี เนียมหุ่นและชบาไพโร พิธีสุขะ.ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

- ในระบบบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการ “การทำงานของเภสัชกรในการบำบัดด้านยา” . ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. อุตรดิตถ์. 2564 [วันที่อ้างถึง 15 กรกฎาคม 2565]; 13(2):215-30. ที่มา <https://he01.tcithaijo.org/index.php/unc/issue/view/17210>
20. กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. ว.เภสัชกรรมไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [วันที่อ้างถึง 15 กรกฎาคม 2565]; 13(1): 17-30. ที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/201434>
21. อมรพรรณ ศุภจำรูญ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรรณุช แสงเจริญ. ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย: การทดสอบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ว.เภสัชกรรมไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [วันที่อ้างถึง 13 กรกฎาคม 2565]; 10(2):607-19. ที่มา <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171221>

**การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ;
การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน
และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร
Developing a Model for promoting rational drug use in the community;
risk management drug and healthy product risks for warfarin and
chronic kidney disease patients, photalae district health
service network pichit province.**

สุภารัตน์ จังอินทร์ ภ.บ.
โรงพยาบาลโพทะเล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 310 คน ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้ง 5 มีค่า IOC เท่ากับ 0.848 ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.891 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรม เชื่อมโยงกันอย่างมีส่วนร่วม ดังนี้ 1. มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพแบบ concurrent trigger tool จำนวน 62 รายงาน 2. มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา เชิงรุกในชุมชนของแกนนำสุขภาพด้านยา และระบบการเฝ้าระวัง จำนวน 50 รายงาน 3. มีผลการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมจาก 5 ภาคส่วน ในการรับรู้ แก้ไขปัญหา และกำกับติดตาม 4. มีผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคเอกชน จากความร่วมมือของคลินิกเอกชน ร้านขายยา และร้านชำคุณภาพตัวแทน 1 หมู่บ้านต่อตำบล จำนวน 18 ร้าน 5. มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทำให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรสนับสนุนระบบบริหารจัดการในการเพิ่มความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างทั่วถึงรวมถึงการกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและชุมชนในการใช้ยาเพื่อเพิ่มความปลอดภัย

คำสำคัญ : การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน, การจัดการความเสี่ยง, ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstract

This action research, the purpose of this study was to study the development a model for promoting rational drug use in the community, drug and health product risk management, Photalae District Health Service Network, Pichit Province. The study group consisted of 310 patients using warfarin and patients with chronic kidney disease aged 20 years and over. Applying the five rational drug use conceptual frameworks. IOC value has 0.848. Reliability is 0.891. Data were analyzed by descriptive statistics. Test for differences with Paired t-test.

The results of the study found that, implementation of rational use of drug use in the community in 5 activities that are connected with participation as follows: 1. There are 62 reports of proactive drug safety surveillance in health care units using the concurrent trigger tool. 2. There is a result of proactive drug safety surveillance in the community of drug health leaders and a surveillance system of 50 reports. 3. There is a performance of participation from 5 sectors in recognizing, solving problems, and monitoring. 4. There is a result of the promotion of rational drug use in the private sector from the cooperation of private clinics, pharmacies and quality grocery stores representing a village per sub-district, totaling 18 shops. 5. There was a statistically significant increase in rational drug used literacy ($p < 0.001$).

The development of a model to promote rational drug use in the community resulted in achieving the goal with a statistical significance of 0.05. The recommendations from the study should support management systems to increase literacy of rational drug use thoroughly. Including policy formulation of multi-disciplinary and community involvement in drug use to increase safety.

Keywords: Promoting rational drug use in the community, risk management, drugs, and health products

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)⁽¹⁾ พ.ศ.2560–2579 ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (prevention & promotion excellence) ร่วมกับยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (service excellence) แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมีขอบเขตการพัฒนาในโรงพยาบาลทุกระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน และการใช้ในชุมชน การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงนั้นจำเป็นต้องมีการรวบรวมประมวลผล และจัดการข้อมูล วางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ การนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชนเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชน โดยการจัดการความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจและโรคไตเป็นระบบบริการที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยมีเครือข่ายบริการเชื่อมโยงไร้รอยต่อ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้รับความร่วมมือในหน่วยงานของรัฐ เอกชน ชุมชน ครีวเรือนและผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยใช้ยารักษา⁽²⁾ ซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่มี

ประโยชน์ทางคลินิก สามารถลดอัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยได้ จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงและจัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบสามารถทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เกิดเลือดออกผิดปกติได้ หากเป็นภาวะเลือดออกชนิดรุนแรง (major bleeding) สามารถทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ โรงพยาบาลโพทะเลได้มีการจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้ยารักษา เริ่มในปี 2559 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2565 จำนวน 23 คน 45 คน 63 คน 73 คน 78 คน 85 คน และ 91 คน ตามลำดับ การติดตามเฝ้าระวังการใช้ยาจากค่าเป้าหมาย International Normalized Ratio(INR) ของผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีเกณฑ์การประจำคลินิกวารสารพิจิตรค้นหาปัญหาด้านการใช้ยามีการติดตามค่า INR เทียบกับค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานผู้ป่วยที่มีค่า INR ตามเป้าหมายปี 2559 ถึง ปี 2565 ร้อยละ 61.20, 62.43, 66.95, 60.54, 63.20, 66.42 และ 64.81 ตามลำดับ จากรายงานพบมีการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมเป็นอันตรกิริยาต่อกัน ซึ่งได้รับรายงานความเสี่ยง ทำให้ค่า INR น้อยกว่า 5 จำนวน 280 ครั้งจาก 2,788 ครั้ง (ร้อยละ 10.04) ค่า INR มากกว่า 5

จำนวน 59 ครั้ง จาก 2,788 ครั้ง (ร้อยละ 2.12) และเกิด Major bleeding จำนวน 8 ครั้ง จาก 2,788 ครั้ง (ร้อยละ 0.29)

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁽³⁾ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ของโรงพยาบาลโพทะเลปี 2562-2565 มีจำนวน 981 คน 969 คน 904 คน และ 954 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลโพทะเลได้มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตโดยเภสัชกรมีส่วนร่วมดำเนินงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมเกี่ยวกับการค้นหาปัญหาในการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ผลการรักษา พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73 ตารางเมตร ในปี 2562 ถึง ปี 2565 ร้อยละ 64.65, 67.18, 67.92 และ 73.06 ตามลำดับ รายงานความเสี่ยงค่าอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่า 5 ml/min/1.73 ตารางเมตรจำนวน 267 ครั้ง จาก 3,808 ครั้ง (ร้อยละ 7.01)

ผู้วิจัยได้มีโอกาสร่วมเสนอรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนกับคณะทำงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชนกระทรวงสาธารณสุขจากการพัฒนางานในพื้นที่เรื่องการเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครือข่ายอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร⁽⁴⁾ ได้รับความสนใจในการเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนากรอบแนวคิดการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน⁽⁵⁾ จากรายงานความเสี่ยงด้านยาทั้งผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพร่วมเป็นสัญญาณเตือนความไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยจากการได้มาของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากแหล่งกระจายยาในชุมชน จากการโฆษณาผ่านรายการโทรทัศน์ วิทยุชุมชน และการบอกต่อจากคนรอบข้างจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนมาการจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร เชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งสถานบริการสุขภาพสู่ชุมชนครัวเรือนและผู้ป่วยที่มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน และศึกษากิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ครอบคลุมทั้ง 5 กิจกรรมทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนการจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพทะเลจังหวัดพิจิตร

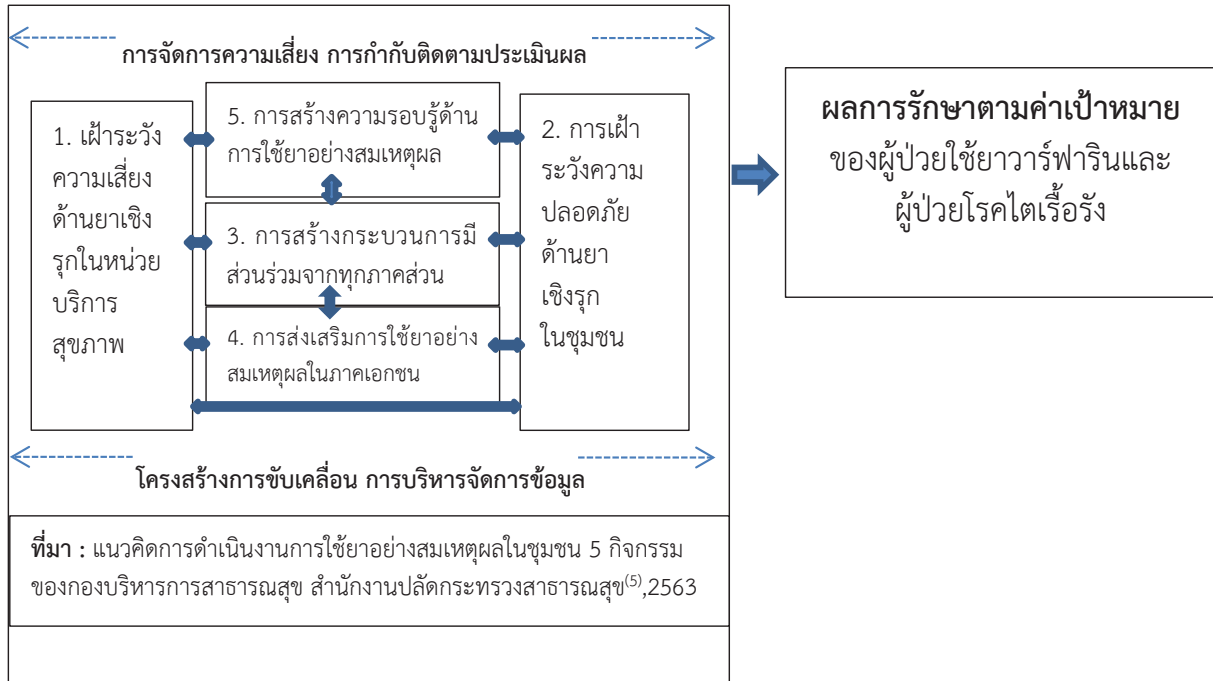
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังจากการมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังจากการมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้มีความแตกต่างกัน
2. ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ โดยความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันเป็นวงจรหมุนไปเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุง ผลการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning)

จากสถานการณ์ความเสี่ยงที่พบของผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายของเครือข่ายอำเภอโพทะเล ผู้วิจัยประสานทีมเครือข่ายในการวางแผนงาน เก็บข้อมูล และประมวลผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (action)

ตามแนวคิดการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสำเหตุสำผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การใฝ่ระวัง ความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนคลินิกใช้ยาอาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการใฝ่ระวังความปลอดภัยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน มีการกำหนดประเมินลักษณะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ (trigger) เป็นการค้นหาคณะผู้ป่วยมารับบริการ (concurrent case finding) ทบทวนร่วมกับวิชาชีพใน

โรงพยาบาลจำนวน 20 คนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 10 คน แล้วจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Riskregister) ในหน่วยบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การใฝ่ระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชนจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังน่าจะมีความสัมพันธ์กับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ จำนวน 50 ครั้วเรือน มายังแกนนำสุขภาพด้านยาในแต่ละตำบลจำนวน 22 คน มีการเยี่ยมบ้านด้านยาในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกในครั้วเรือน และวางแผนรับมือกับความเสี่ยงที่พบในชุมชนโดยร่วมจัดทำทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ในชุมชน และคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 16 คนร่วมสำรวจใฝ่ระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในแหล่งกระจาย ใฝ่ระวังโฆษณาจากวิทยุชุมชน ฉลากผลิตภัณฑ์ ขั้วร้องเรียน หากพบความเสี่ยงให้มีการรายงานความเสี่ยงแจ้งเตือนในชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีภาคส่วนที่ช่วยในการขับเคลื่อนงานจากการคืนสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกำหนดปัญหาและเป้าหมายในการรับมือกับความเสี่ยงจำนวน 5 ภาคส่วน ได้แก่ 1) ภาคส่วนดูแลประชาชน คือ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 16 คนและแกนนำสุขภาพด้านยาจำนวน 22 คน 2) ภาคส่วนที่ดูแลครั้วเรือนผู้ป่วย คือ เครือข่าย

หมอบริการบ้านจำนวน 110 คน 3) ภาครัฐในหน่วยบริการสุขภาพ คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลรวม 30 คน 4) ภาครัฐในชุมชน คือ ผู้นำระดับท้องถิ่น จำนวน 13 คน และ 5) ภาคเอกชน ประกอบด้วยคลินิก 18 แห่ง ร้านขายยา 8 แห่ง และร้านชำเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพตัวแทน 1 หมู่บ้าน ต่อตำบลรวม 23 แห่ง

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน ได้แก่ คลินิก ร้านขายยา และร้านชำ โดยการดำเนินการให้ผู้ประกอบการเห็นความสำคัญความปลอดภัยในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยใช้ยาตัวพารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขอให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐาน มีการลงพื้นที่ส่งเสริมพัฒนาติดตามงาน โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล ระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิจกรรมที่ 5 การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยใช้ยาตัวพารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มเดียวกับกิจกรรมที่ 1 มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านความเข้าใจยาและผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงกับผู้ป่วยด้านการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านตรวจสอบข้อมูลก่อนการใช้ ด้านการตัดสินใจใช้และการบอกต่อ มีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ 1) การสำรวจความรู้ครั้งที่ 1 เป็นพื้นฐานข้อมูล 2) นำประเด็นมาเป็นแผนพัฒนาความรู้ 3) ประเมินผลความรู้ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation)

ติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่างกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection)

ผลการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมมาทบทวนปัญหาและเป้าหมายร่วมกัน เพื่อปรับปรุง ให้มีผู้ป่วยใช้ยาตัวพารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรอบรู้เพิ่มขึ้น และมีผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมายมีการปรับปรุงผลเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนคลินิกดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวพารินจำนวน 91 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ

3-4 จำนวน 954 คน มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป รับบริการโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวนรวม 1,045 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Power analysis⁽⁶⁾ และมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เพิ่มอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 310 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยถือว่าทุกๆสมาชิกในประชากรมีโอกาสจะถูกเลือกเท่าๆ กัน การสุ่มมีรายชื่อประชากรทั้งหมดและมีการให้เลขกำกับ วิธีการอาจใช้วิธีการจับสลากโดยทำรายชื่อประชากรทั้งหมดจากทะเบียนคลินิกดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยใช้ยาตัวพารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 รับบริการโรงพยาบาลโพทะเล อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร
2. มีอายุ 20-90 ปี
3. ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินการมองเห็นสามารถอ่าน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ยินยอมให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมขอถอนตัวในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล
2. มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
3. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบประเมินความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเครื่องมือวัดความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฉบับที่ 5 (RDUL tool version 5) จำนวน 58 ข้อ แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป 6 ข้อและความรอบรู้ 52 ข้อ
2. แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
 - 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม
 - 2) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- แบบประเมินความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลจากการพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลของประชาชนชาวไทย(7) มีความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Index of Item –Objective Congruence (IOC)) ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อของฉบับที่ 5 เท่ากับ 0.848 และค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ 0.891

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติทางการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 27/2565 เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2565 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักมาตรฐานการปฏิบัติงาน การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลความเสี่ยงการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพในฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพ ตามแบบฟอร์ม universal form entry เพื่อทบทวนแสดงเป็นทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ของหน่วยบริการสุขภาพ
2. เก็บข้อมูลความเสี่ยงการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพในตามแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายเพื่อทบทวนแสดงเป็นทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) ของชุมชน
3. เก็บรวบรวมรายงานการประเมินมาตรฐานคลินิก ร้านขายยาและร้านชำ
4. เก็บรวบรวมผลการสำรวจความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลฉบับที่ 5 (RDUL tool version 5) จำนวน 58 ข้อ
5. เก็บข้อมูลผลการรักษาตามค่าเป้าหมายจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลโพทะเล
6. รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 1) การสนทนากลุ่ม และ 2) การสังเกตการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistic) โดยใช้สถิติ Paired – sample t tests

2.1 ทดสอบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล

2.2 ทดสอบความแตกต่างของผลการรักษาตามค่าเป้าหมาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 คิดเป็นร้อยละ 86.8 และผู้ป่วยใช้ยาอาร์ฟาริน คิดเป็นร้อยละ 13.2 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 56.5 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 จบการศึกษาระดับ ป.5-ป.6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.7 โรคประจำตัวหลักพบมากที่สุด จำนวน 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 43.2 อาชีพที่พบมากที่สุด เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 58.7 และสถานภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัว อสม. คิดเป็นร้อยละ 3.4

ส่วนที่ 2. รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชนจากแนวคิดการดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรม ดังนี้

2.1 ผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในสถานพยาบาล

การสร้างระบบเฝ้าระวังแบบ concurrent trigger tool จากการกำหนดประเมินลักษณะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (trigger) จากการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการรายงาน 4 ประเด็นคือ 1) INR มากกว่าค่าเป้าหมาย 2) INR น้อยกว่าค่าเป้าหมาย 3) มีภาวะเลือดออก(major หรือ minor bleeding) และ4)อัตราการกรองของ eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73m² ค้นหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาได้จำนวน 62 รายงาน มีการรวบรวมทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) เพื่อประสานเครือข่ายร่วมกันแก้ไขปัญหา

2.2 ผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน

การสร้างระบบเฝ้าระวังโดยการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ
ด้านยา โดยมีตัวแทนแต่ละตำบลเข้าร่วมในเฝ้าระวังแบบ
Routine case finding และ active case finding
เน้นบริเวณพื้นที่ตามแผนที่ครัวเรือนของผู้ป่วย ร่วมกัน
ค้นหา ตรวจสอบ แจกเตือนภัย เพื่อดำเนินการจัดการ
ความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาด้วยกัน ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน
จากลักษณะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น่าจะมีความ
สัมพันธ์กับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (trigger) ที่มี
ผู้ป่วยใช้ยารักษาที่มีค่า INR ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
จำนวน 5 คนและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของ
eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73m² จำนวน
45 คน ค้นหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง
ต่อผลการรักษาได้จำนวน 50 รายงาน มีการรวบรวม
ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (Risk register) เพื่อประสาน
เครือข่ายร่วมกันแก้ไขปัญหา

2.3 ผลการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

พบว่าจากการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการใช้ยา
และผลิตภัณฑ์สุขภาพของชุมชน มีความสำคัญต่อ
ปัญหาสุขภาพเกี่ยวข้องกับ 5 ภาคส่วนจึงมีส่วนร่วมในการ
เฝ้าระวัง จัดการปัญหาการใช้ยาในชุมชน มีการรับมือกับ
ความเสี่ยง ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย มีการแก้ไขปัญหา
กำกับติดตาม ในแต่ละแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างมี
ส่วนร่วมในการทำแผนพัฒนาทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่
1) การโฆษณา 2) แหล่งกระจายยา 3) การอ่านฉลาก
4) ความรู้ ความเข้าใจ ในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ 5) ด้าน
การสื่อสารโรคประจำตัวให้รับทราบ 6) การสอบถาม
ข้อมูลก่อนการตัดสินใจ และ 7) การบอกต่อจากคนอื่น

2.4 ผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในภาคเอกชน

ได้มีการคืนความเสี่ยงสถานการณ์ปัญหาด้านการใช้ยา
และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากแหล่งกระจายยาพร้อม
แล้วมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยจึงขอความร่วมมือ
ในการคัดเลือกยาให้ตรงประเภทสถานประกอบการ ชัก
ประวัติโรคประจำตัวก่อนการตัดสินใจเลือกยาให้ผู้ป่วย
พัฒนาฉลากยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และการ
โฆษณา ได้ความร่วมมือจากผลการ ประเมินได้ตาม
มาตรฐานสถานประกอบการร้านขายยา 8 ร้าน (ร้อยละ
100) คลินิก 18 แห่ง (ร้อยละ100) และร้านชำเข้าร่วม

โครงการร้านชำคุณภาพ 1 หมู่บ้านต่อตำบลครบทั้ง 11
ตำบล จำนวน 23 ร้าน ผ่านเกณฑ์การประเมิน 18 ร้าน
(ร้อยละ 78.3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบลพบ
จุดเด่นการพัฒนาเพื่อต่อยอดในการนำไปใช้ในการขยาย
ผลการดำเนินงานต่อไป

2.5 ผลการทดสอบความแตกต่างของความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากการมีกิจกรรมส่งเสริม ความรู้

ผลการศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาอย่าง
สมเหตุผลจากการสำรวจรอบที่ 1 ได้มีการพัฒนาประเด็น
ปัญหาความรู้ในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) เข้าถึง เนื่องจาก
กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุจึงขอให้ผู้ดูแลในครัวเรือน มีหมอ
ประจำครอบครัว 1 คนต่อ 10 ครัวเรือน ในการเฝ้าระวัง
ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำมาใช้ร่วม มีการแลกเปลี่ยน
ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบบ่อยในชุมชนแล้ว
ทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
และส่งเสริมแหล่งข้อมูลสมุดประจำตัวที่มีรายละเอียด
ผลิตภัณฑ์ไว้ทบทวน 2) เข้าใจ มีการเพิ่มกิจกรรมช่วงเช้า
ให้ความรู้ก่อนเข้าตรวจรักษา เรื่องอุปกรณ์ตรวจยา วันหมด
อายุ ระยะห่างการใช้ยาที่มีการสื่อสารในฉลาก 3) ได้ตอบ
ซักถาม แลกเปลี่ยน มีการพัฒนาศักยภาพ 3 หมอ ใน
ความรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยใช้กรณี
ศึกษาความเสี่ยงที่พบบ่อยเป็นองค์ความรู้เมื่อมีการซัก
ถามและมีช่องทางสื่อสารในการประสานขอข้อมูลเมื่อ
ไม่แน่ใจในคำตอบ 4) ตัดสินใจ ชุดความรู้เรื่องความเสี่ยง
ที่พบบ่อยในชุมชนไว้เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียก่อนการ
ตัดสินใจในการนำมาใช้ ให้ข้อมูลในคลินิกบริการและใน
ชุมชนร่วมกับทีม บวร. มีกิจกรรมให้ความรู้ในระดับตำบล
ทุกเดือน 5) การจัดการตนเอง มีการพัฒนาฉลากยาในรพ.
รพ.สต.และภาคเอกชนในการส่งเสริมให้คนเทียบชื่อยา
ก่อนการใช้ ใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัว ส่งเสริมให้มี
การตรวจสอบวันหมดอายุของผลิตภัณฑ์ก่อนการตัดสินใจใช้ 6)บอกต่อ การทำความเข้าใจกับข้อมูลและสอบถาม
ให้มีข้อมูลเพียงพอก่อนจะมีการบอกต่อ

การศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลหลังจากการมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้าน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการนำผลความรู้ครั้งนี้
1 มาสร้างแนวทางการพัฒนาความรู้มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ยอมรับ



สมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคริดสีดวง
และผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังก่อนและหลังจากการมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้
มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อน (ครั้งที่1)
และหลัง(ครั้งที่2)จากการมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ความรู้	Mean		S.D.		Paired Differences		t	df	Sig 2-tailed
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Std. Error Mean	95%Confidence Interval of the Differences Lower Upper			
ภาพรวม			3.074	3.191	0.181	2.718 3.431	16.960	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	38.410	8.657							
ครั้งที่ 2	41.483	6.779							
รายด้าน									
1.เข้าถึง			0.668	0.806	0.046	0.578 0.758	14.585	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	5.026	1.400							
ครั้งที่ 2	5.694	1.324							
2.เข้าใจ			0.548	0.790	0.045	0.460 0.637	12.224	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	6.745	1.944							
ครั้งที่ 2	7.294	1.730							
3.โต้ตอบ			0.142	0.401	0.022	0.097 0.187	6.228	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	6.294	0.813							
ครั้งที่ 2	6.436	0.659							
4.ตัดสินใจ			0.448	0.826	0.047	0.356 0.541	9.561	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	8.894	1.779							
ครั้งที่ 2	9.342	1.452							
5.จัดการตนเอง			0.648	0.983	0.055	0.539 0.758	11.612	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	7.210	2.154							
ครั้งที่ 2	7.858	1.668							
6.การบอกต่อ			0.619	0.807	0.046	0.529 0.710	13.518	309	<0.001*
ครั้งที่ 1	4.242	1.471							
ครั้งที่ 2	4.861	1.093							

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ส่วนที่ 3. ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยา
วาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา
รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
ทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคริดสีดวง
และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา

รักษาตามเป้าหมายก่อนการพัฒนาจำนวน 29 คน คิดเป็น
ร้อยละ 70.7 หลังการพัฒนาจำนวน 37 คน คิดเป็น
ร้อยละ 90.2

การศึกษาของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคริดสีดวง
และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่าผลการรักษาตามค่า

เป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรัง (n=41)

	Mean	S.D.	แปลผล ผลการ รักษา	Paired Differences				t	df	Sig 2-tailed	
				Mean	S.D.	Std. Error Mean	95%Confidence Interval of the Differences				
							Lower				Upper
ผู้ป่วยใช้ยา วาร์ฟาริน ก่อนพัฒนา หลังพัฒนา	1.701 1.902	0.072 0.047	ตามค่า เป้าหมาย	0.195	0.511	0.079	0.334	0.356	2.446	40	0.019*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีผลการรักษาตามค่าเป้าหมายก่อนการพัฒนาจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 77.0 หลังการพัฒนาจำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8

การศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m² ก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่าผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(n=269)

	Mean	S.D.	แปลผล ผลการ รักษา	Paired Differences				t	df	Sig 2-tailed	
				Mean	S.D.	Std. Error Mean	95%Confidence Interval of the Differences				
							Lower				Upper
ผู้ป่วย โรคไต เรื้อรัง ก่อนพัฒนา หลังพัฒนา	1.770 1.918	0.422 0.275	ตามค่า เป้าหมาย	0.149	0.356	0.022	0.106	0.191	6.842	268	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ยอมรับสมมุติฐาน ข้อ 2 ที่ระบุว่า

ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. แนวทางการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5 กิจกรรม ทำให้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต่อยอดครอบคลุมทั้ง 5 กิจกรรมดังนี้

2.1 มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในหน่วยบริการสุขภาพแบบ concurrent trigger tool จำนวน 62 รายงาน

2.2 มีผลการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชนของแกนนำสุขภาพด้านยาได้ข้อมูลจากระบบงานประจำและระบบการเฝ้าระวังจำนวน 50 รายงาน

2.3 มีผลการดำเนินงานการสร้างการมีส่วนร่วมจาก 5 ภาคส่วนในรับรู้ แก้ไขปัญหาและกำกับติดตาม

2.4 มีผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคเอกชนจากความร่วมมือของคลินิกเอกชน ร้านขายยา และร้านชำคุณภาพตัวแทน 1 หมู่บ้านต่อตำบลจำนวน 18 ร้าน

2.5 มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่าการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงนั้นจำเป็นต้องมีการรวบรวม ประมวลผล และจัดการข้อมูล วางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ การนำข้อมูลคืนกลับ เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชน โดยการจัดการความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของภาสกรณ์ โพธิ์ศรี⁽⁸⁾ (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนฯ ได้แก่ 1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในสถานบริการสาธารณสุข ด้วยการค้นหาผู้ป่วยจากฐานข้อมูลวินิจฉัยโรค พบว่า มีผู้ป่วยที่แพ้ยาจากการซื้อยาเกินจากแหล่งกระจายยาในชุมชนจำนวน 14 ราย 2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในชุมชน ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 29.03) 3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนภายในชุมชน ด้วยการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

และจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพพบการร้องเรียนและแจ้งเตือน 7 ครั้ง 4. การพัฒนาร้านชำปลอดภัย โดยการอบรมผู้ประกอบการและการตรวจเฝ้าระวังโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ พบว่าไม่มีการจำหน่ายยาอันตรายและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย 5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และวัดความรอบรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $0.05 (p < 0.001)$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของจินดาพร อุภิมภ์(9)(2564) ศึกษาเรื่องผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนบ้านหนองท่อม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม คะแนนความรู้โดยรวมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.0 ± 2.0 vs. 9.0 ± 1.2 , $p < 0.001$) และเกิดแนวทางการจัดการปัญหาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยของจันทร์จรรย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ชันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสอาด และณัฐพร สู่หนองบัว⁽¹⁰⁾ (2564) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่า จากการสำรวจร้านขายของชำ นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้านแล้ว ร้านค้าดังกล่าวมีการขายยาประเภทที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ขายได้ในร้านค้าของชำมากที่สุด ได้แก่ ยาอันตราย และเส้นทางการกระจายยาสู่ร้านชำในชุมชนที่มากที่สุดอันดับหนึ่ง ได้แก่ ร้านยา(ขย.1) ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านชำพบว่า ควรให้ความช่วยเหลือผู้ประกอบการร้านชำในส่วนของความรู้ความเข้าใจในการจำหน่ายยา การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนก่อให้เกิดการเฝ้าระวังจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน ได้แก่ มีศูนย์เฝ้าระวังและแหล่งความรู้ในชุมชน ก่อให้เกิดความปลอดภัยในการเลือกซื้อยา และประกาศเป็นนโยบายในระดับอำเภอกติกาของหมู่บ้าน ส่งผลให้ยาอันตรายในร้านชำลดลง การดำเนินงานการให้ความรู้ การตรวจสอบให้คำแนะนำ การใช้กลไกชุมชนในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการ

จำหน่ายยาที่ถูกต้องปลอดภัยอันตรายได้ทุกร้าน และสอดคล้องกับงานวิจัยของประยูทธ ภูวรัตน์วิวิธ, ปวีณา สนธิสมบัติ, อิศราวรรณ ศกุนรักษ์, ขวัญชัย รัตนมณี, ระพีพล ภูษธร ณ อยุธยา, ชาคริต หริมาพานิชและคณะ⁽¹¹⁾ (2565) ศึกษาเรื่องปฏิกิริยาระหว่างอาหารกับwarfarin: ข้อเท็จจริงกับความเชื่อ ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารข้อเท็จจริงเพื่อปรับความเชื่อที่ผู้ป่วยรับรู้เป็นสิ่งที่ทำทนายมากในงานบริหารทางเภสัชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีการเกิดอันตรกิริยาระหว่างอาหารและ warfarin นำเสนอแนวคิดและแนวทางการจัดการปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างอาหารและ warfarin การทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์มีหลักฐานที่ดีในการเกิดอันตรกิริยาแล้วทำให้ค่า INR สูงขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ คือ cranberry และการเกิดอันตรกิริยาแล้วทำให้ค่า INR ลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน คือ broccoli เภสัชกรต้องซักประวัติผู้ป่วยโดยละเอียด จับประเด็นปัญหาให้ได้ และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแบบเฉพาะรายวิธีคิดที่เหมาะสมนำไปสู่การบริหารทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เข้ามาพิจารณาและปรับให้เหมาะสมกับการตอบสนองของผู้ป่วย และการสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องแสดงออกมาให้เป็นรูปธรรม

ส่วนที่ 2. ผลการรักษาตามค่าเป้าหมายของผู้ป่วย ใช้ยารวาร์ฟารินและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน-หลังการพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน ($p=0.02$) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($p<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการความเสี่ยงที่ได้รับการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน ภาควิทยา และ การสร้างความรอบรู้ในครัวเรือนและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความรอบรู้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของจันทร์เพ็ญ ประโยงค์⁽⁷⁾ (2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อ

พัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังระบบบริการมีนโยบายและผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการสนับสนุน การจัดการตนเองตามระยะของโรค มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ Clinical Practice Guidelines (CPG) มีการออกแบบระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การจัดระบบข้อมูลทางคลินิกทั้งเครือข่ายและการเชื่อมโยงชุมชน ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพมีแนวปฏิบัติทางคลินิกผู้ป่วยได้รับการคัดกรองไตมากขึ้นและสามารถชะลอการเสื่อมของไตด้านชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญพร ทวีบุตร พัทธพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ⁽¹³⁾(2560) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น ผลการวิจัยพบว่า การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุทธิณี เรืองสุพันธ์ วรุฒิ สุพัชญ์ และสมพร พานสุวรรณ(14)(2563) ศึกษาเรื่อง การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง ผลการวิจัยพบว่า เพิ่มความปลอดภัยด้านยาและเพิ่มคุณภาพการรักษาคือช่วยป้องกันความเสี่ยงด้านยาได้ก่อนที่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ จากการคัดกรองวิเคราะห์คำสั่งใช้ยา การจัดการความปลอดภัยด้านยา การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย และการจัดการลดปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในชุมชน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนขยายกลุ่มเป้าหมายกลุ่มโรคสำคัญอื่น
2. สนับสนุนระบบบริหารจัดการในการเพิ่มความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างทั่วถึง
3. กำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและชุมชนในการใช้ยาเพื่อเพิ่มความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพื้นที่อื่นหรือในกลุ่มอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพ.พนม ปทุมสูติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเล นายผจญ ศักดิ์ ผู้ประสานงานเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพทะเล ภก.สมจินต์ มากพา และคุณศิริลักษณ์ ชินวุฒิ ทีมคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค แกนนำสุขภาพด้านยา ภาควิชาเครือข่ายภาครัฐและเอกชน อำเภอโพทะเลทุกคนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และให้ความร่วมมือในการพัฒนาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2559; 26-78.
2. จีรวรรณ อารยะพงษ์, ทศนีย์ สุมาลย์, พิจณา เพ็ญกิตติ, กนกวรรณ พึ่งรัมย์, ภัทราพร จงพิพัฒน์วณิชย์, ธันนัท สิงห์ดี และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. จีรวรรณ อารยะพงษ์, ทศนีย์ สุมาลย์, พิจณา เพ็ญกิตติ, กนกวรรณ พึ่งรัมย์, ภัทราพร จงพิพัฒน์วณิชย์, ธันนัท สิงห์ดี และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
4. สุดาร์ตน์ จังอินทร์. การเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เครือข่ายอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. ใน: ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์, สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค, สมหญิง พุ่มทอง, ภูริดา เวียนทอง, ศิราณี ยงประเดิม, จันทนา ลีสวัสดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. พิมพ์

ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563. หน้า 131-3.

5. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์, สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค, สมหญิง พุ่มทอง, ภูริดา เวียนทอง, ศิราณี ยงประเดิม, จันทนา ลีสวัสดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรวิพร สาตร์เพ็ชร, ญาณานา อารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 2560:496-507.
7. ดวงรัตน์ โพธม กุสาวดี เมื่อนนท, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ม สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
8. ภาสกรณ โพธิ์ศรี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยุห์. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(Online) 2565; 2:33-43.
9. จินดาพร อุปถัมภ์. ผลการสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชนบ้านหนองทุ่ม อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) 2564; 1:27-36.
10. จันทร์จรรย์ ดอกบัว, รัตนาภรณ์ ชันติมัง, หทัยรัชต์ พุกสอาด และณัฐพร สู่หนองบัว. สถานการณ์การจำหน่ายยาในร้านขายของชำ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online) 2564; 1:37-44.
11. ประยุทธ์ ภูวรัตน์าวีวิธ, ปวีณา สนธิสมบัติ, อิศราวรรณ ศกุนรักษ์, ขวัญชัย รัตนมณี, ระพีพล

- กฤษกร ณ อยุธยา, ซาคริต ทริมพานิช และคณะ. ปฏิบัติการระหว่างอาหารกับwarfarin: ข้อเท็จจริงกับความเชื่อ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565; 14:1-8.
12. จันทร์เพ็ญประโยงค์.การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 6:1035-10439.
13. เพ็ญพรทวีบุตรพัชรพรเกิดมงคลและขวัญใจ อำนาศัตย์ชื่อ.ผลของโปรแกรมการ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31:129-145.
14. สุทธิณี เรื่องสุพันธ์ุ วรวิมล สุพัชญ์ และสมพร พานสุวรรณ. การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2563; 26:61-78.

การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนาราง

Concordance with Clinical Practice Guideline of Statins Treatment for Atherosclerotic Cardiovascular Disease Prevention: A study in Bungnarang District Health System

ปิยะนุช นาคดี ภ.บ.
โรงพยาบาลบึงนาราง

บทคัดย่อ

การใช้ยาลดไขมันในเลือดโดยเฉพาะยา statins จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่บรรลุเป้าหมาย และยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสอดคล้องในการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการบรรลุเป้าหมาย LDL-C หลังจากนั้นนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไป วัตถุประสงค์: เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้ป่วยนอกที่เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการ ณ รพช. และรพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ บึงนาราง ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หลังจากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้มาร่วมระดมความคิดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีหัวข้อคำถามเพื่อใช้ระดมความคิด ขั้นตอนการดูแลรักษาเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการวิจัยผู้ป่วยจำนวน 400 คนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าแบ่งเป็นกลุ่ม ป้องกันปฐมภูมิ 356 คน และป้องกันทุติยภูมิ 44 คน พบว่าความสอดคล้องของการสั่งใช้ยา statins คิดเป็นร้อยละ 30.62 และ 31.82 ของกลุ่มตัวอย่างที่ควรได้รับยา statins สำหรับการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิตามลำดับ ในขณะที่การบรรลุเป้าหมาย LDL-C คิดเป็นร้อยละ 48.03 และ 38.64 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้มาร่วมระดมความคิดแล้วจึงสรุปเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย การสั่งจ่ายยา statins สำหรับการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิมีความสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติ น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย LDL-C ส่วนการจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงตามแนวทางเวชปฏิบัติด้วยการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานจะทำให้ผู้สัมผัสได้รับการรักษาตรงตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน

คำสำคัญ : การป้องกันปฐมภูมิ, การป้องกันทุติยภูมิ, แนวทางเวชปฏิบัติ, การบรรลุเป้าหมายแอลดีแอลซี, มาตรฐานการปฏิบัติงาน

Abstract

The use of lipid-lowering drugs can reduce the risk of cardiovascular events. Previous studies had demonstrated that most of the patients did not reach the target levels of LDL-C. However, no study demonstrated the prescription of lipid-lowering drug therapy and the achievement of target LDL-C levels according in a community hospital and sub-district health promoting hospital. Objective: to evaluate the concordance of lipid-lowering drug therapy according to the clinical practice guideline and to evaluate the achievement of target LDL-C levels

in treated patients. So the standard operating procedure for the care of dyslipidemia should be developed as the clinical practice guideline. Methods: Data were collected from medical records of outpatients at risk of cardiovascular disease and should receive a statin (primary prevention) and those with established cardiovascular disease (secondary prevention) at the community hospital and sub-district health promoting hospital between October 1, 2021, and July 31, 2022. Data were analyzed using descriptive statistics. The research approach also undertook brainstorming with the multidisciplinary team. The flow chart depicts the process of the active current treatment service. A total of 400 patients have included: 356 patients with primary prevention and 44 patients with secondary prevention. The concordance of statin prescriptions was 30.62% for primary prevention and 31.82 % for secondary prevention. In the meantime, 48.03% and 38.64% of the patients who received a statin for primary and secondary prevention, respectively, achieved LDL-C target levels. This result approach also undertook to brainstorm with the multidisciplinary team to develop a Standard Operating Procedure (SOP). Less than half of statin prescriptions for primary and secondary prevention were consistent with clinical practice guidelines. Most patients taking the statin did not reach the target levels of LDL-C. The Management of the treatment for the care of dyslipidemia as the clinical practice guideline assigned the standard operating makes patients reaching of the treatment that is standardized.

Keywords : Primary prevention, Secondary prevention, Clinical practice guidelines, LDL-C target, Standard Operating Procedure (SOP)

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของกระบวนการ Lipoprotein metabolism ทำให้มีระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนแปลงไปจนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้จำแนกจำนวนการเสียชีวิตตามสาเหตุการเสียชีวิตทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2550 – 2557 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ.2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ 24,995 รายและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและ โรคหลอดเลือดสมอง 32,229 ราย ซึ่งเมื่อดูข้อมูลย้อนหลังพบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยรองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุมาโดยตลอด และจากสถิติการเสียชีวิตในปี 2557 ของจังหวัดพิจิตร พบว่าอัตราการตาย ต่อ ประชากร 100,000 คน เกิดจากโรคหัวใจ 42.50 ราย และความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง 53.99 ราย (1-3) และของโรงพยาบาลบึงนาราง พบผู้ป่วยมาด้วยอาการ

โรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2563 - 2564 จำนวน 26 และ 31 ราย ตามลำดับ แต่ในปี พ.ศ. 2565 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงมิถุนายน) พบผู้ป่วยมาด้วยอาการโรคหลอดเลือดสมองถึง 32 ราย ซึ่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องโดยตรงกับวิถีการ ดำเนินชีวิต การลดระดับไขมันทำได้โดยการปรับพฤติกรรม โดยวิธีดังกล่าวทางเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนารางได้มีการจัดทำโครงการเพื่อปรับพฤติกรรมมาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาด้วยการรับประทานยานั้น ส่วนใหญ่จะเข้าในกลุ่ม Statins ในปัจจุบันแนวทางการใช้ยาสำหรับรักษาภาวะ ไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) ในผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และการป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายได้ค่อนข้างน้อย แม้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง และมีการปรับพฤติกรรมในด้าน



ต่างๆ แล้ว ในปัจจุบันกรอบบัญชียาของโรงพยาบาล บึงนารางมียาลดไขมันกลุ่ม Statins ครบทั้ง 3 กลุ่มโดยยา เฉพาะ Atorvastatin ขนาด 40 mg เป็นยาที่เพิ่งถูกนำ เข้ามาอยู่ในกรอบบัญชียาของโรงพยาบาลเมื่อประมาณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 แต่ยังไม่มีการนำยา Atorvastatin ไปบรรจุในกรอบยาของ รพ.สต. โดยก่อนหน้านี้หากผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องใช้ยาตัวนี้ต้องรับภาระเดินทางไปรับยาตัว ดังกล่าวเอง แต่รับยาตัวอื่นๆ ที่โรงพยาบาลบึงนาราง ซึ่งทำให้เกิดความลำบากในการไปรับบริการของผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยบางรายขอรับบริการเพียงแค่ว่าที่ศักยภาพ ของโรงพยาบาลมี ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับแนวทางการรักษา ในปัจจุบัน และอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดไม่สามารถป้องกันการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

หากมีการสั่งใช้ยาลดไขมันกลุ่ม Statins ที่สอดคล้อง กับแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจและหลอดเลือด และสามารถบรรลุ เป้าหมายของระดับ LDL-C ในผู้ป่วยได้มากขึ้น จะทำให้ ผู้ป่วยสามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสอดคล้องในการใช้ยาลดไขมัน กลุ่ม Statins แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากกลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายของระดับ LDL-C ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันกลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross sectional study) แล้วนำผลมาทำการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด หรือ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และควรได้รับยาลดไขมันกลุ่ม Statins ที่มารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ บึงนาราง จำนวน 2,638 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด หรือเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และควรได้รับยาลด ไขมันกลุ่ม Statins ที่มารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบึงนาราง ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 400 คน โดยใช้วิธี การสุ่มอย่างง่าย

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากร คือ สหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาล บึงนาราง และใน รพ.สต. จำนวน 31 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานใน โรงพยาบาลบึงนาราง และใน รพ.สต. จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบึงนารางจำนวน 4 คน พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ ดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน จำนวน 6 คน

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross sectional study) คือ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและโรค ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติ การแพ้ยา/ผลข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ทาง โรคหัวใจและหลอดเลือด (vascular events) ครั้ง ล่าสุด ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับไขมันในเลือด (total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglyceride) ค่าครีเอตินีน ค่าอัตราการกรองของไต ค่าไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย ส่วนที่ 4 การประเมินเพื่อประเมินความสอดคล้องในการใช้ยาลด ไขมันกลุ่ม Statins ตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากกลุ่ม Statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนที่ 5 การประเมินระดับ LDL-C เป้าหมายของผู้ป่วยตามเงื่อนไข ที่ระบุในแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยากกลุ่ม Statins เพื่อ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และในการศึกษาวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย แผนผัง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงของ โรงพยาบาลบึงนาราง และเครือข่ายบริการสุขภาพที่ปฏิบัติ อยู่ในปัจจุบัน ผลการประเมินความสอดคล้อง และผล

การบรรลุเป้าหมายของระดับLDL-Cในการใช้ยาลดไขมันกลุ่ม Statins หัวข้อคำถามในการระดมความคิด ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย อาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ พจ 0033.002/7551 ลงวันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross sectional study) จะทำการเก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ตามหัวข้อของแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย โดยเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนปี พ.ศ.2564 หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ.2564 โดยมีรหัสวินิจฉัยตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD10) ได้แก่ E10-E14, E78.0, E78.5, I20, I21, I22, I24. 9, I25. 1, I64, I70. 0, I73. 9, G45. 9, N18. 3- N18.5, Z98.1 และคัดเลือกรวมตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจะเก็บระดับ LDL-C ก่อนเริ่มรักษา หรือระดับ LDL ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2564 หรือระดับ LDL ครั้งล่าสุดหลังผู้ป่วยรับประทานยาในกลุ่ม statins ครบ 1 ปี ในกรณีผู้ป่วยเพิ่งเริ่มยา statin ในปี พ.ศ.2564 และการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมานำเสนอแก่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วยการร่วมกันระดมความคิด เพื่อนำไปจัดทำแนวทางการดูแลรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross sectional study) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการประเมินผล และนำเสนอผลสำหรับตัวแปรจำแนกกลุ่มในรูปแบบจำนวน ความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการศึกษาวินิจฉัย เชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้ข้อมูลจากการระดมความคิดจากสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน นำมาประมวลสรุปเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงที่ได้จากการระดมความคิดไปใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนารางเพื่อนำไปปฏิบัติงานจริง

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์พบผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด หรือเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ควรได้รับการดูแลระดับไขมันในเลือดและถูกวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดไว้ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 400 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิ จำนวน 356 คน (ร้อยละ 89.00) โดยเป็นผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 253 คน (ร้อยละ 71.07) สิทธิการรักษาที่ใช้คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 348 คน (ร้อยละ 97.75) มีค่า eGFR มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ml/min/1.73 m² 247 คน (ร้อยละ 84.01) และมีค่า Microalbuminuria 22 คน (ร้อยละ 88.00) และเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบ-ทุติยภูมิ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 11.00) โดยเป็นผู้ป่วยเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 63.64) สิทธิการรักษาที่ใช้คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 42 คน (ร้อยละ 95.46) มีค่า eGFR มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ml/min/1.73 m² 30 คน (ร้อยละ 83.33) และมีค่า Microalbuminuria 3 คน (ร้อยละ 12.00) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Transient Ischemic Attack (TIA)/ Stroke) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	ปฐมภูมิ (n = 356)	ทุติยภูมิ (n = 44)	รวม
เพศ (n = 400)	356 (89.00)	44 (11.00)	400 (100.00)
- เพศหญิง	253 (71.07)	28 (63.64)	281 (70.25)
- เพศชาย	103 (28.93)	16 (36.36)	119 (29.75)
อายุ (ปี) (n = 400)	356 (89.00)	44 (11.00)	400 (100.00)
- น้อยกว่า 60	154 (43.26)	10 (22.73)	164 (41.00)
- ตั้งแต่ 60 ขึ้นไป	202 (56.74)	34 (77.27)	236 (59.00)
- ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	-	-	62.42 ± 11.25
สิทธิการรักษา (n = 400)	356 (89.00)	44 (11.00)	400 (100.00)
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	348 (97.75)	42 (95.46)	390 (97.50)
- เบิกตรง	8 (2.25)	1 (2.27)	9 (2.25)
- อื่นๆ	-	1 (2.27)	1 (0.25)
eGFR (mL/min/1.73 m ²) (n = 330)	294 (89.10)	36 (10.90)	330 (100.00)
- น้อยกว่า 60	47 (15.99)	6 (16.67)	53 (16.06)
- มากกว่า หรือเท่ากับ 60	247 (84.01)	30 (83.33)	277 (89.94)
Albuminuria (mg/L) (n = 70)	64 (91.43)	6 (8.57)	70 (100.00)
- Microalbuminuria (1-30)	22 (88.00)	3 (12.00)	25 (35.71)
- ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	-	-	59.71 ± 58.58
Spectrum ของโรค ASCVD			
- ACS ที่เกิดขึ้นใน 12 เดือน			
● STEMI		2 (4.55)	
● NSTEMI		2 (4.55)	
- Stable Coronary Artery Disease		8 (18.18)	
- Peripheral Artery Disease (PAD)		1 (2.27)	
- Transient Ischemic Attack/ Stroke		31 (70.45)	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการรักษาและการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด (n = 400)

ข้อมูลการรักษาและการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด	การป้องกันแบบปฐมภูมิ	การป้องกันแบบทุติยภูมิ
	(n = 356) จำนวนคน (ร้อยละ)	(n = 44) จำนวนคน (ร้อยละ)
การได้รับยาลดระดับไขมันในเลือด	308 (86.52)	44 (100.00)
ชนิดของกลุ่มยา หรือยาลดระดับไขมันในเลือด		
- Statins	291 (94.48)	43 (97.73)
- Fibrates	17 (5.52)	1 (2.27)
ชนิดและความแรงของยากลุ่ม Statins		
- High Intensity Statins	5 (1.72)	14 (32.56)
• Atorvastatin 40-80 mg/day	5 (1.72)	14 (32.56)
- Moderate Intensity Statins	201 (69.07)	22 (51.16)
• Simvastatin 20-40 mg/day	201 (69.07)	22 (51.16)
- Low Intensity Statins	85 (29.21)	7 (16.28)
• Simvastatin 10 mg/day	85 (29.21)	7 (16.28)

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการรักษาและการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด พบว่าผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิจำนวน (Primary prevention) ได้รับยาลดระดับไขมัน ในเลือดในกลุ่มยา Statins 291 คน (ร้อยละ 94.48) โดยได้รับ ความแรงของยากลุ่ม Statins ในระดับปานกลาง (Moderate Intensity Statins) 201

คน (ร้อยละ 69.07) ส่วนผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดในกลุ่มยา Statins 43 คน (ร้อยละ 97.73) โดยได้รับ ความแรงของยากลุ่ม Statins ในระดับปานกลาง (Moderate Intensity Statins) 22 คน (ร้อยละ 51.16)

ตารางที่ 3 แสดงผลความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ และแสดงผลความสอดคล้องของเป้าหมาย LDL-C ในการใช้ยากลุ่ม Statins (n = 400)

ผลความสอดคล้อง	การป้องกันแบบปฐมภูมิ	การป้องกันแบบทุติยภูมิ
	(n = 356) จำนวนคน (ร้อยละ)	(n = 44) จำนวนคน (ร้อยละ)
ความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ	109 (30.62)	14 (31.82)
ความสอดคล้องของเป้าหมาย LDL-C ในการใช้ยากลุ่ม Statins		
เกณฑ์ระดับ LDL-C เป้าหมาย		
- LDL-C < 100 mg/dL	79 (46.20)	-
- LDL-C < 70 mg/dL	63 (36.84)	14 (82.35)
- LDL-C < 55 mg/dL	1 (0.58)	3 (17.65)
- LDL-C < 40 mg/dL	-	-
- No specific goal	28 (16.38)	-

จากตารางแสดงผลความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ และแสดงผลความสอดคล้องของเป้าหมาย LDL-C ในการใช้ยาในกลุ่ม Statins พบว่าผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิจำนวน (Primary prevention) พบผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาตามแนวทางด้านการใช้ยาสั่งใช้ยาจำนวน 109 คน (ร้อยละ 30.62) และมีผู้ป่วยที่บรรลุระดับ LDL-C เป้าหมาย จำนวน 171 คน (ร้อยละ 48.03) โดยเกณฑ์ระดับ LDL-C เป้าหมายที่ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายคือ LDL-C < 70 mg/dL จำนวน 79 คน (ร้อยละ 46.20) ส่วนผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) พบผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องของการสั่งใช้ยาตามแนวทางด้านการใช้ยาสั่งใช้ยาจำนวน 14 คน (ร้อยละ 31.82) และมีผู้ป่วยที่บรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายจำนวน 17 คน (ร้อยละ 38.64) ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายคือ LDL-C < 70 mg/dL จำนวน 14 คน (ร้อยละ 82.35)

จากผลจากการระดมความคิด (Brainstorming) เพื่อทำให้เกิดการผสมผสานเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่เป็นเอกฉันท์ในแต่ละขั้นตอน เพื่อนำไปจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานต่อไป โดยผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละขั้นตอนที่มีความสำคัญดังนี้

1. ขั้นตอนเก็บส่งส่งตรวจตามคำสั่งการรักษา ในกรณีที่มีการส่งส่งตรวจไว้ ผู้ป่วยจะมารับบริการในขั้นตอนนี้ แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ในโรงพยาบาลมีเพียงท่านเดียวแต่ให้บริการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในอำเภอ จึงมีการนัดส่งส่งตรวจของผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกรณีที่มีการส่งส่งตรวจเป็นจำนวนมาก แต่ถ้ากรณีเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้จะส่งส่งตรวจไปตรวจที่โรงพยาบาลโพทะเลแล้วรายงานผล

2. ขั้นตอนประเมินการรักษาตามแนวทางการรักษา โดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ตรวจรักษาจะประเมินจากความเสี่ยงของการเกิดของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย และสถานะอื่นๆ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันของผู้ตรวจรักษาและผู้ป่วย โดยปฏิบัติตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลบึงนาราง และเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก่อนหน้านั้นแนวทางการรักษาดังกล่าวยังไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันกับ

แนวทางการรักษาของสากล และยังไม่สอดคล้องกับใบ DUE for Atorvastatin โรงพยาบาลบึงนาราง จังหวัดพิจิตร หลังจากการประชุมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกันกับใบ DUE นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตรวจรักษามีแนวทางการรักษาที่ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ตรวจรักษาบางท่านยังยึดใน แนวทางการรักษาที่ยังไม่เป็นปัจจุบันหรือยังมีความกังวลว่า ถ้าหากระดับไขมันในโลหิตต่ำเกินไปโดยเฉพาะตัว LDL-C จะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ จึงไม่มีการพิจารณาปรับขนาดยา หรือปรับขนาดยา หรืออาจเป็นเพราะสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ขาดการประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการรักษาในโรคต่างๆ

3. ขั้นตอนพิจารณาศักยภาพการดูแลรักษาโดยแพทย์ หรือพยาบาลผู้ตรวจรักษาจะประเมินจากอาการ ความเสี่ยง และสถานะอื่นๆ โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันของผู้ตรวจรักษาและผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 กรณี

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสถานะที่เกินศักยภาพในการรักษา
 - กรณีผู้ป่วยรับบริการที่ รพ.สต. : เขียนใบส่งตัวไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษา โดยให้ยาไม่เกิน 1 เดือน เพื่อพิจารณาดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป
 - กรณีผู้ป่วยรับบริการที่รพ. : เขียนใบส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา ผู้ป่วยรายนั้นตามสิทธิ์การรักษา โดยให้ยาไม่เกิน 1 เดือน
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่มีสถานะโรคร่วมอื่นๆ ที่เกินศักยภาพการดูแลของ รพ.สต.
 - รพ. : ส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. โดยให้ยาไม่เกิน 3 เดือน

ดังนั้นจะสรุปได้ว่ามาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงนาราง ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ขั้นตอนการเปิด Visit และ ตรวจสอบสิทธิ์รักษาในโปรแกรม HOSXP
2. ขั้นตอนเก็บส่งส่งตรวจตามคำสั่งการรักษา

ในกรณีที่มีการส่งสิ่งส่งตรวจไว้

3. ขั้นตอนการซักประวัติผู้ป่วย และประเมิน CVD risk
4. ขั้นตอนประเมินการรักษาตามแนวทางการรักษา และพิจารณาศักยภาพการดูแลรักษาโดยแพทย์ หรือพยาบาลผู้ตรวจรักษา
5. ขั้นตอนการให้คำแนะนำ หรือบัตรนัด หรือเอกสารส่งตัวรักษา
6. ขั้นตอนประเมินการรักษา และจ่ายยาตามแนวทางการรักษา

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิ จำนวน 356 คน และผู้ป่วยที่ควรได้รับการป้องกันแบบทุติยภูมิจำนวน 44 คน แต่ไม่ได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดในการป้องกันแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิจำนวน 17 และ 1 คนตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ ยาลดระดับไขมันในเลือดกลุ่ม statins สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม statins เป็นอันดับแรกถ้าไม่มีข้อห้ามใช้เนื่องจากยากกลุ่มดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดระดับ LDL-C ได้ดีกว่ายากกลุ่มอื่น⁽¹⁷⁾

เกณฑ์ในการสั่งใช้ยากกลุ่ม statins และเกณฑ์เป้าหมาย LDL-C สำหรับการป้องกัน- ปฐมภูมิ พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ด้านข้อบ่งใช้ร้อยละ 30.62 โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับ low หรือ moderate intensity statins ตั้งแต่แรกเริ่มการรักษา ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ร้อยละของความสอดคล้องในการส่งจ่ายยาไม่สูง แต่แนวทางเวชปฏิบัติฯ แนะนำ moderate หรือ high intensity statins โดยมีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่เริ่มด้วย moderate intensity statins ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในโรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรีที่พบว่ามีความเหมาะสมของการใช้ยา Simvastatin และ Atorvastatin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 57.1 และ 100.0 ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ แต่ผลที่แตกต่างกันนั้นอาจเป็นเพราะการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ต่างกัน นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง แต่มีปัจจัยเสี่ยง โดยในแนวทางเวชปฏิบัติฯ แนะนำให้ใช้ moderate หรือ high intensity statins แต่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับ low intensity statins ซึ่งการ

ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาลดระดับไขมันในเลือดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ตรวจรักษาพิจารณาว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสมีความเสี่ยงที่ค่อนข้างต่ำ และต้องการให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตก่อนเป็นอันดับแรก หรืออาจยังยึดแนวทางเวชปฏิบัติฯ ฉบับเก่าอยู่ และในส่วนของเกณฑ์เป้าหมาย LDL-C ในการใช้ยากกลุ่ม statins พบว่ามีการบรรลุเป้าหมายของแนวทางเวชปฏิบัติฯ ร้อยละ 48.03 โดยเป้าหมายที่ส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายคือ LDL-C < 100 mg/dL ร้อยละ 46.20 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง แต่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงขวัญ ศีลารักษ์ และคณะ พบว่าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 914 คน สามารถบรรลุระดับเป้าหมาย LDL-C (น้อยกว่า 100 mg/dL) ได้ร้อยละ 54.2⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้การศึกษาของธนัชพร สายทอง พบว่า ร้อยละ 63.4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมาย⁽²⁰⁾

เกณฑ์ในการสั่งใช้ยากกลุ่ม statins และเกณฑ์เป้าหมาย LDL-C สำหรับการป้องกัน ทุติยภูมิ พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ ด้านข้อบ่งใช้เพียงร้อยละ 31.82 ส่วนใหญ่จะใช้ moderate intensity statins ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยาไม่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ นั้น พบว่าผู้ป่วยได้รับ low หรือ moderate intensity statins ทั้งที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาในกลุ่ม high intensity statins ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลบึงนารางเพิ่งนำ Atorvastatin ขนาด 40 mg ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม high intensity statins เข้ามาอยู่ในครอบงำของโรงพยาบาล จึงทำให้ผลความสอดคล้องนั้นค่อนข้างต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Choi SY และคณะที่ศึกษาเรื่องการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดสำหรับการป้องกันแบบทุติยภูมิในผู้ป่วยเกาหลีใต้ที่เพิ่งถูกวินิจฉัยเป็น ASCVD ที่พบว่าเมื่อถึงร้อยละ 60.2 ที่ได้รับยาลดระดับไขมันในเลือด⁽²¹⁾ สำหรับเกณฑ์เป้าหมาย LDL-C ในการใช้ยากกลุ่ม statins สำหรับการป้องกัน ทุติยภูมิพบว่ามีเพียงร้อยละ 38.64 ที่มีระดับ LDL-C เป้าหมายสอดคล้องกับเกณฑ์ด้านการบรรลุเป้าหมายของแนวทางเวชปฏิบัติฯ โดยเป้าหมายส่วนใหญ่ที่บรรลุคือ LDL-C < 70 mg/dL ร้อยละ 82.35 ซึ่งผลดังกล่าวมีความ

สอดคล้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับยาไม่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ (สั่งใช้ยา low หรือ moderate intensity statins) ซึ่งในสาเหตุน่าจะมาจากการที่ผู้ตรวจรักษาไม่ได้มีการปรับเพิ่มความสามารถของยาลดระดับไขมันในเลือดระหว่างการรักษาในกรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมายของการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถบรรลุระดับเป้าหมาย LDL-C ได้น้อย แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มดังกล่าวได้รับยาที่สอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติ แต่สาเหตุที่ไม่บรรลุระดับเป้าหมายอาจเนื่องจากผู้ป่วยมีระดับ LDL-C แรกเริ่มที่สูง และอาจเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิศวกรรมทั้งสุบุตร และคณะพบว่าผู้ป่วย NSTEMI มีระดับ LDL-C บรรลุเป้าหมายร้อยละ 30.1⁽²²⁾ นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น TIA หรือ ischemic stroke มีผู้ที่บรรลุเป้าหมาย LDL-C ต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนได้รับยา statins ชนิด low หรือ moderate intensity statins ทั้งที่ควรจะได้รับ high intensity statins โดยจากการศึกษาล่าสุดพบว่าผู้ป่วย ischemic stroke ที่บรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายน้อยกว่า 70 mg/dL จะมีความเสี่ยงในการเกิด cardiovascular events น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ LDL-C เป้าหมายอยู่ในช่วง 90 ถึง 110 mg/dL⁽²³⁾

ข้อค้นพบจากการจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงตามแนวทางเวชปฏิบัติพบว่า การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้วยการร่วมกันระดมความคิดของสหสาขาวิชาชีพเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาอย่างรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มมากที่สุดและทำให้เกิดเป็นแนวทางปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนออกมา แต่ผลของการนำมาตราฐานการปฏิบัติงานมาใช้นั้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาลดไขมันสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อมองผลในระยะยาวก็คาดว่าถ้านำมาตราฐานการปฏิบัติงานมาใช้แล้วทำให้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษา จะทำให้มูลค่าการใช้จ่ายลดลงในภาพรวมลดลง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงที่ควบคุมระดับไขมันได้ในเกณฑ์เป้าหมายจะสามารถลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ควรได้รับยาสำหรับป้องกันแบบปฐมภูมิ และแบบทุติยภูมิมีความสอดคล้องของการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดกลุ่ม Statins อยู่ร้อยละ 30.62 และ 38.64 ตามลำดับซึ่งความไม่สอดคล้องของการสั่งยาที่พบสำหรับป้องกันแบบปฐมภูมิ คือ การสั่งใช้ยากลุ่ม low intensity statins ตั้งแต่เริ่มรักษา และการไม่ได้รับยาในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีความเสี่ยง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ควรได้รับยาสำหรับป้องกันแบบปฐมภูมิ และแบบทุติยภูมิมีความสอดคล้องในด้าน การบรรลุเป้าหมายของระดับ LDL-C พบว่ามีร้อยละ 48.03 ของผู้ที่ได้รับการป้องกันแบบปฐมภูมิ และร้อยละ 38.64 ที่ได้รับการป้องกันแบบทุติยภูมิ ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากการขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย การมีระดับ LDL-C แรกเริ่มที่สูง รวมทั้งการที่ผู้ตรวจรักษาไม่ได้มีการปรับเพิ่มความสามารถของยา statins ในผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของการรักษา หรือมีข้อจำกัดด้านอื่นๆ

3. จากการเก็บข้อมูลมาระดมความคิดเพื่อการจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคไขมันในเลือดสูงเพื่อสรุปมาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่อง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ บึงนาราง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาตรงตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในโลหิตสูงในงานวิจัยนี้ เกิดจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังตามขั้นตอนการให้บริการ (Flow chart) ที่ปฏิบัติงานอยู่ และจากการการระดมความคิด ไม่ได้คำนึงถึงสาเหตุที่มีการศึกษาในงานวิจัยอื่น ๆ อีก เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค และทัศนคติต่อการไปรับบริการรับบริการ ซึ่งอาจเป็นประเด็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไขมันในโลหิตสูงตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคไขมันในโลหิตสูง ซึ่งต้องมีการศึกษาและกำหนดแนวทางเพิ่มเติมแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561 [Internet]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 1 กรกฎาคม 2565]. ที่มา: www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2563.pdf
2. สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด. ปทุมธานี: โรงพิมพ์สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย; 2560.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วย/สาเหตุการตาย จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 – 2557 [Internet]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: www.nso.go.th/sites/2014/Pages/บริการสถิติสถิติ.
4. กฤติน บัณฑิตานุกูล. Update and Review for Hyperlipidemia Management [Internet]. 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 1 กรกฎาคม 2565]. ที่มา: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=769
5. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73:e285–350.
6. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2019;1-78.
7. Frank V, Franc M, Yvo MS, David C, Konstantinos CK, Maria B, et al; 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42:3227-37.
8. Yehuda H, Paul SJ, Chris KG, Paul DR, Donald AS, Kathleen LW, et al; New 2020 AACE/ACE Algorithm on the Management of Dyslipidemia. AACE/ACE CONSENSUS STATEMENT; 26;10:1196-224.
9. สิทธิลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์. Patient Care Process [Internet]. [วันที่อ้างอิงถึง 10 พฤศจิกายน 2565]. ที่มา: http://medinfo2.psu.ac.th/qc/file_topic/HA/2012/self%20enquiry%20workshop/patient%20care%20process.pdf
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. หลักสูตรคุณภาพ และความปลอดภัยทางคลินิก [Internet]. [วันที่อ้างอิงถึง 10 พฤศจิกายน 2565]. ที่มา: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/ha/Plates/HA%20602%2025-26%20%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%2056/HA602-2011%20PtCareMonitor.pdf>
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA (Part III) in Action สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี [Internet]. [วันที่อ้างอิงถึง 10 พฤศจิกายน 2565]. ที่มา: http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/ha/Document/SPA%20_Part%20III_%20in%20Action%20130603.pdf
12. ประชาสรรณ แสนภักดี. การระดมความคิด (Brainstorming) [Internet]. [วันที่อ้างอิงถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: Available from: <http://www.prachasan.com/brainstorming.pdf>
13. เทคนิคการระดมความคิดแบบเปลี่ยน

- ความรู้ฝังลึก [Internet]. [วันที่อ้างถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: <http://www.person.ku.ac.th/training/kukm/doc/TueMarch2007-17-31-13-forgroupfaci.pdf>
14. นันทนา นกเสียง และรัตติยา กาสี. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยากลุ่ม statins ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช [Internet]. [วันที่อ้างถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-research-special-abstract.php?num=8&year=2547>
 15. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins ตามเงื่อนไขของผู้ป่วยรายหลักแห่งชาติ พ.ศ.2558 ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี; [วันที่อ้างถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20170825154024_391/20170825154257_713.pdf
 16. พรปวีณ์ เรือศรีจันทร์ และคณะ. การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ.2559; [Internet]. [วันที่อ้างถึง 1 กรกฎาคม 2565] ที่มา: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/download/244319/167129/>
 17. Ito MK. Dyslipidemias. In: Chisholm-Burns, editor. Pharmacotherapy principles & practice. 4th ed. New York, US: McGraw-Hill Education; 2016:219.
 18. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins ตามเงื่อนไขของผู้ป่วยรายหลักแห่งชาติ พ.ศ.2558 ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี; [Internet]. [วันที่อ้างถึง 1 ธันวาคม 2565] ที่มา: hpc.go.th/rcenter/fulltext/20170825154024_391/20170825154257_713.pdf
 19. Silaruks S, Sriratanasathavorn C, Rawdaree P, et al. Prevalence of dyslipidemia and goal attainment with lipid-lowering therapy: Insights from Thai multicenter study and overview of the major guidelines. IntechOpen [Internet]. [cite 1 Dec 2022] Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalence-of-Dyslipidemia-and-Goal-Attainment-with-Silaruks-Sriratanasathavorn/f5626b1c5e03b41553104570458621d9e182055f>
 20. Saithong T. Associations of simvastatin adherence using pharmacy database and lipid levels in type 2 diabetic patients. Chaing Mai: Chiang Mai University; 2012.
 21. Choi SY, Yang BR, Kang HJ, et al. Contemporary use of lipid-lowering therapy for secondary prevention in Korean patients with atherosclerotic cardiovascular diseases. Korean J Intern Med 2019;35(3):593-604.
 22. Tungsubutra W, Phongtuntakul B. Achievement of LDL-cholesterol goal with statins after a ST segment elevation myocardial infarction. J Med Assoc Thai. 2015;98(2):129-36.
 23. Amarenco P, Kim JS, Labreuche J, et al. A comparison of two LDL cholesterol targets after ischemic stroke. N Engl J Med. 2019;382(1):9-19

การพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน

The Development of High Alert Drug Management System in Wangsaiphun Hospital

วิพาวรรณ์ นันทะสาร ภ.บ.

โรงพยาบาลวังทรายพูน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง และศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลวังทรายพูน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการสั่งจ่ายยาความเสี่ยงสูง เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent Samples t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนามี 5 กิจกรรม ดังนี้ 1. มีผลการประชุมของสหวิชาชีพอย่างมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน 2. มีผลการอบรมการจัดทำคู่มือยาในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. มีผลการพัฒนาระบบติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ลดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน 4. มีผลการพัฒนาวิธีการใช้ยาอย่างง่ายในโปรแกรมสั่งจ่ายยาความเสี่ยงสูงทุกรายการ 5. มีผลการสื่อสารกลุ่มยาชื่อพ้องมอคล้ายระหว่างกลุ่มงาน กระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($p = 0.015$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุป การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนทางยาของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงและลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาต่อไป

คำสำคัญ : ยาที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มยาชื่อพ้องมอคล้ายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Abstract

This action research aims to develop a high-alert drug management system and to study the incidence of medication errors and the occurrence of adverse high-alert drug events, at Wangsaiphun Hospital. The target groups were inpatient medical records with high-risk prescriptions. The characteristics data of participants were described by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. The inferential statistics were Independent, T-test. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that there were 5 activities in the development of a high-alert drug management system; 1. Results of the multi-disciplinary meetings participating in problem analysis and planning. 2. Results of training on drug manual preparation in all relevant agencies.

3. Results of the development of a follow-up system after administration. 4. There is an effect on the development of a simplified medication method in all high-alert drug prescribing programs. 5. Effective communication of look alike sound alike drugs between department., lesson learned meeting result in Medication error found that a statistically significant decrease respectively (p -value < 0.05). Adverse drug events found a statistically significant decrease respectively (p -value < 0.05).

Conclusion: The development of systematic management of high-alert drugs under the participation of a multidisciplinary team can be able to reduce the incidence of medication errors of high-alert drugs and reduce the occurrence of adverse events from drug use, resulting in patients being safe from drug use in the future.

Keywords : high alert drugs, Medication errors, look alike sound alike drugs, adverse event

บทนำ

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการให้บริการสุขภาพ คือความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจัดเป็นประเด็นพื้นฐานในการเสริมสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพเป็นที่ไว้วางใจตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการด้านสุขภาพ สถานบริการควรมีการกำหนดเป้าหมาย ดำเนินการ การติดตามผลลัพธ์และการนำผลมาทบทวนปรับปรุงแนวทางการให้บริการอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร สอดคล้องกับเกณฑ์เป้าหมายของหน่วยงานที่ให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลระดับสากล ได้แก่ International Patient Safety Goals โดย Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ซึ่งขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) ในการให้บริการสุขภาพ โดยสอดคล้องกับเป้าหมายของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย (สรพ.)⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังพบเหตุอันไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ The Joint Commission on Accreditation of Health

Care Organization (JCAHO) ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ในแต่ละปีมีสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ พบว่าบางเหตุการณ์อาจร้ายแรงถึงกับการสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะหรือถูกรังเรียน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้ จึงทำให้หลายองค์กรได้ให้ความสนใจและเน้นวิเคราะห์ระบบยาและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายจากยา จากผลการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทำให้เกิดความรุนแรงมากที่สุดคือ กลุ่มยาพิเศษหรือยาที่เรียกว่ายาที่มีความเสี่ยงสูงหรือ High Alert Drug (HAD)⁽²⁾ ซึ่งองค์กรด้านสุขภาพทั่วโลกให้ความหมายหรือคำจำกัดความไว้คล้ายคลึงกัน เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย (สรพ.) ได้ให้คำจำกัดความของ HAD คือยาที่มีความเสี่ยงสูงเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบมีฤทธิ์ที่เป็นอันตราย⁽¹⁾

โรงพยาบาลวังทรายพูน ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการให้มีความปลอดภัยจึงมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย การทบทวนข้อมูลความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) ไว้อย่างชัดเจน จากการทบทวนข้อมูลรายงานความเสี่ยงและข้อร้องเรียนของผู้ป่วยย้อนหลังพบว่า ปี 2563 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ทั้งหมด 572 ครั้ง เป็นความเสี่ยงด้านยา 394 ครั้ง ร้อยละ 68.90 เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 17 ครั้ง โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้เกิดจากเสี่ยงด้านยา 2 ครั้ง ร้อยละ 11.80 ปี พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 657 ครั้ง เป็นความเสี่ยงด้านยา 539 ครั้ง ร้อยละ 82.10 เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย 6 ครั้ง โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้เกิดจากความเสี่ยงด้านยาความเสี่ยงสูง 2 ครั้ง ร้อยละ 33.40 จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงก่อให้เกิดความเสี่ยงและอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาายังไม่ได้ถูกกำหนดไว้เชิงระบบอย่างต่อเนื่องชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาเชิงระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน เพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความ

เสี่ยงสูงของโรงพยาบาลวังทรายพูน และศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในการประเมินผลการพัฒนาระบบต่อไป

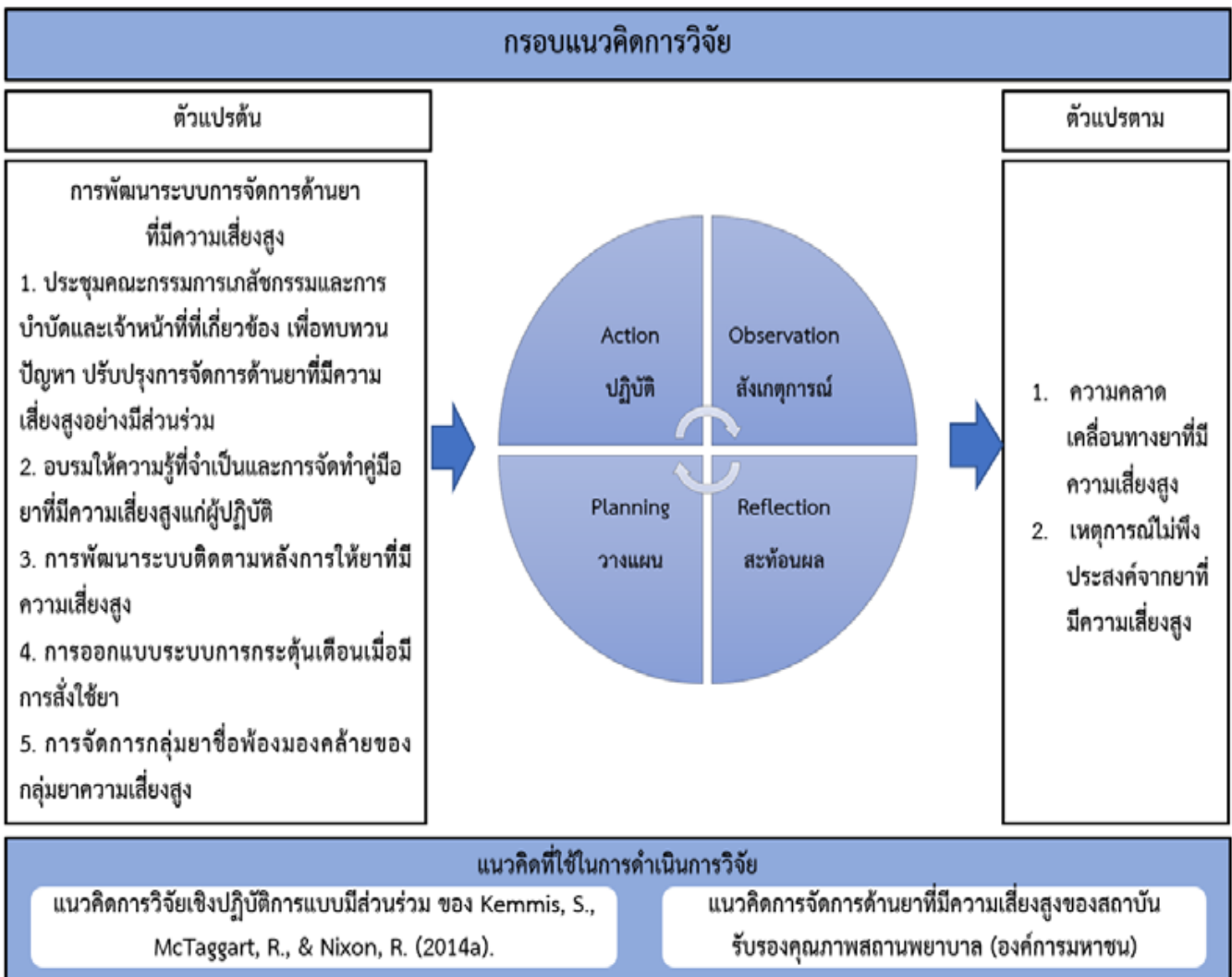
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในการประเมินผลการพัฒนาระบบ

สมมุติฐานการวิจัย

การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงและลดหรือบรรเทาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่มีความเสี่ยงสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ ของ Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014a).(3) ดำเนินการใน 4 ขั้นตอน และแนวคิดการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ⁽¹⁾ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการวางแผนงาน (planning)

1. รวบรวมข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับระบบงานนโยบาย กระบวนการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่มีความเสี่ยงสูงย้อนหลัง ในปี 2563 ปี 2564 ปี 2565

2. จัดประชุมโดยวิธีการระดมสมองของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมย้อนหลัง และกำหนดแผนพัฒนาปรับปรุงระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่

2.1 อบรมให้ความรู้ที่จำเป็นและการจัดทำคู่มือยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยการกำหนดหัวข้อเรื่อง กลุ่มเป้าหมายในการจัดอบรมตามประเด็นปัญหา และจัดทำ การปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

2.2 การพัฒนาระบบติดตามหลังการให้ยา โดยการกำหนดแนวทางการติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง จัดทำข้อตกลงในการบันทึกข้อมูล เก็บข้อมูลผลลัพธ์ และสะท้อนข้อมูลผลลัพธ์เพื่อปรับปรุงแนวทางการติดตาม

2.3 การออกแบบระบบการกระตุ้นเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยา โดยมีการกำหนดวิธีการใช้ยาในฉลากยาระบุสารละลายที่เหมาะสม ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายสารละลายในการผสมยาที่ห้ามผสม

2.4 การจัดการกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้ายของกลุ่มยาความเสี่ยงสูง โดยมีการออกแบบชื่อยาชื่อพ้องมองคล้ายให้มีความแตกต่างในขณะที่สั่งยาในโปรแกรมสั่งยาการกำหนดการสื่อสารยาชื่อพ้องมองคล้ายระหว่างหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)

มีการปรับปรุงระบบงานใหม่และทดลองปฏิบัติ โดยประชุมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานทราบในช่วงเดือนกันยายน-

พฤศจิกายน 2565

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) ติดตามประเมินผลเชิงรุกโดยใช้เครื่องมือที่กำหนดตามหน่วยงานร่วมกันของสหวิชาชีพในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) ผลการพัฒนา นำเสนอกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) ก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยการจัดประชุมระดมสมอง

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประชากรคือ เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล วัฏธรายพูนที่มีคำสั่งการใช้ยาความเสี่ยงสูง ก่อนการพัฒนาระบบ ช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2565 จำนวน 726 ใบสั่งยา และหลังพัฒนาระบบ ช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2565 จำนวน 776 ใบสั่ง

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS on Cloud โรงพยาบาลวัฏธรายพูน
2. แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลวัฏธรายพูน
3. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาลวัฏธรายพูน
4. แบบสรุปข้อมูลการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากเวชระเบียน (Trigger Tool Simple Record)
5. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา มีความถูกต้องเชิงเนื้อหา Index of Item-Objective Congruence (IOC)=1 ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จำนวน 3 ท่าน

2. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง มีความถูกต้องเชิงเนื้อหา Index of Item-Objective Congruence (IOC)=1 ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จำนวน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติทางวิจัยเลขที่โครงการวิจัย 27/2565 เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักมาตรฐานการปฏิบัติงาน การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย เก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

การเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง 4 ขั้นตอน
2. ข้อมูลในฐานข้อมูลโปรแกรมโปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS on Cloud โรงพยาบาลวังทรายพูน และแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test ทดสอบความแตกต่างของความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอตามวัตถุประสงค์ 2 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลวังทรายพูน

1.1 ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวน ปัญหา ปรับปรุงการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างมีส่วนร่วม

ผลการพัฒนา พบว่ามีผู้เข้าร่วมการประชุมระดมสมองครบตามเป้าหมาย โดยมีการทบทวนสถานการณ์ปัญหาอันหลัง 3 ปีและเลือกประเด็นปัญหาในการทำ Root Cause Analysis (RCA) ระดับ E-I ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่แท้จริง RCA ระดับ E-I

Incident	Unsafe act	Local workplace factors	Organizational factors	การปรับปรุงระบบ	ผลการดำเนินงาน
- การให้ยา Amiodarone injection ในสารละลาย Normal Saline ที่มีการตกตะกอน	-	- บุคลากรมีความรู้ทักษะไม่เพียงพอ - ไม่มีคู่มือการเตรียมยาที่พร้อมใช้ - ความเร่งด่วนในการปฏิบัติงานเนื่องจากเกิดเหตุในห้องฉุกเฉิน	- นโยบายด้านการใช้ยาความเสี่ยงสูงยังไม่ได้กำหนดและถ่ายถอดไว้เกี่ยวกับการตรวจสอบซ้ำสองครั้งโดยบุคคลสองคนอิสระจากกัน (independence double check)	- มีการจัดทำคู่มือการใช้ยา HAD ให้เข้าถึงง่าย - การแสดงอัตราส่วนสารน้ำที่ใช้ในการผสมยา บนฉลากยา - จัดทำวิธีใช้ยา โดยเฉพาะรายการยา - การตรวจสอบยา independence double check - มีระบบสำรองยาที่มีความเสี่ยงสูง ไว้คู่กับสารละลายที่เหมาะสมในหน่วยงานพร้อมใช้	- หลังกระบวนการพัฒนายังไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ
- การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยา Norepinephrine injection	-	- บุคลากรมีความรู้ทักษะไม่เพียงพอ - ไม่มีระบบการกระตุ้นเตือน	-	- การจัดทำ Km - การจัดทำระบบการกระตุ้นเตือน	- ไม่พบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากยาที่มีความเสี่ยงสูงในระดับ E-I

1.2 การอบรมให้ความรู้ที่จำเป็นและการจัดทำคู่มือยาที่มีความเสี่ยงสูงแก่ผู้ป่วย

ผลการพัฒนา พบว่า มีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นกลุ่มย่อย ตามวิชาชีพและหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องโดยพิจารณาตามความจำเป็นของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ความต้องการของผู้ปฏิบัติ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการอบรมให้ความรู้ที่จำเป็นและการจัดทำคู่มือยาที่มีความเสี่ยงสูงแก่ผู้ป่วย

เรื่องที่ประชุมอบรม	ผู้เข้าร่วมอบรม/หน่วยงาน	เทคนิคการฝึกอบรม	คู่มือหรือสื่อที่ใช้ในการอบรม	ผลการฝึกอบรม
1. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่แท้จริง RCA ระดับ E-I ของกลุ่มยาความเสี่ยงสูงและการจัดทำนโยบายการวางแผน	คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จำนวน 13 ท่าน ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบ 7 ท่าน รวม 20 ท่าน	- การระดมความคิดหรือระดมสมอง (Brainstorming) - การใช้กรณีศึกษา (Case Study)	- Case Study - แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม	- มีแผนการพัฒนาปรับปรุงระบบการจัดการด้านยาความเสี่ยงสูง - ปรับปรุงแนวปฏิบัติการให้ยา ความเสี่ยงสูง
2. ระบบการจัดการยาชื่อพ้องมองคล้ายในกลุ่มยาเสี่ยงสูงในหน่วยงาน	- กลุ่มงานเภสัชกรรม - งานผู้ป่วยใน - งานห้องฉุกเฉิน - งานห้องผ่าตัด - งานห้องคลอด	- การระดมความคิดหรือระดมสมอง (Brainstorming) - การใช้กรณีศึกษา (Case Study) - การสาธิตฉลากยา	- Case Study - แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม - จดหมายข่าว - สื่อสารยาชื่อพ้องมองคล้าย	- ระบบการจัดการยาชื่อพ้องมองคล้ายของแต่ละหน่วยงาน
3. การจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)	- กลุ่มการพยาบาล	- การบรรยายความรู้ - การจัดการความรู้ (KM) - การใช้กรณีศึกษา (Case Study)	- คู่มือ - โปสเตอร์ - การกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับยาเสี่ยงสูง	- สัญลักษณ์แจ้งเตือนยาที่มีความเสี่ยงสูงในการประคบน้ำเกลือเมื่อเกิด Phlebitis

1.3 การพัฒนาระบบการติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

การพัฒนาระบบการติดตามหลังการให้ยาที่มี

ความเสี่ยงสูง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและทีมสหวิชาชีพในส่วนของผู้ป่วยปฏิบัติ มีมติให้มีการปรับปรุงระบบการติดตามและการบันทึก ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการพัฒนาระบบการติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นตอน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ขั้นตอนการติดตามการใช้ยา ที่มีความเสี่ยงสูง	- มีขั้นตอนการติดตามการใช้ยาที่ซับซ้อน	- ทบทวนขั้นตอนในการติดตามของยา แต่รายการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยเป็นหลักโดยผ่านความเห็นชอบจากองค์กรแพทย์	- ขั้นตอนการติดตามเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
2. การแนบบันทึกติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในเวชระเบียน	- พยาบาลแนบบันทึก	- เภสัชกรแนบแนวทางการติดตามการเฝ้าระวังการใช้ยาไปกับยา ความเสี่ยงสูง	- การกระตุ้นเตือนการบันทึกชัดเจนขึ้นเนื่องจากติดแนวทางการเฝ้าระวังไว้หน้าเวชระเบียน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการพัฒนากระบวนการติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (ต่อ)

ขั้นตอน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ผลการพัฒนา
3. การลงบันทึกติดตามค่า Monitoring ตาม Protocol	- พยาบาลลงบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา ความเสี่ยงสูงลงในแบบบันทึกแต่ละรายการ	- พยาบาลใช้แนวทางการติดตามการเฝ้าระวังการใช้ยาความเสี่ยงสูงโดยลงบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน	- การลงบันทึกไม่ซ้ำซ้อนกับการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

4. การออกแบบระบบการกระตุ้นเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการพัฒนากระบวนการกระตุ้นเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยา

ขั้นตอน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ผลการพัฒนา
พัฒนาวิธีการใช้ยาในโปรแกรม Hosxp โดยเฉพาะของยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายการ	ไม่มี	มี	- วิธีการใช้ยาในฉลากยาระบุสารละลายที่เหมาะสม ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายสารละลายในการผสมยาไม่เหมาะสม
2. การออกแบบฉลากยาเสี่ยงสูง	- ติดสัญลักษณ์หน้าซองยาเป็นสติ๊กเกอร์สีแดงมีอักษร HAD	- ใช้ช่องสีแดงบรรจุยาที่มีความเสี่ยงสูง	- สะดวก มองเห็นชัดเจน

5. การจัดการกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้ายของกลุ่มยาความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพัฒนาจัดการกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้ายของกลุ่มยาความเสี่ยงสูง

ขั้นตอน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ผลการพัฒนา
การออกแบบรายการยาให้มีความต่างกันในระดับการสั่งยาในโปรแกรม	มีไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน	ทบทวนจากยาที่มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของคู่ยาชื่อพ้องมองคล้าย	- ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
การสื่อสารคู่ยาชื่อพ้องมองคล้าย	สื่อสารเฉพาะหน่วยงาน	สื่อสารระหว่างหน่วยงานด้วยจดหมายข่าว	- ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง

ผลการวิจัยพบว่า การสั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในระบก่อนพัฒนาระบบ (1 มิ.ย.-31 ส.ค.2565) ทั้งสิ้น 726 ครั้ง มีการสั่งใช้ยามากที่สุดคือ Regular Insulin 176 ครั้ง ร้อยละ 24.24 เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือยา Potassium chloride injection 5 ครั้ง ร้อยละ 13.89 เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ Regular Insulin และ Norepinephrine injection รายการละ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.00 หลังพัฒนาระบบ (1 ก.ย.-30 พ.ย.2565) มีการสั่ง

ใช้ยาทั้งสิ้น 776 ครั้ง มีการสั่งใช้ยามากที่สุดคือ Regular Insulin 171 ครั้ง ร้อยละ 22.04 เกิดความคลาดเคลื่อนเท่ากัน รายการละ 1 ครั้ง ร้อยละ 20.00 คือ Diazepam injection, Morphine injection, Nicardipine injection, Norepinephrine injection, Potassium chloride injection เกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดความคลาดเคลื่อนเท่ากัน รายการละ 1 ครั้ง ร้อยละ 33.33 คือ Adenosine injection, Morphine injection, Regular Insulin ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง

รายการยาที่มีความเสี่ยงสูง	ก่อนพัฒนาระบบ (1 มิ.ย.-31 ส.ค.2565)			หลังพัฒนาระบบ (1 ก.ย.-30 พ.ย.2565)		
	n (%)			n (%)		
	การสั่งใช้ยา	ความคลาดเคลื่อน	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	การสั่งใช้ยา	ความคลาดเคลื่อน	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
Adenosine injection	4 (0.55)	3 (8.33)	1 (8.33)	7 (0.90)	N/A	1 (33.33)
Adrenaline (Epinephrine) injection	26 (3.58)	3 (8.33)	N/A	36 (4.64)	N/A	N/A
Amiodarone injection	19 (2.62)	3 (8.33)	1 (8.33)	36 (4.64)	N/A	N/A
Atropine injection	25 (3.44)	1 (2.78)	N/A	24 (3.09)	N/A	N/A
10% Calcium gluconate injection	12 (1.65)	0 (0.00)	N/A	6 (0.77)	N/A	N/A
Diazepam injection	68 (9.37)	4 (11.11)	N/A	46 (5.93)	1 (20.00)	N/A
Digoxin injection	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (8.33)	0 (0.00)	N/A	N/A
Dopamine injection	1 (0.14)	0 (0.00)	N/A	6 (0.77)	N/A	N/A
Enoxaparin injection	10 (1.38)	0 (0.00)	N/A	6 (0.77)	N/A	N/A
Regular Insulin	176 (24.24)	0 (0.00)	3 (25.00)	171 (22.04)	N/A	1 (33.33)
Magnesium sulfate 50% injection.	2 (0.27)	N/A	N/A	2 (0.26)	N/A	N/A
Morphine injection	158 (21.76)	4 (11.11)	1 (8.33)	146 (18.82)	1 (20.00)	1 (33.33)
3%NSS (Sodium Chloride)	13 (1.79)	2 (5.56)	1 (8.33)	30 (3.87)	N/A	N/A
Nicardipine injection	11 (1.52)	4 (11.11)	N/A	58 (7.47)	1 (20.00)	N/A
Norepinephrine injection	72 (9.92)	4 (11.11)	3 (25.00)	63 (8.12)	1 (20.00)	N/A
Pethidine injection	18 (2.48)	2 (5.56)	N/A	15 (1.93)	N/A	N/A
Phenytoin injection	10 (1.38)	1 (2.78)	N/A	7 (0.90)	N/A	N/A
Potassium chloride injection	100 (13.77)	5 (13.89)	1 (8.33)	116 (14.95)	1 (20.00)	N/A
Streptokinase injection	1 (0.14)	0 (0.00)	N/A	1 (0.13)	N/A	N/A
รวม	726 (100)	36 (100)	12 (100)	776 (100)	5 (100)	3 (100)

ตารางที่ 7 ระดับความรุนแรงของของความปลอดภัยเคลื่อนทางยาระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาการระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง

ระดับความรุนแรง	ก่อนการพัฒนาการระบบ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการพัฒนาการระบบ จำนวน (ร้อยละ)
A	N/A	N/A
B	32 (88.89)	5 (100)
C	1 (2.78)	N/A
D	2 (5.55)	N/A
E	1 (2.78)	N/A
F	N/A	N/A
G	N/A	N/A
H	N/A	N/A
I	N/A	N/A
รวม	36 (100)	5 (100)

จากตารางที่ 7 พบว่าผลอุบัติการณ์ความปลอดภัยเคลื่อนทางยา ก่อนการพัฒนาการระบบ เกิดอุบัติการณ์ทั้งสิ้น 36 ครั้ง ระดับความรุนแรงของของความปลอดภัยเคลื่อนทางยา

มากที่สุด ระดับ B 32 ครั้ง ร้อยละ 88.89 หลังการพัฒนาการระบบ การเกิดอุบัติการณ์ทั้งสิ้น 5 ครั้ง ระดับ B 5 ครั้ง ร้อยละ 100

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาการระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง (ครั้ง/วัน)

ประเภท ความปลอดภัยเคลื่อนทางยา	Mean	S.D.	Mean different	95% CI of Mean different		p-value
				Lower	Upper	
ความปลอดภัยเคลื่อนทางยา (Medication error)			0.167	0.071	0.263	0.001*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.21	0.410				
หลังพัฒนาระบบ	0.04	0.207				
ความปลอดภัยเคลื่อนในการ สั่งใช้ยา (Prescribing error)			0.089	0.022	0.156	0.010*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.10	0.302				
หลังพัฒนาระบบ	0.01	0.105				
ความปลอดภัยเคลื่อนในการ ถ่ายถอดคำสั่งยา (Transcribing error)			0.089	0.016	0.162	0.017*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.11	0.316				
หลังพัฒนาระบบ	0.02	0.148				
ความปลอดภัยเคลื่อนก่อน การจ่ายยา (Pre-dispensing error)			0.078	0.008	0.148	0.03*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.10	0.302				
หลังพัฒนาระบบ	0.02	0.148				
ความปลอดภัยเคลื่อนในการ						

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง (ครั้ง/วัน) (ต่อ)

ประเภท ความคลาดเคลื่อนทางยา	Mean	S.D.	Mean different	95% CI of Mean different		p-value
				Lower	Upper	
จ่ายยา (Dispensing error)			0.044	0.001	0.088	0.045*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.04	0.207				
หลังพัฒนาระบบ	0.00	0.00				
ความคลาดเคลื่อนในการ บริหารยา (Administration error)			0.044	0.001	0.088	0.045*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.04	0.207				
หลังพัฒนาระบบ	0.00	0.00				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ลดลง 0.167 ครั้ง/วัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 แบ่งตามประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยการสั่งใช้ยา (Prescribing error) ลดลง 0.089 ครั้ง/วัน ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งยา (Transcribing error) ลดลง 0.089 ครั้ง/วัน ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อน

ก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ลดลง 0.078 ครั้ง/วัน ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) ลดลง 0.044 ครั้ง/วัน ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) ลดลง 0.044 ครั้ง/วัน ความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภท ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่มีความเสี่ยงสูง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง (ครั้ง/วัน)

อาการไม่พึง ประสงค์	Mean	S.D.	Mean different	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
				Lower	Upper	
			0.100	0.019	0.181	0.015*
ก่อนพัฒนาระบบ	0.13	0.342				
หลังพัฒนาระบบ	0.03	0.181				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 พบว่าหลังการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง 0.100 ครั้ง/วัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง เป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบยาในจุดที่สำคัญเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยด้านยาสูงสุด ซึ่งการพัฒนาระบบที่เหมาะสม และชัดเจนจะช่วยให้ลดความคลาดเคลื่อน

ทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้จากข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบพบว่า เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระดับที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากระบบที่วางไว้ไม่ชัดเจนเหมาะสมและอาจเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ลดลงสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิมลลักษณ์ เรื่อง วัฒนาโชค หนึ่งฤทัย สุกใส เชิดชัย สุนทรภาส ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทาง

การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของแผนกผู้ป่วยใน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลาง พบว่าการดำเนินการในขั้นตอนการบริหารยาการใช้ยาความเสี่ยงสูงมีเพียงร้อยละ 60 ซึ่งควรมีการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอตระหนักถึงความสำคัญของแนวทางที่วางไว้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการ⁽⁴⁾ ดังนั้นในการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงในครั้งนี้ จึงมีการวางนโยบายและขับเคลื่อนใน 5 กิจกรรมสำคัญอย่างเป็นระบบ 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และการวางแผนงาน (planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตการณ์ (observation) การสะท้อนกลับ (reflection) หมุนวนไปอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวน ปัญหาปรับปรุงการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างมีส่วนร่วม ผลการพัฒนา พบว่าการทบทวนสถานการณ์ ปัญหา ย้อนหลัง 3 ปีและเลือกประเด็นปัญหาในการทำ Root Cause Analysis (RCA) ระดับ E-I ทำให้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็นเห็นได้ว่าไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำเรื่องเดิมหลังการพัฒนา

2. การจัดการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ เป็นกลุ่มย่อย ตามวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาตามความจำเป็นของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติความต้องการของผู้ปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Salman M, Mustafa ZU, Rao AZ, Kan QU, Asif N, Hussain K, shehzadi N, Ali Khan MF, Rashid A ที่ทำการศึกษารื่องความไม่เพียงพออย่างร้ายแรงในความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลชาวปากีสถาน: ผลการสำรวจภาคตัดขวางขนาดใหญ่แบบหลายศูนย์พบว่าความไม่เพียงพออย่างร้ายแรงในความรู้เรื่องยาที่มีความเสี่ยงสูงในหมู่พยาบาลชาวปากีสถาน ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย พยาบาลควรได้รับความรู้ด้านเภสัชวิทยาอย่างครอบคลุม⁽⁵⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Zyoud SH, Khaled SM, Kawasmi BM, Habeba AM, Hamadneh AA, Hanan HA et al. ที่ทำการศึกษารื่องความรู้เกี่ยวกับการบริหารและการควบคุมยาที่มีความเสี่ยงสูงของ

พยาบาลในปาเลสไตน์: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่าการขาดความรู้เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่ยาบาลพบในระหว่างการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา⁽⁶⁾

3. การพัฒนาระบบการติดตามหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงจากการทบทวนระบบพบว่าระบบที่ติดตามมีการบันทึกผลการติดตามที่ซ้ำซ้อนระหว่างแบบบันทึกในเวชระเบียนและแบบบันทึกติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการติดตามยาที่มีความเสี่ยงสูง บางรายการยังไม่เหมาะสมกับบริบทจึงมีการปรับระบบการติดตามลดความซ้ำซ้อนโดยให้บันทึกในเวชระเบียนและแนบแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยา

4. การออกแบบระบบการกระตุ้นเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยา จัดการระบบสำรองยาที่แตกต่างและจัดกล่องยาที่มีสารละลายและคู่มือกระตุ้นเตือนทำให้มีความพร้อมและระมัดระวังในการใช้ยามากขึ้น

5. การจัดการกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้ายของกลุ่มยาความเสี่ยงสูง มีทะเบียนคู่มือชื่อพ้องมองคล้าย สำหรับแต่ละกลุ่มงาน มีนโยบายการจัดการยาโดยยึดหลักยาชื่อพ้องมองคล้ายเป็นสำคัญ การจัดเก็บยาชื่อพ้องมองคล้ายให้แตกต่างกันทำให้ไม่พบความคลาดเคลื่อนจากยาชื่อพ้องมองคล้ายซ้ำรายการเดิม

ในส่วนการประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงพบว่า ทุกประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาและภาพรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ โดยระดับความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B และไม่พบความรุนแรงในระดับ C ขึ้นไป ในส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เช่นกัน อธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงใน 5 กิจกรรม อย่างเป็นระบบ 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และการวางแผนงาน (planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตการณ์ (observation) การสะท้อนกลับ (reflection) หมุนวนไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพื่อพัฒนากิจกรรมการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงให้ครอบคลุมมากขึ้น

ดังนั้นการพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนทางยาของกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงและลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาต่อไป สอดคล้องกับผลการวิจัยของเจตนิพัทธ์ มิตขุนทด ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลตากลี เมื่อปี 2564 พบว่าการพัฒนาทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการดูแลผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้⁽⁷⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญเพ็ญ ชนาเทพพร ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เมื่อปี 2556 พบว่าการวางระบบการป้องกันและติดตามการใช้ยาด้วยแบบบันทึกการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยากับผู้ป่วย⁽⁸⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุพัตรา เมฆพิรุณ ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วย เมื่อปี 2556 พบว่าการพัฒนาความปลอดภัยในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาได้⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุรภีย์ อึ้งชัย อรรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ เมธารัตน์ เยาะ ที่ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสมุทรสาคร เมื่อปี 2563 พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์ลดลง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Maroto MM, Carpintero LS. ที่ทำการศึกษาเรื่องข้อผิดพลาดในการบริหารยาที่แผนกฉุกเฉิน: รู้เพื่อลดความเสี่ยง เมื่อปี 2561 พบว่า การรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทำให้มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพที่อาจส่งผลต่อการป้องกัน การเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Nydert P, Kumlien A, Norman M, Lindemalm S. ที่ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาภาคตัดขวางระบุสารแจ้งเตือนสูงในการรายงานข้อผิดพลาดในการใช้ยาของผู้ป่วยในเด็กชาวสวีเดนรายการยาที่มีการแจ้ง

เตือนสูงที่มีอยู่นั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในเด็ก เมื่อปี 2563 พบว่าการรับรู้และการใช้รายการดังกล่าวที่สูงขึ้นในหมู่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ส่งจ่ายยา จ่ายยา และบริหารยา ให้เด็กอาจมีโอกาสดูดข้อผิดพลาดในการใช้ยาได้⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาล สามารถนำแนวทางการพัฒนาการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้พัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.ประทีป จันทรสิงห์ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังทรายพูน ทีมงานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ทีมนำทางคลินิกและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลวังทรายพูน ตลอดจน ภก.สมจินต์ มากพา และคุณอุษา จันทรกลิ่น ช่วยเสนอแนะและเป็นที่ปรึกษาการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน),บรรณานุกรม. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
2. ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ นันธิดา พันชูศาสตร์ แสงระวี มณีศรี. การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;3:118-124
3. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014a). The action research planner: Doingcritical participatory action research. Singapore: Springer.
4. วิมลลักษณ์ เรื่องวัฒนาโชค หนึ่งฤทัย สุกใส เชิดชัยสุนทรภาส. การประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของ

- แผนกผู้ป่วยใน:กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน
แห่งหนึ่งในภาคกลาง. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน
2561;14(4):18-28
5. Salman M, Mustafa ZU, Rao AZ, Kkan QU, Asif N, Hussain K, shehzadi N, Ali Khan MF, Rashid A. Related Serious Inadequacies in High Alert Medication-Related Knowledge Among Pakistani Nurses: Findings of a Large, Multicenter, Cross-sectional Survey. *Frontiers in Pharmacology* 2020;11:1-7
 6. Zyoud SH, Khaled SM, Kawasmi BM, Habeba AM, Hamadne AA, Hanan HA et al. Knowledge about the administration and regulation of high alert medications among nurses in Palestine: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 2019; 18(11):1-17
 7. เจตนิพัทธ์ มิตขุนทด. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลตาคีภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2564;3:39-51.
 8. เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร. การพัฒนาระบบการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2558;1:46-56
 9. สุพัตราเมฆพิรุณ. การพัฒนาระบบการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2556;1:24-42.
 10. สุรภีย์ อีธงชัย อรรถวรรณ สมบูรณ์จันทร์ เมธารัตน์ เยาวะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารกองการพยาบาล 2563;1: 25-33.
 11. Maroto MM, Carpintero LS. Medication administration errors at an emergency service: knowing to decrease risk. *Rev Esp Salud Publica* 2018:28-92.
 12. Nydert P, Kumlien A, Norman M, Lindemalm S. *Acta Paediatr*. Cross-sectional study identifying high-alert substances in medication error reporting among Swedish paediatric inpatients. *Acta Paediatr* 2020 109(12):2810-19.

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา

Factors Affecting Surveillance Operations, Prevention, and Control of COVID-19 at Sai Thong Watthana District.

สืบศักดิ์ ศรีสุวรรณ ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานกระบือ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 249 คน ส่วนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้เคยป่วยหรือถูกกักกันโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามด้านต่างๆ ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.97 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 0.84, 0.86, 0.90 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 64.50 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน จัดตั้งคณะทำงานทุกภาคส่วนพร้อมทั้งแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการวางแผนการดำเนินงาน มีการกำหนดมาตรการหรือสร้างธรรมาภิบาลสุขภาพพื้นที่ให้ชัดเจน จัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และจัดสรรงบประมาณทรัพยากรจากแหล่งที่มีอยู่ เพื่อสนับสนุนให้สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องทันต่อสถานการณ์

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค, โรคโควิด-19, อำเภอทรายทองวัฒนา.

Abstract

The purpose of this research was to study factors affecting surveillance operations. Prevention and control of COVID-19 and guidelines for surveillance Prevention and control of COVID-19 in Sai Thong Watthana District Kamphaeng Phet Province The research model is a 2-part blended research model. Part 1 was quantitative research The study population was community leaders and village health volunteers. The samples were obtained by systematic random sampling of 249 people. Part 2 was qualitative research. The study population was community leaders, health volunteers, People who have been sick or quarantined, and public health officials The sample group was obtained by purposive random sampling of 11 people. Data were collected

using questionnaires as follows. knowledge questionnaire role recognition Performance Motivation gaining social support, and the operation in surveillance, prevention, and control of COVID-19 passed the quality inspection of the equipment by 3 experts with an IOC value of 0.97 The reliability values were 0.78, 0.84, 0.86, 0.90, and 0.80, respectively. Data were analyzed by multiple regression coefficient statistics.

The study found that Factors Affecting Surveillance Operations prevention and control of COVID-19 with statistical significance, including role recognition Performance Motivation, and gaining social support can contribute to predicting surveillance performance. Prevention and control of COVID-19 at 64.50%. Recommendations from the study. There should be guidelines for the operation. Set up a working group for all sectors along with the division of responsibilities. There is an operational plan. Measures or constitutions for health in the area are clearly defined. Establish operational procedures, have ongoing activities, and allocate budget resources from existing sources to promptly support operations.

Keywords : Surveillance, prevention, and disease control, COVID-19, Sai Thong Watthana District.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ พบครั้งแรกในประเทศจีน (เมืองอู่ฮั่น) โดยมีรายงานครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจในมนุษย์ ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีความรุนแรงสูง ในระยะเวลาไม่กี่เดือน พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก มีผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมจำนวน 2,197,427 คน เสียชีวิตสะสม 21,614 คน⁽¹⁾ ในขณะที่โรงพยาบาลหลายแห่งออกมาประกาศตรวจหาเชื้อโควิด-19 ชั่วคราวเพราะเตียงเต็ม ไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วย และไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแล ผู้ป่วยจึงต้องรอเตียงอยู่บ้านและบางรายเสียชีวิตที่บ้านตนเอง แต่ก็ มีประชาชนหลายรายที่ไม่สามารถทนอยู่กับปัญหาช่วงนี้ได้ เนื่องจากได้รับผลกระทบมากมาย ส่วนการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดกำแพงเพชร ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมจำนวน 8,499 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 113 ราย ในส่วนของอำเภอทรายทองวัฒนา พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 แบบสะสมจำนวน 71 ราย ผู้เสียชีวิต 1 ราย⁽²⁾ การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าจากประชาชนในพื้นที่ที่เดินทาง ไปทำงาน

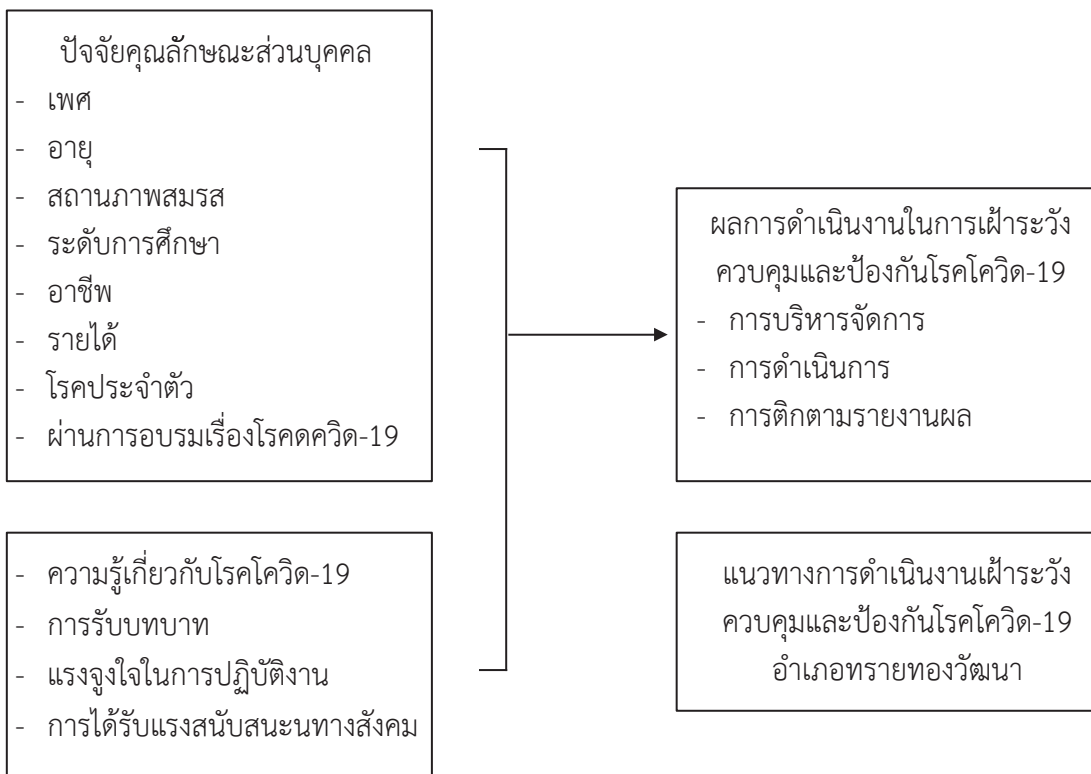
ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล เมื่อติดเชื้อแล้วต้องการกลับมาพักรักษาตัวที่ภูมิลำเนา

ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมา กลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังหลักในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดระยะแรกๆ ทุกคนมีความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ขาดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงความไม่ชัดเจนในแนวทาง และมาตรการในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาทำให้เกิดความล่าช้า จึงทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร แต่ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในระดับอำเภอและตำบล มีความร่วมมือกันทั้งเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คอยคัดกรองการเข้าออกของประชาชนในพื้นที่ คอยกำกับติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่ำ กักกันกลุ่มเสี่ยงสูง ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามมาตรการอย่างเข้มข้น แต่ก็ยังมีรายงานการติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่อย่างเนืองๆ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะสามารถดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น

ย่อมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายด้าน เช่น องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม หรืออาจมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง

จากความสำคัญข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา และวางแผนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ในชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัย 2 รูปแบบคือ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนิน งานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

2. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

และควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรศึกษา คือ กลุ่มผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 กลุ่ม รวมจำนวนทั้งสิ้น 535 คน ประกอบไปด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 370 คน ผู้นำท้องที่ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล

สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 115 คน ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหาร และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของเครจซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽³⁾ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 249 ตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแยกประชากรออกเป็นรายกลุ่ม 3 กลุ่ม หาสัดส่วนของแต่ละกลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้วสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร โดยนำรายชื่อมาเรียงลำดับแล้วสุ่มตามรายชื่อจนได้ตัวอย่างครบทุกรายตำบล รวมทั้งสิ้น 249 ราย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาคครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยผู้ศึกษาสร้างจากตำราเอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การได้รับการอบรมเรื่องโรคโควิด-19 ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็น คำตอบ คือ ใช่/ไม่ใช่/มีเกณฑ์ การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ⁽⁴⁾ คือ ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 – 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาท จำนวน 15 ข้อ, แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 22 ข้อ, แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ⁽⁵⁾ แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย

1.50–2.49) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) 0.97 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 การรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยใช้วิธีของ Cronbach มีค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.86, 0.90 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ประสานผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจงเพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา จากนั้นรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การอบรมเรื่องโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้วิธีการศึกษาโดยการสนทนา

กลุ่ม (Focus group discussion-FGD) กับกลุ่มเป้าหมายคัดเลือกโดยวิธีเจาะจง คือ ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น ผู้เคยติดเชื้อโควิด-19 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วยตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คนตัวแทนผู้บริหาร/สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน ผู้เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยนำไปจัดจายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมาเป็นประเด็นคำถาม ได้แก่ ความรู้เรื่องโควิด-19 การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมการบริหารจัดการ การดำเนินงาน และการติดตามรายงานผล มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร และควรเป็นอย่างไร โดยนำข้อคำถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบและข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดกิจกรรม สนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) โดยมีการบันทึกเสียงระหว่างสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจะป้อนคำถามให้แก่ที่ประชุมกลุ่มเพื่อให้ที่ประชุมได้ร่วมกันให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูล (n = 249)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	26.51
หญิง	183	73.49
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	4	1.61
31 - 40 ปี	38	15.26

และร่วมกันอภิปรายในประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยได้ป้อนเข้าสู่ที่ประชุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) ของกลุ่มเป้าหมาย โดยนำข้อมูล ข้อความที่ได้มาถอดข้อความ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ จัดประเด็นสำคัญแล้ว Coding ถ้อยคำสำคัญ และจากนั้นนำมาสรุป เรียบเรียงถ้อยคำใหม่โดยการขยายความ (Explanation) เพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียด ตีความ หาความหมายและอธิบายความสังเคราะห์ ข้อสรุปสาระสำคัญ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analysis induction) แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมโยง

3. รวบรวมแนวทางตามข้อมูลที่ได้รับโดยนำข้อมูล และความรู้ที่รวบรวมได้ มาประกอบกันจนได้ข้อสรุปว่า จะเลือกวิธีการแก้ปัญหา หรือวิธีการสนองความต้องการเป็นแบบใด โดยวิธีการที่เลือกอาจยึดแนวที่ว่า เมื่อเลือกแล้วจะทำให้สิ่งนั้นดีขึ้น (Better) สะดวกสบาย หรือรวดเร็วขึ้น (Faster speed) ประหยัดขึ้น (Cheaper) รวมทั้งวิธีการเหล่านี้จะต้องสอดคล้องกับทรัพยากร (Resource) ที่มีอยู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ก่อนดำเนินการเก็บแบบ สอบถามและรวบรวมข้อมูล เลขที่ 650334 ลงวันที่ 14 กันยายน 2565

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูล (n = 249)	จำนวน	ร้อยละ
41 - 50 ปี	99	39.76
51 - 60 ปี	93	37.35
61 ปีขึ้นไป	15	6.02
(Min= 21 ปี, Max=71 ปี, \bar{X} = 49.12 ปี, SD= 8.67)		
สถานภาพการสมรส		
โสด	32	12.85
คู่	190	76.31
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	27	10.84
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	98	39.36
มัธยมศึกษาตอนต้น	49	19.68
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	83	33.33
อนุปริญญา/ปวส.	7	2.81
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	4.82
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	169	67.87
รับจ้าง	46	18.47
ค้าขาย/ธุรกิจ	18	7.23
พนักงานรัฐ/เอกชน	9	3.61
อื่น ๆ	7	2.81
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	125	50.20
5,001 - 10,000 บาท	96	38.55
10,001 - 15,000 บาท	11	4.42
15,001 - 20,000 บาท	10	4.02
20,001 บาทขึ้นไป	7	2.81
(Min= 600 บาท, Max=50,000 บาท, \bar{X} = 7,160.84 บาท, SD= 6,435.01)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	167	67.07
มี	82	32.93
เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคโควิด-19		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.49 อายุ 41-50ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.76 อายุเฉลี่ย 49.12 ปี (\bar{X} = 49.12, SD=8.67) มีสถานภาพการสมรส เป็นคู่มากที่สุด ร้อยละ 76.31 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.36 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร

ร้อยละ 67.87 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 18.47 มีรายได้เฉลี่ย 7,160.84 บาทต่อเดือน (\bar{X} = 7,160.84, SD=6,435.01) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.92 และผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 32.93

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	231	92.80
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	16	6.40
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	2	0.80

(Min= 11 คะแนน, Max= 20 คะแนน, \bar{X} = 17.94 คะแนน, SD= 1.70)

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.80 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 17.94 คะแนน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ปัจจัย (n = 249)	\bar{X}	SD	แปลผล
1. การรับรู้บทบาท	4.14	.75	มาก
2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	3.89	.75	มาก
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	4.16	.61	มาก
4. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	4.00	.70	มาก

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง การรับรู้บทบาทในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.14, SD = .75) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.89, SD = .75) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.16, SD = .61) และมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.00, SD = .70)

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ กับการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ปัจจัย (n = 249)	b	SE b	β	t
การรับรู้บทบาท	.259	.052	.292	4.982*
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	.219	.044	.329	5.011*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.401	.099	.248	4.050*

Constant (a)= 6.088; R = .803 ; R² = .645; F = 73.226 ; *p-value < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน พบว่าปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุด คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (β = .329) การรับรู้บทบาท (β = .292) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (β = .248) สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 64.50 สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Z\hat{Y} = 6.088 + (.259 *Zx1) + (.219 *Zx2) +$$

(.401 *Zx3)

$Z\hat{Y}$ = การดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

Zx1 = การรับรู้บทบาท

Zx2 = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

Zx3 = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 64.50 (R square=.645 x 100) จากสมการคะแนนมาตรฐานแสดงว่า เมื่อค่าการรับรู้บทบาท (Zx1) เปลี่ยนไป

1 หน่วย ค่าดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จะเพิ่มขึ้น .259 หน่วย ค่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($Z \times 2$) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จะเพิ่มขึ้น .219 หน่วย และเมื่อค่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($Z \times 3$) เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่าดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จะเพิ่มขึ้น .401 หน่วย

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ส่วนใหญ่ในระยะแรกขาดความรู้ และการรับรู้บทบาท ควรกำหนดมาตรการ แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่ แบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจน

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ กลุ่มตัวอย่างต่างมีความกลัวการติดเชื้อ การสื่อสารจากแหล่งต่างๆ มีทั้งทางบวกและทางลบ บางครั้งจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ในการออกคำสั่ง ควรมีเจ้าหน้าที่มากำกับหรือเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้ สร้างความมั่นใจกับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน ได้รับวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งเครื่องอุปโภค-บริโภค สำหรับผู้ที่ถูกกักกันตัว และคนไข้ค่อนข้างน้อย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางท่านขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ควรพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองหน่วยงานต้นสังกัดควรจัดให้มีการมอบรางวัล หรือชื่นชมในผลการดำเนินงาน

การบริหารจัดการพบว่า ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีการบูรณาการและบริหารจัดการ โดยมีการประชุม/ประชาคม ปรีกษาหารือถึงมาตรการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วย พร้อมทั้งสามารถบริหารจัดการทรัพยากรตามบริบทพื้นที่ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมทันต่อสถานการณ์

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19พบว่าประชาชน ยังขาดความเชื่อมั่นในมาตรการต่างๆ ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น แนวทางและ ข้อเสนอการที่ไม่ชัดเจนรวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางและข้อ

ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แนวทางแก้ไขร่วมกัน คือ ควรมีการสื่อสารความเสี่ยง โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มีศูนย์ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ที่ชัดเจน และมอบหมายบทบาท อำนาจการสั่งการในระดับพื้นที่การติดตามผลการดำเนินงานพบว่า หน่วยงานและผู้ปฏิบัติมีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการนี้ได้มีข้อสรุปร่วมกันว่า ควรมีการเตรียมความพร้อมในระดับหมู่บ้าน และรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

ระดับผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก และปัจจัยการรับรู้บทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 64.50 ซึ่งสอดคล้องกับพะยอม ทองใบ และอารี บุตรสอน⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากการกำหนดนโยบาย บทบาทหน้าที่ การเพิ่มทักษะ และการได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 มีดังนี้

ปัจจัยการรับรู้บทบาทหน้าที่ ($\beta = .292$) สอดคล้องกับงานวิจัยของสรวิณี เอี่ยมนุ้ย⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากจะช่วยยืนยันว่ารู้การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และตรงกับวัตถุประสงค์ของผู้รับบริการ เนื่องจากการรับรู้บทบาทเป็นการยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทราบ

ขอบเขตของการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และหน้าที่ในการประสานงานระหว่างชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาที่มุ่งมั่น ตั้งใจทำงานในสถานการณ์โควิด-19

ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = .329$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย ศิริวรวิจิตรชัย⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่า แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ ความรู้เพิ่มเติม เพื่อลดความกังวลต่อการปฏิบัติงานของตนเอง ทำให้มีความมั่นใจ สามารถแนะนำและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคคลในชุมชนได้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .248$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีส่วนช่วยเป็นกำลังใจในการทำงาน สนับสนุนเครื่องมือ ประสานงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การบูรณาการและการบริหารจัดการทรัพยากรในท้องถิ่นที่เหมาะสม พร้อมทั้งกำหนดแนวทางในการดำเนินงานอย่างชัดเจน เริ่มตั้งแต่การประชุมในหมู่บ้านหรือชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดมาตรการหรือธรรมนูญสุขภาพให้ชัดเจน วางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการหรือธรรมนูญสุขภาพให้ชัดเจน จัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนให้เกิดเป็นนิสัย รายงานการดำเนินงานทุกระยะอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้งบประมาณอย่างรวดเร็ว และ

ทันเหตุการณ์ โดยมีคณะกรรมการ การดำเนินงานในทุกภาคส่วนเพื่อให้รู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ครรชิต เชื้อข้า⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษา บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการท่องเที่ยวในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะลิบง จังหวัดตรัง พบว่า ควรมีการประสานความร่วมมือในการจัดการท่องเที่ยวในพื้นที่ ในสถานการณ์โควิด-19 โดยวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ นำแผนการทำงานไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และประสานทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ นอกจากนี้ นันทน์ภัส วงษ์พิรา และพายุพ พะยอมยนต์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่าย ประกอบด้วย การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย การเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่าย การมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยน และการมี การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน

สรุป

แรงจูงใจในการดำเนินงาน มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มากที่สุด ดังนั้น ควรเสริมสร้างและสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแก่ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ควรสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน จัดตั้งคณะกรรมการทุกภาคส่วนพร้อมทั้งแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการวางแผนการดำเนินงาน มีการกำหนดมาตรการหรือสร้างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ให้ชัดเจน จัดทำขั้นตอน การดำเนินงานและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และจัดสรรงบประมาณทรัพยากรจากแหล่งที่มีอยู่ เพื่อสนับสนุนให้สามารถดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องทันต่อสถานการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการกำหนดแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 รวมถึงโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่
2. ควรส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการยกย่องชมเชย และเกิดกิจกรรมเสริมขวัญกำลังใจในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูล (HDC-Report) บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้เกิดผลงานวิชาการนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19). สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2565,จาก <https:// ddc.moph.go.th/ viralpneumonia/ index.php>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกำแพงเพชร 2565.
3. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น;2556.
4. เสรี ลาซโรจน์. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร การจัดการ และการประเมินผลการศึกษา (หน่วยที่ 1-7). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2537.
5. วัฒนา สุนทรชัย. เรียนสถิติด้วย SPSS ภาคความรู้เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2551.
6. พะยอม ทองใบ และอารี บุตรสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุม

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):741-57.

7. สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564;1(2):75-90.
8. วิชัย ศิริวรรณชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน. มหสารชนครศรีธรรมราช 2564;4(2):63-75.
9. ยุทธนา แยมคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา 2561; 19(3):145-55.
10. ครรชิต เชื้อขำ. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการท่องเที่ยวในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะลิบง จังหวัดตรัง. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์ 2565;9(4):53-65.
11. นันทน์ภัส วงษ์พิรา และพายัพ พะยอมยนต์. ความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน:กรณีศึกษาตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารควบคุมโรค 2557;40(1):100-10.

ผลของการบริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร

Results of Pharmaceutical Care Combined with Remote Counseling Telepharmacy in Diabetic Patients Using Insulin Injections, Kosamphi Nakhon Hospital, Kamphaeng Phet Province.

อรุณวรรณ ต่อกร ภ.บ.
โรงพยาบาลโกสัมพีนคร

บทคัดย่อ

งานศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) และระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose: FPG) ความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน และปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ก่อนและหลังการบริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 7 mg% หรือ FPG มากกว่า 130 mg/dl ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม พ.ศ.2565 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 37 ราย จากคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการเภสัชกรรมในเดือนที่ 0, 3, 6 และติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยการโทรศัพท์หรือวิดีโอไลน์ในเดือนที่ 1 และ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน และแบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา จัดกลุ่มปัญหาตามแนวทางของ Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษาค่าเฉลี่ย FPG และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$ และ $p=0.001$ ตามลำดับ) คะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือประสิทธิภาพการรักษาร้อยละ 82.46 สาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยร้อยละ 77.85 ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดร้อยละ 74.56 ดังนั้น การบริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาได้

คำสำคัญ : การบริการเภสัชกรรม การติดตามการใช้ยาทางไกล เบาหวาน อินซูลิน

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare clinical outcomes i.e. glycated hemoglobin (HbA1c) and fasting plasma glucose (FPG), diabetes medication knowledge, and drug-related problems (DRPs) in diabetic patients using insulin injections before and after pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy. This one-group pretest-posttest study was conducted in diabetic patients with HbA1c > 7mg% or FPG > 130 mg./dl. during May to October 2022. Thirty-seven outpatients were purposively recruited from the

diabetes mellitus clinic, Kosamphi Nakhon Hospital, Kamphaeng Phet Province. Samples received pharmaceutical care at months 0, 3, and 6 and received remote counseling telepharmacy at months 1, and 4. Data were collected by diabetes medication questionnaires and DRPs record forms. DRPs were grouped by Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1. The results were analyzed by descriptive statistics and paired t-tests.

The results found that at the end of the study, the mean of FPG and HbA1c were significantly decreased ($p=0.032$ and $p=0.001$ respectively). The mean diabetes medication knowledge score was significantly increased ($p<0.001$). The most DRPs were treatment effectiveness at 82.46%. 77.86% of the causes of the DRP were related to the patient and his behavior, and 74.56% of the DRPs were totally solved. Therefore, pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy helps diabetic patients use insulin injections to better control their blood sugar levels, increasing diabetes medication knowledge and solving drug-related problems.

Keywords : pharmaceutical care, remote counseling telepharmacy, diabetes, insulin

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดว่าจะในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾ จากการสำรวจพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 9.5 ผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 26.3⁽²⁾ เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวานคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถปฏิบัติได้หลายวิธีทั้งการออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร และการรักษาโดยใช้ยาทั้งยาเม็ดและยาฉีดอินซูลินในกรณีการใช้ยาฉีดอินซูลินผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽³⁾

จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอโกสุมพิณครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 931 รายในปี 2560 เป็น 1,110 รายในปี 2564 แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 25.59⁽⁴⁾ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินจำนวน 119 รายควบคุมระดับ

น้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 15.23 เท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริหารเภสัชกรรมที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาและลดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินได้⁽⁵⁾ แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากไม่จำเป็นเร่งด่วนควรเลือกใช้วิธีให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีผลทำให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร⁽⁶⁾ การศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในต่างประเทศพบว่า การให้คำปรึกษา ติดตามความร่วมมือและค้นหาปัญหาการใช้ยากับผู้ป่วยโดยวิธีติดตามทางไกลผ่านวิดีโอหรือผ่านทางโทรศัพท์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้⁽⁷⁾ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาในการใช้ยาและเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) และระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose: FPG) ก่อนและหลังให้การบริหาร

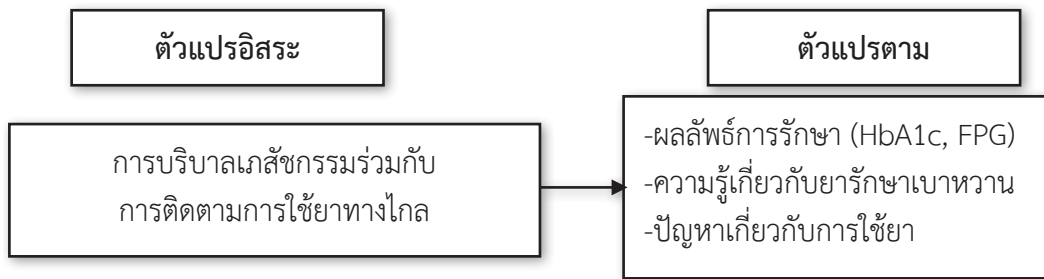
เภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

3) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

4) เพื่อศึกษาชนิดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาสาเหตุ วิธีการแก้ไขและผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาที่พบจากการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาที่รับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน พารามิเตอร์ที่ใช้คำนวณอ้างอิงงานวิจัยของพุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์^(๖) ในกลุ่มทดลอง 58 ราย ค่า HbA1c เฉลี่ยก่อนการวิจัยมีเท่ากับ 8.3 ± 1.6 และหลังการวิจัยเท่ากับ 7.6 ± 1.3 การวิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อถอนตัวจากงานวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาที่รับบริการจากโรงพยาบาลโกสุมพินครระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม

สมมติฐานการวิจัย

1) การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลสามารถเพิ่มผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินได้

2) การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินได้

3) การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลสามารถลดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินได้

2565 ที่มี HbA1c มากกว่า 7 mg% หรือมี FPG มากกว่า 130 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง มีโทรศัพท์หรือสมาร์ตโฟนที่สามารถใช้ระบบกล้องและ/หรือเสียงเพื่อใช้ติดต่อได้ และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนจากภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B ขึ้นไป (eGFR<45) ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดและไม่สามารถติดตามได้หลังจากผู้วิจัยติดต่อกลับไป 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และผู้ป่วยย้ายไปรักษาสถานบริการสุขภาพอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ผู้ดูแลเรื่องยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน

3. แบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาและแนวทางแก้ไข ประกอบด้วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและแนวทางแก้ไข ปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.93 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 65 03 07 ลงวันที่ 26 เมษายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน และแบบบันทึกประวัติผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 5 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 1 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 เดือนที่ 1 ติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยโทรศัพท์หรือวิดีโอ ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 เดือนที่ 2-3 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=37)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	29.73
หญิง	26	70.27
อายุเฉลี่ย (ปี) ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56.22±10.79	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2.70
ประถมศึกษา	30	81.09

ติดตามและประเมินปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 4 เดือนที่ 4 ติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยโทรศัพท์หรือวิดีโอ ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 5 เดือนที่ 5-6 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 3 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FPG, HbA1c และ คะแนนความรู้ ด้วยสถิติ Paired t-test

3. จัดกลุ่มประเภทของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามแนวทาง Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1(9)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ระหว่างการวิจัยผู้ป่วยออกจากกรวิจัย 3 คน เนื่องจากไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น 2 คน และไม่สามารถติดตามได้ 1 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.27 อายุเฉลี่ย 56.22±10.79 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.09 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 83.78 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.84 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 10.89±5.26 ปี มีโรคร่วม ร้อยละ 86.49 ดูแลการบริหารเรื่องการใช้อาหารเอง ร้อยละ 94.59 พบอาการข้างเคียงจากการยาเบาหวานใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 27.03 โดยพบอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 21.62 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=37) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	5	13.51
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	2.70
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/อปท.เบิกจ่ายตรง	3	8.11
ประกันสังคม	3	8.11
บัตรทอง	31	83.78
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	11	29.73
รับจ้าง	9	24.32
ค้าขาย	3	8.11
เกษตรกรกรรม	14	37.84
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานและรับการรักษา (ปี)	10.89±5.26	
โรคประจำตัวร่วมกับเบาหวาน		
ไม่มี	5	13.51
มี	32	86.49
ผู้ดูแลการบริหารยา		
ดูแลตนเอง	35	94.59
สามี/ภรรยา, ลูก/หลาน,ญาติ	2	5.41
อาการข้างเคียงจากยาเบาหวานในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	27	72.97
มี	10	27.03
-น้ำตาลในเลือดต่ำ	8	21.62
-คลื่นไส้ อาเจียน	2	5.41

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน (n=37)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
FPG (mg/dl)	204.84	64.87	171.68	62.43	2.229	0.032*
HbA1c (mg%)	11.04	2.08	10.11	1.77	3.724	0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าฉีดอินซูลิน ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

พบว่าหลังการศึกษา ค่า FPG มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.032) และ ค่า HbA1c มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.001)

ความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน (n=37)

ความรู้เกี่ยวกับยา รักษาเบาหวาน	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		<0.001	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
คะแนนความรู้	15.65	2.95	17.19	2.40	-7.709	<0.001*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล พบว่า หลังการศึกษาคะแนน

ความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.001)

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา

ตารางที่ 4 จำนวนและชนิดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (n=37)

หัวข้อ	จำนวนปัญหาที่พบในแต่ละครั้ง					รวม จำนวน (ร้อยละ)	
	ครั้งที่ 1*	ครั้งที่ 2**	ครั้งที่ 3*	ครั้งที่ 4**	ครั้งที่ 5*		
	ชนิดของปัญหา						
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	46	16	14	10	8	94	(82.46)
- ไม่ได้ผลจากการรักษา	33	12	12	8	6	71	(62.28)
- ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	12	4	1	2	2	21	(18.42)
- มีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา	1	0	1	0	0	2	(1.76)
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	10	3	2	1	1	17	(14.91)
- เกิด/อาจจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา	10	3	2	1	1	17	(14.91)
P3 อื่น ๆ	2	0	0	0	1	3	(2.63)
- การได้รับยาที่ไม่จำเป็น	2	0	0	0	1	3	(2.63)
รวม	58	19	16	11	10	114	(100)

*ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบจากการบริบาลเภสัชกรรม

**ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบจากการติดตามการใช้ยาทางไกล

จากตารางที่ 4 การศึกษานี้พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 114 ครั้ง ในผู้ป่วย 37 ราย แบ่งเป็นพบจากการบริบาลเภสัชกรรมครั้งที่ 1, 2, 3 จำนวน 58, 16, 10 ครั้งตามลำดับ และพบจากการติดตามการใช้ยาทางไกลครั้งที่ 1, 2 จำนวน 19 และ 11 ครั้งตามลำดับ ซึ่งพบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาลดลงจาก 58 ปัญหาเหลือ 10 ปัญหา ชนิดของปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวกับด้านประสิทธิภาพการรักษา ร้อยละ 82.46 โดยพบปัญหาเรื่องไม่ได้ผลจากการรักษา ร้อยละ

62.28 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 18.42 และมีอาการหรือข้อบ่งชี้ที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 1.76 ด้านความปลอดภัยของการรักษา พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับยา ร้อยละ 14.91 และปัญหาด้านอื่นๆ พบการได้รับยาที่ไม่จำเป็น ร้อยละ 4.2

การประเมินสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 114 ปัญหา พบสาเหตุของปัญหาทั้งหมด 140 สาเหตุ สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย 109 ครั้ง (ร้อยละ 77.85) รองลงมาคือ สาเหตุจากการจ่ายยา

14 ครั้ง (ร้อยละ 10.00) การเลือกैया 11 ครั้ง (ร้อยละ 7.86) และการเลือกขนาดยา 6 ครั้ง (ร้อยละ 4.29) เมื่อจำแนกสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา 59 ครั้ง (ร้อยละ 42.14) ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกวิธี 22 ครั้ง (ร้อยละ 15.71) เวลาการบริหารยาไม่เหมาะสม 13 ครั้ง (ร้อยละ 9.29) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่สั่ง 7 ครั้ง (ร้อยละ 5.00) ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาที่สั่งได้ 5 ครั้ง (ร้อยละ 3.57) ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำที่ถูกต้อง 2 ครั้ง (ร้อยละ 1.43) และผู้ป่วยใช้ยาโดยไม่จำเป็น 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.71)

การศึกษานี้มีการแก้ไขปัญหากับยา 158 ครั้ง จากปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด 114 ครั้ง การแก้ไขปัญหากับยาที่ใช้มากที่สุดคือการแก้ไขปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 136 ครั้ง (ร้อยละ 86.07) โดยเป็นการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย จำนวน 123 ครั้ง (ร้อยละ 77.84) ส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้สั่งใช้ยา จำนวน 9 ครั้ง (ร้อยละ 5.70) และพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง (ร้อยละ 2.53) ในส่วนของการแก้ปัญหาด้านผู้สั่งใช้ยา เภสัชกรเสนอแนวทางแก้ปัญหาคือผู้สั่งใช้ยา จำนวน 13 ครั้ง (ร้อยละ 8.23) และหารือแนวทางแก้ปัญหากับผู้สั่งใช้ยา จำนวน 9 ครั้ง (ร้อยละ 5.70)

สำหรับการยอมรับการแก้ไขปัญหานั้น พบว่าได้รับการยอมรับและดำเนินการทั้งหมด จำนวน 85 ครั้ง (ร้อยละ 74.56) ได้รับการยอมรับแต่ดำเนินการบางส่วนจำนวน 29 ครั้ง (ร้อยละ 25.44) ผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาพบว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด จำนวน 85 ครั้ง (ร้อยละ 74.56) ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน จำนวน 29 ครั้ง (ร้อยละ 25.44)

การอภิปรายผลการวิจัย

หลังการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล กลุ่มตัวอย่างมีค่า FPG และ ค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nye ที่ได้ศึกษาผลของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมได้ โดยใช้คอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้ระบบกล้องและเสียงในการสื่อสารกับผู้ป่วย เภสัชกรทบทวนประวัติการรักษาบันทึกระดับน้ำตาล สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾

เช่นเดียวกับ กนกพรรณ นิกรเพสย์ และคณะ ที่ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก พบว่าค่าเฉลี่ยของ FPG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ และทักษิณ ชาวตร ที่ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์มีค่า HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ สาเหตุที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารทางเภสัชกรรมที่เภสัชกรสามารถค้นหาแก้ไขปัญหากับการใช้ยาของผู้ป่วยได้อีกทั้งการติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยการโทรศัพท์หรือวิดีโอไลน์สามารถให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาคือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ทันท่วงทีส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า

ด้านคะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานพบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ตียารัตน์ ภูติยาและคณะ⁽⁵⁾ และทักษิณ ชาวตร⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการบริหารเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพและการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้

การจัดประเภทปัญหาเกี่ยวกับยาในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวทาง Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) เวอร์ชัน 9.1 เนื่องจากเป็นแนวทางการจัดประเภทปัญหาการใช้ยาที่มีวิธีการประเมินครบถ้วนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหามาจนถึงการประเมินผลลัพธ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 114 ครั้ง ในผู้ป่วย 37 ราย ชนิดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการรักษาร้อยละ 82.46 รองลงมาคือด้านความปลอดภัยของการรักษา ร้อยละ 14.91 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาคืออินซูลินมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการ

รักษามากที่สุด⁽⁵⁾ โดยมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยใช้น้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช่มากที่สุด ร้อยละ 42.14 เช่น ผู้ป่วยขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้ง รองลงมาคือผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกวิธี ร้อยละ 15.71 เช่น ไม่ได้เก็บยาฉีดยาในตู้เย็น สำหรับการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยร้อยละ 77.84 โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีก เช่นการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งการเก็บรักษาที่ถูกต้อง จากผลของกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลที่ช่วยค้นหาปัญหา สาเหตุ และวางแผนแก้ไขปัญหา ส่งผลทำให้จำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง

การติดตามการใช้ยาทางไกลช่วยในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และแก้ไขปัญหา เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลดีทั้งทางด้านคลินิก ด้านการบริการและลดการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย การศึกษานี้ใช้การติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยการโทรศัพท์หรือวิดีโอออนไลน์ตามแต่ความสะดวกของผู้ป่วย สำหรับการใช้อินเทอร์เน็ตมีข้อดีคือเภสัชกรสามารถแนะนำและติดตามการใช้ยาแบบเห็นหน้าผู้ป่วย สามารถให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการใช้ยาหรือการเก็บรักษาได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีสมาร์ตโฟน การติดตามการใช้ยาทางไกลส่วนใหญ่จึงใช้การโทรศัพท์ ร้อยละ 86.49 อย่างไรก็ตามการติดตามการใช้ยาทางไกลด้วยการโทรศัพท์หรือวิดีโอออนไลน์สามารถให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที ไม่มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดยาในตู้เย็นควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานเพิ่มขึ้น และเภสัชกรสามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้ รูปแบบการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลกับผลของการให้บริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน
2. ควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล โกสุมพินคร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ ภก.ธีรวิทย์ บำรุงศรี หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่ได้ให้คำแนะนำการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
2. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย; 2560
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD clinic plus ปี 2564 [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2021&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeec3ac3
5. ดิยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล, กุลชญา ลอยหา. การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี [Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://journalrdi.ubru.ac.th/article_files/A1595053251.pdf
6. สมาเภัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) (ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2563).
 7. กฤษฎี วัฒนธรรม, อีรพล ทิพย์พะยอม, อัจฉนา เพ็ญจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564;17:1-15.
 8. พุทธิดา โภคภิรมย์, กรกมล รุกขพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2563;12:984-96.
 9. Pharmaceutical Care Network Europe Association. PCNE Classification for Drug-Related Problems V9.1 [Internet]. 2020 (cited 2022 Feb 10). Available from: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
 10. กนกพรรณ นิกรเพสย์, สุชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์. ผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561; 10:449-61.
 11. ทักซิณ ชาวตร. ผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนสะอาด [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://skko.moph.go.th//dward/document_file/oa/research_file_name/20220704135127_580234266.pdf

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและ การได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

Covid-19 self protective behavior and vaccine health literacy survey Khlong Khlung District Kamphaengphet

ประทีป บดีรัฐ ส.บ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรานกระต่าย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 และเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองค่าที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.00 เป็นเพศหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.50 สามารถอ่านได้คล่อง ร้อยละ 83.20 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.30 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.50 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี การมองเห็นที่ไม่ชัดเจนร้อยละ 22.25 มีบทบาททางสังคมร้อยละ 78.25 การเข้าถึงข้อมูลทางโทรทัศน์ ร้อยละ 80.50 และบุคลากรหมออนามัย ร้อยละ 82.25 ใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 92.00 มิติการเข้าใจในข้อมูลการอ่านคล่อง ฐานะดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อ่านไม่คล่องและฐานะไม่ดี มิติการซักถามข้อมูล มากที่สุด หมออนามัยร้อยละ 82.25 การติดตามข้อมูลติดตามการแถลงของ ศบค.ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 77.25 บุคคลสอบถามสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 48.75 การบอกต่อคนครอบครัวร้อยละ 91.75 ใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อมร้อยละ 82.25 มิติความรอบรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ดีที่สุดคือการปฏิบัติร้อยละ 86.68 การเข้าใจข้อมูล 83.00 กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับวัคซีน ร้อยละ 77.50 เหตุผลการฉีดวัคซีนคือ ประสิทธิภาพของวัคซีนร้อยละ 56.50 ความปลอดภัยของวัคซีน ร้อยละ 42.75

ข้อเสนอแนะเห็นว่าควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโควิด-19 เพิ่มการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขควรพัฒนาความรู้เพื่อสื่อสารกับประชาชนได้อย่างถูกต้องและเพิ่มการติดตามข้อมูลทางออนไลน์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโควิด -19

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับวัคซีนโควิด-19

Abstract

This research aimed to assess Covid-19 self-protective behavior and vaccine health literacy and create a policy for Coping with the Covid-19 outbreak in Khlong Khlung District Kamphaengphet. A total of 400 samples was recruited from the population in Khlong Khlung District Kamphaengphet who are likely to be infected with COVID-19, The data were then analyzed with descriptive statistics, inferential statistics student t-test,

The results showed that 80.00% of the sample were female, 40.50% of elementary school education, could read fluently, 83.20% were married, 74.30%, Occupation Farmer 63.50%, were aged between 40-60 years, 22.25% blurred vision, 78.25% social role. Access to information on television 80.50% and 82.25% of health care personnel, used mobile phones 92.00%, In terms of comprehension of information, reading fluency, good status had an average score higher than those who did not read fluently and poor status, The most questionable dimension was 82.25 % of health care workers, Tracking information to follow up on the announcement of Center for Situation Management of the Coronavirus Disease 2019 Outbreak on television 77.25% of people who asked questions about family members 48.75% told family members 91.75% used MOHPrompt application 82.25%, Knowledge dimension in practice to prevent COVID-19 is the best practice 86.68%, Understanding information 83.00, The sample group accepts the vaccine 77.50%, The reason for vaccination is Vaccine efficacy 56.50%, Vaccine safety 42.75%

The recommendation is that COVID-19 health literacy should be developed. Increase the communication of health knowledge through social media. Public health personnel And public health volunteers should develop their knowledge to communicate with the public properly. and increasing online tracking. Create an environment conducive to compliance with COVID-19 prevention measures.

Keywords : Health literacy Getting the COVID-19 Vaccine

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 กระจายไปอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลักษณะ การระบาดทั่วโลก (Pandemic) ข้อมูลการระบาด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้ว 279,906,569 คน มีผู้เสียชีวิตแล้ว 5,399,781 คน⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มมีการแพร่ระบาดเมื่อต้นเดือน มกราคม พ.ศ.2563 ซึ่งจากรายงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเมื่อ วันที่ 31 พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันโรคโควิด-19 จำนวน 4,468,955 ราย ผู้เสียชีวิต 30,198 ราย⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในจังหวัด กำแพงเพชร พบผู้ป่วย 17,323 คนเสียชีวิต 126 คน ในอำเภอคลองขลุง พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2563 ผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 9,196 คน เสียชีวิต 14 คน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในประเทศ และในระดับโลกยังมีอัตราการการติดเชื้อและตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้⁽¹⁾ ได้เสนอแนวทางที่ประชาชนต้องปฏิบัติด้วยวิถีชีวิต new

normal หรือวิถีชีวิตใหม่ นอกจากนี้ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้มีการออกมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค โดยใช้ มาตรการ ป้องกันการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยการห้ามการเดินทางเข้าประเทศ การกักตัว และการรับวัคซีน และมาตรการป้องกันการระบาดในประเทศ เน้นลดการเคลื่อนที่ของประชาชน การป้องกันตนเอง และเร่งการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมประชากร

ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการนำ ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณา และตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในตลอดช่วงอายุอย่างเหมาะสม

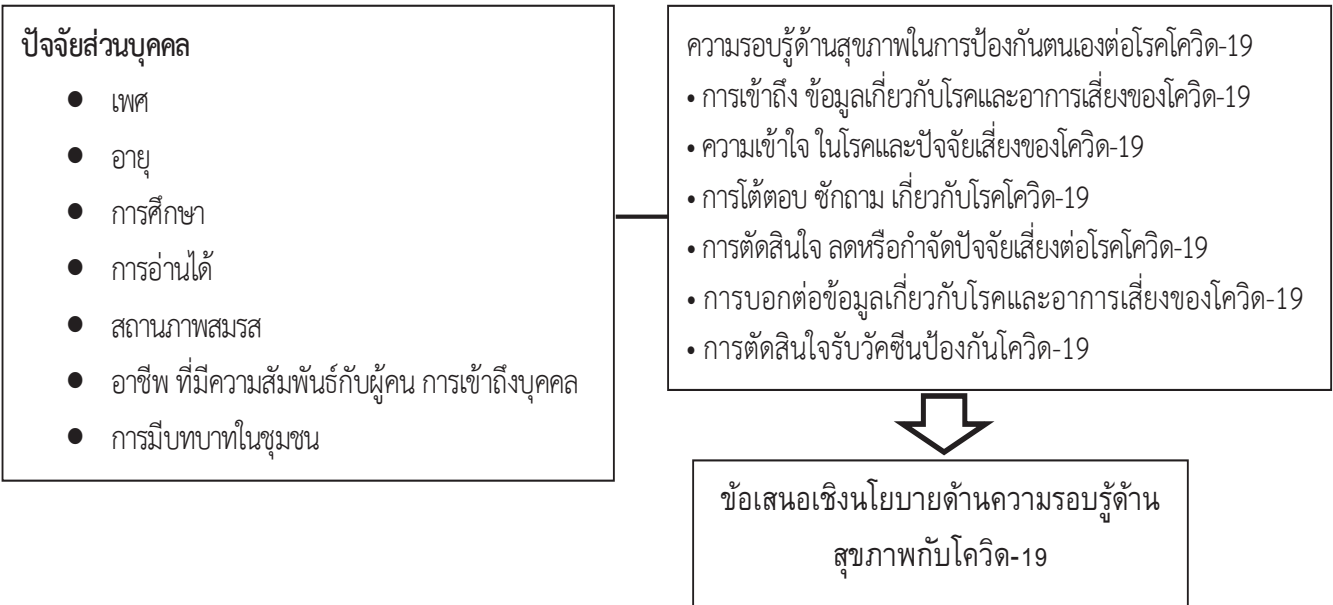
จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาทำความเข้าใจ สถานะความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อ จะได้ออกแบบและพัฒนาศักยภาพให้สามารถเข้าถึงและ จัดการข้อมูล จนสามารถตัดสินใจและปฏิบัติตนได้อย่าง ปลอดภัยยิ่งขึ้นและจะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ของประชาชนได้ เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติของการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ประเมินตัดสินใจ และการปรับใช้สำหรับพื้นที่อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ในเขตอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบผสมผสาน (Mix method) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชากรในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรในอำเภอคลองขลุง ที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 45,000 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ใช้ตารางของเครจซีและมอร์แกน 3 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 381 ตัวอย่าง ป้องกันความผิดพลาดร้อยละ 5

2. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านความรู้ด้านสุขภาพกับโควิด-19

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตในการวิจัยคือเป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ COVID 19 ในประชากรที่อาศัยอยู่ใน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

เท่ากับ 19 คน รวมเป็น 400 คน ซึ่งการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ซึ่งการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบบเป็นสัดส่วน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ตำบล หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่างจากนั้นคำนวณหาขนาดตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากรให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 53 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถาม

ปลายปิด (Close Ended Question) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการทบทวนวรรณกรรม และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
2. จัดทำร่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยนำมาจากแบบสอบถามของโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการมองเห็นแล้วนำมาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่านค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.88
2. นำเครื่องมือฉบับร่างที่ ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อทดสอบความยากง่ายในการอ่าน และความเข้าใจด้านภาษา จำนวน 30 คน
3. วิเคราะห์หาความเที่ยง ของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ผลดังต่อไปนี้ มิติการเข้าถึง 0.587 มิติการเข้าใจ 0.747 มิติซักถาม 0.745 มิติตัดสินใจ 0.61 มิติบอกต่อ 0.927 มิติปฏิบัติ 0.757

ดำเนินการสนทนากลุ่ม Focusgroup การนำเสนอสื่อเพื่อความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงสถานการณ์เกิดโรคระบาด โควิด 19 จำนวน 15 คน ผู้ร่วมสนทนได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนแบ่งการสนทนาออกเป็น 6 ด้าน มิติการเข้าถึง มิติการเข้าใจ มิติการซักถาม มิติการตัดสินใจ มิติการปฏิบัติ และมิติบอกต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เตรียมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่และประชุมเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือก ได้รับการชี้แจงและพิทักษ์สิทธิของ

ผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอน โดยสัมภาษณ์ที่ รพ.สต. หรือที่บ้าน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565-31 สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยครั้งนี้มีดังนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ โดยใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นข้อมูลที่ถูกต้อง ในเชิงคุณภาพ และข้อเสนอประกอบการตัดสินใจ ระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เพื่อการจัดการของพื้นที่อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การวิจัยนี้เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2565 เลขที่ 65 03 18

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.00 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.50 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 27.30 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.50 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.20 สามารถอ่านได้คล่อง มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.30 ครึ่งหนึ่งมีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน ด้านอาชีพพบว่าร้อยละ 63.50 ของตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ รับจ้าง และค้าขาย มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 40-60 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=400)

คุณลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	20.00
	หญิง	320	80.00
อายุ	อายุ ต่ำกว่า 25 ปี	17	4.3
	อายุ 26-30 ปี	18	4.8

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=400) (ต่อ)

คุณลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	อายุ 31-35 ปี	22	5.5
	อายุ 36-40 ปี	46	11.5
	อายุ 41-45 ปี	45	11.5
	อายุ 46-50 ปี	95	23.8
	อายุ 51-55 ปี	59	14.8
	อายุ 56-60 ปี	56	14.0
	อายุ 60 ปี ขึ้นไป	42	10.5
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	5	1.25
	ประถมศึกษา	162	40.50
	มัธยมศึกษาตอนต้น	82	20.50
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	109	27.25
	อนุปริญญา/เทียบเท่า(ปวส.)	10	2.50
	ปริญญาตรีขึ้นไป	32	8.00
การอ่านหนังสือ	อ่านไม่ได้	4	1.00
	อ่าน ไม่คล่อง	63	15.75
	อ่านได้คล่อง	333	83.25
สถานภาพสมรส	โสด	46	11.50
	สมรส/มีคู่	297	74.25
	หม้าย/หย่า/แยก	51	12.75
	อื่นๆ	6	1.50
อาชีพ	ทำไร่ ทำนา เกษตรกร	254	63.50
	รับจ้าง	72	18.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	3.50
	นักเรียนนักศึกษา	6	1.50
	ค้าขาย(มีร้านค้า)	34	8.50
	อื่น ๆ	20	5.00
	บทบาททางสังคม	ไม่มี	87
มี		313	78.25
-ผู้นำชุมชน (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่น)		14	3.50
-ประธานชมรม หรือกองทุน		17	4.25
-สมาชิกชมรม / สมาคมต่างๆ		20	5.00
-อสม./อสส./อสค.		296	74.00
-อาสาสมัคร		24	6.00
-ผู้นำศาสนา		3	0.75
-อื่น ๆ		12	3.00

มิติการเข้าถึงข้อมูล**ตารางที่ 2 ช่องทางการได้รับข้อมูลและอุปกรณ์สื่อสาร**

ช่องทางการได้รับข้อมูลทางสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับข้อมูล	3	0.8
โทรทัศน์	322	80.5
วิทยุ	50	12.5
เว็บไซต์	14	3.5
Google	33	8.3
อินสตราแกรม	14	3.5
ไลน์	163	40.8
ทวิตเตอร์	11	2.8
เฟซบุ๊ก	181	45.3
เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	121	30.3
หนังสือพิมพ์/วารสาร	18	4.5
ช่องทางบุคคล		
แพทย์	94	23.6
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สาธารณสุข พยาบาล	329	82.3
อสม	134	33.5
ช่องทางบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
คนในครอบครัว	15	3.8
ผู้นำชุมชน	22	5.5
เพื่อนบ้าน	6	1.5
การมีอุปกรณ์สื่อสารที่ทำให้เข้าถึงข้อมูล		
โทรทัศน์	316	79.0
โทรศัพท์มือถือ	368	92.0
วิทยุ AM/FM	50	12.5
จานดาวเทียม/เคเบิล/ทีวี	142	35.5
คอมพิวเตอร์	53	13.3
แท็บเล็ต	17	4.3

จากตารางที่ 2 พบว่า มีเพียงร้อยละ 0.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าไม่ถึงข้อมูลจากช่องทางใดๆ เลย เรื่องช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า โทรทัศน์ เป็นช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มเข้าถึงข้อมูลได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.5 รองลงมาคือ เฟซบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 45.3 ไลน์คิดเป็นร้อยละ 40.8 เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว คิดเป็นร้อยละ 30.3 และวิทยุคิดเป็นร้อยละ 12.5 และสำหรับช่องทางที่เป็นบุคคล ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือหมออนามัย เป็นช่องทางที่

กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 33.5 บุคลากรด้านการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 23.6 ผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 5.5 สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 3.8 และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.5

เรื่องอุปกรณ์ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 92.0 โทรทัศน์ ร้อยละ 79.0 และ จานดาวเทียม ร้อยละ 35.5

มิติความเข้าใจ

ตารางที่ 3 ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและบริบททางสังคม

คุณลักษณะ		Mean	SD	Min	Max
เพศ	ชาย	23.3	2.2	18	28
	หญิง	23.2	2.5	10	28
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	22.8	3.0	18	26
	ประถมศึกษา	23.2	2.8	10	28
	มัธยมศึกษาตอนต้น	23.1	2.3	18	28
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า(ปวช.)	23.3	2.3	16	28
	อนุปริญญา/เทียบเท่า(ปวส.)	23.2	2.3	20	26
	ปริญญาตรีขึ้นไป	23.0	1.9	20	26
	การอ่านหนังสือ	อ่านไม่ได้			
อ่าน ไม่คล่อง		22.7	3.0	10	28
อ่านได้คล่อง		23.3	2.4	12	28
บทบาททางสังคม	ไม่มี	23.1	2.4	14	28
	มี	23.2	2.5	10	28
	-ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น	24.2	2.3	20	28
	-ประธานชมรม หรือกองทุน	23.7	2.3	20	28
	-สมาชิกชมรม / สมาคมต่างๆ	23.1	2.7	18	28
	-อสม./ออสส./อสค.	23.2	2.5	10	28
	-อาสาสมัคร	23.7	3.5	10	28
	-ผู้นำศาสนา	22.6	3.0	20	26

จากตารางที่ 3 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความเข้าใจ 23.20 คะแนน ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้าใจในข้อมูลได้แก่ ทักษะการอ่านได้คล่อง มีค่าเฉลี่ยของระดับความเข้าใจในข้อมูลสูงกว่า กลุ่มที่มีปัจจัยเหล่านั้นต่ำกว่าคือ 23.30 คะแนน

ต่อ 22.70 คะแนนและบทบาทการเป็นผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยของระดับความเข้าใจในข้อมูลสูงกว่ามากกว่าบทบาทอื่น 23.20 คะแนน ต่อ 23.10 คะแนน

มิติชกถามและการค้นหาคำตอบ

ตารางที่ 4 การชกถามและค้นหาคำตอบจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคม

คุณลักษณะ		Mean	SD	Min	Max
เพศ	ชาย	7.8	4.0	4	24
	หญิง	7.2	3.4	4	22
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	7.2	2.2	4	10
	ประถมศึกษา	6.3	3.0	4	18
	มัธยมศึกษาตอนต้น	7.1	3.2	4	18
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า(ปวช.)	8.5	4.0	4	24
	อนุปริญญา/เทียบเท่า(ปวส.)	6.2	2.8	4	12

ตารางที่ 4 การซักถามและค้นหาคำตอบจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคม (ต่อ)

คุณลักษณะ		Mean	SD	Min	Max
การอ่านหนังสือ	ปริญญาตรีขึ้นไป	9.1	3.9	4	16
	อ่านไม่ได้	5.5	1.9	4	8
	อ่าน ไม่คล่อง	6.0	2.5	4	14
บทบาททางสังคม	อ่านได้คล่อง	7.6	3.7	4	24
	ไม่มี	7.8	3.9	4	16
	มี	7.2	3.5	4	24
	-ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น	9.0	3.4	4	16
	-ประธานชมรม หรือกองทุน	8.3	3.5	4	16
	-สมาชิกชมรม / สมาคมต่างๆ	8.7	5.2	4	24
		Mean	SD	Min	Max
	-อสม./อสส./อสค.	7.2	3.6	4	24
	-อาสาสมัคร	7.5	3.8	4	16
	-ผู้นำศาสนา	6.0	2.0	4	8

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ช่องทางการค้นหาข้อมูลเฉลี่ย 7.30 ช่องทาง และปัจจัยที่เอื้อให้มีการซักถามข้อมูลได้แก่ ระดับการศึกษาสูง ทักษะการอ่านได้คล่อง บุคคลในกลุ่มตัวอย่าง เคยซักถามข้อมูลมากที่สุดคือ หมออนามัยคิดเป็นร้อยละ 82.25 อสม. ร้อยละ 33.50

การติดตามข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง ติดตามการแถลงของ ศบค.ทางสื่อโทรทัศน์ มากที่สุดร้อยละ 77.25 รองลงมาคือ เฟซบุ๊กและไลน์ร้อยละ 50.50 ส่วนช่องทางบุคคล สอบถามสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 48.75 รองลงมาคือสอบถาม อสม. ร้อยละ 43.00 บุคลากรด้านสาธารณสุข ร้อยละ 39

มิติการตัดสินใจ

ตารางที่ 5 การตัดสินใจจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะและบริบททางสังคม

คุณลักษณะ		Mean	SD	Min	Max
เพศ	ชาย	12.2	3.5	6	12
	หญิง	11.3	3.9	6	24
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	16.6	3.0	14	20
	ประถมศึกษา	10.8	3.5	6	24
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11.3	3.8	6	22
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า(ปวช.)	12.2	4.0	6	22
	อนุปริญญา/เทียบเท่า(ปวส.)	11.1	3.4	8	18
	ปริญญาตรีขึ้นไป	12.2	5.0	8	22
การอ่านหนังสือ	อ่านไม่ได้	11.0	3.4	8	14
	อ่าน ไม่คล่อง	11.0	3.8	6	22
	อ่านได้คล่อง	11.6	3.9	6	24
บทบาททางสังคม	ไม่มี	11.8	4.3	6	24
	มี	11.4	3.8	6	22
	-ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น	12.9	3.8	8	22

ตารางที่ 5 การตัดสินใจจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะและบริบททางสังคม (ต่อ)

คุณลักษณะ	Mean	SD	Min	Max
-ประธานชมรม หรือกองทุน	11.4	4.2	6	22
-สมาชิกชมรม / สมาคมต่างๆ	12.0	3.5	8	18
-อสม./อสส./อสค.	11.2	3.8	6	22
-อาสาสมัคร	13.2	4.6	6	22
-ผู้นำศาสนา	13.3	1.1	12	14

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับการศึกษาต่ำ ทักษะการอ่านได้คล่อง มีค่าเฉลี่ยของระดับการตัดสินใจสูงกว่า

มิติการบอกต่อ

ตารางที่ 6 การบอกต่อ และประเด็นที่ใช้ในการบอกต่อจำแนกตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคม

คุณลักษณะ	Mean	SD	Min	Max	
เพศ	ชาย	11.4	1.8	8	16
	หญิง	11.3	1.7	10	18
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	10	1.4	8	12
	ประถมศึกษา	11.2	1.8	10	16
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11.4	1.7	10	16
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า(ปวช.)	11.0	1.4	10	16
	อนุปริญญา/เทียบเท่า(ปวส.)	11.0	2.1	10	16
	ปริญญาตรีขึ้นไป	11.3	2.0	10	18
การอ่านหนังสือ	อ่านไม่ได้	12.0	2.8	10	16
	อ่าน ไม่คล่อง	11.4	1.8	10	16
	อ่านได้คล่อง	11.3	1.7	8	18
รายได้	ขาดสน	11.4	1.8	10	16
	พอใช้บางเดือน	11.3	1.7	8	16
	พอใช้	11.4	1.8	10	18
	เหลือเก็บ	11.0	1.4	10	14
บทบาททางสังคม	ไม่มี	11.3	1.0	10	12
	มี	11.1	1.7	8	18
	-ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น	11.5	2.1	10	16
	-ประธานชมรม หรือกองทุน	11.6	1.4	10	14
	-สมาชิกชมรม / สมาคมต่างๆ	12.2	2.2	10	16
	-อสม./อสส./อสค.	11.3	1.6	8	16
	-อาสาสมัคร	11.3	1.7	8	18
	-ผู้นำศาสนา	11.5	1.6	10	16

จากตารางที่ 6 พบว่ามีจำนวนช่องทางที่บอกต่อ โดยเฉลี่ย 9.3 ช่องทาง การบอกต่อเกิดกับคนในบ้าน ร้อยละ 91.75 เพื่อนบ้านร้อยละ 45.25 หัวข้อที่บอกต่อมากที่สุดการใส่หน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 86.7 การล้างมือร้อยละ 77.9 นำข่าวจากการแถลงของ ศบค ข่าวจากไลน์ไปบอกต่อ ร้อยละ 66.1 และ 47.8 ตามลำดับ

มิติความรอบรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ดีที่สุดคือร้อยละ 86.68 รองลงมาคือมิติการเข้าใจข้อมูล 83.00 ส่วนมิติการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การซักถาม และการบอกต่อ ยังอยู่ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 43.17, 36.03, 21.61, 28.35 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยตามมิติความรู้ด้านสุขภาพ (N=400)

มิติความรู้	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	S.D	ร้อยละของค่าเฉลี่ย
เข้าถึง	28	12.09	3.00	43.17
เข้าใจ	28	23.24	2.52	83.00
ซักถาม	34	7.35	3.60	21.61
ตัดสินใจ	32	11.53	3.99	36.03
ปฏิบัติ	45	39.01	5.20	86.68
บอกต่อ	40	11.34	1.74	28.35

จากตารางที่ 7 พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ในประเด็นความสามารถในการอ่าน พบว่ากลุ่มที่อ่านหนังสือได้คล่อง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

สูงกว่ากลุ่มที่อ่านไม่คล่อง ในมิติการเข้าถึงและมิติการซักถาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 และ 0.001)

การรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

ตารางที่ 8 การตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 (N=400)

	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะฉีดหรือไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19		
ประสิทธิภาพของวัคซีน	226	56.5
ความปลอดภัยของวัคซีน	171	42.8
ความรุนแรงของผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น	138	34.5
ผลข้างเคียงกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่	78	19.5
ความเชื่อมั่นต่อประเทศที่ผลิตวัคซีน	42	10.5
ความยุ่งยากในการฉีดวัคซีน เช่น ฉีดครั้งเดียว	9	2.3
เมื่อท่านหาข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนโควิดเหล่านี้แล้ว ท่านตัดสินใจที่จะ		
ยอมรับวัคซีน	310	77.5
ลังเลในการรับวัคซีน	80	20.0
ปฏิเสธการรับวัคซีน	10	2.5

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับวัคซีน ร้อยละ 77.50 ลังเลในการรับวัคซีน ร้อยละ 20.0 และการปฏิเสธวัคซีนคิดเป็นร้อยละ 2.50 เหตุผลการฉีดวัคซีนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เหตุผลสำคัญในการตัดสินใจฉีด คือ ประสิทธิภาพของวัคซีน ร้อยละ 56.50 ความปลอดภัยของวัคซีน ร้อยละ 42.75 และผลข้างเคียงต่อโรคประจำตัว ร้อยละ 34.50 ความเชื่อมั่นต่อประเทศที่ผลิตวัคซีน ร้อยละ 10.50 นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ฉีด เช่น ความสะดวก การเป็นตัวอย่างให้กับผู้อื่น เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ผู้ร่วมสนทนาได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการ ผ่านทางโทรทัศน์ และสื่อสังคมออนไลน์ การซักถามข้อมูลกับหมออนามัย บุคลากรทางการแพทย์และ อสม. โดยติดตามข้อมูลทางโทรทัศน์ และการสื่อสารสังคมออนไลน์ การตัดสินใจเมื่อรัฐบาลห้ามออกจากบ้าน ด้านการตัดสินใจเตรียมตัว เตรียมวัสดุอุปกรณ์ และมีการวางแผนก่อนออกจากบ้าน โดยเฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่และ อสม.และเมื่อมีการเดินไปในพื้นที่เสี่ยงมีการล้างมือ และลดการร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดการเดินทาง ด้านการปฏิบัติตัวทุกคนตอบว่าสวมหน้ากากก่อนออกจากบ้าน แต่การเว้นระยะห่างทำเป็นบางครั้ง แต่บางสถานที่และบางกิจกรรมไม่มีอุปกรณ์ป้องกันโควิด-19 ด้านการนำความรู้และ

การปฏิบัติไปบอกต่อกับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การฉีดวัคซีนกลุ่มสนทนา ยังไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของ วัคซีน กลัวผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน แต่ยอมที่จะฉีด วัคซีนเพื่อลดความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากข้อค้นพบสำคัญของการสำรวจครั้งนี้ และมีผลต่อความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาความ รอบรู้สุขภาพ โดยเฉพาะในการแก้ปัญหาการระบาดของ โควิด 19 คือ กระบวนการตามกรอบคิดของกรมอนามัย ในประเด็น

1) การเข้าถึง ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มช่องทาง การเข้าถึง และใช้สื่อ คือ โทรทัศน์ และช่องทางการใช้ เครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายดิจิทัล ให้มากขึ้น

2) การทำความเข้าใจ โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน การวิจัยครั้งนี้พบว่า ควรให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และอาสา สมัคสาธารณสุขให้มากเพื่อสื่อสารกับประชาชนได้ อย่างถูกต้องและเพิ่มการติดตามข้อมูลทางออนไลน์

3) การตัดสินใจ และปฏิบัติ ผลการวิจัย พบว่าปัจจัย แวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ต้องสร้างให้เกิดขึ้นจนเป็นมาตรการทางสังคม

4) การบอกต่อ พบว่าการบอกต่อเกิดในครอบครัว และเครือข่าย ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ การสื่อสาร และดูแลคนในครอบครัว ชุมชน เครือข่าย เพื่อนให้มากขึ้น

สรุปอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนรวมของแต่ละมิติของ ความรอบรู้สุขภาพที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้โดยยึด เป้าหมายคนที่มีมีความรอบรู้สุขภาพคือคนที่มีผลลัพธ์ สุขภาพที่ดีเช่นเดียวกันกับเกณฑ์กำหนดระดับความ รอบรู้สุขภาพ โดยวิลม โรมาและคณะ⁽⁵⁾ ข้อค้นพบจาก การสำรวจครั้งนี้สรุปได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ อยู่ในระดับไม่เพียงพอในการ ดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากโควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 27.50 เกิดการปฏิบัติที่เน้นความปลอดภัยเป็นผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับดีมีความปลอดภัยจาก การติดเชื้อโควิด 19

คุณลักษณะของคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจุบันภายในบุคคลที่สำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้

สุขภาพคือความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับดี คือผู้ที่มีความสามารถ อ่านออกเขียนได้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรอบรู้สุขภาพในผู้สูง อายุของไทย โดย Nilnate W และคณะพบว่า ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้สุขภาพคือ การศึกษา การอ่านออกเขียนได้ การมองเห็น และ อาชีพ⁽⁶⁾

Saechong และคณะยังได้พิจารณาการปฏิบัติ ตาม ช่วงวัย ผู้สูงอายุ ทำตามมาตรการป้องกัน เช่น การใส่ หน้ากากอนามัย ล้างมือ น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุ น้อยกว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำตามมาตรการคือ ความกังวล สถานภาพสมรส และ ระดับความเสี่ยงของ พื้นที่พักอาศัย ผลการวิจัยนี้ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกับ การสำรวจครั้งนี้ ที่พบว่า การปฏิบัติในการใส่หน้ากาก ร้อยละ 90.50 และการเว้นระยะห่างคิดเป็นร้อยละ 60.00 การล้างมือ ร้อยละ 80.50 ซึ่งถือว่าปฏิบัติมากขึ้น และ ยังมีข้อสรุปว่ากลุ่มตัวอย่างวางใจวิชาชีพสุขภาพมาก แต่การทำตามมาตรการของรัฐบาลไม่มากนักเมื่อเทียบ กับการทำตามของประชาชนในประเทศสิงคโปร์ที่ ประชาชนไว้ใจทั้งรัฐบาลและวิชาชีพสุขภาพ

สำหรับช่องทางบุคคล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็น ช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้มากที่สุด รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือ หมออนามัย เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ในขณะที่ Pan-ngum W และ คณะ⁽⁸⁾ รายงานว่า การเข้าถึงแบบตัวต่อตัวกับ เจ้าหน้าที่ เป็นที่ต้องการของประชาชนเช่นกันและสอดคล้อง กับผลการสำรวจครั้งนี้

การวิจัยของ Lincoln Leehang Lau และคณะ⁽⁹⁾ สำรวจประชาชนฟิลิปปินส์จำนวน 2090 คนในปี 2563 รายงานช่องทางเข้าถึงและติดตามข้อมูลโควิด 19 ที่พบใน ประเทศฟิลิปปินส์มากที่สุด คือ โทรทัศน์ วิทยุ คิดเป็น ร้อยละ 85.5 รองลงมาเป็นสื่อบุคคล เพื่อน ครอบครัว และสื่อโซเชียล น้อยที่สุด สอดคล้องกับการสำรวจครั้งนี้ ที่พบว่ามีการเข้าถึงข้อมูลทางโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมา คือสื่อโซเชียลและบุคคล ดังนั้น สื่อสารมวลชนยังมีบทบาท สำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลโควิด 19 ต่อไป ในการเผยแพร่ ข้อมูลและสร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงข้อมูล อุปกรณ์ และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับวัคซีน และลังเลในการรับวัคซีนอยู่ที่ร้อยละ 77.50 และ 20.00 การปฏิเสธวัคซีนคิดเป็นร้อยละ 2.50 เหตุผลสำคัญในการตัดสินใจคิดเรียงตามลำดับคือ ประสิทธิภาพของวัคซีน ร้อยละ 56.50 ความปลอดภัยของวัคซีนร้อยละ 42.75 และ ผลข้างเคียงต่อโรคประจำตัวร้อยละ 34.5 ความเชื่อมั่นต่อประเทศที่ผลิตวัคซีนร้อยละ 10.5 นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ผิด เช่น ความสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการมองเห็นของชนวนทอง ชาญกาญจน์และคณะ พบว่าเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจคิด เรียงตามลำดับคือ ความปลอดภัยของวัคซีนร้อยละ 69.0 และ ประสิทธิภาพของวัคซีนร้อยละ 63.7 ผลข้างเคียงต่อโรคประจำตัวร้อยละ 43.9 ความเชื่อมั่นต่อประเทศที่ผลิตวัคซีนร้อยละ 19.2⁽⁴⁾

ดังนั้นผลการศึกษา จึงเป็นไปตามสมมุติฐาน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

แนวคิดการวิจัยเน้นกรอบคิดการพัฒนาความรู้สุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งเน้นระดับบุคคลเป็นสำคัญ การอธิบายผลการวิจัยจึงมีข้อจำกัดควรมีการวิจัยเพื่อเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น ความไว้วางใจรัฐบาล หรือ บุคลากร ตลอดจน ความรู้สึกลบยาหรือมาตรการด้านการเมือง การปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นางสาวหทัยรัตน์ สุนทรสุข รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานการวิจัย ขอขอบคุณหน่วยงานเจ้าหน้าที่ผู้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม

1. WHO Thailand . Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [Internet]. [cited 2020 October 17]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>
2. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Internet]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ; 2563 Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-610.
4. ชนวนทอง ชาญกาญจน์, วัชรารัฐ วัชรกุล, นริมาลย์ นิละไพจิตร, ณัฐนารี เอมยงค์. โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยาลัยพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ;2564
5. วิมล โรมา, ชนวนทอง ชาญกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม, และคณะ. การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป [Internet]; 2560. เข้าถึงจาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454>
6. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. J Health

- Res. 2016;30(5):315-21. [cited 2021]. Doi: 10.14456/jhr.2016.43.
7. Saechang, O. Yu, J. Li, Y. Public Trust, and Policy Compliance during the COVID-19 Pandemic: The Role of Professional Trust [Internet]; 2021 [cited 2021]. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020151>.
 8. Pan-ngum W, Poomchaichote T, Peerawaranun P et al. Perspectives on public health interventions in the management of the COVID-19 pandemic in Thailand. Wellcome Open Research. 2020;5:245.
 9. Lincoln Leehang Lau, Natalee Hung, Daryn Joy Go, Jansel Ferma, Mia Choi Warren Dodd, Xiaolin Wei. Knowledge, attitudes, and practices of COVID-19 among income-poor households in the Philippines: A cross-sectional study. J Glob Health. 2020;10(1):011007.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patient Stroke : 2 Case Study

สมพิศ วิริยม พย.บ.
โรงพยาบาลวังทรายพูน

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายโดยเฉียบพลันเนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆได้ เนื่องจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมองส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็น อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน ดังนั้นการพยาบาลที่มีมาตรฐานการพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ราย จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ราย โดยเกิดพยาธิสภาพที่สมองต่างกัน มีระดับความรุนแรงต่างกัน และการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถจัดการตนเองได้ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคจิตเภท มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึม ไม่พูด ไม่ยอมเดิน และไม่รับประทานอาหาร ถ่ายภาพรังสีสมองพบว่า มีภาวะขาดเลือดเฉียบพลันที่สมองส่วนท้าย ปัญหาที่พบคือภาวะระดับความดันโลหิตสูง ไม่รับประทานอาหาร การประเมินกำลังพบแขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง แพทย์ปรับยาลดความดันโลหิต และทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 14 วัน อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์จึงให้กลับบ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ค่อยชัด แขนและขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง ถ่ายภาพรังสีสมองพบว่า มีภาวะขาดเลือดที่ตำแหน่ง basal ganglia ปัญหาที่พบ เมื่อการประเมินกำลัง พบแขนและขาทั้ง 2 ข้าง อยู่ในระดับ 3+ มีภาวะเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล โดยได้รับยารับประทาน การทำกายภาพบำบัด การเสริมสร้างกำลังใจ และอธิบายให้เข้าใจว่าความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์จะค่อยๆ ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในแผนการรักษาตามที่ ทีมสุขภาพได้แนะนำ ซึ่งหลังให้การพยาบาลอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน แพทย์จึงให้กลับบ้านได้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล

Abstract

A Stroke is a condition in which brain tissue is suddenly damaged due to a lack of blood supply to the brain tissue in that area due to the narrowing or rupture of blood vessels in the brain. This results in neurological abnormalities and sudden onset of symptoms lasting more than 24 hours. This can cause death or paralysis and directly affect patients' quality of life physically, mentally, and socially. In some patients, it may cause disability that may become a burden on family members. Leading to economic losses Therefore, it is a problem that everyone should

be aware of and jointly take care of and prevent. Therefore, nursing with the proper standard of care and guidance on how to behave properly will reduce the incidence of complications. The study included two patients with a stroke. It was shown that the two patients had different brain pathologies. Resulting in different levels of severity and this study aims to encourage patients to behave appropriately, be able to manage themselves, and be safe from various complications that may occur. The first case study was a Thai male patient with congenital diseases such as hypertension and schizophrenia. He was admitted to the hospital drowsy, unable to speak, refusing to walk, and not eating. The doctor sent a CT brain. It was found to have Acute infarction of pons. The problem was high blood pressure, not eating, both arms and legs being weak, and motor power grade 0. Doctors have adjusted the medication to lower blood pressure. He received medical treatment and physical therapy. The patient was hospitalized for 14 days and his condition improved. The doctor allowed him to go home. The second patient was a 70-year-old Thai female with congenital diseases such as high blood pressure and hyperlipidemia. She was admitted to the hospital with a distorted right mouth, slurred speech, and weak limbs. The doctor sent a CT brain. It was found to have lacunar infarction in both basal ganglia. The problem was that both arms and legs were weak, with motor power grade 3+. She is stressed due to illness. She received medical treatment and physical therapy. The patient was hospitalized for 7 days and her condition improved. The doctor allowed her to go home. And in order for patients to have a good quality of life, Discharge planning has been implemented by bringing nursing care according to the DMETHOD model as a guideline to prepare the patient before going home. for patients to be cared for Physical rehabilitation by health personnel continuously During the first critical period, no later than 6 months after discharge from the hospital

Keywords : cerebrovascular disease, nursing

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคน เป็นอัมพาตถาวร

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 รายและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย และจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน⁽⁹⁾ ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงมากขึ้น และจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ

ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่คุกคามความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพิจิตรย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,854 คน 1,786 คน และ 1,948 คน ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียคุณภาพชีวิตอย่างมาก และจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการของโรงพยาบาลวังทรายพูนตั้งแต่ปี พ.ศ.2562, 2563 และ 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาทั้งหมดทั้งงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน พบผู้ป่วยจำนวน 19,13, และ 31 คนตามลำดับ จากประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยได้รับ



ผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตกรณีที่เป็นอัมพาตเรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนานถ้าไม่ได้รับการจัดการดูแลที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับ สำลักอาหารเกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ โรคซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูมักไม่ประสบความสำเร็จเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จึงได้มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) โดยการนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบ DMETHOD เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และได้นำระบบ Intermediate Care หรือระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูคือการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยบุคลากรทางการแพทย์เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือพยาบาล ในช่วงเวลาสำคัญช่วงแรกไม่เกิน 6 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิตหรือการถูกปล่อยให้เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงพร้อมใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติ

ครอบครัว INHOMESSS ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดบริการแบบองค์รวม (Holistic Care)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันเปรียบเทียบกับรายกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

1. เลือกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวังทรายพูน ช่วงปี พ.ศ. 2565
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน
3. วิจัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD, ระบบ Intermediate Care และใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ในระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามประเมิน Barthel Index

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษารณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังทรายพูน ในปี 2565 จำนวน 2 ราย

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย		
ข้อมูลผู้ป่วย/ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	63 ปี	70 ปี
BMI	22.5 ^{m2}	35 ^{m2}
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ได้เรียนหนังสือ
ผู้ดูแล	หลาน	สามีและบุตร
วันที่เข้ารับการรักษา	12 มกราคม 2565	11 กุมภาพันธ์ 2565
วันที่จำหน่าย	24 มกราคม 2565	18 กุมภาพันธ์ 2565
อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล	ซึม ไม่พูด และไม่ยอมเดิน 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล	ปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ค่อยชัด แขนและขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน		

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย		
ข้อมูลผู้ป่วย/ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว	10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปั่นจักรยานล้ม ศีรษะไม่กระทบ มีแผลถลอกที่เข่า รับการรักษาที่โรงพยาบาลที่บ๊อบบี้ ญาติแจ้งว่าปกติผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แผลแห้งดี 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการซึมลง ไม่พูด ไม่ยอมเดิน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รับประทานแต่นมมี้อละ 2 -3 ซ้อน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ค่อยชัด อ่อนเพลีย แขนและขาทั้ง 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียนไม่ได้รักษาที่ใด
ประวัติการแพทย์และอาหาร การใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการผ่าตัด	มีประวัติได้รับการผ่าตัดที่ขาข้างขวา
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มีประวัติโรคเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคจิตเภท(Schizophrenia) นาน 20 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และไขมันเลือดสูง นาน 40 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ
อาการแรกเริ่ม	ปฏิเสธการแพทย์และแพ้อาหาร ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการแพทย์และแพ้อาหาร ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัว สมองตัวเอง ไม่พูด ไม่ทำตามสั่ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Glasgow coma scale = 7 คะแนน (E ₄ V ₁ M ₂) pupil Right Fixed 5 mm Light 3 mm reaction to light Motor power แขนและขาทั้ง 2 ข้าง Gr 0 ไม่มี Facial Palsy อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาทีที่หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 210/133 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (RA)ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute infarction of pons	ผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ปากด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ค่อยชัด อ่อนเพลีย แขนและขาทั้ง 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง ช่วยเหลือตนเองได้พอควร Glasgow coma scale = 15 คะแนน (E ₄ V ₅ M ₆) Motor power แขนและขาทั้ง 2 ข้าง Gr 4 มี Right Facial Palsy ประเมิน NIHSS แรกเริ่มเท่ากับ 5 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาทีที่หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/79 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 % (RA)ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Lacunar infarction both basal ganglia

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายนี้

ข้อมูลผู้ป่วย/ ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
3. การตรวจ ทาง ห้องปฏิบัติการ	Light 3 mm reaction to light Motor power แขน และขาทั้ง 2 ข้าง Gr 0 ไม่มี Facial Palsy ผล CT-brain : Acute infarction of pons, midbrain with small hemorrhagic spot in pons. Mild to moderate hydrocep halus with periventricular CSF resorption.	2 ข้าง Gr 4 มี Right Facial Palsy ประเมิน NIHSS แกร็บเท่ากับ 5 คะแนน ผล CT-brain : A few lacunar infarctions at both basal ganglia.	- 250 mg/dL การที่อายุมากขึ้นหลอดเลือด จะมีการแข็งตัวมากขึ้น ร่วมกับไม่สามารถ ควบคุมน้ำหนักตัวและภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นผลให้มีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหล ผ่านได้ลำบากมากขึ้นซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะ โรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย ผู้ป่วย 2 รายนี้มีพยาธิสภาพการเกิดโรคที่ สมองในบริเวณที่แตกต่างกันในผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะเลือดออก สมองส่วน midbrain มีจุดเลือดออกขนาดเล็ก ซึ่งสมองส่วนสาเหตุ สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาด เล็กอ่อนแอทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะ รวมตัวกันเป็นก้อนเลือดเข้าไปเบียดแทนที่ เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกดเกิดภาวะ เซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย และปัญหาสำคัญ คือ ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) และที่สมองส่วนของ pons ซึ่งมีหน้าที่สำคัญ คือ ควบคุมการเคี้ยวอาหาร การหลั่งน้ำลาย ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการ กลืน ละมีเสมหะในลำคอ และทำหน้าที่ส่ง กระแสประสาทระหว่างสมองส่วนหน้าและ ส่วนหลัง อีกทั้งยังทำหน้าที่ เกี่ยวกับการ มองเห็น การเคลื่อนไหวลูกตาและการได้ยิน ผู้ป่วยรายนี้จึงมีปัญหาลักษณะการฟังและ การทำตามคำสั่ง ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง เกิดจากการเสื่อมของเส้นเลือดเล็กทำให้ บริเวณเนื้อสมองตายบริเวณสมองส่วนหน้า (basal ganglia) ซึ่งมีหน้าที่ เกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวเมื่อเกิดภาวะสมองขาดเลือดไป เลี้ยงจึงทำให้มีอาการอ่อนแรงได้ ผู้ป่วย 2 รายนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และภาวะไขมัน
	- CBC: ปกติ - BUN, Cr : ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 3 - Electrolyte: มีภาวะ โปแตสเซียมต่ำ 3.15 mmol/l - LFT : albumin 2.40 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ - PT, INR : ปกติ - UA : พบ Bacteria	- CBC: ปกติ - BUN, Cr : ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 3 - Electrolyte: ปกติ - PT, INR : ปกติ - DTX stat : 100 mg% - EKG : ปกติ - Chest X-ray : ปกติ - Lipid profile : มี	

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายนี้			
ข้อมูลผู้ป่วย/ ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
4. การรักษา	<p>และWBC 20-30 - DTX stat : 119 mg% - EKG : ปกติ Chest X-ray : ปกติ - Lipid profile : มีภาวะไขมัน HDL ต่ำ และไขมันLDL สูงกว่าเกณฑ์ - FBS 89 mg/dl - HDL 45 mg/dL - LDL 200 mg/dL NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr., Ceftriaxone 2 gm. iv. OD, Retained NG-tube Nicardipine 20 mg + NSS 100 ml iv stat 5 ml/hr. keep BP\leq 180/100 mmhg. Elixer KCL 30 ml po ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง</p> <p>งดน้ำงดอาหารเว้นยาในวันแรก, และเริ่ม BD(1:1)200 ml. 4 feeds.ตามด้วยน้ำ 50 ml/feed Atorvastatin 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้งก่อนนอน และสามารถหยุดยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดได้ เริ่มเป็นยารับประทาน</p>	<p>ภาวะไขมัน HDL 30 mg/dL ต่ำ และไขมัน LDL 250 mg/dL สูงกว่าเกณฑ์ - FBS 97 mg/dl NSS 1,000 ml iv 80ml/hr. Atenolol 50 mg 1 เม็ดรับประทานวันละครั้งหลังอาหาร Hydralazine50mg รับประทานครั้งละ1 เม็ดวันละ 3ครั้งหลังอาหาร Losartan 50 mg รับประทานครั้งละ1 เม็ดวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร Atorvastatin 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้งก่อนนอน ASA 300 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้งหลังอาหาร</p>	<p>HDL ต่ำและไขมันLDL สูงกว่าเกณฑ์ร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัญหาเรื่องรับประทานอาหารและน้ำได้น้อยจึงทำให้เกิดภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำและอัลบูมินในเลือดต่ำ พบว่ามีไข้ เนื่องจากตรวจปัสสาวะซึ่งพบว่ามี การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การรักษาผู้ป่วย 2 รายนี้แพทย์พิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จะสามารถลดอัตราการเกิด recurrent stroke จึงต้องรับประทานยาในระยะยาวและสม่ำเสมอ ซึ่งยากกลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors คือ ASA ซึ่งเป็นยาต้านเกล็ดเลือดควบคุมอาการและป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase แบบถาวร ทำให้ลดกระบวนการเปลี่ยน arachidonic acid ให้เป็น prostaglandin (PGH₂) ลดการเกิด thromboxane A₂ (TXA₂) ทำให้ลดการเกาะรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดการตีบของเส้นเลือด และการให้ hydration ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นการช่วยเพิ่มปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณร้อยละ 80 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับแนวทางการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเลือดออกในสมองระยะเฉียบพลัน คือ ควรลด Systolic blood pressure ให้ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท ภายใน 6 ชั่วโมงแรก^[6] โดยให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้นผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทาน nicardipine เพื่อช่วยลดการขยายตัวของเลือดออกในสมองในระยะเฉียบพลันได้ ในผู้ป่วยรายที่ 2 ความดันโลหิตสูงไม่อยู่ในเกณฑ์อันตราย และความดันโลหิตสูงมีหน้าที่สำคัญในการนำเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือด ดังนั้นในระยะเฉียบพลันของโรค</p>

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายนี้			
ข้อมูลผู้ป่วย/ ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
5.การ พยาบาล	Enalapril 20mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น Amlodipine 10 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง ASA 81 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้งหลัง อาหาร 1.ประเมินอาการและ อาการแสดงของผู้ป่วย และระดับ ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index 2.ประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ญาติมีการเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ส่งเสริมการทำกิจวัตร ประจำวันเช่นการ อาบน้ำแปรงฟันล้าง หน้าการลูกนั่ง 4.ดูแลและสอนญาติทำ Passive exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยออกกำลังกายแขน - ขาข้างที่อ่อนแรงช่วย ยกขึ้นลงทางออกหุบ เข้าประมาณ 10 - 20 ครั้งเพื่อเพิ่มกำลัง กล้ามเนื้อแขน - ขา	1.ประเมินอาการและ อาการแสดงของผู้ป่วย และระดับ ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index 2.ประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยและ ญาติมีการเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้นให้เร็วที่สุด ส่งเสริมการทำกิจวัตร ประจำวันเช่นการ อาบน้ำแปรงฟันล้าง หน้าการลูกนั่ง 4.ดูแลและสอนญาติทำ Active และ Passive exercise อย่างน้อยวัน ละ 2 ครั้ง โดยออกกำลัง กายแขน - ขาข้างที่ อ่อนแรงช่วยยกขึ้น ลงทางออกหุบเข้า ประมาณ 10 - 20 ครั้ง เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ แขน - ขา 5.เฝ้าระวังติดตามและ	หลอดเลือดสมองแพทย์จึงไม่ให้ยาลดความ ดันโลหิตเพิ่มในผู้ป่วยรายนี้ ดูแลให้ รับประทานยาเดิม ภาวะความดันโลหิตสูงใน โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะ ค่อยๆ ลดลงเองภายใน 48-72 ชั่วโมง หลัง เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 แรกได้รับคะแนน Barthel index ได้ 0 คะแนน ซึ่งต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีคะแนน Barthel

ตารางการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีของกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองรายนี้			
ข้อมูลผู้ป่วย/ ทฤษฎี	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา
	<p>5.เผื่อระวังติดตามและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6.ดูแลเผื่อระวังการสำลักอาหาร โดยจัดทำศีรษะสูงทุกครั้งเวลาให้ผู้ผู้ป่วยรับประทาน อาหาร ฝึกการกลืน โดยการ ใช้เทคนิคการฝึกกลืน (Swallowing techniques) บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนคือ กล้ามเนื้อปากและกล้ามเนื้อลิ้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที จนครบ 10 นาที ใช้เวลาในการบริหาร 5 นาที หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง อาจจำเป็นต้องพิจารณาในการใส่สายให้อาหาร เพื่อป้องกันการสูดสำลัก และนำไปสู่โรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจต่อไปได้</p>	<p>ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่อง.</p>	<p>index แรกรับ9คะแนนจึงมีกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันโดยในผู้ป่วยรายที่1 ต้องได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายแขน – ขาแบบ Passive exercise ซึ่งเป็นการเน้นให้ญาติมีทักษะความรู้ในการทำกายบริหารให้กับผู้ป่วยทั้งหมดแต่ในผู้ป่วยรายที่2นั้นจะเป็นการส่งเสริมแบบ Active และ Passive exercise โดยเป็นการเน้นผู้ป่วยและญาติให้ฝึกกายบริหาร</p>

ตารางการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือด 3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4. มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 5. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 6. มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง 7. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง 3. มีภาวะซึมเศร้ากับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป 4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น

วิจารณ์

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดที่สมอง ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก และหากเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและเมื่ออาการเข้าสู่ระยะคงที่ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องดังนั้นการวางแผนการพยาบาล จึงมุ่งการเฝ้าระวัง ติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้งด้าน Active และ passive movement ซึ่งจากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าพยาบาลจะให้การพยาบาลที่แตกต่างกันโดยคำนึงถึง สมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นหลัก และเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยพยาบาลได้ให้ความรู้ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS คือ I = Immobility : การเคลื่อนไหวร่างกายยึดตามแนวทางของ Barthel index N = Nutrition (โภชนาการ) H = Home Environment (ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน) O = Other People (บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง) M = Medication

(การใช้ยา) E = Examination (ตรวจร่างกาย) S = Spiritual Health (จิตวิญญาณ) S = Service (ความช่วยเหลือ) S = Safety (ความปลอดภัย) จากการพยาบาลดังกล่าวมานี้ จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลได้นำความรู้จากทฤษฎีของโรคหลอดเลือดสมองและหลักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนรวมถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค ทำให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมิใช่การดูแลเฉพาะความเจ็บป่วย แต่ยังรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยด้วย เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อธิบายว่าแม้ผู้ป่วย จะไม่หายขาด แต่การพยาบาลควรมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสริมสร้างความตระหนักในการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหัวใจ ไต ความพิการและลดอัตราการเสียชีวิต
2. มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม จัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมี Care giver เป็นกำลังสำคัญ งานหลักคือการลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ติดบ้านติดเตียง การเข้าถึงชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการรับประทานยาความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ

3. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองทุกรายโดยยึดตามแนวทาง IN HOME SSS เพื่อติดตามอาการและติดตามเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้องตามแพทย์สั่ง รวมไปถึงการสร้างทีมนักกายภาพบำบัดเพื่อเข้าไปช่วยประเมินการบริหารกล้ามเนื้ออย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

4. มีการจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

5. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้สำหรับให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านได้เตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน อธิบายข้อมูลในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

6. จัดทำสื่อความรู้โดยใช้เครื่องมือ Stroke screening tool Act FAST เพื่อให้ชุมชนมันตรวจสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ อย่างน้อยปีละครั้ง ให้ชุมชนมีความรู้ในการสังเกตอาการของ โรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินเซ แขนขาชา/อ่อนแรงครึ่งซีก ให้รีบมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง เนื่องจากต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการเกิดทุพพลภาพตลอดชีวิต

7. การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 เพื่อให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อในระบบ stroke fast track ได้อย่างรวดเร็วขึ้น

8. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลของภาคีเครือข่าย ได้แก่ พยาบาล จิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำศาสนา เป็นต้น

9. ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ Palliative care ควรมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมแบบองค์รวม พร้อมทั้งติดตามดูแลสภาพจิตใจผู้ดูแลและครอบครัว (Bereavement Care) เพื่อประเมินอาการเครียด และภาวะซึมเศร้า อย่างต่อเนื่อง

10. พัฒนาเครื่องมือสื่อสาร ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ เพื่อประเมินและจัดการอาการ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน อย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Demaerschalk, B. M., Hwang, H. M., & Leung, G.U.S. cost burden of ischemic stroke: A systematic literature review. The American Journal of Managed Care (2010)16(7), 525-533.
2. Dr. Kasemsin Pavakul. Stroke X update 2021. [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 8]; Available from: <https://eacc.moph.go.th/bikk/person/docs/strokeupdate%202021.pdf>
3. Service plan stroke. สถานการณ์ & ผลการดำเนินงาน. โรงพยาบาลพิจิตร2565:2-19.
4. กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม.ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคอโรตีดตีบตัน (พิมพ์ครั้งที่1). เชียงใหม่: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
5. ความดันโลหิตสูงที่ทำให้เป็นโรคหัวใจ [อินเทอร์เน็ต].ประเทศไทย:2017[จัดทำ2017 กรกฎาคม 7]. แหล่งที่มา: https://www.ram-hosp.co.th/news_detail/240
6. ธัญพิมล เกณสาคุ, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2563;3:215-223 .
7. มนัสกร อินทวงศ์,ชิตชนก มยุรภักดี,เจนเนตร พลเพชรและจอม สุวรรณโณ.วิธีการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต และผลลัพธ์การจัดการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่อยู่ในระยะวิกฤตเฉียบพลัน. Health Science Journal of Thailand. 2021;3(3):77.



8. นลินีพสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล, แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. (พิมพ์ ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ:ธนาเพรศ; 2559.
9. พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การ รับรู้และการจัดการอาการเตือนของโรคหลอดเลือด สมองในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.2555;35 (3):48-61.
10. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือด สมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564;37(4):54-60.
11. เสาวลักษณ์กองนิล.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย .2557; 4(1): 90-97.

การพยาบาลผู้ป่วยตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค
ร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
Nursing care of antituberculosis drug-induced
hepatitis with hyperglycemic patient.

สิรินาถ สงวนทรัพย์ พย.ม.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค เป็นภาวะที่มีการตรวจพบการทำหน้าที่ที่ผิดปกติของตับ (abnormal liver function tests: LFTs) และ/หรือมีอาการแสดงออกทางคลินิกซึ่งเกิดจากตับทำงานผิดปกติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค ได้แก่ การมีโรคร่วมและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษา โรคเบาหวานเป็นโรคร่วมหนึ่งที่เกิดภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรคมักเป็นสาเหตุของการหยุดยา ซึ่งมีผลต่อประสิทธิผลของการรักษารวมไปถึงการดื้อยาของเชื้อวัณโรค หากมีความรุนแรงมากมีผลให้เกิดตับวายเฉียบพลันทำให้อวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและมีโอกาสเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยทีมรักษาพยาบาลที่มีทั้งทักษะและความชำนาญในการดูแล

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี 6 เดือนน้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อ 25 มกราคม 2564 ด้วยตรวจพบว่าเป็นวัณโรคปอดเมื่อ 3 ธันวาคม 2563 ผล AFB 1+ได้ รับยาสูตร HRZE 5 วันก่อนมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ตา และตัวเหลือง ตับโต 1 วันก่อนมาอาเจียน 2 ครั้ง ตาลาย มองภาพเบลอไม่ชัด ผล DTX 574 mg% วินิจฉัยโรค drug-induced hepatitis with hyperglycemia แพทย์พิจารณาการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และโรคร่วมโดยปรับสูตรยาวัณโรค re-challenge ยาวัณโรค และการให้ยาอินซูลิน พยาบาลต้องใช้ความรู้ทักษะ และเทคนิคการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ต้องเฝ้าระวัง และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดรายงานแพทย์เมื่อพบอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติรวมถึงการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ส่งผลให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 14 วัน

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตับอักเสบจากการใช้ยาต้านวัณโรคและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ : ตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค , น้ำตาลในเลือดสูง , การพยาบาล

Abstract

Antituberculosis drug-induced hepatitis It is a condition in which abnormal functioning of the liver is detected. and/or clinical manifestations caused by abnormal liver function. Factors associated with the incidence of anti-TB drug-induced hepatitis include: The presence of comorbidities and pretreatment laboratory results. Treatment Diabetes is a comorbid disease in which antituberculous hepatitis is often the reason for drug discontinuation. which affects the effectiveness of treatment, including drug resistance of TB. If it is very severe, resulting in acute liver failure, the organs failed and had a high chance of dying. Therefore, it is necessary to be closely monitored by a team of medical treatments who are both skilled and skilled in taking care of them.

Case study: Thai male patient, 54 years old, 6 months old, weighing 41 kg, refer community hospital on January 25, 2021. With pulmonary tuberculosis diagnosed on December 3, 2020, AFB 1t results received the HRZE regimen. 5 days ago, tired, exhausted, and unable to eat. Eyes and jaundice, enlarged liver 1 day before vomiting 2 times, dizzy, blurry vision. Result: DTX 574 mg% diagnosed drug-induced hepatitis with hyperglycemia. Physicians consider treating underlying and comorbid diseases by adjusting TB regimens, re-challenge TB drugs, and insulin administration. Nurses must use knowledge, skill, and nursing care in accordance with the treatment. Intensive nursing care, notifying doctors of abnormal signs, and symptoms, and decision-making help a patient with nursing care for basic treatment. They are back in good health. Length of stay in hospital 14 days.

Results : The patient was saved from the antituberculosis drug-induced hepatitis and hyperglycemia and he was able to return to normal life.

Keyword : drug-induced hepatitis, hyperglycemia. Nursing care

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย หนึ่งในสิบอันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตและประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อวัณโรคสามารถพัฒนาไปสู่การป่วยด้วยโรควัณโรค⁽¹⁾ ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด ร้อยละ 80 ของวัณโรคทั้งหมด และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น พยาธิสภาพในเนื้อปอดจากขนาดเล็กๆ และค่อยๆ ใหญ่ขึ้นได้ และอาจทำให้เกิดแผลโพรงในปอด ถ้ามีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้น ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย⁽²⁾ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น รักษาล้มเหลว ขาดยาและโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงและเป็นปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุ และมีโรคร่วม⁽²⁾

โรคเบาหวานเป็นอีกโรคหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมน และความบกพร่องของภูมิคุ้มกันผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน 3 เท่า 3 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเบาหวานเสียชีวิตในระหว่างการรักษาวัณโรคค่อนข้างมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรได้รับการคัดกรอง

ค้นหาวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคก็ควรตรวจหาเบาหวานด้วยเช่นกัน เพื่อเข้าถึงการรักษาพร้อมกันทั้ง 2 โรคเพื่อให้การควบคุมวัณโรคและเบาหวานมีประสิทธิภาพ

การรักษาวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนหรือรับการรักษาไม่เกิน 1 เดือน และไม่พบผลเชื้อวัณโรคคือต่อยาด้วย First-line drugs หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid, H) ริแฟมพิซิน (Rifampicin, R) ไพราซินามิด (Pyrazinamide, Z) และอีแทมบูทอล (Ethambutol, E) โดยใช้สูตร HRZE เป็น ระยะเวลา 2 เดือนแรก จากนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะการรักษาต่อเนื่อง จะใช้สูตร HR ต่อไปเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน 3 จึงทำให้มีโอกาสสูงในการเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยพิษต่อตับพบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 86.9 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่มักเป็นสาเหตุของการหยุดยา ซึ่งมีผลต่อประสิทธิผลของการรักษา รวมไปถึงการต่อยาของเชื้อวัณโรค และจากการศึกษาของคณาพรธนะ เหมะรักษ์และคณะ ที่ศึกษาการมีโรคร่วมและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษาต่อการเกิดภาวะตับอักเสบจากยาด้านวัณโรค พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมหนึ่งที่เกิดภาวะตับอักเสบจากยาด้านวัณโรค และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษา ได้แก่ 1) อัลบูมิน 2) บิลิรูบิน 3) ค่าเอนไซม์ตับก็สัมพันธ์กับการเกิดภาวะตับอักเสบจากยาด้านวัณโรคเช่นกัน⁽³⁾ ลักษณะทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบ

จากยาด้านวัณโรคจะมีค่า aspartate aminotransferase (AST) หรือ alanine aminotransferase (ALT) มากกว่า 3 เท่าของค่าปกติปกติบน (upper limit of normal) พิจารณาหยุดยา Isoniazid , Rifampicin , Pyrazinamide (HRZ) เมื่อผู้ป่วยอาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้นและ liver enzyme กลับสู่ปกติให้ re-challenge Isoniazid , Rifampicin เป็นอย่างน้อย⁽²⁾

พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลรักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผน ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยต้ออักเสบจากยาด้านวัณโรคร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในประเด็นการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น

2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. ศึกษาผู้ป่วยต้ออักเสบจากยาด้านวัณโรคร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย

การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

4. สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 54 ปี 6 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพรับจ้างทั่วไป สถานภาพสมรสคู่ น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 ซม. ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อ 25 มกราคม 2564 ตรวจพบว่าเป็นวัณโรคปอด เมื่อ 3 ธันวาคม 2563 ผล AFB 1+ ได้ รับประทาน HRZE และเมื่อ 28 ธันวาคม 2563 ผลตรวจ LFT ค่า AST 119 U/L, ALT 79 U/L, ALP 81 U/L, Albumin 3.1 g/dL Total Bilirubin 2.5mg/dL, Direct Bilirubin 1.4 mg/dL ประวัติดื่มเหล้าขาววันละ 1 ขวดทุกวันต่อเนื่องราว 3 ปี และหยุดดื่มมา 2 เดือน 10 วันก่อน (15 มกราคม 2564) มีอาการตามองเห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพเบลอ ตัดแว่นมาใส่ไม่ชัดเหมือนเดิม 5 วันก่อน (20 มกราคม 2564) มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ตาและตัวเหลือง 1 วันก่อนมา อาเจียน 2 ครั้ง ตาลาย มองภาพเบลอไม่ชัด 2 ชั่วโมงก่อนมามีอาเจียน 2 ครั้ง ผล DTX 574 mg% วินิจฉัยโรค drug-induced hepatitis with hyperglycemia

แรกรับที่หอผู้ป่วย รู้สึกตัวดี BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 95% E 4 V5 M6 คลำตับโต 4 เซนติเมตร ผลเลือด BS 555 mg/dL, Blood Electrolyte Na 120 mmol/L, K 5.68 mmol/L, Cl 82 mmol/L , PT 16.3 , Serum Osmolarity 271 mOsmol/Kg , LFT ค่า AST 164 U/L, ALT 248 U/L, ALP 66 U/L, Albumin 3.5 g/dL, Total bilirubin 4.86 mg/dL, Direct Bilirubin 3.84 mg/dL, pH(Venous Blood Gas) 7.441, Ketones Serum 1.3 , ตรวจปัสสาวะ , Ketone 1+ , Urine Sugar 4+ on NSS 1,000 ml IV load in 1 hr. then NSS 1,000 ml IV drip 80 cc/hr. DTX next 1 hr 554 mg% ฉีด RI 10 unit sc. stat, DTX next 2 hr 441 mg% ฉีด NPH 10 unit sc. stat, ปรับลด NSS 1,000 ml IV drip 60 cc/hr เปลี่ยนสูตรยา anti TB เป็น Levofloxacin (500



1 tab oral OD pc, Amikin 500 mg IV. Drip OD วันจันทร์ถึงวันศุกร์ , Etambutol (400) 1 ½ 1 tab oral OD hs.

26 มกราคม 2564 DTX premeal , hs keep 80 - 200 mg% , On RI scale if DTX 201-250 mg% ให้ RI 4 unit sc. , 251-300 mg% ให้ RI 6 unit sc , 301-350 mg% ให้ RI 8 unit sc , If DTX < 80 , > 350 mg% ให้ Notify , DTX อยู่ในช่วง 225-399 mg% ให้ RI ตาม scale On NSS 1,000 ml + B.co 2 ml IV drip 100 cc/hr. ผลเลือด HbA_{1c} 11.2 % เพิ่มการวินิจฉัยโรคเป็น Diabetes Melitus type II เริ่ม Metfomin (500mg) 1 tab oral bid pc.

27 มกราคม 2564 DTX อยู่ในช่วง 385-482 mg% ให้ RI ตาม scale , On IV drip เดิม, เริ่ม NPH pen-fill 10 unit sc hs , pH(Venous Blood Gas) 7.426 , ผล Ketones Serum 0.20

28 มกราคม 2564 DTX อยู่ในระดับ HI เพิ่ม ฉีด Mixtard 12 unit sc stat., Metfomin (500mg) 2 tab oral , off NPH 10 unit sc hs เปลี่ยนเป็น Mixtard (70/30) 14 - 0 - 12 unit sc ac , Blood Electrolyte Na 124 mmol/L, K 3.17 mmol/L ให้ Elixer KCL 30 ml oral q 4 hr. On IV drip เดิม pH (Venous Blood Gas) 7.422 , Ketones Serum 0.10, เวลา 17.30 น. DTX 528 mg% ให้ RI 50 unit + NSS 100 ml. (1:1) IV.drip 6 ml/hr , NSS 1,000 ml load 1000 ml. then drip rate 150 cc/hr. เวลา 21.00 น. DTX 260 mg% ลด RI 50 unit + NSS 100 ml. (1:1) IV.drip เหลือ 3 ml/hr , NSS 1,000 ml drip เหลือ 60 cc/hr เวลา 22.00 น. DTX 163 mg% Hole RI drip

29-31 มกราคม 2564 DTX อยู่ในช่วง 134-473 mg% เพิ่ม Mixtard (70/30) 24 - 0 - 20 unit sc ac consult Nutrition ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ตัวและตาเหลืองลดลงมีอาการจุกแสบลิ้นปี่ปวดท้องด้านขวาแพทย์ให้ยา Omeprazole 20 mg 1 tab OD ac

1-2 กุมภาพันธ์ 2564 DTX อยู่ในช่วง 140-231 mg% เพิ่ม Mixtard (70/30) 28 - 0 - 20 unit sc ย้ายมาหอบผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม เริ่ม INH (100mg) 3 tab oral OD hs., Vit B6 (50mg) 1 tab oral OD hs

3-5 กุมภาพันธ์ 2564 DTX อยู่ในช่วง 129-225 mg% off Levofloxacin (500mg) 1 tab oral OD pc, Amikin 500 mg IV. Drip OD วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เริ่ม Rifampicin (450mg) 1 tab oral OD hs.

6 -10 กุมภาพันธ์ 2564 DTX อยู่ในช่วง 97-160 mg% เพิ่ม Mixtard (70/30) 32 - 0 - 18 unit sc

11 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่นรับประทานอาหารได้มากตัวตาเหลืองลดตัวตาไม่เหลือง น้ำตาลในเลือด 94mg% , LFT ค่า AST 40 U/L, ALT 34 U/L, ALP 49 U/L, Albumin 3.5 g/dL Total bilirubin 2.12 mg/dL, Direct Bilirubin 0.98 mg/d แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัด F/U วันที่ 2 มีนาคม 2564 พร้อม ตรวจ FBS, LFT และ CXR PA

จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล และมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีภาวะดื่มน้ำไม่เพียงพอจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย อาเจียน ตาเหลือง ตัวเหลือง หลังจากได้รับยารักษาวัณโรคปอด HRZE
2. ผล LFT มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ AST 164 U/L, ALT 248 U/L, Albumin 3.5 g/dL Total bilirubin 4.86

mg/dL, Direct Bilirubin 3.84 mg/dL

3. ตรวจร่างกายพบ คล้ำพตบโต 4 cm. ,icteric sclera

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตับอักเสบจากการใช้ยารักษาวัณโรค และทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล LFT มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ AST 0-40 U/L, ALT 0-41 U/L, Albumin 3.5-5.2 g/dL Total bilirubin 0-1.20 mg/dL, Direct Bilirubin 0-0.03 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอยู่บนเตียง มากที่สุดเพื่อช่วยการซ่อมแซมเนื้อตับที่ถูกทำลาย

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหาร NSS 1,000 ml + B.co 2 ml IV. drip 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูแลให้ได้รับยารักษาวัณโรคสูตรใหม่ เป็น Levofloxacin (500mg) 1 tab oral OD pc, Amikin 500 mg IV. Drip OD วันจันทร์ถึงวันศุกร์ และ Etambutol (400 mg) 1 ½ 1 tab oral OD hs.

การประเมินผล

ผล LFT อยู่ในเกณฑ์ปกติ AST 40 U/L, ALT 34 U/L, Albumin 3.5 g/dL Total bilirubin 2.12 mg/dL, Direct Bilirubin 0.98 mg/dL

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล DTX แรกรับ 574 mg%

2. แพทย์วินิจฉัย Diabetes Melitus type II ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

3. HbA1C 11.2 %

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล DTX premeal อยู่ในเกณฑ์ 80 - 200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์

2. ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน

กิจกรรมการพยาบาล⁽⁸⁾

1. เจาะเลือดตรวจ DTX premeal และก่อนนอน และตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด

2. ฉีด Mixtard ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ RI ตาม DTX scale เมื่อ DTX 201-250 mg% ให้ RI 4 unit sc, 251-300 mg% ให้ RI 6 unit sc. 301-350 mg% ให้ RI 8 unit sc. และหาก DTX < 80 , > 350 mg% รายงานแพทย์

3. ดูแลให้สารน้ำ NSS 1,000 ml IV load in 1 hr. then NSS 1,000 ml IV drip 80 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อชดเชยสารน้ำที่เสียไป

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย

5. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ ชา ตัวเย็น มึนงง การตอบสนองช้าลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ซึม หหมดสติ

6. ดูแลให้ได้รับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

7. ประเมินภาวะหมดสติจากภาวะน้ำตาลสูง (ketoacidosis) ซึ่งมีอาการและอาการแสดงได้แก่ กระหายน้ำ ตาลึก หายใจลึก ซึมลง กระสับกระส่าย

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ UA, Blood sugar

9. เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ปรึกษาทีมสหสาขาความร่วมมือกันดูแลในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำ

การประเมินผล

ผล DTX premeal อยู่ในเกณฑ์ 80 - 200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์หลังจากปรับรักษา 10 วัน มีการปรับแผนการดูแลเป็นระยะจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยได้ Mixtard (70/30) 28 - 0 - 20 unit sc., Metfomin (500mg) 2 tab oral bid pc. ระหว่างปรับยาไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน และไม่มี ภาวะ ketoacidosis

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3**

ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย รับประทานน้อย คลื่นไส้ อาเจียนและได้รับยารักษาวัณโรคปอด
2. Blood Electrolyte Na 119 mmol/L, K 5.68 mmol/L, Cl 82 mmol/L

เกณฑ์การประเมินผล**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล**

เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. Blood Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ Na 136-145 mmol/L, K 3.4-4.5 mmol/L, Cl 98-107 mmol/L
2. สมดุล Intake/Output
3. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ IV. Fluid & electrolyte อย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน

2. Record intake /output ทุก 8 ชม. เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ โดยเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ให้กับปริมาณปัสสาวะที่ออก

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Electrolyte imbalance เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติ

4. ติดตามผลการตรวจ Blood Electrolyte รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การประเมินผล

1. Blood Electrolyte Na 136 mmol/L, K 3.46 mmol/L, Cl 103 mmol/L

2. Intake < Output

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4

ผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ สภาวะของโรค และการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการผู้ป่วยความรุนแรงของโรคที่เป็นและแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น คลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยการแนะนำตัวเองและพูดคุยให้กำลังใจด้วยความเห็นอกเห็นใจและเป็นกันเอง

2. กระตุ้นให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นกันเองและเต็มใจตอบข้อซักถาม

3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลการรักษา การดำเนินของโรค และความก้าวหน้าของโรคเป็นระยะ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

5. สร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการเผชิญกับโรคที่เป็น และให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้สนทนากับแพทย์เป็นระยะ

6. กระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

7. ประเมินภาวะวิตกกังวลโดยสังเกต พฤติกรรมสีหน้าท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย และจากการซักถาม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น คลายความวิตกกังวล เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5

มีความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการจากการได้รับอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักตัวลด หลังจากได้รับยารักษาวัณโรคปอด

2. ค่า BMI 15.06

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ค่า Hb 8.7, Hct 26.8%, Albumin 2.7g/dL ซึ่งต่ำกว่าปกติ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารที่คำนวณพลังงานไว้ได้หมดในแต่ละมื้อ

2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม ในแต่ละสัปดาห์ BMI ปกติ (18.5-25.0)

3. ระดับอัลบูมินในเลือด > 3 g/dL ค่า Hb, Hct, Albumin ในเลือดเพิ่มขึ้น หรือปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะขาดสารอาหาร จากการสังเกตและบันทึกการรับประทานอาหาร จำนวน ชนิด พลังงานจากอาหาร ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การกลืน ภาวะทางจิตสังคม เศรษฐกิจ และความเชื่อในการรับประทาน หรือไม่รับประทานอาหาร บางอย่าง

2. ปรึกษาโภชนาการ เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และ กำหนดแผนในการให้อาหารในแต่ละมื้อ และแต่ละวัน โดยเพิ่มไข่ต้มมื้อละ 2 ฟอง

3. ส่งเสริมให้ได้รับอาหารพอเพียง ให้คำปรึกษา ในการช่วยผู้ป่วยเลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง พลังงานสูง เช่น ปลา ไข่และนม วิตามินและแร่ธาตุให้มีปริมาณและคุณภาพ ตรงกับความต้องการ ความชอบ และเหมาะสมกับโรคเบาหวานที่เป็นโรคร่วม

4. ประเมินและติดตามน้ำหนักตัว ชั่งน้ำหนัก สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในภาวะที่ใกล้เคียงกัน และติดตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hb, Hct, Albumin และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

5. ประเมินอิทธิพลของความเชื่อและวัฒนธรรม ในการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อ ภาวะโภชนาการ

6. สอนผู้ป่วยและครอบครัว ในการเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการ

การประเมินผล

1. รับประทานอาหารที่คำนวณพลังงานไว้ได้หมดเกือบทุกมื้อ

2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัม ในระยะเวลา 15 วัน

3. ระดับ Albumin 3.5 g/dL เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่าย อย่างปลอดภัย

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่บ้านและกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของ ยารักษาวัณโรคและยาฉีดเบาหวาน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อที่ที่บ้าน

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย ตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน

D : Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด เบาหวาน สาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการป้องกัน

M : Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน ประสานเภสัชกร ในการสอนการ ฉีดยาการเก็บรักษายา mixtard แนะนำให้รับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

E : Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ

T : Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนวทางการรักษาพยาบาล ความสำคัญในการดูแล สุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

H : Health care การดูแลสุขอนามัย อาการผิดปกติ

ปกติที่ต้องมาพบแพทย์จากการได้รับยารักษาวัณโรคได้แก่อาการตาตัวเหลืองอาเจียนระดับความรู้สึกตัวลดลง และจากการได้รับยารักษาเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ได้แก่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ ซา ตัวเย็น มึนงง การตอบสนองช้าลง สับสน ซึม หมดสติ ซัก

O : Outpatient การส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน เพื่อติดตามอาการ

Diet : การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรคเบาหวานและสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

วิจารณ์

ภาวะตับอักเสบจากยาต้านวัณโรค เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยที่สุด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐานมีความสำคัญมากในการรักษาให้หาย ลดการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและการดื้อยา ดังนั้นต้องเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว ด้วยการประเมินโรคร่วม การทดสอบความไวต่อยาเพื่อค้นหาวัณโรคดื้อยา การให้การรักษาดูแลด้วยสูตรยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูง ขนาดยาถูกต้อง สม่าเสมอ และครบถ้วน เพื่อลดความเสี่ยงในการรักษาล้มเหลวและเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวลดลง เนื่องจากเบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียน และหาก BMI ต่ำกว่า 18.5 kg/m² จะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยควรดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยด้วยการซักประวัติการรับประทานอาหาร ลักษณะทางคลินิก และตรวจชีวเคมีของเลือดเพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหารและโลหิตจาง เช่น serum albumin, CBC และนำข้อมูลไปประกอบการดูแลรักษา มีการติดตามภาวะโภชนาการในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมีสุขลักษณะของการดำรงชีพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมักมีปัญหาซับซ้อน หลายมิติ ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ร่วมให้การดูแลในเชิงลึก และเป็นแบบองค์รวม

สรุป

การรักษาวัณโรคซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยเฉพาะการเกิดพิษต่อตับซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงตลอดจนมีภาวะทุพโภชนาจากพยาธิสภาพของโรคและยาที่ได้รับ ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคทุกคนต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านวัณโรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา การประเมินภาวะทุพโภชนา เพื่อจะได้ติดตามสังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และมารับการรักษาทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างละเอียดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การนับมา ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยทุก 1-2 สัปดาห์ โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหากพบผู้ป่วยเกิดพิษต่อตับระหว่างการรักษาวัณโรค ควรให้การจัดการที่เหมาะสมและรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการพิษต่อตับ และหายขาดจากวัณโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Health Organization. Global tuberculosis report 2019. France: Minimum Graphics.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Castro AT, Mendesb M, Freitas S, Roxoc PC. Incidence and risk factors of major toxicity associated to firstline antituberculosis drugs for latent and active tuberculosis during a period of 10 years. Rev Port Pneumol. 2015;21:144-150.
5. คณาพรธน เหมะรักษ์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ , สมเกียรติยศ วรเดช. การมีโรคร่วมและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษาต่อกร



- เกิดภาวะพิษต่อตับจากยารักษาวัณโรค. วารสาร
วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2564 ; 14 : 78-93 .
6. Danan G, Teschke R. Roussel Uclaf
Causality Assessment Method for Drug-
Induced Liver Injury: Present and Future.
Published online 2019.
 7. Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G,
BothamleyGH, BrozekJL, etal. Treatment
of Drug-Resistant Tuberculosis. American
Journal of Respiratory and Critical Care
medicine. 2019;200:93-142.
 8. ประทุม สร้อยวงศ์, การพยาบาลอายุรศาสตร์.
เชียงใหม่: เอ็น พี ที ปริ้นติ้ง; 2564.

คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปี ละ 2 ครั้ง 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles) ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปริญญา) และสถานทีปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อเรื่อง ถ้ามีผู้พิมพ์ มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑฒิพงค์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ ชาว กรรติพงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เภมการวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอชส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมไบเบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.0 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป

7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้พิมพ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความต่อไป

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท



แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....

2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....

3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด.....วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

4. ขอส่งบทความ () 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)

() 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)

() 3. บทความพิเศษ (Special article)

() 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)

() 5. ปกิณกะ (Miscellany)

ชื่อเรื่อง ภาษาไทย :

ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ :

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถืออีเมลล์

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย () ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

() เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

() เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

Phichit Public Health Office

