สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

วารสาร
สาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา
Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565

ISSN 2774-096X (Online)

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัย และองค์กรด้านสุขภาพ

คณะที่ปรึกษา

นพ.ขจร วินัยพานิช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นพ.รุ่งกิจ ปินใจ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.เด่น ปัญญานันท์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ทพญ.สุขจิตตรา วนาภิรักษ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายสง่า วังคะออม	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นางพัชรี อรุณราษฎร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

บรรณาธิการ

ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

รองบรรณาธิการ

ดร.กภ.หัสยาพร อินทยศ	โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่
พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์	โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการ

ภก.ศุภรัชต์ แห่งพิษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายอเนก จินดาขัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ทพญ.ณัฐญา อยู่สมบูรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นางพริ้มพร แปงมา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายนิธิ แนวเล็ก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายทวีศักดิ์ โท๊ะทองชิว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นางสาวชรินรัตน์ รัตนอุปพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายปิยวัฒน์ หนองโกมล	โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

รศ.ดร.จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.พัทยา แก้วสาร	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.ภก.เทพิน จันทร์มหเสถียร	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.กษศรณ์ นุชประสพ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
ดร.จารุภา จิรโสภณ	มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
ดร.พิชชาดา ประสิทธิโชค	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.สราวุฒิ ตรีศรี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ปิยะ บูชา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ	มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ดร.กัลยาณี โนอินทร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร.เสาวภา เด็ดขาด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ทพญ.สุขจิตตรา วนาภิรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ดร.ภก.วิมลักษณ์ นพศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ดร.รสสุคนธ์ แก้วป้องปก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ดร.ศิริเนตร สุขดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นพ.จิรายุทร์ พุทธรักษา	โรงพยาบาลสอง
ดร.ชาตรี แมตสี่	โรงพยาบาลแพร่
พว.พรธิดา ชื่นบาน	โรงพยาบาลแพร่

บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ปี พ.ศ.2565 (ปีที่ 2) ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม-มิถุนายน) ฉบับนี้มีการปรับกองบรรณาธิการใหม่ แต่ยังคงมีเป้าประสงค์และข้อกำหนดของวารสารคงเดิม เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีบทความวิชาการและบทความวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่ (1) การผลิตยาน้ำแขวนตะกอนเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กในโรงพยาบาลชุมชน (2) การสื่อสารสุขภาพ กลไกการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (3) ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (4) ผลการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (5) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ และ (6) สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยจังหวัดชุมพร ปี 2560-2564

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร และผู้ประเมินบทความทั้งภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า เพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้งขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.thaidj.org/index.php/jpphd และสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนาวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนาให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และได้รับการรับรองคุณภาพที่สูงขึ้น ต่อไป

ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง
บรรณาธิการ
มิถุนายน 2565

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ 1

สายฝน โชคทรัพย์สุขกูล

ผลการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 16

รุ่งนภา ไชยอาม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ 30

อุษา โปร่งใจ ยุพา แก้วอ้วน

สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยจังหวัดชุมพร ปี 2560-2564 44

สุเทพ ภูติประวรรณ

บทความวิชาการ

การผลิตยาน้ำแขวนตะกอนเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กในโรงพยาบาลชุมชน 62

อรวรรณ กาศสมบูรณ์

การสื่อสารสุขภาพ กลไกการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 78

ธนปนันท์ อัครวีรวัฒน์ พรรณี บัญชรหัตถกิจ

หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 90

Contents

Page

Research Articles

Causal Factor Affected on Self-Care Behavior among Hypertension Patients, Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province 1

Saifon Choksubsukkoon.

The results of the development of nursing practice guidelines in the care of patients with acute ischemic stroke Accident and Emergency Work, Fang Hospital, Chiang Mai Province 16

Rungnapa Chaiarm.

Development Of Nursing Practice Guideline for The Prevention of Postpartum Hemorrhage After Cesarean Section in The Post-Anesthesia Care Unit Phrae Hospital. 30

Usa Prongjai, Yupa Kaewouan.

Situation of Oral Health Promotion Service for Pregnant Woman and Preschool Children in Chumphon Province During 2017-2021 44

Suthep Phutiprawan.

Academic Article

Compounding of Pediatric Extemporaneous Favipiravir Oral Suspensions in Community Hospital 62

Orawan Kadsomboon.

Health Communication for Health Promotion in Community 78

Thanapanan Akharawirawat, Pannee Banchonhattakit.

Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development 90

Causal Factor Affected on Self-Care Behavior among Hypertension Patients, Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province[1]

Saifon Choksubsukkoon[2]

Received: 30 May 2022 *Accepted: 29 June 2022*

Abstract

The purpose of this study was to study the level of self-care behavior and to study the effect of causal factor affected on self-care behavior. The sample consisted of 220 hypertension patients who received the service at Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province. The sampling method was systematic random sampling. The questionnaires were used to collect data, confidence coefficient between 0.73-0.97. The data were analyzed by descriptive statistic and multiple regression analysis.

The result showed that the people over 15 years old have a moderate level of participation in health activities ($\overline{X}$ = 2.04, SD = 0.80), moderate level of health behavior ($\overline{X}$ = 3.58, SD = 0.47), and showed that the factor affected health behavior at 0.05 significance level were self-care attitudes (x_1), participation in health activities (x_2), perceived health, families (x_3)' social support (x_4), and perceived benefits (x_5) (β = 0.37, 0.36, 0.20, 0.19, and 0.12, respectively). The predictive equation from row score were as follow:

Health behavior = 9.71 + 0.20 (x_1) + 0.25 (x_2) + 0.16 (x_3) + 0.42 (x_4) + 0.08 (x_5)

Keywords: participation in health activities, health behavior

[1] Original Article

[2] Medical Physician, Professional Level, Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province, E-mail: p5445c@hotmail.com

ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่[1]

สายฝน โชคทรัพย์สุขกูล[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ2) ศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ จำนวน 220 คน ทำการสุ่มด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่าที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.97 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง (x_1) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (x_2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (x_3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (x_4) และทัศนคติต่อการดูแลตนเอง(x_5) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.29, 0.21, 0.18, 0.18 และ 0.15 ตามลำดับ และมีสมการทำนายจากคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = $14.15 + 0.39 (x_1) + 0.25 (x_2) + 0.52 (x_3) + 0.30 (x_4) + 0.13 (x_5)$

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง

[1] บทความวิชาการ

[2] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ อีเมล: p5445c@hotmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นฆาตกรเงียบที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรที่สำคัญของประชากรโลก เนื่องจากโรคนี้มักไม่มีสัญญาณเตือนที่เป็นอาการและอาการแสดงของโรค หากเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย ซึ่งทำให้เกิดความพิการ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาและมีโอกาสเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (2561) รายงานว่า ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.70 ของ DALYs (Disability adjusted life years) นอกจากนั้นยังพบว่า สองในสามของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2025 ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญไปกว่านั้น คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,010.22 บาทต่อครั้ง และมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากขาดงานและความพิการเฉลี่ย 101,681.20 บาทต่อปี และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตเฉลี่ย 15,766.66 บาทต่อปี รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4,267,448 ราย 7,000,405 ราย และ 7,192,014 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563 จากข้อมูลในโปรแกรม Health Data Center: HDC จังหวัดแพร่ ณ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2563 พบว่า ประชาชนจังหวัดแพร่ มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70,619 ราย 72,994 ราย และ 74,601 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 54.40 และ 49.85 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 11.09, 10.26 และ 10.28 ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ น้อยกว่าร้อยละ 7 และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 9.90, 15.75 และ 13.71 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563 จากข้อมูลระบบเวชระเบียนในโปรแกรม Extreme Platform for Hospital Information: HOSxP ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 536 ราย, 561 ราย และ 568 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวแนว

เพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 0.00, 58.11 และ 58.78 ตามลำดับ โดยมีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 8.33, 3.85 และ 0.00 ตามลำดับ และไม่พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง รวมถึงโรคความดันโลหิตสูงมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้พ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการประพฤติปฏิบัติเพื่อส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้ลดการตาย และสามารถช่วยเพิ่มความยืนยาวของชีวิต ช่วยเพิ่มสภาวะที่ชีวิตปลอดโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่มาจากการรักษาโรคในแต่ละปี (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2556) สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้แนะนำแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการควบคุมน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางการหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่าแนวทางดังกล่าวนั้นเป็นลักษณะของการ การเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยปัจจัยหลักสองปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เป็นต้น และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ เรื่องการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ (อัมภากร หาญณรงค์, 2560; วิภาวรรณ อะสงค์, 2558; Chunhua Ma, 2018; Moh. Rozani, 2019; Sangsaikaew, Pilayon, Junsevg, Inchaiya, Dankasai & Koontalay, 2021; Wondmieneh, Gedefaw, Getie & Demis, 2021)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องและตรงกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์

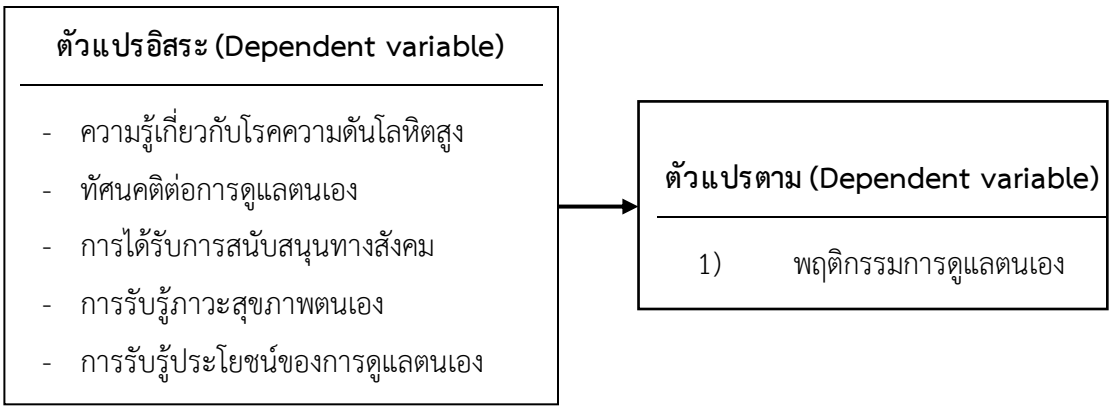
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

2. เพื่อศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของการวิจัยครั้งนี้ คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของ แบนดูร่า (Bandura, 1986) ที่ได้อธิบายถึงการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายในโดย ไม่จำเป็นที่จะต้องมีการแสดงออก โดยแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยแบนดูร่าเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้มาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุแห่งพฤติกรรมร่วมกับการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรดังกล่าว ประกอบด้วย ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นต้น รายละเอียดแสดงตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
5. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม–พฤษภาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563–31 ธันวาคม 2564 จำนวน 584 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่

จังหวัดแพร่ ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ แฮร์ และคณะ (Hair at el., 2010) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีนำเข้าข้อมูลการวิเคราะห์แบบ Enter Selection เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในภาพรวม ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 30 คนต่อ 1 ตัวแปรอิสระ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 5 ตัวแปร ขนาดตัวอย่างจึงเท่ากับ 150 คน ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บจากแบบสอบถาม เป็น 1.50 เท่า เพื่อชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่อาจตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้น จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 220 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล : เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้นตอนที่ 2-7 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 13 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.28-0.84 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับ ตามแนวคิดของ Best (1981) โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน

- ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน

- ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.34–0.72 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.73

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 6 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.49-0.93 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

4) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 8 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.77-0.94 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97

5) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 5 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.78-0.87 และ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93

6) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด

(5 คะแนน) จำนวน 8 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.62-0.90 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร และ 2) ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีนำเข้าข้อมูลการวิเคราะห์แบบ Enter Selection

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 011/2565 ซึ่งในกระบวนการการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป : กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ จำนวน 220 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.00 มีอายุเฉลี่ย 55.71 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.79) อายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 83 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.90 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.90 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 11.80 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.20 มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 30.90 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนๆละ 6,465.90 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,056.04) มีรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุดเดือนละ 0 บาท (ไม่มีรายได้) มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด เดือนละ 40,000 บาท ส่วนระยะเวลาที่รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 5.18 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.58) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 12 ปี

ตอนที่ 2 ระดับของพฤติกรรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59) เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.18 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 36.82 อยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามข้อที่ 9 (ไม่สูบบุหรี่ หรือบุหรี่ไฟฟ้า) มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนข้อคำถามข้อที่ 7 (ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก แต่ยังพูดได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที) คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 และ 2.23
ตามลำดับ รายละเอียดแสดงตามตาราง 2

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อและโดยรวม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
1. รับประทานอาหาที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	2.97	1.06	ปานกลาง
2. รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา เนื้ออกไก่ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันและมีคอเลสเตอรอลสูง	3.02	0.99	ปานกลาง
3. รับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวก แทนการทอด	2.77	0.90	ปานกลาง
4. หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไส้กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง เป็นต้น	2.69	1.03	ปานกลาง
5. รับประทานผักสด ผลไม้สด ตามฤดูกาล มากกว่าการรับประทานผักผลไม้แปรรูป	3.21	1.00	ปานกลาง
6. ทำงานหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	2.95	1.10	ปานกลาง
7. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก แต่ยังพูดได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที	2.23	1.07	ปานกลาง
8. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือ ไวน์	3.95	1.03	สูง
9. ไม่สูบบุหรี่ หรือบุหรี่ไฟฟ้า	4.34	0.91	สูง
10. ปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.94	0.92	ปานกลาง
11. สังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต	3.17	0.82	ปานกลาง
12. หาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การอ่านจากหนังสือ นิตยาสาร ดูรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การเข้าอบรมด้านสุขภาพ	2.99	0.86	ปานกลาง
13. สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและพึงพอใจ	3.34	0.728	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	3.08	0.59	ปานกลาง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย จำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ช่วงคะแนน	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- **ระดับต่ำ** (คะแนนน้อยกว่า 1.68 คะแนน หรือมาก น้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม)	-	-	-
- **ระดับปานกลาง** (คะแนนอยู่ระหว่าง1.68-3.33 คะแนน หรือ ≥ 60% - < 80% ของคะแนนเต็ม)	2.74	139	63.18
- **ระดับสูง** (คะแนนตั้งแต่ 3.34 คะแนนขึ้นไป หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม)	3.68	81	36.82

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยสาเหตุกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ของการการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ หรือไม่ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.48, 0.40, 0.41, และ 0.44 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้องมีค่าไม่สูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Kline. 2005) ผลการตรวจสอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรทุกค่า มีค่าต่ำกว่า 0.85 โดยคู่ตัวแปรทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (r=0.32) คู่ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลตนเองและและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (r=-0.01, 0.01 ตามลำดับ) ผลการทดสอบเกี่ยวกับปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงดังกล่าว จึงแสดงถึงความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณต่อไป รายละเอียดแสดงตามตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	x_1	x_2	x_3	x_4	x_5	x_6
การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (x_1)	1.00					
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (x_2)	-0.01	1.00				
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (x_3)	0.11	0.14*	1.00			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (x_4)	0.07	0.11	0.03	1.00		
ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง (x_5)	-0.02	-0.21*	-0.12	-0.41*	1.00	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (x_6)	0.32*	0.22*	0.22*	0.17*	0.01	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 ปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลคะแนนมาตรฐาน) เท่ากับ 0.29, 0.21, 0.17, 0.18 และ 0.15 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงตามตาราง 4 โดยมีสมการทำนายดังนี้

1) สมการคำนวณจากคะแนนดิบ คือ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = $14.11 + 0.39(x_1) + 0.25(x_2) + 0.52(x_3) + 0.30(x_4) + 0.13(x_5)$

2) สมการคำนวณจากคะแนนมาตรฐาน คือ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง = $0.29(x_1) + 0.21(x_2) + 0.18(x_3) + 0.18(x_4) + 0.15(x_5)$

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter Selection

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติที (t)	นัยสำคัญทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(ค่าคงที่)	14.11	4.49		3.14*	0.00
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (x_1)	0.39	0.08	0.29	4.72*	0.00
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (x_2)	0.25	0.07	0.21	3.35*	0.00
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (x_3)	0.52	0.19	0.18	2.73*	0.01
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (x_4)	0.30	0.81	0.18	2.72*	0.01
ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง (x_5)	0.13	0.06	0.15	2.14*	0.03
$r = 0.45$, $r^2 = 0.21$, Adjust $r^2 = 0.19$, $F = 11.12$, p-value = 0.00					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาระดับพฤติกรรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงส่งผลให้ความสนใจเกี่ยวกับการศึกษาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ขาดองค์ความรู้ในการดูแล ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับ การวิจัยของ ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร และ อนันต์ มาลารัตน์ (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับพอใช้ (ระดับปานกลาง) ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามข้อที่ 7 (ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก แต่ยังพูดได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที) เป็นข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ วิมุตชพรรณ ไชยชนะ และ หทัยรัตน์ นิยมาศ (2550) ที่พบว่าการออกกำลังกายในกลุ่มที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ เนื่องจากไม่มีเวลาต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน จึงทำให้ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง

จากการศึกษาปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรทั้งห้าตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานของการวิจัยทุกข้อ และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายตัวแปรสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นความสามารถในการจดจำและเข้าใจ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นพื้นฐานนำไปสู่การนำไปปรับใช้เพื่อการดูแลตนเอง การรักษาการป้องกันโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากเท่าไร ก็จะยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ Sangsaikaew, Pilayon, Junsevg, Inchaiya, Dankasai & Koontalay (2021) การวิจัยของ Wondmieneh, Gedefaw, Getie & Demis (2021) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ตามแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ เชื่อว่าทัศนคติเป็นเรื่องของจิตใจ ท่าทีความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคลสถานการณ์ที่ได้รับมา เป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทัศนคติส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือหากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดหรือพฤติกรรมใดก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในทางตรงข้ามหากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งใดหรือพฤติกรรมใดก็มีแนวโน้มที่จะหลีกหนีหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับ ผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่ายิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองมากเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติตนเองเพื่อการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคมากยิ่งขึ้น และผลการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับการวิจัยของปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร และ อนันต์ มาลารัตน์ (2554) การวิจัยของ ประภาส ขำมา, สมรัตน์ ขำมาก และ มาลิน แก้วมณี (2558) ที่พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ที่กล่าวถึงความเชื่อทางสุขภาพเกิดขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ตั้งสมมติฐานว่าความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่า บุคคลมีโอกาสมากมากน้อยพียงใดที่จะเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงเพียงใด รวมถึงการรับรู้ของบุคคลว่าการกระทำนั้นให้ประโยชน์เพียงใด (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ก็เช่นกันที่แสดงให้เห็นว่าหากบุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ย่อมจะส่งผลนำไปสู่ถึงความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับวิจัยของ สุภาพร พูลเพิ่ม (2554) และการวิจัยของ Chunhua (2018) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากบุคคลมีการการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากขึ้นเท่าไรย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น ในทิศทางเดียวกันเสมอ

4) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นเรื่องของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Jacobson, 1986) เช่น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เป็นต้น คนทั่วไปต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน

เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่คนทั่วไปปรารถนา ทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (ดุจเดือน พันธุมนาวิน, 2548) กรณีของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก็เช่นเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวให้ความห่วงใย รับฟังความรู้สึกเข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัว ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลาในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากบุคคลรอบข้างนั้น จึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ ภัสราวลัย ศีติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และ จารุวรรณ ใจลังกา (2556) และการวิจัยของ Moh. Rozani (2019) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นหนึ่งในตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในภาพรวมและรายประเด็นข้อคำถาม ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพัฒนา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและตรงประเด็น รวมทั้ง ทราบถึงปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินงานเสริมสร้าง พัฒนา รวมถึงพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องตามปัจจัยสาเหตุที่ได้จากการวิจัยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย รวมถึงการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มากเท่าไร ก็จะทำให้สามารถช่วยป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น ผลการวิจัยดังกล่าวจะเป็นสารสนเทศที่สำคัญที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนาเสริมสร้าง ให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นสารสนเทศเพื่อนำไปวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณา 1) นำตัวแปรสาเหตุอื่น ๆ เช่น ตัวแปรจากทฤษฎีการกระทำตามแผน ตัวแปรจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น เข้ามาอธิบายร่วม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างรอบด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาเสริมสร้างให้เกิดคุณลักษณะตามตัวแปรสาเหตุนั้น ๆ ในตัวบุคคลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น 2) ทำการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัย

หรือตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการวิจัยครั้งนี้พัฒนาเป็นแนวทาง หรือโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรม นำไปทดลองและวัดผลในกลุ่มเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า: ความหมาย วิธีวัดและแนวทางการพัฒนา. *วารสารจิตวิทยา. 12*(มกราคม-ธันวาคม), 65-81.

ประภาส ขำมา, สมรัตน์ ขำมาก และ มาลิน แก้วมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2*(3), 74-91.

ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร และ อนันต์ มาลารัตน์ (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 18*(3), 160-169.

ภัสราวลัย ศีติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และ จารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสารธารณสุขล้านนา. 9*(2), 120-136.

วิมุตชพรรณ ไชยชนะ และ หทัยรัตน์ นิยมาศ (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1*(2), 92-98.

วิภาวรรณ อะสงค์ (2558).*ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562.* ทริคธิงค์.

สุภาพร พูลเพิ่ม. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 5*(2), 49-54.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2556) *จิตวิทยาสุขภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราช-วิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2564.* สืบค้นจาก *http://www. bps.ops.moph.go.th.*

องค์การอนามัยโลก. (2561). *รายงานการปฏิบัติภารกิจของ คณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ณ ประเทศไทย.* องค์การอนามัยโลก.

อัมภากร หาญณรงค์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(3), 52-65.

Amornrat Sangsaikaew, Benjayamas Pilayon, Khunphitha Junsevg, Chaiwat Inchaiya, Chinnakorn Dankasai and Apinya Koontalay. (2021) Factors Influencing Self-

Care Behavior in Older Persons with Hypertension. *International Journal of Nursing Education. 13*(1), 40-46.

Bandura, A. (1986). *Social Foundation of thought and action. A Social Cognitive Theory.* Prentice-Hall.

Chunhua Ma. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.12.001.

Best, J. (1981) *Research in Education.* 4th ed. London: Prentice-Hall International.

Hair, Jr. Joseph F., William C. Black., Barry J. Babin., & Rolph E. Anderson. (2010) *Multivariate data analysis: A global perspectives.* Upper Saddle River.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior. 27*(63), 250-264.

Kline, R. B. (2005) *Principles and Practices of Structural Equation Modeling.* 2th ed. Guilford Press.

Moh. Rozani. (2019). Self-care and Related Factors in Hypertensive Patients: a Literature Review. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan. 10*(1), 266-276.

Adam Wondmieneh, Getnet Gedefaw, Addisu Getie and Asmamaw Demis. (2021). Self-Care Practice and Associated Factors among Hypertensive Patients in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Hypertension.* Doi.org/10.1155/2021/5582547.

The results of the development of nursing practice guidelines in the care of patients with acute ischemic stroke Accident and Emergency Work, Fang Hospital, Chiang Mai Province[1]

Rungnapa Chaiarm [2]

Received: 1 May 2022 *Accepted: 29 June 2022*

Abstract

Stroke is a severe neurological disease that affects patients, treatments are to reduce dangers to the brain tissue as much as possible. The patients who receive service delays are likely to have disability or death. This study was a developmental study. The objective were 1) to study the effect of nursing practice guidelines caring for patients with acute ischemic stroke. in accidents and emergencies, Fang Hospital and 2) to develop the use of nursing practices in caring for ischemic stroke patients' acute period of blood in accidents and emergencies, Fang Hospital The sample was 12 new patients with symptoms concomitant to acute ischemic and indications for fibrinolytic drugs from September 1, 2021, to February 28, 2022. The research instrument were an opinion questionnaire of accident and emergency nurses and an evaluation form of nursing practice in caring for acute ischemic stroke patients. The data were analyzed by descriptive statistics consisting of frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results showed that 85.76 percent of accident and emergency nurses were satisfied and able to use the guidelines at a high level. The mean time of treatment with a fibrinolytic drug (rt-PA) <60 minutes was 50.08 minutes accounting for 83.33 percent. The patients who received the drug over 60 minutes had a disability /stable condition rate of 2 cases, or 16.66 percent. The nursing practice guideline in the care of acute ischemic stroke patients as a tool to assist in decision-making among the treating nurses. The stroke-specific symptoms assessed and key data collected completely.

Keywords: nursing practice guideline, acute ischemic stroke, treatment duration of rt-PA, case management nurse

[1] Original Article

[2] Nurse, Professional Level Fang Hospital, Chiangmai Province, E-mail: rchaiarm0518@gmail.com

ผลการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่[1]

สุรุ่งนภา ไชยอาม[2]

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วย การรักษาคือลดอันตรายที่จะเกิดกับเนื้อสมองให้มากที่สุด ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการล่าช้ามีโอกาสเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง และ 2) พัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการเข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแบบประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพึงพอใจและสามารถใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 85.76 ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เป้าหมาย <60 นาที มีเวลาเฉลี่ย 50.08 นาที คิดเป็นร้อยละ 83.33 และพบผู้ป่วยที่ได้รับยาเกิน 60 นาทีมีอัตราความพิการ/อาการคงที่ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.66 การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีการประเมินอาการเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองได้และมีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน, ระยะเวลาการรักษาด้วย rt-PA, พยาบาลจัดการรายกรณี

[1] บทความวิชาการ

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง,อีเมล: rchaiarm0518@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก เป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง จากรายงานของ WHO พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (นลินี พสุคันธภัค และคณะ, 2562) ในประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรไทย รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ ในภาพรวมของประเทศไทยในปี 2561-2563 พบว่ามีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 34.84 , 41.23 และ 42.56 ตามลำดับ (เมธินี เกตวาธิมากร, 2560)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) ที่ประกอบด้วยลักษณะอาการทางประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบ ตัน และแตก ทำให้เลือดออกหรือเนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามลักษณะของพยาธิสภาพสรีรวิทยาออกเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) เมื่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการ ตีบ ตัน หรือแตก จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อสมอง ซึ่งเป็นผลจากการขาดเลือด ออกซิเจน และกลูโคส ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเมตาบอลิซึม รวมทั้งการสูญเสียประสิทธิภาพของการเลือกผ่านของสารระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของสมองที่ขาดเลือด และระยะเวลาของการขาดเลือด อาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่มีพยาธิสภาพ อาการที่พบมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า แขนหรือขา และเป็นซีกใดซีกหนึ่งของลำตัว จึงทำให้เดินเซ หรือสูญเสียการทรงตัว นอกจากนี้ยังพบอาการพูดจาสับสน หรือพูดไม่ชัด การมองเห็นภาพไม่ชัด อาจเป็นตาข้างเดียว หรือสองข้าง หรือมีอาการปวดศีรษะรุนแรง (American Stroke Association, 2007) จากพยาธิสภาพของโรคอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว บางรายมีคุณภาพชีวิตลดลงก่อให้เกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว อาทิ การหลงเหลือสภาพความพิการ ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อการทำงานในหน่วยงานนั้น ซึ่งสามารถส่งผลต่อระดับสังคมทั้งความรับผิดชอบในงานที่ทำและในระดับประเทศส่งกระทบต่องบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจึงมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียในระยะเฉียบพลันและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างเป็นปกติสุข (สุพัฒนา อรุณไพร, 2556)

นอกจากนี้นโยบายของรัฐบาลที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การลดอาหารกลุ่มหวาน มัน เค็ม

การตรวจสุขภาพประจำปีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด อีกทั้งการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองและการให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นรวมไปถึงการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นเพื่อลดภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในปราการ ให้บริการในโรคที่ซับซ้อนโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักให้กับโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลพื้นที่ใกล้เคียง ข้อมูลสถิติจากงานสารสนเทศโรงพยาบาลฝาง พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2561–2563 เท่ากับ 308,247 และ 232 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ามารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลฝาง ในปีงบประมาณ 2563 พบความล่าช้าในขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่ การคัดกรอง การประเมินอาการ การส่งตรวจและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเอ็กซ์เรย์และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรายงานผล รวมถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวนผู้ป่วย 42 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.71 และได้รับยาเกิน 60 นาที จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.28 (โรงพยาบาลฝาง, 2564) จากการวิเคราะห์สาเหตุของความล่าช้าดังกล่าวพบว่า 1. ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน เช่น การแจ้งทีมช้า ส่งผลให้การรายงานผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้ระยะเวลานานในการรายงานผล จึงทำให้แพทย์ผู้รักษาตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าตามไปด้วย 2.จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานพบว่าไม่มีพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการควบคุมกำกับและบริหารจัดการระบบภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกัน 3.ไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นมา โดยทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพิจารณาถึงความสอดคล้อง ความสามารถในการปฏิบัติในบริบทของหน่วยงานและความเหมาะสมกับผู้ป่วย ที่เน้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การบันทึก และการส่งสัญญาณทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ทีมขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการกำหนดระยะเวลาของแต่ละกระบวนการ ได้แก่ เวลาคัดกรอง เวลาแจ้งทีม เวลาการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผล เวลาในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการรายงานผลเวลาการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเอกซเรย์ปอด และอื่น ๆ ซึ่งเวลาเหล่านี้มีผลต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ภายใน 60 นาที ตามมาตรฐานสถาบัน National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS)

(รพีพร ประกอบทรัพย์, 2562) พร้อมทั้งกำหนดพยาบาลกำกับเวลาเป็นเจ้าของไข้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการศึกษาใช้โมเดลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในรัฐเนบลาสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Sister Maurita Soukup, 2000อ้างใน นารีรัตน์ แก้วสุทธิ และคณะ, 2563) เพื่อที่จะได้นำผลของการศึกษาในครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

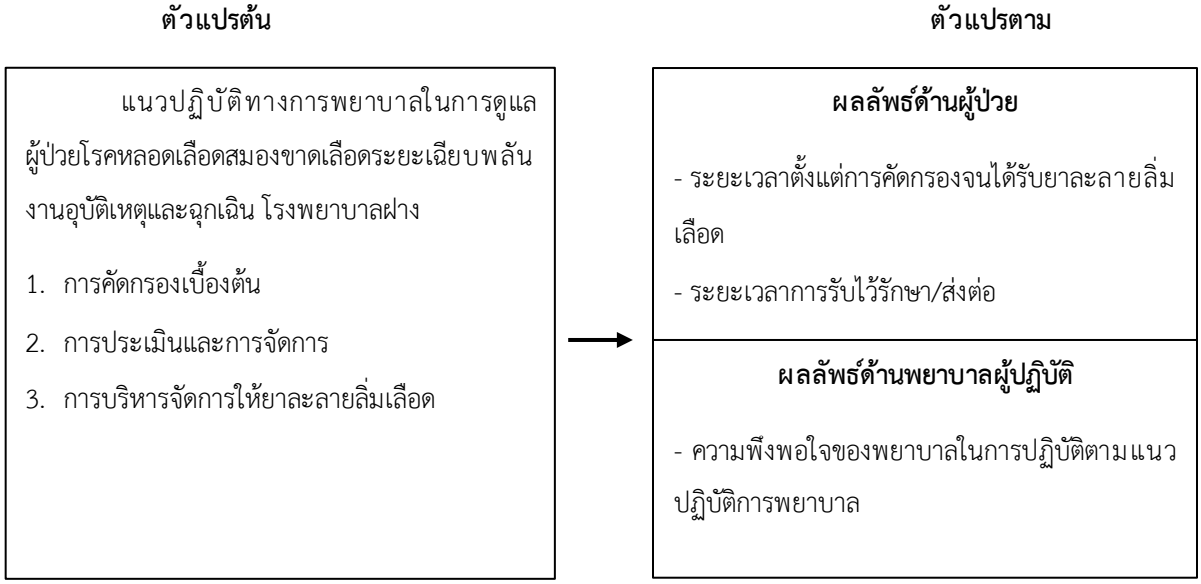
วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง

2.เพื่อพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาใช้โมเดลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในรัฐเนบลาสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลและมีขั้นตอนกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถปรับปรุงได้มีการทบทวนแนวทางอย่างเป็นระบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) โดยลใช้รูปแบบการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) ของประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากตัวกระตุ้น (Evidence trigger phase) เพื่อทราบสาเหตุของปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) โดยการศึกษาจากการปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้ป่วยและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 2.จากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase) ได้ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจัดกิจกรรม 1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมิน วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 2. สร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ไปศึกษานำร่อง (Evidence-observed Phase) เพื่อ 1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) 2. อัตราความพิการ 3. ทราบความคิดเห็นของทีมงานต่อแนวทางปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรม 1. เตรียมทีมในหน่วยงาน 2. ศึกษานำร่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำนวน 12 ราย

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence based Phase) เพื่อได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยเป็นการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลังทดลองใช้และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับงานประจำ

ประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ที่มีกลุ่มอาการอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ออก เกิดอาการภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 12 ราย ที่ได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) และทีมผู้ปฏิบัติประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุ เพศ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งลักษณะคำถาม

เป็นแบบประเมินค่ามาตราลิเคิร์ท (Likert Scale) หัวข้อในการประเมินได้แก่ 1) แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง 2) มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล 3) มีความสะดวกในการใช้งาน 4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ 5) ความพึงพอใจในภาพรวมการใช้แนวปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1. การคัดกรองเบื้องต้น 2. การประเมินและการจัดการ 3. การบริหารจัดการการให้ยาละลายลิ่มเลือด 4 .ระยะเวลาจากการคัดกรองถึงระยะให้ยา 5. การรับไว้รักษาหรือส่งต่อโดยนำไปประยุกต์กับใบบันทึกข้อมูลและคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลฝาง (NSO/NUR/15.9)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาล APN จำนวน 1 ท่าน ใช้สูตรของโรวิเนลีและแฮมเบิลตัน ค่า IOC เท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบรากได้เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

4. วิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติมี 5 ขั้นตอนได้แก่ 1. การคัดกรองเบื้องต้น (ภายใน 5 นาที) 2. การประเมินและการจัดการ (ภายใน 35 นาที) 3. การบริหารจัดการการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ภายใน 15 นาที) 4.ระยะเวลาจากการคัดกรองถึงระยะให้ยา (ภายใน 60 นาที) 5. การรับไว้รักษา/ส่งต่อ (ภายใน 30 นาที)

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัตินำเสนอผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (N=14 ราย)

พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.28 มีอายุช่วง 21-30 ปีและ 31-40 ปี มากถึงร้อยละ 35.71และ 35.71 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.71 และ 35.71 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดฉับพลัน (N=14 ราย)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	35.71
หญิง	9	64.28
2. อายุ		
21-30 ปี	5	35.71
31-40 ปี	5	35.71
41-50 ปี	2	14.28
Minimum 23 ปี Maximum 47 ปี ($\bar{x}$=31.75, SD=7.32)		
3. ประสบการณ์การทำงาน		
1-5 ปี	5	35.71
6-10 ปี	5	35.71
>11 ปี	2	14.28

จากตารางที่ 2 พบว่าผลลัพธ์ของความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะหัวข้อมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 95.76 รองลงมาคือ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 92.30 ส่วนความพึงพอใจในทุกด้านของการใช้แนวปฏิบัติพบว่าสูงถึงร้อยละ 85.76 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) (N=14)

ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. สามารถสื่อสารให้เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน	80	83.33
2. แนวปฏิบัติมีข้อความที่กระชับ ครอบคลุมการปฏิบัติงานจริง	80	81.16
3. มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	80	95.76
4. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติ	80	92.30
5. มีความพึงพอใจในทุกด้านของการใช้แนวปฏิบัติ	80	85.76

2. ข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำนวน 12 ราย ที่มารับบริการงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย คือ 66.36 ปี (SD=2.51) อายุต่ำสุดคือ 41 ปี และอายุสูงสุด คือ 81 ปี ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลฝางโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 75 กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนแรงมือและขาซีกครึ่งซีก พบร้อยละ 66.66 รองลงมาคือ อาการปากเบี้ยว/หนังตาตกข้างใดข้างหนึ่ง พบร้อยละ 41.66 ส่วนอาการที่น้อยที่สุดคือ เดินเซ/ทรงตัวไม่อยู่เฉียบพลัน พบร้อยละ 8.33 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 50 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.33 ผลการรักษานอนรักษาในโรงพยาบาลฝางไม่ได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับสูงกว่าและไม่เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N=12 ราย)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	25
หญิง	9	75
2. อายุ		
41-50 ปี	2	16.66
51-60 ปี	3	25
61-70 ปี	3	25
71-80 ปี	2	16.66
81 ปีขึ้นปี	2	16.66
Minimum 45 ปี Maximum 90 ปี ($\bar{x}$=66.36, SD=2.51)		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
3. การมาโรงพยาบาล		
มาเอง	3	25
หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	9	75
4. กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาล		
เดินเซ/ทรงตัวไม่อยู่เฉียบพลัน	1	8.33
ตามัว/มองไม่ชัดฉับพลับ/ปวดศีรษะมาก		
ปากเบี้ยว/หนังตาตกข้างใดข้างหนึ่ง	5	41.66
อ่อนแรงหรือชาขาครึ่งซีก	8	66.66
พูดไม่ชัด/ลิ้นแข็ง/ปากเบี้ยว	4	33.33
เรียกไม่รู้สึกตัว	3	25
5. โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	4	33.33
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	50
ไขมันในเลือดสูง	1	8.33
อื่นๆ	1	8.33
ไม่มีโรคประจำตัว	0	0
6. ผลการรักษา		
นอนรักษาที่โรงพยาบาลฝาง	12	100
ส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับสูงกว่า	0	0
เสียชีวิต	0	0

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกรับ ณ จุดคัดกรอง จนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ใช้เวลาเฉลี่ย 50.08 นาที เวลาที่เร็วที่สุด คือ 40 นาทีและช้าที่สุด คือ 72 นาที (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง (N=12)

ผู้ป่วยรายที่	การคัดกรองเบื้องต้น (ภายใน 5 นาที)	การประเมินและการจัดการ (ภายใน 35 นาที)	การบริหารจัดการการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ภายใน 15 นาที)	ระยะเวลาจากการคัดกรองถึงระยะให้ยา (ภายใน 60 นาที)	การรับไว้รักษา/ส่งต่อ (ภายใน 30 นาที)
รายที่ 1	5	28	10	43	18
รายที่ 2	5	25	10	40	13
รายที่ 3	4	33	12	49	22
รายที่ 4	7	38	10	55	15

ผู้ป่วย รายที่	การคัดกรองเบื้องต้น (ภายใน 5 นาที)	การประเมินและการจัดการ (ภายใน 35 นาที)	การบริหารจัดการการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ภายใน 15 นาที)	ระยะเวลาจากการคัดกรองถึงระยะให้ยา (ภายใน 60 นาที)	การรับไว้รักษา/ส่งต่อ (ภายใน 30 นาที)
รายที่ 5	4	30	18	52	15
รายที่ 6	5	48	19	72	32
รายที่ 7	6	32	15	53	15
รายที่ 8	6	30	25	61	28
รายที่ 9	6	32	14	52	17
รายที่ 10	5	26	10	41	24
รายที่ 11	5	28	10	43	27
รายที่ 12	5	25	10	40	15
ค่าเฉลี่ย	5.25	31.25	13.58	50.08	20.08

ผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติทางการทดลองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เกิดความล่าช้า ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 6 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 79 ปี มาโรงพยาบาลโดยญาตินำส่งมาด้วยอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ญาติพบในห้องน้ำ จึงรีบนำส่งโรงพยาบาล เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 15 นาที แรกรับที่จุดคัดกรองหน้าห้องฉุกเฉิน เวลา 15.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Vital signs : T=36.5 ^{0}C, BP= 135/76 mmHg, P=88 ครั้ง/นาที, RR=22 ครั้ง/นาที, GCS=15 คะแนน ($E_4V_5M_6$), Pupils=2 mmRTL both eye, Motor power grade Rt=III, Lt=V มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์และมีการรักษาจนได้รับการทำ CT-Scan ใช้ระยะเวลา 48 นาที ซึ่งเกินเวลาที่กำหนดคือ 35 นาที จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เกินระยะเวลาที่กำหนดไป 4 นาที ทำให้ระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะขาดเลือดเฉียบพลันเกินเวลาที่กำหนดไว้คือ 60 นาที ผู้ป่วยรายนี้ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 72 นาที ซึ่งมากกว่าที่กำหนดไว้

อภิปรายผลรายนี้ได้รับการดูแลตามขั้นตอนแต่มีความล่าช้าในการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ต้องรอผลอ่านนานกว่าปกติ 20 นาที แพทย์จึงสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ช้าเกินเวลาที่กำหนดไว้

ผู้ป่วยรายที่ 8 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มาโรงพยาบาลโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาด้วยอาการแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง พูดชัด ญาติพบผู้ป่วยขณะนั่งรับประทานอาหารแล้วช้อนในมือหล่น จึงรีบแจ้งหน่วยกู้ชีพในพื้นที่นำส่งโรงพยาบาล เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 25 นาที แรกรับที่จุดคัดกรองหน้าห้องฉุกเฉิน เวลา 09.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Vital signs : T=37.5 ^{0}C, BP=148/95 mmHg, P=112 ครั้ง/นาที, RR=18 ครั้ง/นาที, GCS=15 คะแนน

($E_4V_5M_6$), Pupils=2 mmRTL both eye, Motor power grade Rt=V, Lt=III มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้การดูแลเบื้องต้นและรายงานแพทย์และมีการรักษาจนได้รับการทำ CT-Scan ใช้ระยะเวลา 30 นาที ได้รับการได้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เกินเวลาที่กำหนดไป 10 นาที

อภิปรายผล ผู้ป่วยรายนี้นำส่งโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยไม่มีญาติมาในรถด้วย ทำให้ได้รับการซักประวัติล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยให้ประวัติระยะเวลาที่เริ่มมีอาการไม่ได้ อีกทั้งผู้ป่วยรายนี้มีญาติจำนวนมากในการช่วยกันตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้การอธิบายผลข้างเคียงและความเสี่ยงหลังการให้ยาหลายครั้งและใช้เวลาการตัดสินใจนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 15 นาทีหลังการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และใช้เวลาในรักษาทั้งหมด 61 นาที

สรุปผลการวิจัย

จากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.08 นาที (เกณฑ์มาตรฐาน 60 นาที) และเมื่อสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ปฏิบัติความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ระดับมาก คือ ร้อยละ 85.76

การอภิปราย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง

ด้านผู้ป่วย

ได้รับการดูแลอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดโดยเฉพาะระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรองจนถึงผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) พบว่าจากจำนวนผู้ป่วย 12 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 60 นาที จำนวน 10 คน ซึ่งหลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยได้มีภาวะทุพพลภาพ ถึงร้อยละ 83.33 ซึ่งถือได้ว่าเกินเป้าหมายของการรักษา

ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติ

หลังนำไปศึกษานำเรื่องการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเป็นภาพรวม ดังนี้ 1. ด้านความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ร้อยละ 95.76 2. ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ร้อยละ 92.30 3. ด้านการสื่อสารให้เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน ร้อยละ 83.33 4. ด้านแนวปฏิบัติมีข้อความที่กระชับ ครอบคลุมการปฏิบัติงานจริง ร้อยละ 81.16 5. ด้านความพึงพอใจในทุกด้านของการใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 85.76

การพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิด 4 ระยะดังกล่าวข้างต้น ทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาจนเมื่อนำสู่การปฏิบัติ พบว่า เกิดผลประโยชน์จริงกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงส่งผลต่อความพอใจในทุกด้านของทีมผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ทำการศึกษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีส่วนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมการศึกษา โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา และระยะเวลาในการศึกษา การนำเสนอข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำเสนอการวิเคราะห์และการอภิปรายผลในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกกลุ่ม ไม่ว่าปัจจุบันหรืออนาคต

3. ไม่ระบุ เลขประจำตัวผู้ป่วย บ้านเลขที่ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

4. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (ภาคผนวก ค)

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

จากผลการศึกษาพบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลฝาง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (r-tPA) เป็นไปตามที่มาตรฐานกำหนดแต่ยังพบปัญหาที่ล่าช้า ในบางกรณีผู้ศึกษาใคร่ขอให้ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และศึกษาต่อไป

ควรมีพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการตรวจประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและควรมีการศึกษาเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการนำไปใช้การปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

นลินี พสุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์ และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2562). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

นารีรัตน์ แก้วสุทธิ, สัญญา สิริพงศ์พันธ์ และ กรรณิการ์ ชัยนันท์. (2563). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 9*(1), 15-34.

เมธินี เกตวาธิมากร. (2560). *บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต*. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, *11*(2), 71-80.

รพีพร ประกอบทรัพย์. (2562). *ผลการใช้โปรแกรมแบบทางด่วน โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังว*, *4* (3),71-82.

โรงพยาบาลฝาง. (2564). *ฐานข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่.

สถาบันประสาทวิทยา. (2563). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุพัฒนา อรุณไพร.(2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

American Stroke Association. (2007, may 30) . *Latest news about stroke*.http://www.Stroke.org.

National Health and Medical Research Council. (1998, Nov 16). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. http://www.health.gov.au.

Soukup, S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing clinics of North America*, *35*(2), 301–309.

Shephard, T. J. (2018). *Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke.* [Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing].

Development of Nursing Practice Guideline for The Prevention of Postpartum Hemorrhage after Cesarean Section in the Post-Anesthesia Care Unit Phrae Hospital[1]

Usa Prongjai[2]
Yupa Kaewouan[3]

Received: 7 June 2022 *Accepted: 28 June 2022*

Abstract

The objectives were to 1) develop a nursing practice guideline to prevent hemorrhage in cesarean section patients and 2) study the outcomes of nursing practice guidelines for hemorrhage prevention for abdominal cesarean section patients in the Phrae Hospital recovery room. The participants were 19 registered nurses in the anesthetist unit. Data were collected between October 2018 to September 2019. The process consists of 8 steps: 1) Identify the issues to be developed and the development working group. 2) Establish objectives, target group, and result of the guidelines. 3) To find empirical evidence. 4) Assess the value of empirical evidence. 5) Determination as a guideline 6) Implementation the practice guidelines. 7) Reviewed the practice guidelines. 8) Evaluation and revision of empirical evidence implementation.

The results showed that there were no patients with postoperative caesarean hemorrhage with shock, and no patients died from post-cesarean hemorrhage. All anesthetists' nurses can follow nursing guidelines. The anesthetists' nurses had the satisfaction to use the practice guideline at the high to the highest level. The practice guideline with the highest level of satisfaction was the practice guideline that improves patient safety by 68.40 %. The practice guidelines were able to provide care for the patient by 68.40%. The practices with a high level of satisfaction were the guidelines were easy to understand by 42.10% and convenient to use by 42.10%.

Keywords: Practice development, postpartum hemorrhage, abdominal surgery

[1] Academic Article

[2] Professional Nurse at Phrae Hospital, Phrae Province, E-mail: usaprongjai@yahoo.com
[3] Professional Nurse at Phrae Hospital, Phrae Province, E-mail: pronthap1978as@gmail.com

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่[1]

อุษา โปร่งใจ[2]
ยุพา แก้วอ้วน[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ 2) ศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญี จำนวน 19 คน ดำเนินการระหว่าง เดือน ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562 ขั้นตอนการดำเนินการมี 8 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดเรื่องที่ต้องการพัฒนาและกำหนดคณะทำงานพัฒนา 2) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ 6) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 7) ดำเนินการนำแนวปฏิบัติมาทบทวน 8) การประเมินผลของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และปรับปรุงแก้ไข

ผลการศึกษา พบว่า ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับภาวะช็อค และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิสัญญีพยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่าแนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยร้อยละ 68.40 แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68.40 สำหรับแนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจในระดับมากได้แก่ แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่ายร้อยละ 42.10 และแนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้ ร้อยละ 42.10

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

[1] บทความวิชาการ

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่, อีเมล: usaprongjai@yahoo.com

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่, อีเมล: pronthap1978as@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหรือการผ่าคลอดบุตร (cesarean section) เป็นหัตถการทางคลอดทารกและรกโดยการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องและมดลูกโดยทารกในครรภ์ต้องมีน้ำหนัก 1,000 กรัม หรืออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (สุชาดา อินทวิวัฒน์, สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, 2552) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย ทำให้สามารถทราบถึงความผิดปกติของมารดาและทารกในครรภ์ซึ่งหากปล่อยให้การคลอดดำเนินต่อไปอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวมารดาและทารก รวมทั้งเกิดจากความต้องการของมารดา ที่ไม่ต้องทนกับความเจ็บปวดโดยการคลอดโดยวิธีธรรมชาติและเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดที่พัฒนาให้มีความปลอดภัยสูงและทำได้ง่ายขึ้น จึงทำให้การผ่าตัดคลอดมีอัตราสูงขึ้นด้วย

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดา ทั่วโลกมากที่สุดพบได้ถึงร้อยละ 27.10 (WHO, 2014) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดจากกระบวนการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, 2552) หรือมีการเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร แต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ของหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งวินิจฉัยความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit) ที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากการคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อคจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) โดยสาเหตุหลักที่พบมากที่สุด สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าคือ ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) พบได้ร้อยละ 80 จากการคัดกรองของ Mehrabadi และคณะในปี ค.ศ.2000-2001 พบการตกเลือดทันทีเกิดจากสาเหตุมดลูกไม่หดรัดตัว ได้แก่ ภาวะที่ทำให้เกิดการขยายตัวของมดลูกเช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramios) ทารกในครรภ์ตัวโต (Fetal macrosomia) มารดามีน้ำหนักตัวตั้งครรภ์มาก (ACOG educational bulletin, 1998) ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4 การคลอดที่เป็นการเร่งคลอดด้วย Oxytocin มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน รวมทั้งสาเหตุ อื่น ๆ (Mehrabadi et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการตกเลือดหลังคลอด จากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการให้เลือดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Naef et al., 1994 อ้างถึงในพรศักดิ์ สถาพรธีระ, ศักดา อาจองค์, อรพรรณ อัศวกุล) อันตรายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต บางรายเกิดภาวะทุพพลภาพจากการรักษาภาวะช็อค (shock) จากการเสียเลือดมาก ภาวะเลือดไม่แข็งตัว ระบบหายใจล้มเหลว ปอดบวมน้ำ หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเส้นเลือดแตกในสมอง โรคชีแฮน (Sheehan syndrome) บางรายเป็นหมันและบางรายไม่สามารถรักษาทางยาได้ต้องลงเอยโดยการตัดมดลูกที่ไม่แข็งตัวทิ้งเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย (ภาวิวรรณ รัตนพิทักษ์, 2561) การแก้ไขเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดเนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการผ่าตัดทุกแผนกการผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปี 2561 จำนวน 1,419 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหลังการผ่าตัดคลอด 29 ราย และรุนแรงมากจนสูติแพทย์ตัดสินใจทำการผ่าตัดเพื่อตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย 6 ราย แต่เกิดผลเสียรุนแรงกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และครอบครัวอุบัติการณ์ที่พบอาการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิด ต่อเนื่องจากห้องผ่าตัดมาส่งต่อมาห้องพักฟื้น มีการประเมินและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต้องมีการดูแลเฉพาะโรคที่แตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป เนื่องจากการสูญเสียเลือดจากบาดแผลผ่าตัดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้มีโอกาสสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะตั้งครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ การผ่านตั้งครรภ์หลายครั้ง เป็นต้น จึงต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลด้าน การประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวัง การประเมินภาวะแทรกซ้อนและการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น พบว่าการปฏิบัติยังแตกต่างกัน ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ถือเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน เพราะการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่สามารถป้องกันได้ นอกจากการดูแลอย่างใกล้ชิดและวินิจฉัยภาวะที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทันท่วงที ช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดได้ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น จึงเป็นวิธีการที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่เกิดจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงสนใจแก้ปัญหาด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาการปฏิบัติที่โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพเป็นแนวเดียวกัน ส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อคุณภาพบริการที่ดีขึ้น เกิดประสิทธิภาพ เกิดความคุ้มค่า นำสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

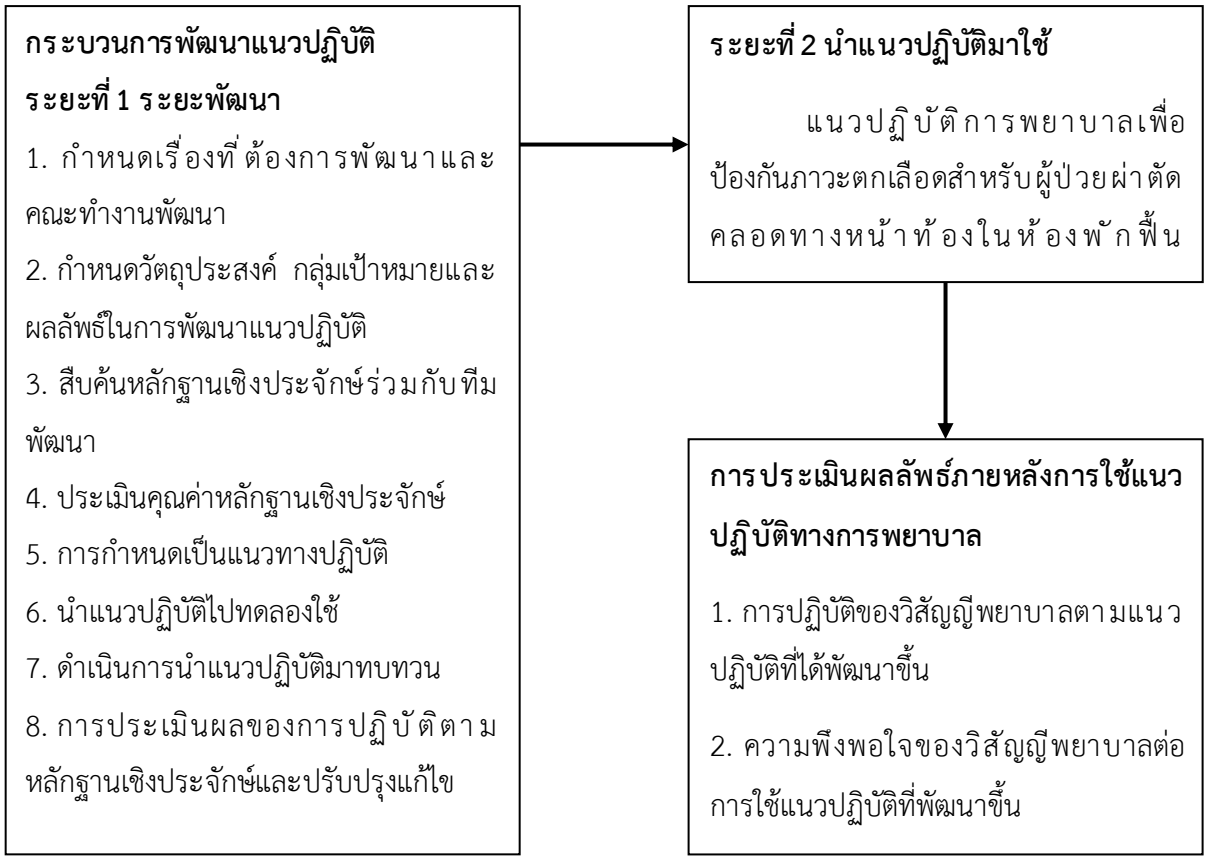
1. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่

2. ศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Research and Developmental) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (National

Initiative for Cybersecurity Education , NICE) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวปฏิบัติเป็นที่ยอมรับ และมีความน่าเชื่อถือ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติคืออาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่ 1 ท่าน

ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติมาใช้ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญี จำนวน 19 คน

ดำเนินการระหว่าง เดือน ตุลาคม 2561 ถึง เดือน กันยายน 2562 งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่แล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ผู้วิจัยเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ คือ

1) เครื่องมือบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2) เครื่องมือบันทึกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา การอบรมเฉพาะทางวิสัญญี ประสบการณ์ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องแนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้ แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย แนวปฏิบัติสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยและแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติงานจริงโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับคือพึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมากพึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อยและพึงพอใจน้อยที่สุด โดยประเมินคะแนนค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจดังนี้ 4.51–5.50 คือระดับพึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 คือระดับพึงพอใจมาก 2.51–3.50 คือระดับพึงพอใจปานกลาง 1.15–2.50 คือระดับพึงพอใจน้อยและน้อยกว่า 1.50 คือระดับพึงพอใจน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ดำเนินการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่

จากเวชระเบียนย้อนหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 เพื่อคัดเลือกปัญหาและกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังหลังค้นปัญหา/อุปสรรค จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเพื่อคัดเลือกปัญหา พบว่าปัญหาภาวะการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด จึงวางแผนดำเนินการแก้ไข โดยพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น

ศึกษาโดยการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติและจัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ มีกิจกรรมในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดเรื่องที่ต้องการพัฒนาและกำหนดคณะทำงานพัฒนา พัฒนาแนวปฏิบัติการการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ โดยผู้วิจัยประสานกับบุคลากรในทีมนำทางสูติกรรมเพื่อเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ ซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน วิสัญญีแพทย์ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี 5 คน

2. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ พยาบาลวิสัญญี จำนวน 19 ราย และกำหนดผลลัพธ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติคือ อัตราตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและภาวะช็อค

3. ทบทวนวรรณกรรม สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติรวมกันกำหนดคำสืบค้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ PubMed, Google Scholar และจากวารสารและเอกสารทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข ทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ ในห้องสมุดของสถาบันการศึกษาต่างๆ

3.1 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นดังนี้ 1) Postpartum Hemorrhage 2) Clinical Nursing Practice Guideline

4. ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ประกอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น กำหนดจากเอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่ตีพิมพ์ในองค์กร สถาบันที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการยอมรับและมีคุณภาพ

4.1 การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ ทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาทำการคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามการประเมินระดับคุณค่าของข้อมูลเชิงประยุกต์ ตามเกณฑ์ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ในการดูแลทางสุขภาพแห่งประเทศไทย (The thailand centre for evidence based health care: A JBI center of

excellence) แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ออกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) การวิเคราะห์เมต้าจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Fandomized controlledtrial, RCT)

ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized controlledtrial, RCT)

ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (controlled trial, without randomized)

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (Case controlled and cohort studies)

ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative study)

ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้นๆ

4.2 การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากผลการวิเคราะห์งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถาบันการศึกษาและสถานบริการต่างๆ คณะผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่ได้ มาสังเคราะห์เป็น “แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่” การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานร่วมกับทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายจำนวน 19 คน เพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันยกร่างและออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ โดยการนำภาวะเสี่ยงต่างๆและแนวทางการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่

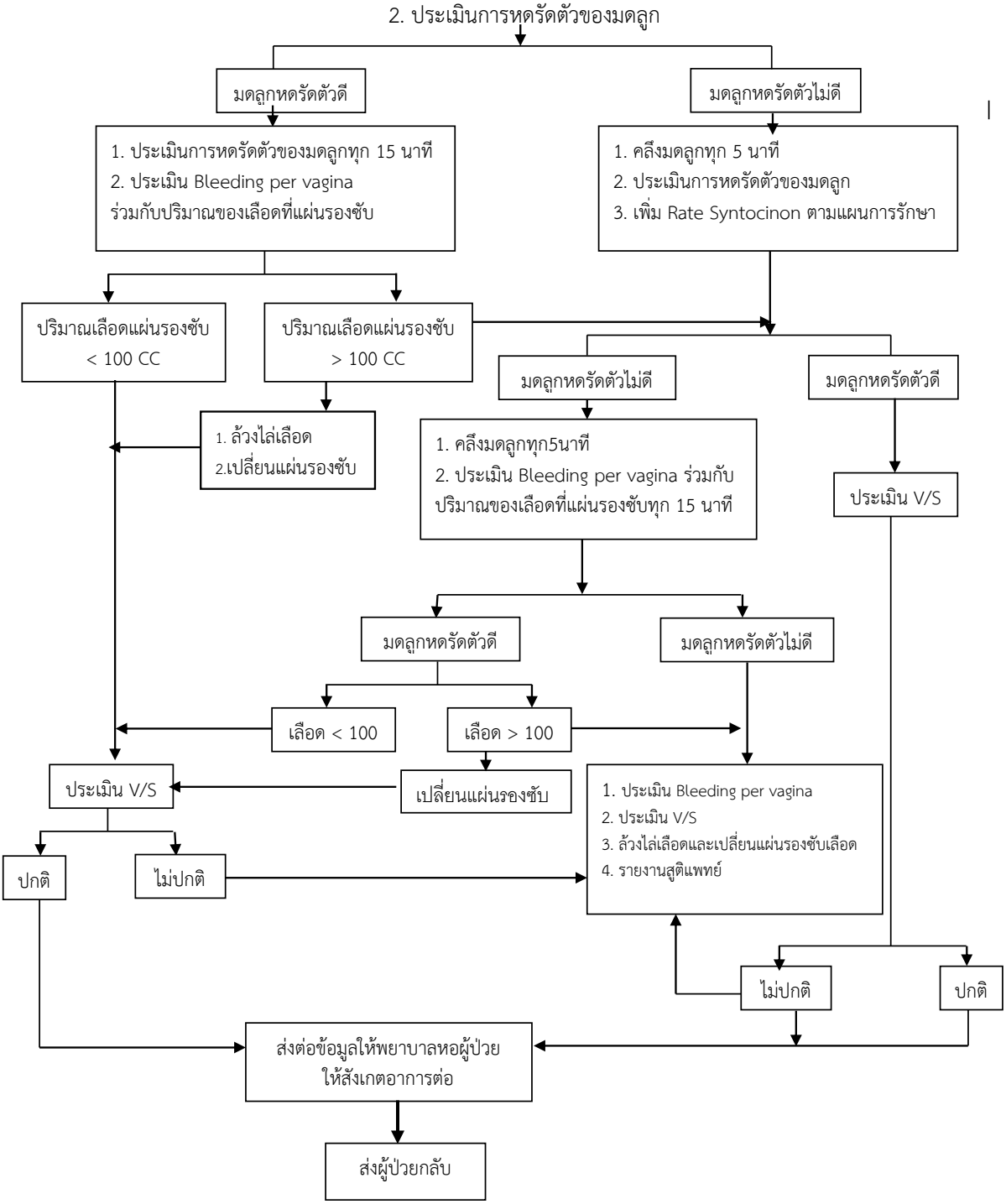
2) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ (ฉบับร่าง) ที่ได้จากการประชุมมาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมอีกครั้ง จากนั้นนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

5. ยกร่างแนวทางปฏิบัติ ผ่านการตรวจสอบโดยทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์ โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ

คืออาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่

1 ท่าน นำไปใช้จริง

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติมาใช้

1. ดำเนินการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

1.1 ประสานความร่วมมือหัวหน้างานวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ หัวหน้างานห้องผ่าตัดและพยาบาลห้องพักฟื้น ให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

1.2 ประชุมวิสัญญีพยาบาลเสนอแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้นำแนวปฏิบัติมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น

1.3 ดำเนินการใช้ระบบเตือนความจำคู่มือแนวปฏิบัติ แผ่นเตือนความจำที่บอร์ด

1.4 ติดตามนิเทศ และเข้ามีส่วนร่วมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

1.5 ติดตามความครบถ้วนการใช้แนวปฏิบัติ การบันทึกข้อมูลผลลัพธ์และสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติ 3 ครั้ง

1.6 ตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกการวัดประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2. การประเมินผลของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และปรับปรุงแก้ไข

2.1 ประชุมวิสัญญีพยาบาลสอบถามความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค หรือข้อสงสัยในสาระสำคัญแนวปฏิบัติ

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูล อุปสรรค ปัญหาและปรับปรุงแก้ไขจากข้อเท็จจริงที่ได้จากผลการดำเนินงานจากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ

2.3 นำเสนอปัญหาจากการปฏิบัติที่พบและการแก้ไขในการประชุมกลุ่มย่อย

2.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับการปฏิบัติและเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่บอร์ดหน่วยงาน

3. รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ประเมินผลลัพธ์ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น จากโรงพยาบาลแพร่

3.1 ข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และแสดงจำนวนร้อยละ

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และแสดงจำนวนร้อยละ

ผลการวิจัย

จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ตามแนวปฏิบัติ จำนวน 1,419 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีการหดรัดตัวของมดลูกดี 998 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.30 ผู้ป่วยที่เกิดภาวะการหดรัดตัวไม่ดีและสูญเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี จำนวน 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.60 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามแนวปฏิบัติและพบว่าผู้ป่วยที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมกับมีการสูญเสียเลือดมากกว่า 600 ซีซี มีจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ภาวการณ์หดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.19 ครรภ์แฝด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.07 รกค้าง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.35 และพบว่าในจำนวนผู้ป่วย 29 ราย ได้รับ

การตัดมดลูกลูกจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.42 แต่ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับภาวะช็อค และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนใช้แนวฯ				หลังใช้แนวฯ			
	ไม่เกิดอุบัติการณ์		เกิดอุบัติการณ์		ไม่เกิดอุบัติการณ์		เกิดอุบัติการณ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การหดรัดตัวของมดลูกดี	1,104	65.68			998	70.33		
2. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะการหดรัดตัวไม่ดีและสูญเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี	538	32.00			392	27.63		
3. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะการหดรัดตัวไม่ดีและการสูญเสียเลือดมากกว่า 600 ซีซี	39	2.32			29	2.04		
4. ภาวการณ์หดรัดตัวไม่ดี (uterine atony			21	1.25			17	1.20
5. ครรภ์แฝด			3	0.18			1	0.07
6. รกค้าง			6	0.36			5	0.35
7. ตัดมดลูก (Hysterectomy)			9	0.54			6	0.42

ด้านผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลแพร่ พบว่าเกิดผลลัพธ์ดีคือ วิสัญญีพยาบาลสามรถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นและ มีความพึงพอใจพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดโดยพบว่าแนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดได้แก่แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย ร้อยละ 68.40 แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68.40 แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงร้อยละ 63.20 สำหรับแนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจในระดับมาก ได้แก่แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย ร้อยละ 42.10 และแนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้ร้อยละ 42.10

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 19)

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ
แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย	4.16	.834	42.1
แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้	4.2	.855	42.1
แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วย	4.63	.597	68.4
แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลผู้ป่วย	4.53	.841	68.4
แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.53	.697	63.2

หมายเหตุ <1.50 = พึงพอใจน้อยมี่สุด
1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย
2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง
3.51-4.50 = พึงพอใจมาก
4.51-5.50 = พึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดสำหรับผู้ป่วยคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นพบว่าแนวปฏิบัติได้มาจากการพัฒนากรอบแนวคิดของ NICE model เนื่องจาก มีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่ายและเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการโดยประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด แนวปฏิบัติมีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนทำให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานเชิงประจักษ์ ผู้ปฏิบัติให้ความร่วมมือที่ดีในทุกกระบวนการ เนื่องจากสามารถใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติโดยเน้นผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นจุดศูนย์กลางมีความครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นจนกระทั่งย้ายกลับหอผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดความผิด ลดขั้นตอนครอบคลุมเชิงเนื้อหา มีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าแนวปฏิบัติในขั้นตอนของการประเมินการสูญเสียเลือดเปลี่ยนจากปริมาณการสูญเสียเลือดที่ 300 ซีซี เป็น 100 ซีซี เพื่อ Early Detection ได้เร็วขึ้นเพื่อการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและมีการเพิ่มข้อมูลในส่วนของการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกจาก 15 นาที เป็นทุก 5 นาที

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลแพร่ จึงมีความจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลได้นำไปใช้ในกระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องพักฟื้นอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ทันต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่อาจจะเกิดขึ้น และผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ไม่ใช่การกำหนดจากผู้อื่น ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะให้ความร่วมมือมากขึ้นโดยมีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและพฤติกรรมนั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอันตรายแก่ชีวิตผู้รับบริการ ซึ่งสนับสนุนและสอดคล้องกับผลการศึกษา ของณฐนนท์ ศิริมาศ และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ งานวิสัญญีได้พัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรก จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับทีมพัฒนาสหสาขาตามบริบทการปฏิบัติงานของหน่วยงาน เน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการ และการนำไปทดลองใช้ ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติด้วยกลยุทธการสื่อสาร การสาธิต การเตือนความจำ การกำกับนิเทศ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาล จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้นส่งผลให้การตกเลือดลดลงและไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการว่ามีการรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ตรงตามมาตรฐานที่สำคัญมีความปลอดภัยและเชื่อถือได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญีใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรนำไปศึกษาหาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติต่อ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ ดร.เชษฐา แก้วพรม คุณสุทิวา สุริยนต์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และบุคลากรวิสัญญีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ณฐนนท์ ศิริมาศ, จีรพร จักษุจินดา, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง และสุพางค์พรรณ พาดกลาง. (2557). *การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร.* วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2), 37-46.

พรศักดิ์ สถาพรธีระ, ศักดา อาจองค์, อรพรรณ อัศวกุล. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ที่มาคลอดบุตรดรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.* Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. มกราคม. 20(1), 21-28.

ภาวิรรณ รัตนพิทักษ์. (2561). *การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน.* วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 19(36), 101-111.

สุชาดา อินทวิวัฒน์ และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. (2552). *การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. ใน มานี ปิยะอนันต์,ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล.* (บ.ก.), สูติศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.(น. 177-188) ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

ACOG education bulletin. Postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and Gynecologists. http://pubmed.ncbi.nih.gov/9622181/.

Mehrabadi A, Hutcheon JA, Lee L, ListonRM KS. Joseph KS. (2012). Trends in postpartum hemorrhage from 2000 to 2009: a poplation-based study. BMC Pregnancy Childbirth. 2012 11;12:108.

Naef RW III, Chauhan SP, Chevalier SP, Roberts WE, Meydrech EF, Morrison JC. (1994) Prediction of hemorrhage at cesarean delivery Obstetric Gynecol. 83(6): 923-6.

Word Health Organization. (2012) WHO recommendation for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage.Italy: WHO Library Cataloguing-in.Publication Data.

WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012.

Situation of Oral Health Promotion Service for Pregnant Woman and Preschool Children in Chumphon Province During 2017-2021[1]

Suthep Phutiprawan [2]

Received: 13 April 2022 *Accepted: 27 June 2022*

Abstract

The objective was to 1) study the situation of oral health promotion programs provided and 2) suggest proposals for the development of oral health promotion services for pregnant women and early childhood in Chumphon Province.he secondary data was used from two sources: the website of the Health Data Center, the Ministry of Public Health and oral health surveillance and risk factor reports. The samples were pregnant women and preschool children who received oral health promotion services, children aged 18 months in Well Child Clinic and children aged 3 years in child care centres. The descriptive statistics were used and interviewed dental personnel, then content analysis was performed.

The result showed that the hospitals and primary care units provided oral health promotion programs. The percentage of caries prevalence among 18-month children decreased from 11.7 in 2017 to 9.1 in 2019. More than half of the children still drank bottled milk, consumed snacks 1-2 times per day and their parents brushed their child's teeth once a day. Among 3-year-old children, the percentage of caries prevalence increased from 49.3 in 2017 to 54.7 in 2019. Approximately 96% of child care centres implemented an after-lunch tooth brushing program and provided snacks for about 25%. All child care centres provided fruit 3-5 days per week, plain milk and dental examination by child caregivers (39.3%) and health personnel (94.6%) to children in 2019. The suggestions for service delivery improvement were service units should plan for procurement of hand-on tooth brushing sets and improve child management skills of dental personnel.

Keywords: oral health promotion service, pregnant woman, preschool children, oral health promotion activities, child care center

[1] Original Article

[2] Dentist, Senior Professional Level, Chumphon Provincial Public Health Office, E-mail: drthep@hotmail.com

สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จังหวัดชุมพร ปี 2560-2564[1]

สุเทพ ภูติประวรรณ[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ 2) จัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยในจังหวัดชุมพร วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จากแหล่งข้อมูล 2 ส่วนคือ คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ รายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ 18 เดือนในคลินิกเด็กดี และเด็กอายุ 3 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการสัมภาษณ์ทันตบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 18 เดือน มีแนวโน้มฟันผุลดลงจากร้อยละ 11.70 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 9.10 ในปี 2562 เด็กส่วนใหญ่ยังดื่มนมขวด บริโภคขนม 1-2 ครั้ง/วัน และผู้ปกครองแปรงฟันให้วันละ 1 ครั้ง ในเด็กอายุ 3 ปี แนวโน้มฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.30 เป็นร้อยละ 54.70 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ประมาณร้อยละ 96 และร้อยละ 25 ที่จัดอาหารว่างเป็นขนมกรุบกรอบ ศูนย์ทุกแห่งจัดผลไม้เป็นอาหารว่าง 3-5 วัน/สัปดาห์ จัดนมจืดให้เด็ก และตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในปี 2562 เป็นการตรวจโดยครูผู้ดูแลเด็กร้อยละ 39.3 และโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 94.60 ข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการคือ หน่วยบริการควรทำแผนจัดซื้อชุดแปรงสีฟันสำหรับฝึกปฏิบัติจริง และพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการรักษาเด็ก

คำสำคัญ: การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

[1] บทความวิชาการ

[2] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร อีเมล: drthep@hotmail.com

บทนำ

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กซึ่งมีอายุยังไม่ครบหกปีบริบูรณ์ รวมถึงทารกในครรภ์มารดา เป็นช่วงวัยที่พัฒนาการทางด้านต่างๆ เป็นไปอย่างรวดเร็ว หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย จะสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไปในอนาคต (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2562) แต่ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ปี 2560 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 52.90 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.80 ซี่/คน มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52 หรือเฉลี่ย 2.70 ซี่/คน ขณะที่เด็กอายุ 5 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.60 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.50 ซี่/คน (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) แสดงให้เห็นว่า โรคฟันผุยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็กปฐมวัย ที่เป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวด การสูญเสียฟันน้ำนม และค่าใช้จ่ายในการรักษา (Rugg-Gunn et al., 2017)

ฟันผุในเด็กเล็ก ทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายอย่าง เช่น เด็กไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ มีอาการปวด บวมจากการติดเชื้อ นอนไม่หลับ ส่งผลให้เด็กขาดสารอาหารเจริญเติบโตไม่เต็มที่ เกิดภาวะร่างกายเตี้ยแคระแกร็น (กันยา บุญธรรม และศรีสุดา ลีละศิธร, 2559) และยังทำให้เด็กหงุดหงิด ไม่อยากเล่น ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทั้งสติปัญญาและอารมณ์ (พนิตเทพ ทัพพะรังสี และคณะ, 2558) สาเหตุของฟันผุเกิดจากการได้รับเชื้อจากแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีฟันผุผ่านทางน้ำลายร่วมกับการได้รับอาหารที่มีน้ำตาล ทำให้มีเชื้อโรคสะสมเป็นคราบจุลินทรีย์และสร้างกรดมาทำลายผิวเคลือบฟันจนเกิดเป็นรูผุ นอกจากนี้ เป็นผลจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เด็กยังดูดนมจากขวด กินนมหวาน กินขนมจุบจิบ และเด็กไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากอย่างเพียงพอ (Rugg-Gunn & Woodward, 2017) ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มักพบสภาวะเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และโรคฟันผุ (ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง และสุภาวดี พรหมมา, 2559) หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดโรคปริทันต์รุนแรงกว่าช่วงเวลาอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และอาจเกิดฟันผุได้มากขึ้นจากการรับประทานอาหารบ่อยขึ้น อาการอาเจียนบ่อย ๆ จากการแพ้ท้อง อาจทำให้เกิดฟันกร่อนจากการสัมผัสน้ำย่อยที่มีสภาพเป็นกรด ภาวะของการเป็นโรคปริทันต์ อาจส่งผลถึงทารกในครรภ์และการคลอด เพราะโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการอักเสบของเหงือก เมื่อร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านกับเชื้อทำให้เกิดการอักเสบและการทำลายของอวัยวะ การอักเสบจะกระตุ้นการหลั่งสารอักเสบเข้าไปในกระแสเลือด ซึ่งจะไปกระตุ้นการสร้างสารที่ทำให้มดลูกบีบตัว ทำให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด หรือทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยได้ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561; Daalderop et al., 2018)

นโยบายการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย เริ่มมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2535 โดยมีแนวทางให้สถานบริการของรัฐดำเนินกิจกรรมการตรวจช่องปาก การให้ทันตสุขศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครองเด็กอายุ 0-2 ปี ที่มารับบริการ รวมทั้ง

การฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อมาในปี 2546 กรมอนามัยได้พัฒนารูปแบบการทำงานให้มีคุณภาพมากขึ้น เพิ่มการให้บริการทันตกรรมป้องกันแก่เด็กโดยการทาฟลูออไรด์วาร์นิช เน้นระบบการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึงเด็กอายุ 3 ปี ด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับการทำงานเชิงรุกเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กในชุมชน และในปี 2550 กรมอนามัยได้บูรณาการงานอนามัยแม่และเด็ก เน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัวและชุมชน (สุภาวดี พรหมมา และคณะ, 2555) และในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบาย 4D เพื่อร่วมกันพัฒนาและยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยได้พัฒนาและใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานจนถึงปัจจุบัน ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ได้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยตามแนวทางการดำเนินงานของกรมอนามัย โดยสำนักทันตสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ได้มีการประเมินแนวโน้มสถานการณ์การจัดบริการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย หากนำผลการศึกษาไปใช้จะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยของจังหวัดชุมพรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จังหวัดชุมพร ปี 2560-2564
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อศึกษาผลงานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยของสถานบริการสาธารณสุข ปี 2560-2564 ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตามระบบรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (ท.02) ในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน และ 3 ปี ระหว่างปี 2560-2562 และการสัมภาษณ์ทันตบุคลากร เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ระหว่างปี 2560-2564 โดยมีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,992 2,963 2,724 2,761 และ 2,365 คน เด็กปฐมวัยจำนวน 27,617 28,975 27,275 25,901 และ 24,517 คน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทั้งในและนอกสถานบริการ และบันทึกข้อมูลการให้บริการในแฟ้มทันตสุขภาพตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และ 2) กลุ่มเด็กอายุ 18 เดือนทุกคนที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี และกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กำหนดเป็นจุดสำรวจ จากการเลือกตัวอย่างโดยวิธี Sampling with Probability Proportion to Size (PPS) ระหว่างปี 2560-2562 จำนวน 1,506 1,206 และ 1,310 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จังหวัดชุมพร ปี 2560-2564 จากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560-2564 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

1) ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์

2) ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี

3) ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี

ส่วนที่ 2 รายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (ท.02) ในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน และ 3 ปี ที่พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เก็บข้อมูลระหว่างปี 2560-2562 ในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือนทุกคนที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี (WCC) ต่อเนื่องตลอดปี ส่วนกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี เก็บข้อมูลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กำหนดเป็นจุดสำรวจ ดำเนินการสำรวจในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคมทุกปี (สำนักทันตสาธารณสุข, 2559) เก็บข้อมูลโดยทันตบุคลากรจังหวัดชุมพร ข้อมูลประกอบด้วย สภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการแปรงฟัน การใช้บริการทันตกรรม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย จังหวัดชุมพร ปี 2560-2564 พบว่าโรงพยาบาลแม่ข่าย 11 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โดยมีผลงานการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 41.00 47.40 50.20 59.90 และ 57.40 ในปี 2560-2564 ตามลำดับ ผลงานบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2562-2564 มีผลงานมากกว่าร้อยละ 50 การฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ รวมถึงการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ (plaque

control) มีผลงานบริการร้อยละ 38.60 38.50 33.80 41.80 และ 42.40 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผลงานยังน้อยกว่าร้อยละ 50 การบริการทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ผลงานมากกว่าร้อยละ 70 มีเพียงปี 2562 ร้อยละ 64.60 โดยภาพรวมผลงานการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 13-21 เป็นการให้บริการรักษาทางทันตกรรม (ตารางที่ 1)

จากการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรพบว่าเหตุผลที่ให้บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากไม่มีชุดแปรงสีฟันสำหรับฝึกทักษะการแปรงฟัน รวมถึงสีย้อมคราบจุลินทรีย์และมีเวลาจำกัด ส่วนการให้บริการทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้อง และอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงที่เหมาะสมคือ ไตรมาสที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดชุมพร ปี 2560-2564

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	จำนวน (ร้อยละ) ผลงานบริการ				
	2560	2561	2562	2563	2564
1. ตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์	1,227	1,404	1,368	1,653	1,358
	(41.00)	(47.40)	(50.20)	(59.90)	(57.40)
2. ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	1,156	1,142	922	1,154	1,002
	(38.60)	(38.50)	(33.80)	(41.80)	(42.40)
3. บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	1,766	1,655	1,401	1,570	1,271
	(59.00)	(55.90)	(51.40)	(56.90)	(53.70)
4. บริการทันตกรรม	1,099	1,083	884	1,163	1,014
	(73.70)	(77.10)	(64.60)	(70.40)	(74.60)
5. ตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน*	-	-	-	693	328
				(17.20)	(9.20)

* การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี ที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี มีผลงานการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ร้อยละ 49.90 46.40 55.60 60.60 และ 57.80 ในปี 2560-2564 ตามลำดับ โดยผลงานปี 2562-2564 มากกว่าร้อยละ 55 ผลงานการฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันและทาฟลูออไรด์วาร์นิชป้องกันฟันผุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปี 2563-2564 ที่ผลงานบริการมากกว่าร้อยละ 52 ส่วนการบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 0-2 ปี ส่วนใหญ่ผลงานมากกว่าร้อยละ 70 โดยภาพรวมผลงานการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก มากกว่าร้อยละ 70 ใกล้เคียงกับผลงานบริการทันตกรรม แสดงว่าบริการทันตกรรมทั้งหมด เป็นการบริการเฉพาะงานส่งเสริมป้องกันเท่านั้น

สำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีผลงานการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ร้อยละ 47.00 52.50 60.80 67.30 และ

54.70 ในปี 2560-2564 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 52 การทาฟลูออไรด์วาร์นิช ผลงานบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปี 2563 ที่ร้อยละ 58.20 ส่วนการบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 3-5 ปี ผลงานมากกว่าร้อยละ 64 โดยภาพรวมผลงานการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก มากกว่าร้อยละ 64 ใกล้เคียงกับผลงานบริการทันตกรรม แสดงว่าเป็นการบริการเฉพาะงานส่งเสริมป้องกัน เช่นเดียวกับเด็กอายุ 0-2 ปี (ตารางที่ 2)

จากการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรพบว่าเหตุผลที่ให้บริการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากไม่มีชุดแปรงสีฟันสำหรับฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันในเด็ก ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนไม่ใช่ผู้เลี้ยงดูเด็ก และสถานที่ไม่เอื้ออำนวยในการให้บริการ ส่วนการให้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่ขาดทักษะในการรักษาเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จังหวัดชุมพร จำแนกตามอายุของเด็ก ปี 2560-2564

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	จำนวน (ร้อยละ) ผลงานบริการ				
	2560	2561	2562	2563	2564
1. จำนวนเด็กอายุ 0-2 ปี	**12,360**	**14,407**	**13,801**	**13,454**	**12,504**
ตรวจสุขภาพช่องปาก	6,171	6,689	7,674	8,159	7,226
	(49.90)	(46.40)	(55.60)	(60.60)	(57.80)
ฝึกผู้ปกครองแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	4,244	4,595	5,452	7,951	7,237
	(34.30)	(31.90)	(39.50)	(59.10)	(57.90)
ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	4,582	4,361	4,916	7,142	6,502
	(37.10)	(30.30)	(35.60)	(53.10)	(52.00)
บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	8,678	9,221	9,757	9,909	8,776
	(70.20)	(64.00)	(70.70)	(73.70)	(70.20)
บริการทันตกรรม	8,686	9,227	9,766	9,912	8,781
	(70.30)	(64.00)	(70.80)	(73.70)	(70.20)
2. จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี	**15,257**	**14,568**	**13,474**	**12,447**	**12,013**
ตรวจสุขภาพช่องปาก	7,165	7,642	8,196	8,380	6,575
	(47.00)	(52.50)	(60.80)	(67.30)	(54.70)
ทาฟลูออไรด์วาร์นิช	5,384	4,968	5,418	7,245	5,762
	(35.30)	(34.10)	(40.20)	(58.20)	(48.00)
บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	9,799	9,646	10,268	9,689	7,694
	(64.20)	(66.20)	(76.20)	(77.80)	(64.00)
บริการทันตกรรม	9,946	9,756	10,351	9,739	7,740
	(65.20)	(67.00)	(76.80)	(78.20)	(64.40)

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ในปี 2560-2562 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน มีแนวโน้มฟันผุลดลง จากร้อยละ 11.70 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 9.10 ในปี 2562 ขณะที่กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีแนวโน้มฟันผุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 49.30 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 54.70 ในปี 2562 และเด็กมีฟันผุที่ได้รับการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 1 โดยจำนวนฟันผุเพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก ในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน และ 3 ปี เกือบ 1 ใน 5 มีช่องปากไม่สะอาด โดยเฉพาะปี 2561 มีเด็กอายุ 18 เดือน ที่ช่องปากไม่สะอาดมากถึงร้อยละ 21.10 ส่วนการตรวจพบรอยขาวขุ่นที่เป็นฟันผุระยะเริ่มต้นเด็กทั้งสองกลุ่มมีรอยขาวขุ่นเกือบร้อยละ 16 ซึ่งเด็กอายุ 3 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.40 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 15.50 ในปี 2562 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 18 เดือน และ 3 ปี จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

สภาวะสุขภาพช่องปาก	เด็กอายุ 18 เดือน			เด็กอายุ 3 ปี		
	2560	2561	2562	2560	2561	2562
1. จำนวนเด็ก	641	535	636	1,506	1,206	1,310
2. อนามัยช่องปาก						
สะอาด	520	422	529	1,237	1,022	1,050
	(81.10)	(78.90)	(83.20)	(82.20)	(84.30)	(80.20)
ไม่สะอาด	121	113	107	268	191	260
	(18.90)	(21.10)	(16.80)	(17.80)	(15.70)	(19.80)
3. มีรอยขาวขุ่นที่ผิวฟัน						
ไม่มี	576	456	558	1,401	1,071	1,099
	(90.00)	(85.20)	(87.70)	(93.60)	(88.40)	(84.50)
มี	64	79	78	95	140	201
	(10.00)	(14.80)	(12.30)	(6.40)	(11.60)	(15.50)
4. เด็กมีฟันผุ	75	57	58	743	600	716
	(11.70)	(10.70)	(9.10)	(49.30)	(49.80)	(54.70)
5. เด็กมีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา	-	-	-	740	597	706
				(49.10)	(49.50)	(53.90)
6. ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด	3.00	2.80	2.70	5.20	5.80	4.80

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 18 เดือน พบว่า เด็กเกือบ 1 ใน 3 ที่บริโภคนมหวานหรือนมเปรี้ยว การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมากถึงร้อยละ 32.70 ในปี 2562 การใช้ขวดนมของเด็ก มากกว่าครึ่งยังใช้ขวดนม แม้ว่ามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 72.50 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 63.50 ในปี 2562 เด็กส่วนใหญ่บริโภคขนม 1-2 ครั้ง/วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 63.80 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 74.10 ในปี 2562 ขณะที่การบริโภคขนมมากกว่า

2 ครั้ง/วัน มีแนวโน้มลดลง โดยปี 2562 เป็นร้อยละ 4.40 (ตารางที่ 4)

สำหรับเด็กอายุ 3 ปี นำนมหวานหรือนมเปรี้ยว ขวดนม และขนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นการสะท้อนพฤติกรรมการบริโภคของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งเด็กส่วนใหญ่ไม่นำนมหวานหรือนมเปรี้ยว ขวดนม และขนมมาที่ศูนย์ ร้อยละ 92.50 96.10 และ 93.40 ในปี 2562 แต่มีเด็กนำขนมและขวดนมมามากสุดในปี 2561 ที่ร้อยละ 9.80 และ 6.80 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 18 เดือน จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

พฤติกรรมบริโภคอาหาร	2560		2561		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริโภคนม						
บริโภคแต่นมจืด	444	69.30	343	64.10	456	71.70
บริโภคนมหวาน นมเปรี้ยว	197	30.70	192	35.90	180	28.30
2. การบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน						
ไม่บริโภค	383	59.80	312	58.30	428	67.30
บริโภค	258	40.20	223	41.70	208	32.70
3. การใช้ขวดนม						
ไม่ใช้	176	27.50	151	28.20	232	36.50
ใช้	464	72.50	384	71.80	404	63.50
4. การบริโภคขนม						
ไม่บริโภค	161	25.10	111	20.70	137	21.50
บริโภค 1-2 ครั้ง/วัน	409	63.80	375	70.10	471	74.10
บริโภค ≥ 3 ครั้ง/วัน	71	11.10	49	9.20	28	4.40

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 3 ปี จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

พฤติกรรมบริโภคอาหาร	2560		2561		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นำนมหวาน/นมเปรี้ยวมาที่ศูนย์						
ไม่นำมา	1,391	92.50	1,123	92.70	1,211	92.50
นำมา	113	7.50	89	7.30	98	7.50
2. นำขวดนมมาที่ศูนย์						
ไม่นำมา	1,440	95.70	1,131	93.20	1,259	96.10
นำมา	65	4.30	82	6.80	51	3.90
3. นำขนมมาที่ศูนย์						
ไม่นำมา	1419	94.30	1,094	90.20	1,223	93.40
นำมา	85	5.70	119	9.80	87	6.60

พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 18 เดือน พบว่า เด็กส่วนใหญ่ได้รับการแปรงฟันก่อนนอนโดยผู้ปกครองทุกวัน มากกว่าร้อยละ 74.80 แต่ในปี 2561 มีถึงร้อยละ 25.20 ที่ผู้ปกครองไม่ได้แปรงฟันก่อนนอนให้เด็ก การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.50 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 84.60 ในปี 2562 เมื่อพิจารณาความถี่การแปรงฟันใน 1 วัน ส่วนใหญ่ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กวันละ 1 ครั้ง มากถึงร้อยละ 96.80 ในปี 2562 และมีเด็กร้อยละ 5.00 ที่ไม่ได้แปรงฟันเลย ในปี 2561 สำหรับเด็กอายุ 3 ปี ส่วนใหญ่แปรงฟันตอนเช้าก่อนมาศูนย์ แต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 94.90 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 87.60 ในปี 2562 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 18 เดือน และ 3 ปี จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

พฤติกรรมการแปรงฟัน	2560		2561		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เด็กอายุ 18 เดือน	641	100.00	535	100.00	636	100.00
2. การแปรงฟันก่อนนอนโดยผู้ปกครองทุกวัน						
แปรง	503	78.50	400	74.80	514	80.80
ไม่แปรง	138	21.50	135	25.20	122	19.20
3. การแปรงฟันโดยผู้ปกครองทุกวัน						
แปรง ≥ 2 ครั้ง/วัน	6	0.90	32	6.00	5	0.80
แปรง 1 ครั้ง/วัน	611	95.30	476	89.00	616	96.80
ไม่แปรง	24	3.80	27	5.00	15	2.40
4. การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์						
ใช้	458	71.50	410	76.60	538	84.60
ไม่ใช้	183	28.50	125	23.40	98	15.40
5. เด็กอายุ 3 ปี	1,506	100.00	1,206	100.00	1,310	100.00
6. การแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาศูนย์						
แปรง	1,429	94.90	1,133	93.90	1,147	87.60
ไม่แปรง	77	5.10	73	6.10	163	12.40

การใช้บริการทันตกรรมในช่วงอายุ 9-12 เดือนของเด็กอายุ 18 เดือน ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำการดูแลช่องปากเด็ก และได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช มากกว่าร้อยละ 93.10 ส่วนการฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 91.00 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละการใช้บริการทันตกรรมของเด็กอายุ 18 เดือน จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

การใช้บริการทันตกรรม	2560		2561		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจสุขภาพช่องปาก	624	97.30	514	96.10	615	96.70
2. ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำการดูแลช่องปากเด็ก	630	98.30	527	98.50	615	96.70
3. ได้รับฟลูออไรด์	608	94.90	518	96.80	592	93.10
4. ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟัน	562	87.70	487	91.00	531	83.50

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 98.40 80.30 และ 96.40 ในปี 2560-2562 ตามลำดับ มีการจัดนมจืด และผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปี 2562 เป็นร้อยละ 100 ส่วนการจัดนมหวานหรือนมเปรี้ยว และขนมกรุบกรอบเป็นอาหารว่างมีแนวโน้มลดลง โดยปี 2562 เป็นร้อยละ 0 และ 25 ตามลำดับ ในปี 2562 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งมีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ซึ่งตรวจโดยผู้ดูแลเด็ก ลดลงจากร้อยละ 53.20 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 39.30 ในปี 2562 และตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 96.80 82.00 และ 94.60 ในปี 2560-2562 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชุมพร ปี 2560-2562

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	2560		2561		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนศูนย์	62	100.00	61	100.00	56	100.00
2. กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	61	98.40	49	80.30	54	96.40
3. จัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์	54	87.10	47	77.00	56	100.00
4. จัดอาหารว่างเป็นขนมกรุบกรอบให้เด็ก	20	32.30	18	29.50	14	25.00
5. จัดนมจืดให้เด็ก	59	95.20	52	85.20	56	100.00
6. จัดนมหวาน/นมเปรี้ยวให้เด็ก	1	1.60	0	0.00	0	0.00
7. กิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก	60	96.80	52	85.20	56	100.00
โดยผู้ดูแล	33	53.20	23	37.70	22	39.30
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	60	96.80	50	82.00	53	94.60

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาและสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย และจากการสัมภาษณ์ทันตบุคลากร เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย พบว่า ข้อเสนอในการพัฒนาการจัดบริการ ได้แก่

1) หน่วยบริการควรทำแผนจัดซื้อชุดแปรงสีฟันเพื่อฝึกหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองแปรงฟันแบบปฏิบัติจริง โดยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือของบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

2) หน่วยบริการควรสร้างเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับผู้ปกครองร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ในการกระจายความรู้ไปยังผู้ปกครอง

3) ทันตบุคลากรควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็ก

การอภิปรายผลการวิจัย

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวมพบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ และการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการตรวจสุขภาพช่องปากมากกว่าร้อยละ 50 และการฝึกทักษะการแปรงฟันมากกว่าร้อยละ 35 ทั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 15 ที่ไม่ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ เป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ได้รับการฝึกแปรงฟันในโมเดล เหตุผลที่ทันตบุคลากรฝึกปฏิบัติจริงได้น้อย เนื่องจากไม่มีชุดแปรงสีฟันสีย้อมคราบจุลินทรีย์สำหรับฝึกทักษะการแปรงฟันและมีเวลาจำกัดในการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี พรหมมา และคณะ (2555) พบว่า การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ มีโรงพยาบาลร้อยละ 83.60 จัดให้มีการฝึกแปรงฟันในหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าครึ่งยังฝึกแปรงในโมเดล จึงควรพัฒนาระบบการจัดการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนปฏิบัติการ เพื่อจัดซื้อชุดฝึกทักษะการแปรงฟัน และสนับสนุนให้กับหน่วยบริการในเครือข่าย หรือให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำโครงการของบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 0-2 ปี ที่คลินิกเด็กดี ผลงานภาพรวมพบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก การฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และการทาฟลูออไรด์วาร์นิชป้องกันฟันผุในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 52 แต่สัดส่วนการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันจริงน้อยกว่าการตรวจช่องปากเด็ก เหตุผลเนื่องจากไม่มีชุดแปรงสีฟันสำหรับฝึกผู้ปกครองแปรงฟันในปากเด็ก การศึกษาของสุภาวดี พรหมมา และคณะ (2555) พบว่า มีโรงพยาบาลที่จัดให้มีการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ร้อยละ 84.60 มากกว่าครึ่งยังฝึกแปรงในโมเดล ไม่ได้ฝึกจริงในปากเด็ก อย่างไรก็ตาม การฝึกผู้ปกครองให้สามารถแปรงฟันให้ลูกได้เป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดความชุกของการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัยลงได้ (Ungchusak, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของเจียรไน ตั้งติยะพันธ์ และคณะ (2561) พบว่า การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ

ผู้ปกครองสัมพันธ์กับการแปรงฟันก่อนนอนให้เด็ก จึงจำเป็นที่หน่วยบริการต้องจัดให้มีกิจกรรมนี้อย่างจริงจังต่อไป โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการทำแผนจัดซื้อชุดแปรงสีฟันตามแนวทางเดียวกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

สำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี ที่เด็กช่วงวัยนี้ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตเวลากลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือโรงเรียนอนุบาล ผลงานบริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และทาฟลูออไรด์วาร์นิช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 50 ส่วนผลงานบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 0-2 ปี และ 3-5 ปี มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นการบริการงานส่งเสริมป้องกันเกือบทั้งหมด ไม่มีงานรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากทันตบุคลากรขาดทักษะในการรักษาเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ จึงควรพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้สามารถบูรณะฟันน้ำนมด้วย SMART Technique (ณัฐกาญจน์ ภาคยวงศ์, 2560) การใช้ Silver Diamine Fluoride ในการหยุดยั้งฟันน้ำนมผุ (ประสิทธิ์ วงค์สุภา และคณะ, 2557; สุเทียน แก้วมะคำ และพัชรินทร์ วงศ์ไชยา, 2560; Turton & Durward, 2017) ซึ่งการบูรณะฟันช่วยให้เด็กมีอนามัยช่องปากและภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น (Ungchusak, 2017)

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในปี 2560-2562 เด็กอายุ 18 เดือน มีแนวโน้มฟันผุลดลง เป็นร้อยละ 9.10 ฟันไม่สะอาดร้อยละ 16.80 และมีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 12.30 ในปี 2562 ขณะที่เด็กอายุ 3 ปี มีแนวโน้มฟันผุเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 54.7 ฟันไม่สะอาดร้อยละ 19.80 และมีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 15.50 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2560 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 52.90 ร้อยละ 40.00 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ มีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.10 ซึ่งเด็กอายุ 3 ปี จังหวัดชุมพร มีความชุกของโรคฟันผุใกล้เคียงกับผลสำรวจระดับประเทศ แต่มีเด็กที่ฟันไม่สะอาด และมีฟันผุระยะเริ่มต้น น้อยกว่าครึ่งของระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีคราบจุลินทรีย์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เรืองงาม (2556) การศึกษาของดลฤดี แก้วสวาท และสุณี วงศ์คงคาเทพ (2556) และการศึกษาของสุพรรณี สุคันวรานิล และสุภาวดี พรหมมา (2557) เช่นเดียวกับการศึกษาของลักขณา อุ้ยจิรากุล และคณะ (2556) พบว่า เด็กเล็กที่ผู้ปกครองตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็กเป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อยกว่ากลุ่มที่ผู้ปกครองไม่ตรวจดูฟันผุหรือดูความสะอาดฟันเด็ก ดังนั้น การแปรงฟันเป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยป้องกันฟันผุ จึงควรสร้างเสริมความรอบรู้ให้กับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทันตบุคลากรเสนอว่าให้ใช้สื่อออนไลน์ในการกระจายความรู้ข่าวสารไปยังผู้ปกครอง สอดคล้องกับแนวคิดมาตรการกลางน้ำ ซึ่งสื่อออนไลน์เป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษามวลชน (Mass Education) เพื่อสร้างกระแสความสนใจให้เกิดขึ้นในสังคม (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, 2564)

พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 18 เดือน ส่วนใหญ่ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กวันละ 1 ครั้ง แต่มีเด็กถึงร้อยละ 5 ที่ไม่ได้แปรงฟันเลย และเกือบ 1 ใน 4 ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอนโดยผู้ปกครองทุกวัน ส่วนเด็กอายุ 3 ปี แปรงฟันตอนเช้ามากกว่าร้อยละ 87.60 แต่มีฟันสะอาดน้อยกว่าร้อยละ 84.30 เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจระดับประเทศ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) พบว่า เด็กอายุ 3 ปี แปรงฟันเอง ร้อยละ 44.10 ผู้ปกครองแปรงฟันให้ ร้อยละ 42.50 การศึกษาของดลฤดี แก้วสวาท และสุณี วงศ์คงคาเทพ (2556) พบว่า เด็กที่แปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันมีอนามัยช่องปากสะอาดมากกว่าเด็กที่แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ และเด็กที่มีช่องปากไม่สะอาดพบฟันผุมากกว่าเด็กที่มีช่องปากสะอาด นั่นคือ เด็กที่ผู้ปกครองปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเมธินี คุปพิทยานันท์ และศรีสุดา ลีละศิธร (2556) พบว่า เด็กที่แปรงฟันตอนเช้ามีฟันสะอาดกว่าและฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่แปรงฟัน ขณะที่จังหวัดชุมพร มีเด็กอายุ 18 เดือน ที่ผู้ปกครองแปรงฟันให้ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง น้อยกว่าร้อยละ 6 ดังนั้น การไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันไม่สะอาด เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ซึ่งช่วงวัยนี้ใช้เวลาอยู่กับพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก จึงจำเป็นที่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กต้องช่วยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ให้เด็กเมื่ออยู่ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสร้างวินัยการแปรงฟัน จนเป็นสุขนิสัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 18 เดือน มีสัดส่วนเด็กเกือบ 1 ใน 3 ที่บริโภคนมหวานหรือนมเปรี้ยว การดื่มนมขวดมีแนวโน้มลดลงแต่ยังมากถึงร้อยละ 63.50 เด็กส่วนใหญ่บริโภคขนม 1-2 ครั้ง/วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.10 ขณะที่ในปี 2561 เด็กอายุ 3 ปี นำนมหวานหรือนมเปรี้ยว ขวดนม และขนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มากถึงร้อยละ 7.30 6.80 และ 9.80 เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจระดับประเทศ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ดื่มนมหวานหรือนมเปรี้ยว ร้อยละ 44.50 และยังคงใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้าน ร้อยละ 39.50 ซึ่งเด็กอายุ 18 เดือน มากกว่าครึ่งยังใช้ขวดนม แม้ว่าเด็กช่วงวัยนี้สามารถเลิกนมขวดได้อย่างถาวร อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความชุกของการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วง 18 เดือน ถึง 3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เรืองงาม (2556) พบว่า รสนมที่เด็กดื่มประจำมีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ การศึกษาของลักขณา อุ้ยจิรากุล และคณะ (2556) พบว่า เด็กเล็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มรสหวานเร็ว มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มรสหวานช้า การศึกษาของสุพรรณี สุคันวรานิล และสุภาวดี พรหมมา (2557) พบว่าการกินนมหวาน กินขนมมากกว่า 2 ครั้ง/วัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้ การศึกษาของเมธินี คุปพิทยานันท์ และศรีสุดา ลีละศิธร (2556) พบว่าเด็กที่ไม่นำขนมนมหวานหรือนมเปรี้ยวมากินที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น การกำหนดกติกาด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น ผู้ปกครอง ชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เช่น ห้ามนำนมหวานหรือนมเปรี้ยว ขวดนม ขนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงเป็นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีผลเชิงบังคับต่อผู้เกี่ยวข้องทุกคน (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี พรหมมา และหยาดฤทัย โก้สกุล (2562) พบว่านโยบายห้ามนำขนมมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับสภาวะเด็กปราศจากฟันผุ

ในปี 2562 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งจัดนมจืด และจัดผลไม้เป็นอาหารว่างให้เด็ก 3-5 วัน/สัปดาห์ มี 1 ใน 4 ที่ยังจัดอาหารว่างเป็นขนมกรุบกรอบ และไม่พบศูนย์ที่จัดนมหวานหรือนมเปรี้ยวให้เด็ก ทุกศูนย์มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก เกือบครึ่งเป็นการตรวจโดยครูผู้ดูแลเด็ก และมากกว่าร้อยละ 82 เป็นการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใกล้เคียงกับการศึกษาของเขมณัฏฐ์ เชื้อชัยทัศน์ และสุรางค์ เชษฐ์พฤนท์ (2558) พบว่า มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน จัดผลไม้ในมื้อกลางวัน 3-5 วัน/สัปดาห์ จัดนมจืดให้เด็กตรวจช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.80 45.70 99.30 52.70 และ 79.00 ในปี 2553 ตามลำดับ และเกือบครึ่งมีข้อตกลงกับผู้ปกครอง ห้ามเด็กนำนมหวานหรือนมเปรี้ยว ขวดนม และขนมมาที่ศูนย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของเมธินี คุปพิทยานันท์ และศรีสุดา ลีละศิธร (2556) พบว่า เด็กในศูนย์ที่จัดผลไม้เป็นอาหารว่าง 3-5 วัน/สัปดาห์ มีฟันผุน้อยกว่าเด็กในศูนย์ที่ไม่มีหรือมีกิจกรรมน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ และเด็กในศูนย์ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีฟันสะอาดกว่าเด็กในศูนย์ที่ไม่ได้จัดกิจกรรมนี้ ขณะที่การศึกษาของสุภาวดี พรหมมา และหยาดฤทัย โก้สกุล (2562) พบว่านโยบายห้ามนำขนมมาที่ศูนย์ การอบรมครูผู้ดูแลเด็กเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับสภาวะปราศจากฟันผุของเด็ก และการอบรมทันตสุขภาพแก่ครูผู้ดูแลเด็ก การสนับสนุนวิชาการ มีความสัมพันธ์กับการตรวจความสะอาดช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็ก ดังนั้น การจัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากและความสะอาดช่องปากประจำวันโดยครูผู้ดูแลเด็ก การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรเป็นประจำทุก 6 เดือน เป็นกิจกรรมสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการควรทำแผนจัดซื้อชุดแปรงสีฟัน หรือทำแผนงานของบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้มีการฝึกหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองแปรงฟันแบบปฏิบัติจริงมากขึ้น

2. หน่วยบริการควรสร้างเสริมความรอบรู้ให้กับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทั้งการแปรงฟัน การควบคุมการบริโภคอาหารว่าง และการตรวจดูความสะอาดฟันเด็ก ร่วมกับการใช้สื่อ

ออนไลน์ในการกระจายความรู้ข่าวสารไปยังผู้ปกครอง

3. ควรพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการให้บริการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กเพื่อให้เด็กฟันผุได้เข้าถึงบริการรักษามากขึ้น

4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรดูแลไม่ให้เด็กนำขนม นมหวานหรือนมเปรี้ยว และขวดนมมาที่ศูนย์ โดยกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกัน ไม่จัดอาหารว่างเป็นขนมกรุบกรอบให้เด็ก และตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูผู้ดูแลเด็กทุกวัน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัย เพื่อค้นหาตัวแปรอื่น ที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ*. https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/tinymce/2564/Child_Standard/std_64_17.pdf.

กันยา บุญธรรม และ ศรีสุดา ลีละศิธร. (2559). ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี. *ว.ทันตสาธารณสุข, 21*(2), 47-53.

เขมณัฏฐ์ เชื้อชัยทัศน์ และ สุรางค์ เชษฐ์พฤนท์. (2558). การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการจัดสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเปรียบเทียบปี 2550 และ 2553. *ว.ทันตสาธารณสุข, 20*(3), 57-66.

เจียรไน ตั้งติยะพันธ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา และ ธีระวุธ ธรรมกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมทันตสุขภาพและฟันผุในเด็กอายุ 2-3 ปี อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. *ว.ทันตสาธารณสุข, 23*(2), 28-37.

ณัฐกาญจน์ ภาคยวงศ์. (2560). การอุดฟันกรามน้ำนมแบบอะทรอมาติกโดยหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่อำเภอสามชุก สุพรรณบุรี การประเมินผลระยะ 6 เดือน. *ว.ทันตสาธารณสุข, 22*(1), 27-36.

ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง และ สุภาวดี พรหมมา. (2559). สภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. *ว.ทันตสาธารณสุข, 21*(2), 5-12.

ดลฤดี แก้วสวาท และ สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2556). เปรียบเทียบสภาวะฟันผุและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กไทยอายุ 1-4 ปี ระหว่างปี 2549 และ 2554. *ว.ทันตสาธารณสุข, 18*(1), 64-89.

ประสิทธิ์ วงศ์สุภา, สุกัญญา เธียรวิวัฒน์ และ จันทร์พิมพ์ หินเทาว์. (2557). ซิลเวอร์ไดเอมีนฟลูออไรด์เพื่อการหยุดยั้งฟันผุในฟันน้ำนม. *ว.ทันต จุฬาฯ, 37*, 371-80.

พนิตเทพ ทัพพะรังสี, พิชญภัสสร์ ไหลรุ่งเรืองสกุล, เอื้ออารีย์ วัฒนธงชัย และ ถนอมรัตน์

ประสิทธิเมตต์. (2558). ความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับน้ำหนัก ส่วนสูง และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4. *ว.ทันตสาธารณสุข, 20*(2), 9-17.

พัชรี เรืองงาม. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *ว.ทันตสาธารณสุข, 18*(2), 9-22.

เมธินี คุปพิทยานันท์ และ ศรีสุดา ลีละศิธร. (2556). กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *ว.ทันตสาธารณสุข, 18*(2), 33-45.

ลักขณา อุ้ยจิรากุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ มุขดา ศิริเทพทวี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูและโรคฟันผุในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว. *ว.ทันตสาธารณสุข, 18*(2), 23-32.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2562). *มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2559). *คู่มือการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยที่เสี่ยง*. ปทุมธานี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดนโมพลัส.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *แนวทาง การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย*. https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=82303&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=26651.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. (2564). *ตัวกำหนดสุขภาพทางสังคมและการดำเนินงานกับประชากร: การนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุเทียน แก้วมะคำ และ พัชรินทร์ วงศ์ไชยา. (2560). ต้นทุนประสิทธิผลของซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ในการหยุดยั้งฟันน้ำนมผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *ว.ทันตสาธารณสุข, 22*(2), 28-38.

สุพรรณี สุคันวรานิล และ สุภาวดี พรหมมา. (2557). สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมและปัจจัยเสี่ยงในเด็ก 1-24 เดือน. *ว.ทันตสาธารณสุข, 19*(1), 66-76.

สุภาวดี พรหมมา, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศรีสุดา ลีละศิธร และ สุรางค์ เชษฐพฤนท์. (2555). สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552. *ว.ทันตสาธารณสุข, 17*(1), 50-59.

สุภาวดี พรหมมา และ หยาดฤทัย โก้สกุล. (2562). *สถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-45/130522.

Daalderop, L.A. et al. (2018). Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. *JDR Clinical & Translational Research, 3*(1), 10-27.

Rugg-Gunn, A., Durward, C., Ungchusak, C. & Khitdee, C. (2017). Early Childhood Caries – a major public health problem. *Thai Dental Public Health Journal, 22*(Supplement), 1-2.

Rugg-Gunn, A. & Woodward, M. (2017). Review of the aetiology of Early Childhood Caries. *Thai Dental Public Health Journal, 22*(Supplement), 14-43.

Turton, BJ. & Durward, C.S. (2017). Management of Early Childhood Caries – a comparison of different approaches. *Thai Dental Public Health Journal, 22*(Supplement), 62-77.

Ungchusak, C. (2017). Oral health promotion & prevention of Early Childhood Caries. *Thai Dental Public Health Journal, 22*(Supplement), 44-61.

Compounding of Pediatric Extemporaneous Favipiravir Oral Suspensions in Community Hospital[1]

Orawan Kadsomboon [2]

Received: 30 May 2022 *Accepted: 27 June 2022*

Abstract

Extemporaneous compounding preparation is one of pharmacists' roles in all level of the hospital. The compounding is necessary for patients who are unable to administer any commercial dosage forms available on the market. It is individually prepared appropriate for specific patients, especially for pediatric patients who can not take tablets or capsules. To prepare the extemporaneous preparation, the pharmaceutical knowledge is required for formulation design, choosing suitable pharmaceutical techniques, packaging selection and monitoring of formulation stability. This article aimed to present the performance of extemporaneous favipiravir oral suspensions in community hospital for solve the problem of access to medicines for pediatric patients who were infected by coronavirus (COVID-19) in Thailand and were treated under a home isolation policy during early of year 2022. The performance, limitations and suggestions from the experiences of the author in management of compounding in community hospital setting were discussed. This information may be useful for pharmacists working in community hospitals to use as an example for designation of management of compounding under the conditions of local hospitals for providing appropriate pharmaceutical care to pediatric patients.

Keywords: community hospital, extemporaneous, suspension, favipiravir, pediatric

[1] Academic Article

[2] Orawan Kadsomboon (Pharmacist) at (Long Hospital, Long district, Phrae Province, Thailand), Email: neungok@gmail.com

การผลิตยาน้ำแขวนตะกอนเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กในโรงพยาบาลชุมชน[1]

อรวรรณ กาศสมบูรณ์[2]

บทคัดย่อ

การเตรียมยาเฉพาะราย เป็นบทบาทหนึ่งของเภสัชกรในโรงพยาบาลทุกระดับในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยารูปแบบที่มีจำหน่ายในท้องตลาดได้ เป็นการเตรียมยาเพื่อผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยเด็กซึ่งไม่สามารถรับประทานยาในรูปแบบเม็ด หรือ แคปซูลได้ยาที่เตรียมขึ้นต้องใช้ความรู้ทางเภสัชกรรมในการออกแบบสูตรตำรับ การใช้เทคนิคการเตรียมยาที่เหมาะสม การเลือกภาชนะบรรจุและการติดตามความคงสภาพของยา เนื่องจากข้อจำกัดของสูตรตำรับที่ไม่มีระบุในตำรายามาตรฐาน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการปฏิบัติงานผลิตยาเตรียมเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์ ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเด็ก เพื่อใช้ในการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ในประเทศไทยตามนโยบายการรักษาตัวแบบแยกกักตัวที่บ้านในช่วงต้นปี พ.ศ.2565 รวมไปถึงแสดงผลการปฏิบัติงาน ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะซึ่งมาจากประสบการณ์ของผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางที่อาจมีประโยชน์สำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน ในการจัดการการผลิตยาเตรียมเฉพาะรายในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเด็กต่อไป

คำสำคัญ: โรงพยาบาลชุมชน ยาเตรียมเฉพาะราย ยาน้ำแขวนตะกอน ฟาวิพิราเวียร์ เด็ก

[1] บทความวิชาการ

[2] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ อีเมล: neungok@gmail.com

บทนำ

ในการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยยา ยาในรูปแบบเม็ด (tablets) หรือ แคปซูล (capsules) เป็นรูปแบบ (dosage form) ที่มักถูกสั่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั่วไป แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะบางกลุ่ม เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหาในการกลืน หรือผู้ที่ได้รับอาหารทางสายยาง ที่อาจไม่สามารถใช้ยาในรูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูลได้โดยตรง เนื่องจากยาที่มีจำหน่ายมีขนาดของยาสูงเกินไป หรือผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน วิธีการแก้ไขวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะนี้ สามารถเข้าถึงยาได้อย่างเหมาะสมคือ การเตรียมยาเฉพาะรายในรูปแบบที่เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้ของผู้ป่วย ยาเตรียมเฉพาะราย เป็นยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด เป็นยาเตรียมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่แพทย์ขอให้เตรียม (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2549) เป็นยาเตรียมที่ไม่มีสูตรมาตรฐานจากเภสัชตำรับสากล เภสัชกรจึงมีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมยา เพื่อให้ได้ยาที่มีความเข้มข้นตามต้องการ รูปแบบยาเหมาะสม มีความคงตัว ยาเตรียมมีประสิทธิภาพในการรักษาและการบริหารยาเป็นไปอย่างถูกต้อง การเตรียมยาต้องใช้เทคนิคพื้นฐานทางเภสัชกรรม เช่น การเตรียมยาน้ำจากยาเม็ด โดยการบดเม็ดยาให้ละเอียดแล้วกระจายผงยาในกระสายยาที่เหมาะสม หรือ เตรียมยาตามสูตรตำรับที่มาจากการวิจัยพัฒนาของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ หรือ สูตรตำรับของบริษัทเพื่อให้ยาที่เตรียมขึ้นมีความคงสภาพ ทั้งทางเคมีกายภาพและชีวภาพ เพื่อให้บรรลุผลการรักษาไม่ก่อความเป็นพิษต่อผู้ป่วย มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ครอบคลุมระยะเวลาในการเก็บรักษาและการใช้งาน เมื่อเก็บในสภาพและภาชนะที่เหมาะสม ซึ่งอาจเตรียมตามข้อกำหนดทางเภสัชตำรับสากลที่ได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง เช่น เภสัชตำรับประเทศสหรัฐอเมริกา (The United States Pharmacopeia and the National Formulary (USP-NF) General Chapter 795) ซึ่งเป็นแนวทางในการเตรียมยาเฉพาะรายชนิดไม่ปราศจากเชื้อ (Pharmaceutical Compounding-Nonsterile Preparations) ทั้งนี้ เภสัชตำรับประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งยาเตรียมปราศจากเชื้อตามความยากง่ายของกระบวนการเตรียม เป็น 3 กลุ่ม (USP 41-NF 36, 2017) ดังตารางที่ 1 นั่นคือ 1) ยาเตรียมเฉพาะรายที่สามารถเตรียมได้โดยง่าย (simple) เช่น ยาที่มีเอกสารทางวิชาการศึกษาขั้นตอนและความคงตัวของตำรับแล้ว 2) ยาที่เตรียมได้ยากปานกลาง (moderate) คือ การเตรียมยาที่ไม่มีเภสัชตำรับไม่มีข้อมูลความคงสภาพ (stability) และ 3) ยาที่เตรียมได้ยากและมีความซับซ้อน (complicated) เช่น transdermal dosage form

ยาเตรียมเฉพาะราย เป็นการเตรียมยาที่มีความเสี่ยง ทั้งทางด้านเทคนิค (technical risk) และทางด้านคลินิก (clinical risk) ตัวอย่างของความเสี่ยง เช่น ความไม่เหมาะสมของสูตรตำรับ (formulation failure) การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ (microbial contamination) ความผิดพลาดในการคำนวณ (calculation errors) วัตถุดิบที่ใช้ตั้งต้น (starting materials) การยอมรับของผู้ป่วย (patient acceptability) ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (health and safety risks) ความเสี่ยงจากคุณสมบัติช่วงการรักษาของยาที่แคบหรือกว้าง (therapeutic risk and clinical consequences) และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีผลต่อประสิทธิผลการรักษา (associated clinical risk factors) ซึ่งควรมีการประเมินและติดตามผู้ป่วย

ย่างใกล้ชิดหลังส่งมอบยาเตรียม (Jackson et al.,2010) ดังนั้นแนวทางการลดความเสี่ยงในการเตรียมยาเตรียมเฉพาะราย ประกอบด้วย 2 แนวทาง ได้แก่ แนวทางที่ 1 การลดความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk reduction) เช่น อาจพิจารณาทางเลือกการรักษาอื่นแทนการใช้ยาเตรียมเฉพาะราย หรือหากจำเป็นต้องเตรียมยาเฉพาะรายควรมีการพิจารณาระดับความเสี่ยงของยาเตรียมเทียบกับประโยชน์ในการใช้ยา ทบทวนเอกสารทางวิชาการเพื่อใช้ประกอบการเตรียมตำรับยาเตรียมเฉพาะราย ติดตามผลการรักษา ความเป็นพิษและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วย บันทึกปัญหาและประสิทธิผลในการรักษาเพื่อใช้อ้างอิงหรือประกอบการตัดสินใจต่อไป แนวทางที่ 2 การลดความเสี่ยงด้านเทคนิค (technical risk reduction) เช่น การเตรียมยาตามคำแนะนำที่ระบุในเภสัชตำรับ หรือวารสารทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ การกำหนดอายุยาระบุวันที่ควรใช้ก่อน (beyond-use date) การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะ และหมั่นฝึกฝนอยู่เสมอ เป็นต้น (Jackson et al., 2010)

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มยาเฉพาะรายชนิดไม่ปราศจากเชื้อตามความยากง่ายของกระบวนการเตรียมยาตาม USP 41 (USP 41-NF 36, 2017)

กลุ่มเตรียมง่าย (Simple)	กลุ่มเตรียมยากปานกลาง (Moderate)	กลุ่มเตรียมซับซ้อน (Complex)
- การเตรียมยาที่มีข้อมูลเอกสารที่น่าเชื่อถือ หรือ การเตรียมมีการปรับเปลี่ยนจากตำรับเดิมน้อยมีผลกระทบต่อความคงสภาพของยาน้อย ดังนี้ - เป็นเภสัชตำรับใน USP - ตำรับจากบทความวิชาการที่น่าเชื่อถือของนักวิชาการผู้มีความเชี่ยวชาญ (peer-reviewed journal article) - การพัฒนาตำรับจากยาที่มีการจำหน่ายในท้องตลาด อย่างง่ายและ ไม่ซับซ้อน (reconstituting or manipulating commercial products)	- การเตรียมยาที่ไม่มีเภสัชตำรับไม่มีข้อมูลความคงสภาพ เป็นการเตรียมยาเฉพาะผู้ป่วยเฉพาะรายที่สารสำคัญและส่วนประกอบในตำรับต้องคำนวณให้เจาะจงต่อผู้ใช้เฉพาะรายหรือมีกระบวนการเตรียมที่พิเศษ เช่น Morphine suppositories, iphenhydramine hydrochloride troches - การผสมยาครีมตั้งแต่ 2 ผลิตภัณฑ์เข้าด้วยกัน โดยผลิตภัณฑ์ที่ผสมได้ไม่มีข้อมูลความคงตัว	- การเตรียมยาที่ผู้เตรียมต้องได้รับการฝึกฝน (special training) สถานที่ผลิต เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการผลิตที่ดี เช่น Transdermal dosage form, Modified-release preparations some inserts and suppositories for systemic effect

เช่น Captopril oral solution,
Indomethacin Topical gel

หลักการทั่วไปในการเตรียมยาเตรียมเฉพาะราย

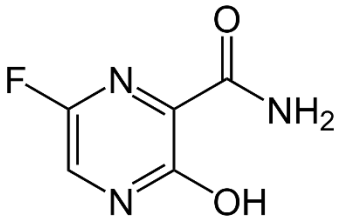
ที่ USP 41 (USP41-NF 36, 2017) แนะนำ เช่น

1. บุคลากร ควรได้รับการเรียนรู้ ฝึกหัด ฝึกฝน มีความเชี่ยวชาญในการเตรียมยาโดยใช้เทคนิคเภสัชกรรมอยู่เสมอ รวมไปถึงความถูกต้องในการคำนวณขนาดยาและการเจือจางยา
2. สารเคมี ควรเป็น Pharmaceutical grade อาจใช้ food grade ได้ตามความเหมาะสมในการจัดหาของแต่ละพื้นที่อุปกรณ์และสถานที่ควรสะอาด เหมาะแก่การใช้งาน
3. เอกสาร ควรมีเอกสารระบุ master formula และแสดงขั้นตอนในการเตรียมยาที่มีความละเอียดเพียงพอ ป้องกันความผิดพลาดและสามารถใช้ในการตรวจสอบ ติดตามได้

ยาฟาวิพิราเวียร์กับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) ถูกค้นพบและพัฒนาโดยบริษัทโตยามะเคมิคอล ประเทศญี่ปุ่น เมื่อปี พ.ศ.2554 ประเทศไทยบรรจุให้เป็นยาหลักในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 (พรรณี ลีลาวัฒนชัย และ ธนานันต์ ตัณฑ์ไพบูลย์, 2564)

คุณสมบัติทางเคมีของ ฟาวิพิราเวียร์ ในชื่อการค้า Avigan® มีสูตรโมเลกุล คือ $C_5H_4FN_3O_2$ แสดงโครงสร้างทางเคมีดังรูปแสดงที่ 1 มีน้ำหนักโมเลกุล 157.10 เป็นอนุพันธ์ของ Pyrazinecarboxamide จุดหลอมเหลว 187-193 ℃ ไม่ดูดความชื้นที่ 25 ℃ ความชื้นสัมพัทธ์ที่ 51-93% ละลายได้น้อยในน้ำ (slightly soluble in water) ค่าคงที่ในการแตกตัวในกรดอ่อน (pKa) เท่ากับ 5.10 (National Center for Biotechnology Information, 2022)



รูปแสดงที่ 1 สูตรโครงสร้างทางเคมียาฟาวิพิราเวียร์ (National Center for Biotechnology Information, 2022)

ยาฟาวิพิราเวียร์มีคุณสมบัติเป็น prodrug ถูกเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ด้วยกระบวนการ phosphoribosylation และ phosphorylation ได้เป็น Favipiravir-ribofurannosyl-5'-triphosphate (Favipiravir-RTP) ซึ่งอยู่ในรูปที่ออกฤทธิ์ได้ (active metabolism) Favipiravir-RTP ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของ RNA-dependent RNA polymerase (RdRp) ส่งผลให้เชื้อไวรัส SARS-CoV2 ไม่สามารถสร้าง RNA ในเซลล์ที่ติดเชื้อและไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ เภสัชจลนศาสตร์ของยาฟาวิพิราเวียร์ชนิดรับประทาน รูปแบบยาเม็ดเคลือบฟิล์ม (film-coated tablets) มีค่าชีวประสิทธิผลของยา (bioavailability) ร้อยละ 97.60 หลังรับประทานยาพบระดับยาสูงสุดในเลือดที่เวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นระดับยาจะลดลงอย่างรวดเร็ว มีค่าครึ่งชีวิต (half-life, $T_{1/2}$) อยู่ที่ 2.00–5.50 ชั่วโมง ยามีปริมาตรการกระจายตัว (volum of

distribution หรือ Vd) ประมาณ 15-20 ลิตร ยาจับกับโปรตีนในเลือดประมาณร้อยละ 54 การกำจัดยาเกิดขึ้นที่ตับผ่านเอนไซม์ aldehyde oxidase เป็นหลักและบางส่วนผ่านเอนไซม์ xanthine oxidase และส่วนเมแทบอไลต์ของยา (metabolite) จะถูกขับออกผ่านการทำงานของไต ในรูปแบบ hydroxylate ร้อยละ 53.10 และไม่เปลี่ยนแปลงรูปร้อยละ 0.80 การขับออกจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ถึง 100 หลังจากให้ยานาน 7 วัน (พรรณี ลีลาวัฒนชัย และ ธนานันต์ ตัณฑ์ไพบูลย์, 2564) โดยทั่วไปการรักษาในสถานบริการของรัฐจะให้บริการบนพื้นฐานของ แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดขนาดการใช้ฟาวิพิราเวียร์ในผู้ใหญ่ น้ำหนักน้อยกว่า 90 กิโลกรัม วันแรกของการรักษา ครั้งละ 1,800 มิลลิกรัม 2 เวลาห่างกัน 12 ชั่วโมง วันที่ 2-5 ครั้งละ 800 มิลลิกรัม 2 เวลา ห่างกัน 12 ชั่วโมง น้ำหนักตั้งแต่ 90 กิโลกรัม ครั้งละ 2,400 มิลลิกรัม 2 เวลา ห่างกัน 12 ชั่วโมง วันที่ 2–5 ครั้งละ 1,000 มิลลิกรัม 2 เวลา ห่างกัน 12 ชั่วโมง ในเด็ก วันแรกของการรักษาในขนาด 70 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม แบ่งให้วันละ 2 เวลา ห่างกัน 12 ชั่วโมง วันที่ 2–5 ในขนาด 30 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม แบ่งให้วันละ 2 เวลา ห่างกัน 12 ชั่วโมง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

เนื่องจากในต้นปี พ.ศ.2565 รัฐมีนโยบายการรักษาแบบ home isolation โดยให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนักเข้ากักตัวและรักษาที่บ้าน การใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ เพื่อรักษาผู้ป่วยเด็กจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งการคำนวณขนาดการใช้ยา และรูปแบบยาที่จะให้เด็กรับประทาน เนื่องจาก ยาฟาวิพิราเวียร์ ในปัจจุบันในประเทศไทยมีในรูปแบบยาเม็ดขนาด 200 มิลลิกรัม เท่านั้น ดังนั้นในเด็กที่มีการใช้ยาในขนาดน้อย หรือ มีปัญหาในการกลืนยาเม็ด ยาในรูปแบบเม็ดจึงทำให้บริหารยาได้ยากและก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแบ่งเม็ดยาให้ได้ขนาดยาที่ถูกต้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานทางเภสัชกรรมทั่วประเทศ รวมไปถึงโรงพยาบาลชุมชน จึงมีความตื่นตัวที่จะรองรับการเตรียมยาฟาวิพิราเวียร์ ชนิดรับประทาน รูปยาน้ำแขวนตะกอน โดยเตรียมจากยาเม็ด ฟาวิพิราเวียร์ เพื่อให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเด็กให้ได้รับยาในขนาดที่ถูกต้องและสามารถบริหารยาได้ง่ายขึ้น

รูปแบบยาเตรียมฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กในประเทศไทย

จากการสืบค้น พบเอกสารเผยแพร่ทางการเตรียมยาฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กในช่องทางออนไลน์สองหน่วยงาน ได้แก่ งานผลิตยาและงานเภสัชสนเทศ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งได้รวบรวมข้อคำถามและคำตอบการเตรียมยาเตรียมเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์สำหรับผู้ป่วยเด็กจากยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir Tablets) 200 มิลลิกรัม สรุปแนวทางคือ หากขนาดยาที่ผู้ป่วยเด็กควรได้รับมีขนาดน้อยกว่า 200 มิลลิกรัม ให้ตัดแบ่งเม็ดยาให้ได้ขนาดยาตามที่ต้องการ และบดยาผสมน้ำและรับประทานเป็นมื้อๆไป โดยใช้ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาของ Sissoko et al (2016)

ที่มีการใช้ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ Ebola virus ซึ่งให้ยาตามน้ำหนักผู้ป่วย โดยวิธีการบดยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ผสมในน้ำหรือน้ำผลไม้ (สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย, 2564) และ องค์การเภสัชกรรม ได้เผยแพร่การเตรียมยา Favipiravir 100 mg./ml. extemporaneous suspension โดยใช้ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม และที่ผลิตโดย บริษัท Glenmark ประเทศอินเดีย และใช้กระสายยาที่อ้างอิงสูตรจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทั้งนี้สูตรตำรับกระสายยามี 2 ประเภท ได้แก่ น้ำเชื่อม (syrup) และชนิดปราศจากน้ำตาล (sugar-free) ดังแสดงสูตรตำรับข้างล่างนี้ และแสดงอายุการเก็บรักษาของยาเตรียม ดังตารางที่ 2 (องค์การเภสัชกรรม, 2564) โดยสรุป คือ ตำรับที่ใช้น้ำเชื่อมเป็นกระสายยา เก็บไว้ได้ 14 วัน ที่อุณหภูมิ 30 ℃ และการเก็บในตู้เย็น แต่ตำรับชนิดปราศจากน้ำตาลเก็บไว้ได้ 7 วันที่อุณหภูมิ 30 ℃ และ 14 วัน เมื่อเก็บในตู้เย็น

สูตรตำรับกระสายยาสำหรับยาฟาวิพิราเวียร์ อ้างอิงสูตรจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เผยแพร่โดยองค์การเภสัชกรรม ดังนี้

1. Syrup vehicle		
ส่วนประกอบ		
Sodium benzoate	0.10	กรัม
83.3% Syrup q.s. to	100	มิลลิลิตร
2. Sugar-free vehicle		
ส่วนประกอบ		
SCMC mucilage	14	มิลลิลิตร
70% Sorbitol solution	20	มิลลิลิตร
Glycerin	1.50	มิลลิลิตร
Paraben concentrate	10	มิลลิลิตร
Purified water q.s. to	100	มิลลิลิตร

สูตรตำรับยาเตรียม

ยาเม็ด ฟาวิพิราเวียร์ 200 mg	50	เม็ด
Vehicle q.s. to	100	มิลลิลิตร

วิธีการเตรียมยา

1. เทกระสายยาประมาณ 40 มิลลิลิตร ลงในโกร่งที่มียาเม็ดจำนวน 50 เม็ด ให้ท่วม แล้วแช่ไว้ 10 นาที
2. ใช้ลูกโกร่งบดผสมเม็ดยาให้แตก จนมีเนื้อเนียนละเอียด เทยาจากโกร่งลงในกระบอกตวงและล้างยาออกจากโกร่งด้วยกระสายยา ปรับปริมาตรเป็น 100 มิลลิลิตร ด้วยกระสายยา
3. เทยาที่ปรับปริมาตรแล้วลงในบีกเกอร์ คนผสมให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียวกัน ก่อนบรรจุในขวดสีชา

ตารางที่ 2 อายุการเก็บรักษา ตามข้อกำหนดของเภสัชตำรับองค์การเภสัชกรรม

Vehicle	อายุการเก็บรักษาในขวดสีชา	
	30°C : 75% RH	2-8 °C
Syrup	14 วัน	14 วัน
Sugar-free	7 วัน	14 วัน

การพัฒนาสูตรตำรับและกระบวนการเตรียมยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ ชนิดรับประทานสำหรับเด็กในโรงพยาบาลชุมชน

การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นหนึ่งในทักษะตามเกณฑ์ ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มเข้าถึงยา บรรลุผล

ตามแผนการรักษา โดยทั่วไปการเตรียมยา หรือการผลิตยา จะมีแผนกงานในโรงพยาบาลระดับทั่วไปขึ้นไป ซึ่งมีความพร้อม ด้านบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ โรงพยาบาลชุมชน มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดสถานที่ในการเตรียมยา ที่ต้องเป็นห้องที่มีบริเวณผลิตยาโดยเฉพาะที่เป็นไปตามมาตรฐาน และขาดอุปกรณ์ที่สำคัญ เช่น เครื่องชั่ง, pH meter, โกร่ง และลูกโกร่ง แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนก็มีการเตรียมยาเฉพาะรายบ้าง บางรายการตามแพทย์สั่ง ซึ่งมักเป็นการเตรียมยาแบบรายต่อราย และมักจะต้องเป็นสูตรตำรับที่สามารถเตรียมได้โดยง่าย ใช้เวลาเตรียมยาสั้น โดยมักจะปรับใช้พื้นที่ห้องยาบริเวณสะอาด โล่ง ใช้แอลกอฮอล์เช็ดบริเวณผลิต เช่น Prednisolone extemporaneous preparation สำหรับผู้ป่วยทันตกรรม ซึ่งเป็นการเตรียมโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยครั้งละหนึ่งราย และในการเตรียมสามารถทำได้โดยง่าย โดยการบดยาเม็ด prednisolone ละลายในน้ำปราศจากเชื้อ (sterile water)

เมื่อมีการระบาดของโควิด-19 มีผู้ป่วยเด็กจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากขนาดของยาในผู้ป่วยเด็กมีขนาดต่ำ และการให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดแบ่งยาเม็ดให้ได้ขนาดถูกต้อง ซึ่งบางครั้งต้องแบ่งถึง 8 ส่วน มีความยากลำบากในการทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง เพราะมีขั้นตอนที่ต้องดำเนินการหลัง การตัดแบ่งอีก เช่น เมื่อตัดแบ่งแล้วอาจให้รับประทานโดยตรง หรือผสมน้ำให้เด็ก และการดำเนินการเช่นนี้ ในบางกรณีเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว เช่น เด็กส่วนหนึ่งอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ และข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือในการตัดแบ่งเม็ดยา หรือการให้คำแนะนำหลังการตัดแบ่งแล้วให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเตรียมในรูปแบบยาน้ำ ต้องใช้การสื่อสารแบบสองทาง โดยการใช้โทรศัพท์แบบเห็นภาพ นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้ยาที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น ในขณะที่อัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอที่จะโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำในการเตรียมยาโดยผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กทุกราย เพื่อทำให้ยาอยู่ในรูปแบบยาน้ำ การเตรียมยาฟาวิพิราเวียร์ชนิดรับประทานในรูปแบบยาน้ำแขวนตะกอน โดยเภสัชกรก่อนส่งมอบยาให้ผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นวิธีที่น่าจะเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ผู้เขียนจึงเลือกใช้สูตรตำรับกระสายยาชนิดน้ำเชื่อม อ้างอิงสูตรตำรับจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เผยแพร่โดยองค์การเภสัชกรรมและปรับเล็กน้อยตามบริบทของการยอมรับของผู้ป่วย เป็นตำรับที่นำมาเตรียม เนื่องจากสารที่ใช้ในการเตรียมยาหาได้ง่าย สามารถหาสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการเตรียมยาในโรงพยาบาลได้โดยง่าย โดยผู้เขียนใช้ห้องเตรียมอาหารทางสายยางของงานโภชนาการ ในการเตรียมกระสายยา (syrup vehicle) และห้องยาเป็นบริเวณเตรียมยาโดยจำกัดพื้นที่และทำความสะอาดอย่างเหมาะสม เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อน โดยใช้สูตรตำรับและวิธีการเตรียมยา ดังนี้

ตำรับยา

Favipiravir 100 mg./ml.

Extemporaneous preparation

Favipiravir 200 mg.

จำนวนเม็ดคิดใน 110–130 % ของจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ตามน้ำหนักผู้ป่วย

Vanilla syrup 1–2 หยด

Syrup vehicle q.s. ปริมาตรที่กำหนด

ตัวอย่างเช่น เด็กน้ำหนัก 20 กิโลกรัม วิธีการคำนวณเม็ดยาและปริมาตรสุทธิ ดังนี้

วันที่ 1 ใช้ในขนาด 70 มิลลิกรัม x 20 กิโลกรัม รวม 1,400 มิลลิกรัม

วันที่ 2 ถึงวันที่ 5 ใช้ขนาด 30 มิลลิกรัม x 20 กิโลกรัม x 4 วัน รวม 2,400 มิลลิกรัม

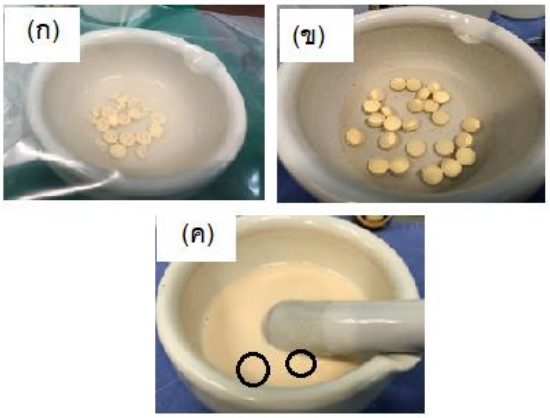
รวมขนาดยาที่ใช้ 1,400 มิลลิกรัม + 2,400 มิลลิกรัม = 3,800 มิลลิกรัม ยาฟาวิพิราเวียร์มีขนาดความแรงต่อเม็ดเท่ากับ 200 มิลลิกรัม ดังนั้น คิดเป็นจำนวนเม็ดยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ที่ใช้เป็น 3,800 ÷ 200 มิลลิกรัม/เม็ด เท่ากับ 19 เม็ด

ความเข้มข้นของยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ที่ต้องการ คือ 100 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ดังนั้น จำนวนปริมาตรสุทธิ คือ (3,800 x 1) ÷ 100 = 38 มิลลิลิตร ตามวิธีบัญญัติไตรยางค์ร้อยละ

ในการเตรียมเพื่อส่งมอบผู้ป่วย จะเตรียมมากกว่าที่ใช้ร้อยละ 10–30 ของจำนวนเม็ดยาที่คำนวณตามน้ำหนัก เผื่อในกรณีเด็กอาเจียน ทั้งนี้ หากเด็กมีการอาเจียนในครั้งแรกที่ได้รับยา ผู้ดูแลเด็กจะโทรมาแจ้งเภสัชกรตามเบอร์ติดต่อที่มีให้ใน เอกสารคำแนะนำในการใช้ยา เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขต่อไป ดังนั้น ปริมาตรยาเตรียมที่เผื่อไว้จะไม่น้อยกว่า ขนาดยามื้อแรก เช่น ในกรณีเด็กน้ำหนัก 20 กิโลกรัม วันแรกใช้ 2,400 มิลลิกรัม แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ดังนั้น วันแรกเด็กจะได้รับครั้งละ 700 มิลลิกรัม คิดเป็น 700 มิลลิลกรัม ÷ 200 มิลลิกรัมต่อเม็ด เท่ากับ 3.50 เม็ด ปัดเป็น 4 เม็ด ดังนั้นจำนวนเม็ดที่ใช้ในการเตรียมยา คือ จำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่คำนวณตามน้ำหนัก 19 เม็ด + จำนวนเม็ดยาที่เผื่อไว้ 4 เม็ด เท่ากับ 23 เม็ด คิดเทียบเป็นร้อยละ (23 x 100) ÷ 19 ตามวิธีเทียบบัญญัติไตรยางค์ร้อยละ ได้เท่ากับร้อยละ 121 คือ ใช้เม็ดยามากกว่าที่ใช้จากการคำนวณน้ำหนักร้อยละ 21 และเตรียมในปริมาตรสุทธิ 46 มิลลิลิตร ทั้งนี้เพื่อลดความสิ้นเปลืองของยาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์มีปริมาณจำกัด และเพื่อความรวดเร็วใน การเตรียมยา จะมีเอกสารระบุจำนวนเม็ด ขนาด การใช้ และปริมาตรสุทธิสำหรับแพทย์ในการสั่งใช้ยาและเภสัชกรในการเตรียมยา ในระยะแรกของการเตรียมยา ไม่มีการเติมสารแต่งกลิ่นรส แต่จากการโทรศัพท์ติดตามการใช้ยาพบว่า รสชาติและกลิ่นของยาทำให้เด็กอาเจียนและรับประทานยายาก จนถึงขั้นปฏิเสธการกินยา จึงมีการปรับตำรับยา โดยการใช้ vanilla syrup ที่ใช้ในการผสมอาหาร เพื่อให้ได้กลิ่นหอม ชวนรับประทาน ยาเตรียมที่ได้บรรจุในขวดพลาสติกสีขาวเพื่อให้สามารถสังเกตได้ว่าเขย่าแล้วเป็นเนื้อเดียวกันหรือไม่ และบรรจุลงในซองสีชา เก็บในอุณหภูมิ 2-8 ℃ กำหนดอายุยา 7 วัน ในการกำหนดวันหมดอายุนั้น ได้กำหนดอายุน้อยกว่าข้อกำหนดของเอกสารเผยแพร่ขององค์การเภสัชกรรมที่ระบุไว้ เนื่องจากลดความเสี่ยงจากสถานที่ผลิตที่ไม่เป็นสถานที่ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานรวมถึงแผนการรักษากำหนดระยะเวลาการให้ยา 5 วัน การกำหนดอายุยา 7 วันจึงเพียงพอ ซึ่งจากการติดตามอายุของยาหลังผลิตที่โรงพยาบาลนาน 10 วันในตู้เย็น 2-8 ℃ ยาเตรียมยังคงมีความคงตัว อีกหนึ่งเหตุผล คือ การเก็บในครัวเรือนของผู้ป่วย ตู้เย็นของแต่ละครัวเรือนอาจมีความแตกต่างของการรักษาความเย็น อาจไม่ได้ช่วงอุณหภูมิ 2-8 ℃

ในขั้นตอนการผลิต ตามคำแนะนำขององค์การเภสัชกรรม มีการเทกระสายยาลงไปให้ท่วมเม็ดยา แช่ไว้ประมาณ 10 นาที

ก่อนการบดผสม ผู้เขียนพบว่าในทางปฏิบัติเมื่อใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ที่ผลิตจากประเทศญี่ปุ่น และองค์การเภสัชกรรม การแช่ทิ้งไว้นานประมาณ 20-30 นาที จะช่วยให้เม็ดยาอ่อนตัวลงจนบดได้ง่าย แสดงดังรูปแสดงที่ 2ก และ 2ข ตามลำดับ แต่หลังเตรียมก่อนบรรจุขวด ยังพบฟิล์มเคลือบเม็ดยาบางส่วนไม่ละลาย แสดงดังรูปแสดงที่ 2ค ซึ่งอาจเนื่องมาจาก การพองตัวของ พอลิเมอร์ที่เป็นส่วนประกอบของฟิล์มของเม็ดยา ยังพองตัวไม่เต็มที่ หรือยังบดไม่ละเอียด เนื่องจากน้ำเชื่อมมีปริมาณของน้ำที่ช่วยในการพองตัวของพอลิเมอร์ไม่มากนัก จึงมีผลต่อการหลงเหลือเศษของฟิลม์ในตำรับ

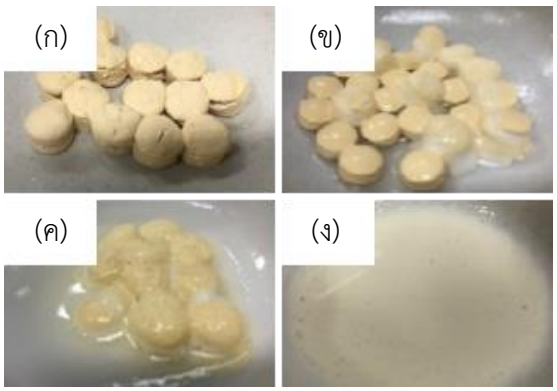


รูปแสดงที่ 2 ลักษณะของยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ของประเทศญี่ปุ่น (ก) ขององค์การเภสัชกรรม (ข) ภายหลังการแช่ด้วย syrup vehicle เป็นเวลา 20-30 นาที และลักษณะของยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ที่เตรียมขึ้นจากเทคนิคการแช่เม็ดยาที่ยังมีแผ่นฟิล์มบางส่วนลอยในตำรับ (ค)

เมื่อพบปัญหาความไม่เป็นเนื้อเดียวกันดังกล่าว ผู้เขียนจึงได้หารือร่วมกับเภสัชกรงานผลิตและเคมีบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแพร่ ได้รับคำแนะนำให้ใช้น้ำปราศจากเชื้อ (sterile water) สเปรย์ หรือ พรมบนเม็ดยา และเมื่อนำไปปฏิบัติในเม็ดยาฟาวิพิราเวียร์ จากองค์การเภสัชกรรม และประเทศอินเดีย พบว่า หลังจากพรมด้วยน้ำปราศจากเชื้อ เม็ดยามีการพองตัวได้ดี แสดงดังรูปแสดงที่ 3ก และ 3ข ตามลำดับ โดยรูปแสดงที่ 3ค แสดงให้เห็นถึงการอ่อนตัวลงอย่างมากของเม็ดยา เนื่องจากพอลิเมอร์มีการพองตัวได้อย่างเต็มที่ และหลังเตรียมยา ได้ยาเตรียมแขวนตะกอนที่มีความเป็นเนื้อเดียวกันแสดงดังรูปแสดงที่ 3ง และจากการสังเกต เม็ดยาจากองค์การเภสัชกรรมพองตัวได้เร็ว และยาน้ำแขวนตะกอนที่เตรียมขึ้นมีความเป็นเนื้อเดียวกันมากกว่าเม็ดยาจากประเทศอินเดีย จึงมีการปรับวิธีการเตรียมยา ดังนี้

วิธีการเตรียมยา

1. ใส่ยาตามจำนวนที่คำนวณได้ลงในโกร่ง แล้วพรมด้วยน้ำเปล่าปราศจากเชื้อ 5–10 มิลลิลิตร ให้ท่วมเม็ดยา แช่ทิ้งไว้ จนเม็ดยาพองตัว (2–5 นาที) ใช้ลูกโกร่งบดผสมเม็ดยาให้แตกจนมีเนื้อเนียนละเอียด เทกระสายยาลงไปผสมทีละน้อย
2. เทยาจากโกร่งลงในกระบอกตวงและล้างยาออกด้วยกระสายยา ปรับปริมาตร ด้วยกระสายยา
3. เทยาที่ปรับปริมาตรแล้วลงในบีกเกอร์คนผสมให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียวกัน ก่อนบรรจุในขวดพลาสติกผาปิดที่เตรียมไว้



รูปแสดงที่ 3 ลักษณะของยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ขององค์การเภสัชกรรม (ก) ของประเทศอินเดีย (ข) ภายหลังการพรมด้วยน้ำปราศจากเชื้อ (sterile water) ประมาณ 2 นาที และการอ่อนตัวเต็มที่ของยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์จากประเทศอินเดีย หลังการพรมน้ำปราศจากเชื้อ ไป 3 นาที (ค) และลักษณะของยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ที่เตรียมขึ้นจากเทคนิคการพรมเม็ดยาด้วยน้ำก่อนการบดเม็ดยาที่ได้ยาเป็นเนื้อเดียวกัน (ง)

จากการปฏิบัติงานเตรียมยาประมาณ 4 เดือน ผู้เขียนพบว่าเม็ดยาขององค์การเภสัชกรรมจะมีความแข็งน้อยกว่า และเป็นเนื้อเดียวกัน ได้ดีกว่า ยาจากอินเดีย และ ญี่ปุ่น ตามลำดับ

การประเมินความคงสภาพของยาเตรียมเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ที่ต้องบริหารจัดการให้จำนวนเม็ดยาเพียงพอในการรักษาผู้ป่วยในช่วงที่การแพร่ระบาดทวีความรุนแรง จึงเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษาความคงสภาพของยาที่เตรียมขึ้น เพราะจำนวนยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ที่มีไม่มากพอที่จะนำมาศึกษาความคงสภาพได้โดยตรง ผู้เขียนจึงออกแบบการติดตามความคงสภาพเบื้องต้นในช่วงแรกของการเตรียมยา ด้วยการแบ่งยาเตรียมของผู้ป่วยจำนวน 5 มิลลิลิตร มาติดตามความคงสภาพต่อเนื่อง 10 วัน หลังการเตรียม โดยเก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-8 ℃ การติดตามความคงสภาพทางเคมีคือการวัดความเป็นกรดด่าง ซึ่งได้จากการประยุกต์ใช้ urine strip ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมาวัดความเป็นกรดด่างของยา และส่วนประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ น้ำเชื่อม ซึ่งมี pH ประมาณ 7 ในขณะที่ vanilla syrup ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์บดละลายน้ำ และยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ มีค่าเท่ากันประมาณ 6 จะเห็นได้ว่าความเป็นกรดด่างของยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์บดละลายน้ำ และ ยาน้ำแขวนตะกอนที่เตรียมมีค่าใกล้เคียงกับค่า pKa ซึ่งมีค่าเท่ากับ 5.1 แสดงดังตารางที่ 3 ผลการติดตามความเป็นกรดด่าง พบว่า เมื่อเก็บรักษายาเตรียมที่ 2-8 ℃ เป็นระยะเวลา 10 วัน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงค่า pH แสดงดังตารางที่ 4

ความคงสภาพทางกายภาพ คือ สี กลิ่น รส การตกตะกอน สังเกตโดยใช้ organoleptic sensation method แสดงผลการทดลองดังตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ตลอดระยะเวลา 10 วัน ยาเตรียมมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงจากวันแรกที่เตรียมยา กล่าวคือ มีสีขาวเหลืองนวล กลิ่นเปรี้ยวและมีกลิ่นวานิลลา มีรสขมและเปรี้ยว โดยมีค่าอัตราส่วนตะกอน (sedimentation ratio) ประมาณ 0.40 หลังจากตั้งทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง โดยคำนวณจากสูตร Banker and Rhodes (1990)

ตารางที่ 3 ผลความเป็นกรดด่าง (pH) ของ ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ละลายน้ำ Syrup Vehicle และ Vanilla syrup วัดค่าโดยใช้ urine strip

	ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์บดละลายน้ำ	Simple Syrup	สารแต่งกลิ่นวนิลลา	ยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์
pH	6	7	6	6

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของ pH สี กลิ่น รส ของยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ ในระยะเวลา 10 วัน เมื่อสังเกตโดยใช้การประเมินคุณภาพทางประสาทสัมผัส (organoleptic evaluation)

วันที่	pH	สี	กลิ่น	รส	อัตราส่วนตะกอน
0	6	สีขาวเหลืองนวล	กลิ่นเปรี้ยวและมีกลิ่นวานิลลา	ขม เปรี้ยว	1.00 (หลังเตรียม) 0.30 (มากกว่า 7 ชั่วโมง ขึ้นไป)
1-10	6	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	0.30

% sedimentation ratio = Vu/Vo x 100

Vu = ultimate sedimentation volume

Vo = original sedimentation volume

Vu = 20

Vo = 50

% Sedimentation ration

= 20/50 x 100

= 40%

แสดงรูปของลักษณะยาเตรียมในขวดยาดังรูปแสดงที่ 4 โดยรูป 4ก ด้านซ้ายมือคือ ภายหลังการเตรียมยาทันที และรูป 4ก ด้านขวามือคือการตั้งทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง และเมื่อเขย่ากลับ ตะกอนสามารถกลับมาแขวนลอยได้โดยง่าย นอกจากการไม่พบการเปลี่ยนของสี กลิ่น รส แล้วยัง ไม่พบการขึ้นของเชื้อรา หรือการมีกลิ่นบูดของยาอีกด้วย การติดตามความคงสภาพทั้งหมดสามารถทำได้โดยง่ายในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และการติดตามดังกล่าวจะเพิ่มความมั่นใจในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

จากการดำเนินการเตรียมยาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2565 โรงพยาบาลลองจังหวัดแพร่ มีการเตรียมยาเฉพาะรายฟาวิพิราเวียร์สำหรับเด็กจำนวน 167 ราย จากการติดตามผลการใช้ยา เด็กหายเป็นปกติ ไม่พบรายงานการส่งต่อเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น หรือ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล และปัญหาที่พบจากการสอบถามในการใช้ยาของผู้ปกครอง คือ ยามีความหนืดสูงขึ้น เขย่าให้เข้ากันได้ยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่ 4 และวันที่ 5 ของการรักษา ซึ่งปัญหาน่าจะมาจากการพองตัวของพอลิเมอร์ที่ใช้ในการเคลือบฟิล์มเม็ดยา ทำให้ยาเตรียมมีความหนืดมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการเขย่านานขึ้น ผู้เขียนจึงพิจารณาเตรียมยาในรูปแบบหนึ่งหน่วยการใช้

(unit-dose) ให้ผู้ป่วยบางรายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถตวงยาได้ ในการเตรียมยาจะบรรจุยาหนึ่งหน่วยการใช้ในหลอดฉีดยาตามปริมาตรที่แพทย์สั่ง และใส่ลงในซองสีชา หนึ่งซองสีชาประกอบด้วยยาหนึ่งหน่วยการใช้ จำนวน 2 หลอด สำหรับการใช้ในหนึ่งวัน หน้าซองสีชาจะระบุข้อความ วิธีใช้ และเวลา เช่น กินครั้งละหนึ่งหลอด เวลา 8 โมงเช้า และ 2 ทุ่ม ในวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2565 หลังเตรียมครบห้าวัน จะแบ่งยาของแต่ละวัน ลงในซองสีชาขนาดใหญ่ขึ้น แยกเป็นซอง 1 และ ซอง 2 ทั้งนี้ ซอง 1 จะบรรจุยาจำนวน 2 หลอด สำหรับใช้ในวันแรกของการรักษาซึ่งมีขนาดยาที่ใช้สูงกว่าวันที่ 2 ถึง วันที่ 5 และ ซอง 2 บรรจุยาจำนวน 4 ซองๆละ 2 หลอด ซึ่งทุกหลอดมียาขนาดยาเท่ากัน ในแต่ละซองที่บรรจุยา 2 หลอด หน้าซองจะมีฉลากยาระบุวิธีใช้ วัน เวลา ที่ใช้อย่างชัดเจนของละวัน สำหรับใช้ในวันที่ 2 ถึง วันที่ 5 ของการรักษา และหน้าซอง 1 และ ซอง 2 จะมีฉลากที่ระบุข้อความ ซอง 1 หรือ ซอง 2 และ รายละเอียด ชื่อสกุลผู้ป่วย ชื่อยา ความแรงของยา วิธีการใช้ วันที่จ่ายยา คำแนะนำ ตามมาตรฐานฉลากยาส่งมอบ พบว่าการเตรียมในรูปแบบนี้ช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องความหนืดที่มีผลต่อการตวงยาและขนาดยาโดยหลังจากการให้ยา ได้แนะนำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้กระบอกตวงยา ตวงน้ำให้เด็กรับประทานตาม เพื่อให้ได้ยาครบตามปริมาณที่กำหนด รูปแสดงที่ 4ข แสดงรายละเอียดบนซองยาสีชาสำหรับยาที่เตรียมเป็นหนึ่งหน่วยการใช้ และ 4ค แสดงลักษณะของภาชนะบรรจุยาเตรียมแบบหนึ่งหน่วยการใช้

(ก) (ข) (ค)

รูปแสดงที่ 4 ลักษณะของยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์ที่บรรจุขวดทันที (ก ซ้าย) และภายหลังตั้งทิ้งไว้มากกว่า 7 ชั่วโมง (ก ขวา) รายละเอียดบนซองยาสีชาสำหรับยาที่เตรียมเป็นหนึ่งหน่วยการใช้ (unit dose) (ข) และ ลักษณะของภาชนะบรรจุยาเตรียมแบบหนึ่งหน่วยใช้ (ค)

บทสรุป

ในสถานการณ์โรคระบาด การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระจายเป็นวงกว้างในประเทศไทยมีนโยบายในการรักษาผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงมากนักโดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมต่อข้อจำกัดของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กซึ่งไม่สามารถรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ในรูปแบบยาเม็ดได้ผู้เขียนในฐานะเภสัชกรที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงได้มีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าถึงยาและบรรลุผลในการรักษา โดยการพัฒนาตำรับยาน้ำแขวนตะกอนฟาวิพิราเวียร์โดยประยุกต์จากสูตรตำรับขององค์การเภสัชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนให้ความร่วมมือในการใช้ยา และยังมีการติดตามความคงสภาพของยาภายใต้สถานการณ์มีจำนวนเม็ดยา อุปกรณ์และเครื่องมือ ที่จำกัด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีความจำเป็นต้องประยุกต์แนวคิด ความรู้ทางเภสัชกรรม และการแบ่งปันทรัพยากรในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมยาในรูปแบบ

ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคทางเภสัชกรรมให้เหมากับบริบทของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผู้เขียนใคร่ขอให้ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ หากมีความเป็นไปได้ ควรมีการตรวจสอบความคงสภาพของยา โดยอาจมีการศึกษาวิเคราะห์ปริมาณยาฟาวิพิราเวียร์ในตำรับยาเตรียมเฉพาะราย โดยสถาบันที่น่าเชื่อถือ

แม้ว่ายาเตรียมนี้ถูกใช้ในระยะเวลาสั้น และจากการสังเกตด้วยตาเปล่าไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพก็ตาม แต่การประเมินการกระจายตัวของยา การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ของยา แม้ว่าจะเติมสารกันเสียแล้วก็ตามควรมีการติดตาม

จากการสะท้อนปัญหาของผู้ใช้ยาพบว่ายาเตรียมที่เตรียมขึ้นมีความหนืดเพิ่มขึ้นมากเมื่อระยะเวลาการเก็บรักษานานขึ้นประมาณ 4-5 วัน ถ้ามีการศึกษาเปรียบเทียบความคงสภาพของตำรับเมื่อเก็บที่อุณหภูมิห้อง และ ในตู้เย็น รวมไปถึงทดสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ของยา หากพบว่าผลไม่ต่างกัน อาจไม่มีความจำเป็นที่ต้องแนะนำให้เก็บในตู้เย็น เนื่องจากอุณหภูมิในตู้เย็นอาจส่งผลต่อความหนืดของยา การกระจายยา และ ส่งผลต่อปริมาณยาที่ได้รับแต่ละครั้งอาจไม่กัน หรือ อาจพิจารณาให้คำแนะนำให้เอายาออกจากตู้เย็น วางยาไว้ที่อุณหภูมิห้องก่อนการรินยา หรือ ในบางกรณีหากเภสัชกรพบผู้ปกครองไม่สามารถตวงยาให้ผู้ป่วยได้ อาจพิจารณาเตรียมยาอยู่ในรูปหนึ่งหน่วยใช้ และสุดท้ายแม้ว่าการผลิตยาเตรียมเฉพาะรายในปริมาณมากอาจมีไม่บ่อยครั้งในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่า การสั่งยาในรูปแบบยาเตรียมเฉพาะรายเกิดขึ้นบ่อยครั้งในโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นควรมีการจัดเตรียมบริเวณการผลิตให้เป็นบริเวณสะอาด มีอุปกรณ์พื้นฐานในการเตรียมยา ได้แก่ โกร่ง ลูกโกร่ง แท่งคน บีกเกอร์ ถ้วยตวงแบบคอลนิคอล ถ้วยตวงแบบทรงกระบอก หลอดหยด และเครื่องชั่ง อีกทั้งเภสัชกรควรมีการทบทวนเทคนิคทางเภสัชกรรมอยู่เสมอ เพื่อให้มีทักษะในการเตรียมยาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภญ.สุภาวดี พาหิระ อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในระหว่างการปฏิบัติงานเตรียมตำรับยา รวมถึง อ่าน เสนอแนะ ให้คำแนะนำและปรับปรุงในการเขียนบทความ

ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ประเมินคุณภาพบทความวิชาการ ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบทความนี้ และสามารถนำคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ไปประยุกต์ใช้กับการเขียนงานวิชาการต่อไป

ขอขอบคุณเภสัชกรโชติภณ สำเนานนท์ เภสัชกรชำนาญการ งานผลิตยาและเคมีบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลแพร่ ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เฉลิมชัย คุณชมภู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เภสัชกรหญิงคัทลียากรณ์ ไวโอเร็ต หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค คุณอัจฉรา อัศวะมงคล โภชนากร หัวหน้างานโภชนาการ คุณประสงค์ มิ่งเมือง กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครอง

ผู้บริโภค โรงพยาบาลลอง ทุกท่านที่สนับสนุนให้การปฏิบัติงานไปได้ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณ คณะทำงานวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และคุณหัสยาพร อินทยศ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลอง ที่มอบโอกาส ในการเผยแพร่บทความวิชาการในครั้งนี้เพื่อแบ่งปันประสบการณ์อันมีค่านี้

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565, 18 พฤษภาคม). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 18 พฤษภาคม 2565*. https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=172.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (2549). *เภสัชตำรับโรงพยาบาล พ.ศ.2549*. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

พรรณี ลีลาวัฒนชัย และ ธนานันต์ ตัณฑ์ไพบูลย์. (2564). Favipiravir สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคนา 2019. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 31(2), 143. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/250567.

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2564, 26 เมษายน). *การแบ่งยาเม็ดและเตรียมละลายน้ำ จากยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) สำหรับผู้ป่วยเด็ก จากยาขนาด (Favipiravir Tablets) 200 มิลลิกรัมต่อเม็ด*. https://pidst.or.th/A1027.html

issoko, D., Laouenan, C., Folkesson, E., M'lebing, A. B., Beavogui, A. H., Baize, S., ... & JIKI Study Group. (2016). Experimental Treatment with Favipiravir for Ebola Virus Disease (the JIKI Trial): A Historically Controlled, Single-Arm Proof-of-Concept Trial in Guinea. *Clinical Trial PLoS Med*. 2016 Mar 1, 13(3), e1001967.

องค์การเภสัชกรรม. (2564, 4 พฤศจิกายน). *การผลิตยา Favipiravir Extemporaneous Suspension)*. https://www.gpo.or.th/view/526

Jackson, M., Lowey, A., & NHS Pharmaceutical Quality Assurance Committee. (2010). Handbook of extemporaneous preparation: A guide to pharmaceutical compounding. *Pharmaceutical Press*. 16-20 and 6546-6547.

National Center for Biotechnology Information (2022, June 8). *PubChem Compound Summary for CID 492405, Favipiravir*. https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Favipiravir.

The United States Pharmacopeia 41 and National Formulary NF 36. (2017). The United States Pharmaceutical Convention Inc.

Banker,G.S. & Rhodes, C.T. (Eds). (1990)..

Modren Pharmaceutics. (2nd ed.).

Maecel Dekker,.

Health Communication for Health Promotion in Community[1]

Thanapanan Akharawirawat[2]
Pannee Banchonhattakit[3]

Received: 29 March 2022 *Accepted: 29 June 2022*

Abstract

At present, in the currents of the world, it has evolved nonstop, even for a fraction of a second, and in terms of dynamic communication. It's the age of borderless communication. Therefore, health communication is an important and necessary to be a tool to promote the health for the people in the community. For many decades, health communication has been used as a tool to promote health in the community. But it's still challenging for public health professionals to adopt the principles of communication, to be a mechanism, and to be a mediator for bringing knowledge, health information to the public. Especially, in communities where health communication must take into account the communication patterns in accordance with the context of the community, in accordance with traditions, cultures, beliefs, community lifestyles. The appropriated health communication that is met the people's requirements, it will be truly accessible health service. As a result, people gain knowledge, understanding that leads to health behavior modification in the long run. All people can be self-reliant on an individual, family, and community levels, and form to be a well-being community by steadily, prosperously and sustainably that will reach the Sustainable Development Goals in the future.

Keywords: Health Communication, Health Promotion, Community Health

[1] Academic Article

[2] Instructor. Sirindhorn College of Public Health, Trang Faculty of Public Health and Allied Health sciences. Praboromarajchanok Institute.

[3] Assoc.Prof. Faculty of Public Health,Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage.

การสื่อสารสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน[1]

ธนปนันท์ อัครวีรวัฒน์[2]
พรรณี บัญชรหัตถกิจ[3]

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันท่ามกลางกระแสของโลกที่พัฒนาไปอย่างไม่หยุดนิ่งแม้แต่เสี้ยววินาที และในด้านการติดต่อสื่อสารที่มีความเป็นพลวัต นับได้ว่าเป็นยุคของการสื่อสารไร้พรมแดน การสื่อสารสุขภาพ จึงมีความสำคัญ และจำเป็นที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนในชุมชน การสื่อสารสุขภาพ ได้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับนักสาธารณสุขที่จะได้นำเอาหลักการสื่อสารเข้ามามีบทบาทเป็นกลไกและเป็นสื่อกลางในการนำองค์ความรู้ ข้อมูลด้านทางสุขภาพไปสู่สาธารณะ โดยเฉพาะในชุมชนที่การสื่อสารสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึงรูปแบบการสื่อสารให้เป็นไปตามบริบทของชุมชน ตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตของชุมชน การสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของประชาชนย่อมทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริง ผลลัพธ์ คือ ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะยาว ประชาชนทุกคนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเกิดเป็นชุมชนแห่งสุขภาวะดี อย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน อันจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาพชุมชน

[1] บทความวิชาการ

[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทนำ

ในปัจจุบันท่ามกลางกระแสของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และในด้านการติดต่อสื่อสารที่มีความเป็นพลวัต กล่าวได้ว่าเป็นยุคของการสื่อสารไร้พรมแดน ประกอบกับกระแสของการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดำเนินการระบบสุขภาพเชิงรุก ที่เน้นการจัดการระบบ โดยใช้หลักการที่สำคัญของระบบสุขภาพ คือ “สร้าง” นำ “ซ่อม” โดยคำว่าสร้างนั้นหมายถึง การสร้างเสริมการมีสุขภาพดี (Good health) ไม่ใช่การรอให้สุขภาพเสียแล้วจึงซ่อม และเพื่อให้สามารถบริหารจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีความหลากหลาย แต่สามารถหลีกเลี่ยงได้หรือที่เรียกว่าการป้องกันได้ ตลอดจนการมุ่งเน้นการจัดการระบบสุขภาพในด้านการเสริมสร้างสมรรถนะที่ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน คนทุกคนมีสุขภาพดี

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นคำที่พัฒนามาจากคำเดิมที่เรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพ ที่ใช้ในแวดวง สุขศึกษามุ่งเน้นบทบาทของภาครัฐในการส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพ แต่ในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพนั้น สะท้อนให้เห็นถึงระบบของการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ที่มุ่งเน้นการดำเนินงานของประชาคมสุขภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดกระแสการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้จริงในสังคม และกิจกรรมในด้านของการสร้างสุขภาพก็มักจะใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ตลอดจนการสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาด้านสุขภาพ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเกิดการขยายผลสู่ครอบครัว และสามารถสร้างสุขภาพที่ดีของชุมชนได้ซึ่งเราอาจจะพบเห็นกันอยู่บ่อยครั้งในยุคปัจจุบันนี้

การสื่อสารสุขภาพได้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ ในยุคที่การสื่อสารไร้พรมแดน และการสื่อสารโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ที่มีความก้าวหน้ามาก และจากความต้องการที่หลากหลายของประชาชน ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไป จากยุคโลกาภิวัตน์ สถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ไม่เฉพาะแต่การ เปลี่ยนแปลงในเรื่องสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนไทย และระบบการบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทย แต่พบว่ายังคงมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในอนาคต เพราะฉะนั้นการสื่อสารสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพ หากมีการสื่อสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้ทั้งในระดับ บุคล ครอบครัว และชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นชุมชนแห่งสุขภาวะที่ดี แต่ในทางตรงกันข้ามหากการสื่อสารเพื่อสุขภาพไม่ดี ปัญหาระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ก็เกิดขึ้นได้ เช่น ความคลาดเคลื่อนของความรู้ ความเข้าใจในองค์ความรู้ต่างๆ ด้านสุขภาพ ก็จะทำให้มีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพของบุคคล รวมไปถึงครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

1. การสื่อสารด้านสุขภาพ

1.1 ความหมายของการสื่อสารสุขภาพ

วีรศักดิ์ นาชัยดี (2561, น. 18) ให้ความหมายของการสื่อสารสุขภาพว่า การดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล

ข่าวสารด้านสุขภาพ ได้ง่าย และทั่วถึง ผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมที่จะรับความคิดเห็นของผู้อื่น และยินดีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของตนเองร่วมกับผู้อื่นได้ มุ่งให้สาธารณชนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554, น. 17-18) ให้ความหมายของการสื่อสารสุขภาพว่า เป็นการติดต่อ สัมพันธ์โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดสาร แลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์ และการปฏิบัติ ระหว่างกันและกัน โดยมุ่งให้สาธารณชนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพ

วาสนา จันทร์สว่าง (2550, น 1) ให้ความหมายของการสื่อสารสุขภาพว่า การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้ สนใจ ตระหนัก และมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม ในเรื่องการศึกษาสุขภาพนั้น ได้มีการดำเนินงานมาตลอดในชื่อของงานสุขศึกษา ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารสุขภาพ

จากผู้ให้ความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นการดำเนินงานเพื่อการสื่อสาร ที่ต้องมีการวิเคราะห์ และการวางแผนอย่างเป็นระบบที่อาศัยการสื่อสาร และเครื่องมือ หรือรูปแบบของการสื่อสาร เพื่อการสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ประสบการณ์ และการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดี ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

1.2 การสื่อสารสุขภาพในชุมชน

การสื่อสารสุขภาพในชุมชนนั้น จะเป็นการดำเนินการสื่อสารกับคนในชุมชน โดยใช้ช่องทางหรือรูปแบบของการสื่อสาร ที่ชุมชน หรือท้องถิ่นเข้าถึงได้ โดยอาจจะมีผู้สื่อสาร สาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ทั้งในชุมชน และนอกชุมชน และรูปแบบการสื่อสารก็เป็นไปตามบริบทของชุมชนตามประเพณี วัฒนธรรม ของชุมชน หรือท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้การสื่อสารนั้นเหมาะสม ตรงกับความต้องการ เข้าถึง ประชาชนในชุมชนนั้นได้อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การได้รับความรู้ ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยน หรือ คงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนนั้น

2. การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

2.1 ความหมายของสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” (Health) ไว้เมื่อปี ค.ศ.1947 และยังคงใช้เป็นแม่แบบอยู่ในปัจจุบันว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมิได้หมายถึงแต่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (A state of complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease or infirmity) ต่อมาในศตวรรษที่ 20 องค์การอนามัยโลก ได้ย้ำความสำคัญของการเข้าใจภาวะของมนุษย์แบบองค์รวม (Holistic View of Human Dimensions) โดยอธิบายว่า ภาวะความสุขสมบูรณ์ของมนุษย์ (Wellness) หรือสุขภาวะแบบองค์รวม ประกอบด้วยมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ มิติทุกด้านนี้ประสานเชื่อมโยงกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ ไม่ว่ามนุษย์จะอยู่ในสภาวะใด โดยเฉพาะในยามเผชิญกับความเจ็บป่วย ภาวะวิกฤต และวาระสุดท้ายก่อนที่จะสิ้นใจ

สำหรับความหมายของ “จิตวิญญาณ” (Spirit, Spirituality) มักเข้าใจผิดว่าเป็นศัพท์ทางศาสนา แต่สภาวะทางจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract Concept) ซึ่งมีสาระสำคัญคือ เป็น “แก่นแท้หรือธาตุแท้” ของความเป็นมนุษย์ เป็นความรู้สึก (Feeling) ความคิด (Thoughts) ของบุคคลที่ละเอียดผูกพันต่อบางสิ่ ที่ทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดความหวัง เกิดพลังใจ บรรลุถึงความหมายของชีวิตที่ตนปรารถนา

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมด ไม่ใช่เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ หรือเป็นส่วนเป็นเสี้ยวอย่างที่เราเข้าใจกันเป็นส่วนมาก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คำว่า “สุขภาพ” หรือ “Health” ในภาคภาษาอังกฤษนั้น มีรากศัพท์มาจากคำว่า Whole หรือทั้งหมด สุขภาพเกิดจากความเป็นทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องแยกส่วน หลักการของสุขภาพในเรื่องความเป็นทั้งหมด ความเป็นหนึ่งเดียวกัน และความสมดุล สุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ซึ่งมีองค์ประกอบขยายไปอีกอย่างกว้างขวาง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียว และมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขภาพ เมื่อสุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด และเป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา สุขภาพจึงอยู่ในฐานะเป็นอุดมคติ หรืออุดมการณ์ของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้วิจารณ์คำนิยามขององค์การอนามัยโลกว่า คำนิยามดังกล่าวบ่งบอกถึงสุขภาพที่เป็นสภาวะคงที่ ซึ่งในความเป็นจริงจะไม่มีผู้ใดที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ตลอดเวลา จึงเสนอให้สุขภาพเป็นสิ่งที่เป็นพลวัตและมีความต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต คือ สามารถแปรเปลี่ยนได้ตั้งแต่เกิดจนตาย

2.2 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ และ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นคำที่คนไทยคุ้นเคย เป็นคำที่ใช้กันมายาวนาน ในวงการของงานสุขศึกษา แต่เพื่อต้องการให้เกิดความรู้สึก และเกิดมโนทัศน์ใหม่ๆ จึงมีการใช้คำว่าการสร้างเสริมสุขภาพ แทนคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการดำเนินงานปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน และมีผู้ให้ความหายไว้หลากหลาย ดังที่จะยกตัวอย่าง เช่น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า กระบวนการในการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า กระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

Edelman and Mandle, (1994) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการกระตุ้นบุคคล กลุ่มบุคคล ให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถบ่งบอก และเกิดความความตระหนักที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ทั้งบุคคล และสิ่งแวดล้อม

จากความหมายของสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพนั้น เป็นกระบวนการเกื้อหนุน และสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคล และกลุ่มคน มีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง และพัฒนาสุขภาพของตัวเอง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต ที่มีปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ ได้แก่ บริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม และระบบนิเวศ ทั้งนี้ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง รู้ได้ว่าขณะในภาวะปกติจะส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างไร ให้คงไว้ซึ่งความปกติสุข ไม่เจ็บป่วย และเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย จะปฏิบัติตนอย่างไร ไม่ให้อาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรง และให้หายจากการเจ็บป่วยเร็วที่สุด หรือถ้ามีการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้น จะทำอย่างไรไม่ให้มีอาการแทรกซ้อนของโรค และมีวิธีที่จะดูแลสุขภาพให้ตนเองมีชีวิตคงอยู่ได้อย่างยืนยาว

2.3 ความสำคัญของสุขภาพในระดับชุมชน

บุคคลและครอบครัวที่อยู่รวมกันในชุมชน ต่างก็เป็นทรัพยากรที่สำคัญของการพัฒนาสังคม การที่บุคคล ครอบครัวมีสุขภาพดี ย่อมส่งผลดีต่อชุมชน และสังคมที่อยู่อาศัย ดังนี้

1. สุขภาพของคนในชุมชนเป็นพื้นฐานของการพัฒนาชุมชน ชุมชนจะพัฒนาได้จะต้องอาศัยประชาชนที่มีสุขภาพดี ได้แก่ การมีกำลังกาย มีกำลังสมองไปพัฒนาสังคม สุขภาพจึงเป็นขุมพลังของสังคม ดังที่เราจะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้หันมาเน้นการพัฒนาคนให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพ ตั้งแต่แผนฉบับที่ 8 เป็นต้นมา โดยมีแนวคิดว่าถ้าคนสุขภาพดี มีคุณภาพจะเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน

2. สุขภาพช่วยสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การที่ชุมชนใดมีประชาชนสุขภาพดี มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง ตลอดจนการมีเครือข่ายที่รวมตัวกันได้ในชุมชน ย่อมส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเกิดการพัฒนา

3. สุขภาพช่วยสร้างเศรษฐกิจของชุมชน ชุมชนที่มีประชาชนสุขภาพดี สามารถทำงานมีผลผลิตได้ตามศักยภาพสูงสุด ทำให้มีผลผลิตมวลรวม ในระดับประเทศที่สูงขึ้นได้ด้วย และยังช่วยสังคมหรือภาครัฐบาลที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการลงทุนด้านการแพทย์

4. สุขภาพช่วยให้สังคมและสิ่งแวดล้อมดี มีความสงบสุข การที่ประชาชนสุขภาพดี ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง จะทำให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ไม่เบียดเบียน ทำลายสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดอิสรภาพและสันติภาพ

5. สุขภาพเป็นตัวชี้การพัฒนาของชุมชนด้านหนึ่ง เพราะเป้าสูงสุดของการพัฒนาชุมชน คือการที่ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จะเห็นได้ว่าสุขภาพในระดับชุมชน มีความสำคัญอย่างมาก ที่ต่อเนื่องจากสุขภาพของระดับบุคคล และครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่างได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองในทิศทางที่เหมาะสม และเต็มศักยภาพ

สูงสุด เกิดเป็นชุมชนเข้มแข็ง อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข อันเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด

2.4 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

ตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่มุ่งเน้นการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยประเทศไทยได้มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 มาตรา 16 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ และรัฐบาลมีนโยบายดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือในระดับท้องถิ่น เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี สามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยสร้างมาตรการทางสังคมกำหนดให้สุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม เริ่มต้นจากระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2564, น. 78)

การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือแม้แต่ภาคประชาชนเอง สามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็ก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ในการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะให้บุคคล ชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนองได้ ในการดำเนินชีวิตยามปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เราจึงควรรู้จักและมีส่วนร่วมกับหน่วยงานดังกล่าว รวมทั้งปฏิบัติตามแนวทางสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ดังนี้

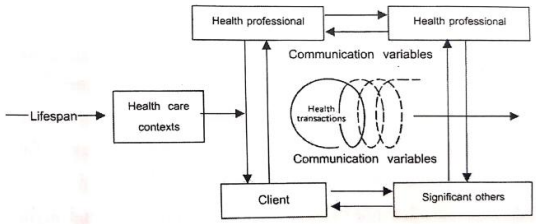
1. การสร้างเสริมสุขภาพกาย หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงมีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

2. การสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิต ให้มีจิตใจที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีอารมณ์ แจ่มใส มีสติ สามารถจัดการกับความเครียดได้ โดยการมองโลกในแง่ดี ฝึกคิดในทางบวก รู้จักวิธีการจัดการความเครียด

3. การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม สามารถทำได้โดยมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์ให้เกิดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคมที่เหมาะสมทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจ

4. การสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญา หรือจิตวิญญาณ ทำได้โดยการยึดมั่นในหลักศาสนา และวัฒนธรรมที่ดีงาม ลด ละเลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง

3. แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ HCM



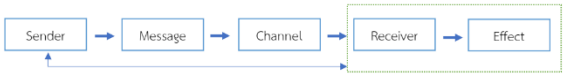
ภาพที่ 1 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ HCM

ที่มา : King, I.M. 1981 อ้างถึงในวาสนา จันทร์สว่าง (2550:82)

HEALTH COMMUNICATION MODEL : HCM แบบจำลองนี้ ได้เสนอแนวคิดว่า การสื่อสารสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพ ภาพวงกลมตรงกลาง หมายถึง การถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นวงกลม มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และไม่มีที่สิ้นสุด มีการเคลื่อนไหว เพื่อส่งต่อข่าวสารสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนร่วม ในกระบวนการทั้งผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Professional) ผู้รับบริการ (Client) ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (Significant others) ในบริบทของการดูแลสุขภาพ (Health care contexts) เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง และกลุ่มเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ที่มีการสื่อสารถึงกันแบบสองทาง (Two way Communication) มีความเคลื่อนไหวของการสื่อสารแบบไม่หยุดนิ่ง (Communication variable) ที่มีตัวแปรตามเหตุการณ์สภาวะแวดล้อม ของแต่ละคนในสังคม และสถานการณ์ที่มีการผันแปรอย่างต่อเนื่อง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2550 น. 83)

4. องค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพเป็นกระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อสุขภาพในด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การสื่อสารหลายรูปแบบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ สามารถอธิบายองค์ประกอบได้ดังนี้



ภาพที่ 2 แบบจำลององค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพ

1. ผู้ส่งสาร (Sender) หมายถึง ผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ

2. สาระของสาร (Message) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึกเพื่อการสร้างเสริมปรับเปลี่ยน และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

3. สื่อ/ช่องทาง (Channel) หมายถึง ตัวกลาง พาหะ หรือตัวนำที่จะนำ “สาร” ด้านการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคำพูด เสียง แสง ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว หรือข้อมูลสารสนเทศ ไปสู่กลุ่มเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานครั้งนั้น

4. ผู้รับสาร (Receiver) ประชาชนที่ต้องการข้อมูลข่าวสาร เพื่อพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

5. ผลของการสื่อสาร (Effect) ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขนตามมาจากการดำเนินงานของการสื่อสาร อาจเกิดขึ้นในรูปแบบของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

จากภาพเห็นได้ว่า การสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน จากผู้ส่งสาร คือ ผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ผู้นำด้านสุขภาพ จะต้องนำสาระของสาร หรือที่เรียกว่าสาร ไปส่งต่อเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ โดยผ่านช่องทางต่างๆ ของการสื่อสาร ไปยังผู้รับสาร คือ ประชาชนที่ต้องการสื่อสารเพื่อให้เกิดผลของการสื่อสารในการสร้างเสริม

สุขภาพในชุมชน และการสื่อสารสุขภาพนั้นยังสามารถที่จะมีผลย้อนกลับไปยังผู้ส่งสารในการพิจารณา ทบทวน การสื่อสารสุขภาพ และสามารถส่งต่อสารนั้นได้อีกอย่างเป็นพลวัต

5. ประเภทของสื่อในการสื่อสารสุขภาพ

1. สื่อสิ่งพิมพ์ หมายถึง เป็นสื่อที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในชุมชน การสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย และเผยแพร่กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจ และสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่ประชาชน ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขสามารถผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ขึ้นเองได้ เช่น ใบปลิว แผ่นพับ หนังสือเผยแพร่เล่มเล็ก เอกสารแนะนำประกอบ โปสเตอร์จดหมายข่าว ภาพพลิก จุลสาร วารสาร เป็นต้น

2. สื่อคำพูด/สื่อบุคคล หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และทักษะต่างๆ ให้กับผู้คน เช่นในที่นี้ หมายถึงบุคลากรภาควิชาชีพต่างๆ หรือแม้แต่ปราชญ์ชาวบ้านที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์เฉพาะเรื่องที่จะมาดำเนินการตามภารกิจของการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับชุมชน สื่อบุคคล อาจถือได้ว่าเป็นสื่อหรือเครื่องมือสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ที่เก่าแก่ที่สุดชนิดหนึ่ง เป็นสื่อพื้นฐานเบื้องต้นขนานแท้ดั้งเดิมที่มนุษย์รู้จักนำมาใช้ในการติดต่อสื่อความหมาย การพูดเป็นหนทางหนึ่งแห่งการถ่ายทอดหรือชักนำเอาความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ออกตีแผ่แสดงให้ผู้อื่นได้ทราบและสร้างความเข้าใจได้

3. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และโทรคมนาคม หมายถึง สื่อที่ผลิตหรือพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ควบคู่กับเครื่องมืออุปกรณ์ทางเทคโนโลยี เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นรายการเสียง หรือวิดีทัศน์รูปแบบ VCD/DVD แถบบันทึกเสียงหรือ วิดีทัศน์ สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ระบบการศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม หรือผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ e-learning และ อินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังรวมไปถึงแอพพลิเคชั่นต่างๆ บนโทรศัพท์เคลื่อนที่ สื่ออินโฟกราฟิค ที่มีช่องทางที่สามารถสื่อสารให้เข้าถึงคนจำนวนมาก และมีความหลากหลายได้อย่างรวดเร็วภายในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

4. สื่อกิจกรรม หมายถึง สื่อประเภทวิธีการใช้ในการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติ ซึ่งต้องใช้กระบวนการคิด การปฏิบัติ และการประยุกต์ความรู้ของผู้เรียน เช่น สถานการณ์จำลอง บทบาทสมมุติ ทัศนศึกษา เกม การทำโครงงาน การจัดนิทรรศการ การสาธิต เป็นต้น

5. สื่อพื้นบ้าน หมายถึง สื่อที่อาจเป็นบุคคล คณะบุคคล ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์เกี่ยวกับการแสดงกิจกรรมและวัฒนธรรมการดำรงอยู่ทุกประเภท โดยเป็นสื่อที่ชาวบ้านสร้างสรรค์ขึ้น และยึดถือปฏิบัติสืบเนื่องกันมาแต่โบราณกาล เช่น เพลงลิเก หมอลำ หนังตะลุง มโนราห์ อีแซว ลำตัด หมอลำ ตลอดจนประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ สื่อพื้นบ้านเป็นเครื่องมือสื่อสารที่ในการสื่อสารสุขภาพที่พบว่าได้ผลดีและอยู่คู่กับสังคมไทยมายาวนาน

6. ระดับการสื่อสารสุขภาพ

ภาพที่ 3 ระดับของการสื่อสารสุขภาพ

ในการสื่อสารสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนนั้น เราจำเป็นจะต้องทราบระดับของการสื่อสารเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับของการสื่อสารนั้น ในที่นี้จะใช้หลักการแบ่งตามขนาดของบุคคลในการสื่อสาร เป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. การสื่อสารภายในบุคคล หมายถึง การสื่อสารที่เกี่ยวข้องภายในบุคคล ผู้ส่งสารและผู้รับสารเป็นคนเดียวกัน มีความเชื่อมโยงกับจิตวิทยาการสื่อสาร ในการคิดทบทวน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และทัศนคติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. การสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง การสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คน การสื่อสารในระดับนี้มุ่งเน้น จิตวิทยาการสื่อสารที่ใช้การโน้มน้าวจากสื่อบุคคล แต่อาจมีข้อจำกัดเรื่องบุคคลที่แตกต่างกันอาจมีการโน้มน้าวที่แตกต่างกันได้

3. การสื่อสารกลุ่ม หมายถึง การเน้นการสื่อสารแนวระนาบ เน้นกลุ่มคนที่สื่อสารซึ่งมีจำนวนสองคนขึ้นไป มีความใกล้ชิดกันทั้งในแง่วิถีชีวิต และรสนิยมด้านสุขภาพ ทั้งนี้ หากมีการเสริมพลังให้แก่กลุ่มจะส่งผลให้กลุ่มรวมตัวกันเป็นพลังในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี

4. การสื่อสารองค์กร หมายถึง เป็นการสื่อสารที่เน้นทั้งสื่อสารภายในองค์กร ซึ่งประกอบด้วยคนหลายๆ กลุ่ม เพื่อให้คนในองค์กรมีความเข้าใจร่วมกัน กับการสื่อสารจากองค์กรหนึ่งไปสู่องค์กรหรือกลุ่มสังคมอื่นๆ ภายนอก

5. การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง เป็นการสื่อสารกับคนจำนวนมาก แต่ยังเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่รู้จักกันและกัน มากกว่าจะเป็นการสื่อสารผ่านตัวกลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อถ่ายทอดข่าวสาร การสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

6. การสื่อสารมวลชน หมายถึง เป็นการสื่อสารสำหรับคนหมู่มากที่อาจไม่รู้จักกันโดยผ่านสื่อกลาง เช่น การใช้สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น การสื่อสารมวลชนนี้มุ่งเน้นการสื่อสารบนลงล่าง หรือการสื่อสารจากสวนกลางเป็นหลัก

7. กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในชุมชน

1. การติดตามสถานการณ์สังคม เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์การสื่อสารที่จะตอบโจทย์ต่อสถานการณ์และพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูล และคาดการณ์ถึงการปรับตัวของกลุ่มประชาชน เพื่อให้เกิดการยอมรับ การปรับตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน

3. การเลือกใช้สื่อที่ ตรงใจ ตรงเป้า เข้าถึงกลุ่มประชาชนอย่างสม่ำเสมอ และปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับสถานการณ์

4. ปรับรูปแบบการสื่อสาร ให้เหมาะสมกับบริบทที่เกิดขึ้น เพื่อทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ สามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากการสื่อสารสุขภาพได้

สรุป

ในยุคที่การสื่อสารไร้พรมแดน และการสื่อสารโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มีความก้าวหน้ามาก และจากความต้องการที่หลากหลายของประชาชน ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไป การสื่อสารสุขภาพ จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนในชุมชน เพื่อให้เป็นชุมชนแห่งสุขภาวะที่ดี

ดังจะเห็นได้ว่าสุขภาพในระดับชุมชน มีความสำคัญอย่างมาก ที่ต่อเนื่องจากสุขภาพของระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ต่างได้แสดงบทบาทหน้าที่ ของตนเองในทิศทางที่เหมาะสม และเต็มศักยภาพสูงสุด เกิดเป็นชุมชนเข้มแข็ง อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข อันเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด

การใช้การสื่อสารสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพในชุมชนตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่มุ่งเน้นการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ให้กับคน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็ก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะให้บุคคล ชุมชน สามารถดูแลสุขภาพของตนองได้ ในการดำเนินชีวิตยามปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางปัญญา โดยใช้องค์ประกอบของการสื่อสาร ได้แก่ ผู้ส่งสาร สาระของสาร สื่อ/ช่องทาง ผู้รับสาร และการพิจารณาผลของการสื่อสารนั้น ด้วยการอาศัยสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อคำพูด/สื่อบุคคล สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และโทรคมนาคม หรือแม้แต่สื่อพื้นบ้านที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด โดยที่เราจะต้องตระหนักถึงระดับของการสื่อสารที่นำมาวางแผนการสื่อสารสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้ง 6 ระดับ และการใช้กลยุทธ์ 4 ประการในการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ดังที่กล่าวทิ้งท้ายไว้ในบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรแห่งประเทศไทย.

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2564). *หลักการส่งเสริมสุขภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิลภา จิระรัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรธนะอมร และศรีสุดา รัศมีพงศ์. (2562). การมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารมหาจุฬาวิชาการ. 6*(พิเศษ), 365-381.

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และ สุนีย์ เครานวล. (2549). *การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.

เมธาวี จำเนียร และ เมธี แก้วสนิท. (2561). *การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีของ คนในชุมชน*. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมป์ สมเด็จพระเทพรัตราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, *24*(2), 157.

วาสนา จันทร์สว่าง. (2550). *การสื่อสารสุขภาพ : กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

วีรศักดิ์ นาชัยดี. (2561). *รูปแบบการจัดการสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. (ดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชานิเทศศาสตร์), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ (2560). *การสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2562). ความหมายของนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ. https://www.thaihealth.or.th/.

อภิชาต รอดสม. (2559). *การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย*. (เอกสารประกอบการบรรยายนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ) มปท.

Edleman, C.L. & Mandle, C.L. (1994). *Health Promotion Throughout the Lifespan*. (3rd ed.). Mosby-Year Book.

WHO (1986). *Ottawa charter of health promotion*. World Health Organization.

เวลาเผยแพร่ เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่เป็นประจำทุกปี ๆละ 2 ฉบับ โดยตีพิมพ์ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของทุกปี เพื่อการเผยแพร่ฟรี ไม่มีการจำหน่าย

สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. 0-54511-145 ต่อ 102 หรือ Email : hrphrae.ejournal@gmail.com

เจ้าของวารสาร เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มาตรฐานวารสาร

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ทุกบทความต้องผ่านผู้อ่านหรือผู้ประเมินบทความ (Reviewer) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยในสาขาอย่างน้อย 2 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก โดยผู้อ่านและผู้เขียนไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review) และเป็นวารสารที่ออกตรงเวลาต่อเนื่อง

บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. เป็นบทความในกลุ่มสาขาการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการวิจัยในเชิงสหวิทยาการและต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน มิฉะนั้นถือว่าผิดจรรยาบรรณ
2. รับบทความวิจัย (Research Articles) เป็นหลัก และรับบทความวิชาการ (Articles) บทความปริทรรศน์ (Review Articles) และรายงานผู้ป่วย (Cases Study) บ้าง
3. ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินและให้การยอมรับ อย่างน้อย 2 คน
4. ผู้เขียนต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนด และผู้เขียนต้องยินยอมให้บรรณาธิการ แก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับ

1. ความยาวของบทความ ตั้งแต่ 3,000 – 8,000 คำ (นับรวมรูปภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวก) โดยจัดพิมพ์ในหน้ากระดาษขนาด A4
2. ระยะขอบกระดาษ กำหนด ดังนี้

Top 2.75 cm.	Bottom 2.30 cm.	Left or inside 2.50 cm.	Right or outside 2.00 cm

3. บทคัดย่อ (Abstract) ความยาวระหว่าง 200–300 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ 300-500 คำ สำหรับภาษาไทย และคำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

4. ชื่อเรื่องบทความภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 14 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

5. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ

6. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวา พิมพ์ 1 คอลัมน์

7. คำสำคัญภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) คั่นด้วยเครื่องหมาย , ระหว่างคำ และวรรค 1 เคาะระหว่างคำ

8. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร Time New Roman ขนาดตัวอักษร 10 pt. (ตัวอักษรปกติ)

9. ชื่อเรื่องบทความภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 18 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

10. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ

11. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดซ้าย พิมพ์ 1 คอลัมน์

12. คำสำคัญภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) และวรรค 2 เคาะระหว่างคำ

13. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาไทย ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ)

เนื้อหาบทความ

เนื้อหาบทความ ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ทั้งหมด

1. ชื่อหัวเรื่อง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย ไม่ใส่เลขลำดับที่

2. เนื้อหาบทความ พิมพ์ 2 คอลัมน์ ให้ชิดขอบซ้ายขวา ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ)

3. เนื้อหาบทความ ย่อหน้า 1 cm.

4. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้เหนือตารางจัดชิดซ้าย ใต้ตารางให้บอกแหล่งที่มาหรือหมายเหตุ (ถ้ามี) จัดชิดซ้าย ส่วนรายละเอียดตัวอักษรในตาราง ผู้เขียนอาจปรับขนาดให้เหมาะสมกับหน้าบทความในกรณีของตารางผู้เขียนอาจจัดทำเป็นภาพ แต่ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในข้อที่ 7

5. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้ใต้ภาพประกอบ จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษใต้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย

6. ถ้ามีภาพประกอบ แผนภูมิ ตาราง หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีหมายเลขกำกับในบทความอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น

7. การจัดทำภาพประกอบ หรือจัดทำตารางด้วยการใช้ภาพ ให้ใช้รูปภาพขาว-ดำ ที่มีความคมชัด โดยกำหนดให้ไฟล์ที่เป็นรูปภาพ แผนภูมิ หรือตาราง มีความละเอียดขั้นต่ำตั้งแต่ 300 DPI ขึ้นไป โดยอาจปรับให้รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบ มีขนาดพอดีและเหมาะสมกับหน้าบทความ

8. ชื่อเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย

9. เนื้อหาเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. พิมพ์ 2 คอลัมน์ จัดชิดซ้าย

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้ชิดขวาหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคน ให้ใช้หมายเลข 1 หรือ 2 กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาอังกฤษขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาไทย

5. คำสำคัญ (keyword) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (population) นำเสนอคุณลักษณะ และจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (research instrument) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าผลการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (academic article) ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่นำเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์ หรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้าและจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก้ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้างหรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงในเนื้อหา

เพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น ให้ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยระบุชื่อผู้เขียน ปีพิมพ์ไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความที่ต้องการอ้างอิง เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546) ... หรือ ... (Newman & Cullen, 2007) หรือ ... (ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ, 2544)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้รวบรวมเอกสารที่ใช้อ้างอิงไว้ท้ายบทความ เรียงตามลำดับตัวอักษร โดยใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงตามระบบ APA 7th Edition ดังนี้

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

1. **การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนาม-ปี** โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี) **หรือ** (ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/(ปี) **หรือ** (สกุล,/ปี)

เครื่องหมาย / หมายถึง เว้นวรรค 1 ระยะ

ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงด้วง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง...

...การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2555)

Fragmented, uncoordinated care is the third highest driver of U.S. healthcare costs (Scheppach, 2014).

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล/(ปี) **หรือ** (ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) **หรือ** (สกุล/&/สกุล,/ปี)

ตัวอย่าง

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า...

...โดยใช้แนวคิดของ Katz and Kahn (1978) เนื่องจาก...

...การยอมรับกฎระเบียบ (ดู Patton & Wang, 2012, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป*

ไทย	ชื่อ/สกุล/และคณะ/(ปี) **หรือ** (ชื่อ/สกุล/และคณะ,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/et/al./(ปี) **หรือ** (สกุล/et/al.,/ปี)

ตัวอย่าง

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2558) กล่าวถึง...

...ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (เช่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม; Eker et al., 2000)

*กรณีที่มี**ผู้เขียนตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป** ให้ใส่เฉพาะสกุลของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วย **et al.** ตั้งแต่ครั้งแรก

2. การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

...สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ นาคำ (2549) และ สีลาภรณ์ บัวสาย (2548)...

...หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน แพนศรี, 2551; ศรีวรรณ มีคุณ, 2548

...การวัดที่มีตัวแปรแฝงหลายตัว (Embretson & Reise, 2000; Marvelde et al., 2006)

3. การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

3.1 การอ้างอิงหน้าข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอยู่ในงานของผู้เขียน (2)	
ไทย	ชื่อ[1]/สกุล[1]/(ปี,/อ้างถึงใน/ชื่อ[2]/สกุล[2],/ปี).....
อังกฤษ	สกุล[1]/(ปี,/as cited in/สกุล[2],/ปี).....

ตัวอย่าง

Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010) suggeststhere is an emerging adult stage in the lifespan of humans, covering young people between the ages of 18 and 25 years.

3.2 การอ้างอิงท้ายข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอยู่ในงานของผู้เขียน (2)	
ไทย	...(ชื่อ[1]/สกุล,[1]/(ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ[2]/สกุล[2],/ปี)...
อังกฤษ	...(สกุล,[1]/ปี/as cited in/สกุล[2],/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฌาน์ ศรีเอี่ยม, 2554)...

... (Snow, 2006 as cited in Goldstein et al., 2013) ...

การเขียนรายการอ้างอิง (References)

หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

1) ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)*./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./**/สำนักพิมพ์./***/URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุภางค์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed). Prentice-Hall International.

2) ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ.,/&/สกุล,/ชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./////URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และ บุษบง ตันติวงศ์. (2559). *การประเมินอย่างใคร่ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไปรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตนพันธ์. (2560). *การคิดเชิงออกแบบ: เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ*. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). http://resource.tcdc.or.th/ebook/Design.Thingking.Learning.by.Doing.pdf

Svendsen, S., & Løber, L. (2020). *The big picture/Academic writing: The one-hour guide* (3rd digital ed.). Hans Reitzel Forlag. https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-(i-bog)-i-bog-53615-9788741280615

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์
*** กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ

3) **ผู้แต่ง 3–20 คน** ให้ใส่ชื่อทุกคน

ไทย ชื่อ[1]/สกุล[1],/ชื่อ[2]/สกุล[2],/ชื่อ[3]/สกุล[3],/ชื่อ[4]/สกุล[4],/ชื่อ[5]/สกุล[5],/ชื่อ[6]/สกุล[6],/และ/ชื่อ[7]/
///////สกุล[7]./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล[1],/อักษรย่อชื่อ[1]../สกุล[2],/อักษรย่อชื่อ[2]../สกุล[3],/อักษรย่อชื่อ[3]../สกุล[4],/
///////อักษรย่อชื่อ[4]../สกุล[5],/อักษรย่อชื่อ[5]../สกุล[6],/อักษรย่อชื่อ[6]../&/สกุล[7],/
///////อักษรย่อชื่อ[7]./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์/.URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาษิต, นัยนา อภิวัฒนพร, สุธาสินี สุโขวัฒนกิจ, และ งามเนตร เอี่ยมนาคะ.(บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, G. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Prentice-Hall.

4) **ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป** ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1–19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ไทย ชื่อ[1]/สกุล[1],/ชื่อ[2]/สกุล[2],/ชื่อ[3]/สกุล[3],/ชื่อ[4]/สกุล[4],/ชื่อ[5]/สกุล[5],/ชื่อ[6]/สกุล[6],ชื่อ[7]/สกุล[7],/
///////ชื่อ[8]/สกุล[8],/ชื่อ[9]/สกุล[9],/ชื่อ[10]/สกุล[10],/ชื่อ[11]/สกุล[11],/ชื่อ[12]/สกุล[12],/ชื่อ[13]/สกุล[13],/
///////ชื่อ[14]/สกุล[14],/ชื่อ[15]/สกุล[15],/ชื่อ[16]/สกุล[16],/ชื่อ[17]/สกุล[17],/ชื่อ[18]/สกุล[18],/
///////ชื่อ[19]/สกุล[19],/././.ชื่อ[คนสุดท้าย]/สกุล[คนสุดท้าย]./ (ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./
///////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล[1],/อักษรย่อชื่อ[1]../สกุล[2],/อักษรย่อชื่อ[2]../สกุล[3],/อักษรย่อชื่อ[3].,สกุล[4],/
///////อักษรย่อชื่อ[4]../สกุล[5],/อักษรย่อชื่อ[5]../สกุล[6],/อักษรย่อชื่อ.,[6]/
///////สกุล[7],/อักษรย่อชื่อ[7]../สกุล[8],/อักษรย่อชื่อ[8]../สกุล[9],/อักษรย่อชื่อ[9]../
///////สกุล[10],/อักษรย่อชื่อ[10]../สกุล[11],/อักษรย่อชื่อ[11]../สกุล[12],/อักษรย่อชื่อ[12]../
///////สกุล[13],/อักษรย่อชื่อ[13]../สกุล[14],/อักษรย่อชื่อ[14]../สกุล[15],/อักษรย่อชื่อ[15]../
///////สกุล[16],/อักษรย่อชื่อ[16]../สกุล[17],/อักษรย่อชื่อ[17]../สกุล[18],/อักษรย่อชื่อ[18]../
///////สกุล[19],/อักษรย่อชื่อ[19].././.สกุล[คนสุดท้าย],/อักษรย่อชื่อ[คนสุดท้าย]./(ปีพิมพ์)./
///////*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., . . . White, N. (2014). *Choosing a title* (2nd ed.). Unnamed Publishing.

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./ ///////https://doi.org/เลข DOI

* กรณีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีการเผยแพร่ทั้งแบบรูปเล่มและแบบดิจิทัล ให้ระบุชื่อสำนักพิมพ์ตามแบบรูปเล่ม

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000168-000

บทในหนังสือ

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/*ชื่อหนังสือ*/ ///////(น./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/ ///////(Ed. หรือ Eds.),/*ชื่อหนังสือ*/(pp./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยอนาคตแบบ EDRF. ใน ทิศนา แขมมณี และ สร้อยสน สกลรักษ์ (บ.ก.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (น. 1–18). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomicstatus,parenting,andchilddevelopment: Thehollingshead four- factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds.), Monographs in parentingseries. socioeconomic status, parenting, and child development (pp. 29–82). Lawrence Erlbaum Associates.

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต, 9*(1), 63-87.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, *27*(63), 250-264.

Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology, 2*(2), 38–48. http://ojs.lib.swinedu.au/index.php/ejap

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI

ธัญนาฏ ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์ไพฑูรย์, และ นิติพงษ์ ส่งศรีโรจน์ (2563). ความสามารถในการใช้ความรู้และนวัตกรรมกับประเด็นที่โดดเด่นขององค์กรใหม่ในธุรกิจภาคการเกษตร. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์, 42*(2), 54–72. https://doi.org/10.14456/cbsr.2020.3

Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, *24*, 225–229. https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225

* กรณีที่เลข DOI แบบที่ใช้เดิมยาวและซับซ้อน ผู้เขียนสามารถเลือกใช้ DOI แบบสั้นหรือแบบยาวก็ได้

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////บทความ/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร*,/*เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/ ///////Article/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

นววรรณ นิชโรจน์ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. (2563). บทบาทครูอนุบาลในการส่งเสริมกรอบ คิดยืดติดเติบโตในโรงเรียนประไพพิศ (นามสมมติ). *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, *15*(2), บทความ OJED1502032. https://so01.tci-thaijo.org/ index.php/OJED/article/view/243480

Burin, D., Kilteni, K., Rabuffetti, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interferencebetween observedandexecuted movements. *PLOS ONE*, *14*(1), Article e0209899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต

(Doctoral dissertation / Master's thesis)

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์
	///////หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[Unpublished doctoral
	///////dissertation หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

รณชัย ศิลากร. (2547). *ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาสโลว์* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Jung, M. S. (2014). *A structuralequation model on core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ
	///////วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/[Doctoral dissertation หรือ
	///////Master's thesis,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

ปิยะ บูชา. (2561). *การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับปริญญาตรี*. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. ปริญญานิพนธ์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120066RB8992555f.pdf

Ata, A. (2015). *Factoreffecting teacher-child communication skill & self-efficacy beliefs: An investigation on preschool teachers* [Master's thesis, Middle East Technical University]. Middle East Technical University Library. http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12619101/index.pdf

3) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ ///////[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ///////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์*/(หมายเลข UMI หรือ ///////เลขลำดับอื่น ๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, ///////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). Meaning through narrative: *A personal narrativediscussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–LongBeach]. ProQuest Dissertationsand Theses database.

รายงาน

1) รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพรj)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. 21 เซ็นจูรี่. https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc_annual_report_2561.pdf

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services,NationalInstitutesofHealth. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf

2) รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุมาลี ตังคณานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นะจร. (2559). *การวิจัยและพัฒนารูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและความมีวินัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade*. Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(วันที่,/เดือน,/ปี)./ชื่อเรื่องที่นำเสนอ./ใน/ชื่อ/(ประธาน),/*ชื่อหัวข้อการประชุม*/ ///////[Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อเรื่องที่นำเสนอ/.In/อักษรชื่อย่อ./สกุล/(Chair), ///////*ชื่อหัวข้อการประชุม*/[Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.

ตัวอย่าง

De Boer, D., & LaFavor, T. (2018, April 26–29). The art and significance of successfully identifying resilient individuals: A person-focused approach. In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), *Perspectives on resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement* [Symposium]. Western Psychological Association 98th Annual Convention, Portland, OR, United States.

การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี,/วัน/เดือน)./*ชื่อ paper* หรือ *poster*/[Paper หรือ Poster ///////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน,/วันที่)./*ชื่อ paper* หรือ *poster*/[Paper หรือ Poster ///////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

ตัวอย่าง

การนำเสนองานวิจัย

นิดา ไพรนารี. (2554, มนาคม). *การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์* [Paper presentation], การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรงเทพฯ, ประเทศไทย.

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

การนำเสนอโปสเตอร์

Haldrup, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4–8). *Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy* [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20thAnnual European Congress, Glasgow, Scotland.

รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

1) ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/*ชื่อหัวข้อการประชุม./*
	///////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)./ฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/
	///////ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)./ฐานข้อมูล.

* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

ตัวอย่าง

พัชราภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), *การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ* (น. 97–102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon,W. Philips,D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), *Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems* (pp. 97–108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9

2) ในรูปแบบวารสาร

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อย./*ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/
	///////เลขหน้า./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อย./*ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่*(เลขของฉบับที่),/
	///////เลขหน้า./URL

* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

ตัวอย่าง

Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theoryand evidence. *Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education*, 20(1), 11–16.

https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285

เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./*ชื่อเอกสาร*/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./*ชื่อเอกสาร*/[Unpublished manuscript]./คณะ, ///////มหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

อัญญมณี บุญชื่อ. (2556). *การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

เว็บไซต์

ไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน./(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./*ชื่อบทความ*./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อผู้เขียน./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./*ชื่อบทความ*./ชื่อเว็บไซต์./URL

* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน **ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก**

ตัวอย่าง

มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). *เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน.* http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031

International Diabetes Federation. (2021, December 9). *Diabetes fact and figure*. http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures

สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

1) สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม

ไทย	ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./*ชื่อแหล่งข้อมูล*./URL
อังกฤษ	ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./*ชื่อแหล่งข้อมูล*./URL

* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

ตัวอย่าง

ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). *อนุสารอุดมศึกษา*, 37(400), 9–12. http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf

เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน *วิกิพีเดีย*. https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799

2) สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ไทย	*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
อังกฤษ	*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.

ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). ครูบ้านนอกดอทคอม. https://www.kroobannok.com/87248

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

25 ถนนบ้านใหม่ ต.ในเวียง อ.เมือง จ.แพร่ 54000
โทร. 0 5451 1143, 0 5451 1145 Fax: 0 5452 3313

https://thaidj.org/index.php/jpphd
http://www.pro.moph.go.th