



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KUHJ Khon Kaen University
Hospital Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566
Volume 4 No. 1 January - March 2023

ISSN 2697-6633



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

KUHJ Khon Kaen University
Hospital Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566
Volume 4 No. 1 January - March 2023

ISSN 2697-6633



KUHJ

วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น Khon Kaen University Hospital Journal

ISSN : 2697-6633

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้การจัดการ บริหารงาน โรงพยาบาลทุกด้าน เช่น งานคุณภาพ การจัดการความเสี่ยง การลดขั้นตอน ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ สืบสวนโรค กำจัดขยะ เภสัชกร การขนส่ง และงานสนับสนุนต่างๆ เป็นต้น

2. เผยแพร่ผลงานของบุคลากรด้านการจัดการ บริหารงานในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

3. เผยแพร่และสื่อสารนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

4. เผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากร หน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาลทุกด้าน

2. ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าหน่วยงานด้านการบริการ และสนับสนุนงานโรงพยาบาล

3. บุคลากรที่ต้องการพัฒนางานในหน้าที่ หน่วยงานให้มีความก้าวหน้า และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

4. บุคลากรผู้สนใจด้านการบริการ บริหารงานโรงพยาบาล

5. นักวิชาการทุกสาขาที่ต้องการเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล

เงื่อนไขในการตีพิมพ์

เรื่องที่ส่งมาลงพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น หากเคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดให้ระบุเป็นเชิงอรรถ (foot note) ไว้ในหน้าแรกของบทความ ลิขสิทธิ์ในการพิมพ์เผยแพร่ของบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นของวารสาร

บทความจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (reviewer) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านนั้นจะไม่ทราบผลการพิจารณาของท่านอื่น ผู้รับผิดชอบบทความจะต้องตอบข้อสงสัยและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทุกประเด็น ส่งกลับให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้งว่ามีความเหมาะสมในการเผยแพร่ในวารสารหรือไม่

จริยธรรมการตีพิมพ์

จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ (Publication Ethics)

เรียบเรียงและปรับปรุงจาก <https://publicationethics.org/>

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ (Author Ethical Responsibilities)

- บทความที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (original article) ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
- ผู้เขียนบทความจะต้องส่งบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้มาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น
- ผู้เขียนจะต้องคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย จะต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง
- ผู้เขียนจะต้องจัดทำต้นฉบับของบทความตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
- ผู้เขียนที่มีชื่อในบทความจะต้องเป็นผู้มีส่วนในการจัดทำบทความหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
- ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพ หรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยให้ระบุ “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น)
- ผู้เขียนจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของรายการเอกสารอ้างอิง และควรอ้างอิง

เอกสารเท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่มากจนเกินไป

8. ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามผลประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด

9. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

10. ในบทความผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลงบิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกลงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

- พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาบทความกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงตรวจสอบคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- ต้องใช้หลักการพิจารณาบทความโดยอิงเหตุผลทางวิชาการเป็นหลัก และต้องไม่เอนเอียงต่อผู้เขียนและบทความที่พิจารณาไม่ว่าด้วยกรณีใด
- ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่ว่าจะเพื่อประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ต้องไม่ปิดกั้น เปลี่ยนแปลง หรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียน

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

6. ต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด

7. ต้องจัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ โดยทางวารสารวิจัยวิชาการได้กำหนดการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ (อักขราวิสุทธิ์) และการตรวจสอบการคัดลอกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์แบบอัตโนมัติ CopyCatch โดยจะต้องมีระดับความซ้ำซ้อนไม่เกิน 20% หากตรวจสอบพบการคัดลอกของผู้อื่น ในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อ ผู้นิพนธ์หลักทันทีเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความนั้นๆ

8. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธ การตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ ต้องหาหลักฐานมาพิสูจน์ข้อสงสัยนั้น ๆ ก่อน

9. บรรณาธิการจะต้องตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของบทความอย่างเคร่งครัดก่อนการตีพิมพ์ และจะต้องไม่แก้ไข

ข้อความในบทความอันทำให้บทความสูญเสีย
นัยสำคัญของบทความนั้นๆ

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Editor Roles and Responsibility)

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ และไม่ตีพิมพ์บทความที่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาแล้ว

2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียน และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ

3. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ โดยนำผลของการวิจัยมาเป็นตัวชี้กันว่า สมควรตีพิมพ์เผยแพร่หรือไม่

4. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนและผู้ประเมิน

5. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความในด้านการคัดลอกผลงานผู้อื่น (Plagiarism) อย่างจริงจัง

6. เมื่อบรรณาธิการตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น จะต้องระงับการประเมินและติดต่อผู้เขียน เพื่อพิจารณาตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์การตีพิมพ์

7. หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจาก

ผู้เขียน ซึ่งถือเป็นสิทธิและความรับผิดชอบต่อบทความของบรรณาธิการ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Reviewer Roles and Responsibilities)

1. ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

2. หากผู้ประเมินบทความมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนผู้ประเมินบทความจะต้องแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ

3. ผู้ประเมินบทความควรรับประเมินบทความเฉพาะสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ และหากมีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนกัน หรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบ

กองบรรณาธิการ

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ศ.นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า	สาขาวิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.ศิริพร เทียมเก่า	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ผศ.พญ.คัชรินทร์ ภูนิคม	สาขาวิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนิภาพรรณ ฤทธิรอด	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.รัชฎาพร สุนทรภาส	งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางสาวพรนิภา หาญละคร	หน่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางนลัทพร สืบเสาะ	หอผู้ป่วย 4ข -1 แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายเรวัตม์ เอกวุฒิมวงศา	หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9C แผนกการพยาบาลบริการพิเศษ 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.จงกล พลตรี	งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางดุจกานต์ สุวรรณธาร	ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุพร วงศ์ประทุม	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
นางอุบล จั่งพานิช	พยาบาลเชี่ยวชาญ เกษียณอายุราชการ
ดร.จงกลณี จันทศิริ	รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้จัดการวารสาร : สมปอง จันทะคราม งานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีท่านผู้อ่านวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านครับ เวลาผ่านไปอย่างรวดเร็วมาก อายุของวารสารนี้เข้าสู่ปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากทางกองบรรณาธิการวารสารนี้ได้ยื่นประเมินวารสารที่ได้มีการจัดทำและเผยแพร่มาครบ 3 ปี ต่อ Thai Citation Index เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้อยู่ในมาตรฐานระดับชาติ

ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาวารสารได้ทำการเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยของสมาชิกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งประกอบทั้งนักศึกษาแพทย์พยาบาล บุคลากรในสายงานต่างๆ ส่งผลให้โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้มีการเผยแพร่ความรู้ต่อสาธารณชนเป็นวงกว้างออกไป

วารสารมีการจัดทำ website ขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกต่อการศึกษาค้นคว้าและเข้าถึงวารสารได้ง่ายยิ่งขึ้น และยังใช้เป็นช่องทางในการติดต่อระหว่างผู้สนใจที่จะส่งบทความมาเผยแพร่ในวารสารกับกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการมีความตั้งใจในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้น

ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า

บรรณาธิการหลัก

สารบัญ

หน้า

Editorial

Vaccination Strategy for COVID-19	9
---	---

บรรณาธิการ

ใบชาที่บ่มมะเร็งหลอดอาหาร	12
---------------------------------	----

Special Article

Health Concern in Electronic Cigare	13
---	----

Original Article

สัดส่วนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการทางกาย ที่เข้าได้กับผลกระทบ ระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19	15
ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 2 ของ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2565	27
ผลการใช้โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี กุญแจองนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับกุญแจองนามัย ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	39
ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	53
ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	66

Letter to the Editor

Long-COVID	78
Allying Words.....	80
The French Paradox	81

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Connection Between Hearing Loss and Dementia in Older Adults	82
ผมแพ้โมโนโคลนัลเดี่ยวมากลุ่มเทาเมต ?	83
จดหมายเหตุทางแพทย์ของสมาคมประสาทวิทยาสยาม	84

Editorial

Vaccination Strategy for COVID-19

Somchai Bovornkitti¹, Somsak Tiamkao²

¹The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

²Divising of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

The main measure for combating the ongoing pandemic is to develop vaccines to create specific immunity to the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which causes coronavirus disease 2019 (COVID-19), in order to stop its transmission. More vaccine candidates have simultaneously in the pipeline for preventing COVID-19 than ever before for an infectious disease. All developers are trying to create vaccines to achieve the ability to stop transmission of the disease.

It is known that SARS-CoV-2 enters human cells by using its spike protein to bind to a cell surface receptor, angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2).^{1,2} The receptor-binding domain of the spike protein consists of a specialized “head” region that mediates binding to ACE2. Currently, there are a few vaccines that promote the production of antibodies that recognize the head region of the spike-receptor-binding domain and block the entry of SARS-CoV-2 into cells and are thus able to stop its transmission.³⁻⁵ They do so by stimulating an immune response to an antigen molecule found on the coronavirus, typically the characteristic spike protein on its surface, which the coronavirus uses for invading host cells and transmission. Mice immunized with genetically engineered receptor-binding domain of the SARS-CoV-2 spike protein, covering its head region with additional sugar molecules, could shield the head region and boost the production of antibodies against the unshielded core region of the receptor-binding domain.⁶

Three highly notable vaccines were developed respectively by Pfizer-BioNTech, (brand name: Comirnaty), Moderna (brand name: Spikevax), and Oxford-AstraZeneca (brand name: Vaxzevria). The first two are messenger RNA vaccines containing a tiny fragment of the coronavirus’s genetic code. When injected into the body, they start

producing part of the coronavirus and thus stimulate the body to mount a defense against it.⁷

The Oxford-AstraZeneca vaccine is subtly different as it uses a harmless virus to carry the same genetic material into the body. It is the easiest of the three to use as it can be stored in a normal refrigerator and does not require specialized freezers to produce extremely cold temperatures. All three vaccines are supposed to be given as two spaced doses; however, the United Kingdom has prioritizing giving as many people as possible the first dose and has delayed the spacing between the second dose.⁸

A fourth vaccine, Janssen COVID-19 Vaccine was developed by Johnson & Johnson. It uses the same technique as Oxford-AstraZeneca, but was designed to be given as a single injection.⁴

The most recent development related to COVID-19 vaccine was the release of Novavax COVID-19 vaccine (NVX-CoV2373)⁹ (brand name: Nuvaxovid and Covovax), a protein-based vaccine engineered from the genetic sequence of the first strain of SARS-CoV-2. The vaccine was created using Novavax's recombinant nanoparticle technology to generate antigen derived from the coronavirus spike(s) protein. The vaccine is formulated with Novavax-patented saponin-based Matrix-M™ adjuvant to enhance the immune response and stimulate high levels of neutralizing antibodies. The Novavax COVID-19 vaccine contains purified protein antigen and can neither replicate nor cause COVID-19.

Of note: more recently, a scientific breakthrough against COVID-19 has been realized by Drs. Michale Mor and Ruofan Lee of the Department of Clinical Microbiology and Immunology at the Sackler Faculty of medicine, Tel Aviv University. Their study was conducted in collaboration with Dr. Ben Croker of the University of California San Diego, Professor Ye Xiang of Tsinghua University in Beijing, and Professor Meital Gal-Tanamy and Dr. Moshe Dessau of Bar-Ilan University in Tel Aviv. The report was published on August 5, 2022 in the Nature journal *Communications Biology*.¹⁰ The researchers demonstrated that antibodies isolated from the immune system of recovered COVID-19 patients are effective in neutralizing all known strains of the coronavirus. This discovery may eliminate the need for repeated booster vaccinations, according to the researchers.

Documents used for editing the article

1. Bovornkitti S, Sunthorntham S. About Coronaviruses and COVID-19. *TMJ* 2020; 20:326-30.
2. Charoenphandhu N. Angiotensin converting enzyme: Physiological role and the concern with COVID-19. In: Bovornkitti S, Kulkantrakorn K (Editors). *Medicine in Perspective*. Thammasat University Printing Co. 2021, pp. 128-33.
3. Paeratakul O. COVID-19 Vaccines. In: Bovornkitti S, Kulkantrakorn K (Editors). *Medicine in Perspective*. Thammasat University Printing Co. 2021, pp. 134-140.
4. Bovornkitti S. COVID-19 Vaccines. *AMJAM* 2021;21:151-3.
5. Bovornkitti S. Fighting COVID-19: A personal opinion. *AMJAM* 2022; 22(2): 157.
6. Shinnakasu, et al. Glycan engineering of the SARS-CoV-2 receptor-binding domain elicits cross-neutralizing antibodies for SARS-related viruses. *J Exper Med* 2021; DOI:10.1084/jem.2021.1003.
7. Does Novavax Nuvaxovid™ COVID-19 Vaccine Grant Provisional Registration in Australia for Use in Adolescents Aged 12. July 26, 2022. From: <https://www.novovax.com/home/usa>.
8. Gallagher J. COVID vaccine update: Those that work – and the others on the way. *BBC News*, <https://www.bbc.com/news/health-51665497>. Accessed February 15, 2021.
9. Novovax Nuvaxovid™ COVID-19 Vaccine Grant Provisional Registration in Australia for Use in Adolescents Aged 12. July 26, 2022. From: <https://www.novovax.com/home/usa>
10. From: <https://scitechdaily.com/scientific-breakthrough-against-covid-19-antibodies-identified-that-may-make-coronavirus-vaccines-unnecessary/>.

บทบรรณาธิการ

ใบชากับมะเร็งหลอดอาหาร

สมศักดิ์ เทียมเก่า, สมชัย บวรกิตติ²

¹อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาแห่งประเทศไทย

ต้นชา เป็นพืชสกุล *Camelia sinensis* งอกเจริญดีในภูมิภาคเขตร้อน เป็นเครื่องดื่มที่นิยมในประเทศจีนประมาณ ๓๐๐๐ ปีก่อนคริสตกาล ปัจจุบันการดื่มชาเป็นที่นิยมทั่วโลก

ในใบชามีสารกลุ่มฟีนอล (phenolics) ที่มีทั้งชนิดเชิงเดี่ยว (ลิมเฟิล) พบในรูปฟลาโวนอยด์ และชนิดควบคู่ (โพลีฟีนอล) ซึ่งมี **แทนนิน** เป็นตัวสำคัญ พบได้ถึงร้อยละ ๔๐ ของน้ำหนักใบแห้ง กรรมวิธีผลิตใบชา มี ๒ แบบ คือโดยการหมักจะได้ชาดำ ถ้าไม่หมักจะได้ชาเขียว ใบชาที่ไม่ผ่านการหมัก ช่วยลดการเกิดสีกัด ลดปริมาณแทนนิน และลดปฏิกิริยาระหว่างเอนไซม์แคเทคอลออกซิเดส และโพลีฟีนอลออกซิเดส กับฟีนอลในใบชา ชาเขียวจึงมีปริมาณสารกลุ่มฟีนอลที่ไม่ถูกเติมออกซิเจนมากกว่าชาดำ

แทนนินโดยเฉพาะคาเนชินในรูปสารละลาย เมื่อผ่านทางเดินอาหารจะทำปฏิกิริยากับโปรตีนเยื่อทางเดินอาหารทำอันตรายต่อเซลล์ เมื่อรวมกับความร้อนจัดจะทำร้ายเยื่อรุนแรงก่อให้เกิดสภาพงอกเกินเพื่อซ่อม (restorative hyperplasia) ชักนำให้เยื่อเกิดมะเร็งได้ แทนนินที่มีน้ำหนักอณูเกิน ๓๕๐ มีสมบัติก่อมะเร็งหลอดอาหาร ในภูมิภาคที่ประชาชนนิยมดื่มน้ำชาเข้มข้นที่ร้อนจัดบ่อยๆ จึงมีอุบัติการณ์มะเร็งหลอดอาหารสูงมาก ในประเทศไทยมีชุมชนที่นิยมอมใบชา (เมี่ยง) มีโอกาสเกิดมะเร็งหลอดอาหารได้

ข้อมูลข้างต้นได้จากบทความ “ใบชากับมะเร็งหลอดอาหาร” โดยสมชัย บวรกิตติ วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒๕๔๘; ๔๗(๑): ๖๓.

Special Article

Health Concern in Electronic Cigare

Somchai Bovornkitti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

Recently, there are published articles on health concern among users of electronic cigarettes, which exhibited different understandings. Such phenomenon may lead to prejudice or impractical coping with the strategy of tobacco harm reduction. The authors prepare this article with the modest aim once again at refreshing the following universal regard knowledge:

(1) A cigarette is a small cylinder of finely cut tobacco leaves rolled in a sheet of thin paper, in tobacco or banana leaves. Another definition is a cylinder filled with cubeb (the small, spicy berry of an East Indian shrub of the pepper family) or tobacco or marihuana.

(2) At present, cigarettes are classified into two categories, namely combustible cigarette and non-combustible cigarette or electronic cigarette.

(3) Combustion or burning is a differentiation. While combustible tobaccos release grayish white smoke, electronic cigarettes produce vapor or aerosol mist.

(4) Cigarette smoke from combustion of tobacco contains over 6,000 chemicals, among which about 100 or so are potentially harmful to human health. Exposure to those chemicals (not nicotine) is the cause of smoking-related diseases, such as, chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, and bronchial cancers.

(4) Without combustion, either the nicotine liquid or the heat-not-burn electronic cigarettes contain less toxicants and no tar.

(5) To address the concerns of harm from tobacco smoke, using the less harm e-cigarettes as an additive solution among other tobacco harm reduction strategies for those unwilling to quit smoking would tenably be effective.

Documents used for editing

1. Nana A, Charoenratanakul S, Puspakom R, Bovornkitti S. Antismoking philosophy. Siriraj Hosp Gaz 1991;43:507-8.
2. Bovornkitti S. Cigarette smokers' clinic. Siriraj Hosp Gaz 1994;46:798-807.
3. Ma Ch, Liu Y, Neumann S, Gao X. Nicotine from cigarette smoking and diet and Parkinson disease: a review. Translational Neurodegeneration 2017;6:18-24.
4. Bovornkitti S. About cigarettes. TMJ 2020; 20:191.
5. Bovornkitti S, Schulte B. Smoke: Cannabis versus tobacco. TMJ 2020;20: 334-5.
6. Bovornkitti S. Control rather than banish. TMJ 2020; 20(4): 340.
7. Kulkantarakorn K, Bovornkitti S. Health concern in electronic cigarettes. AMJAM 2021;21:5-6.
8. Vaping in England: 2021 evidence update summary. Published 23 February 2021. From: <https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-february-2021/vaping-in-england-2021-evidence-update-summary>
9. Bovornkitti S. Health concern to electronic cigarettes. AMJAM 2022;22:75.
10. Pelossa R, Morjaria JB, Prosperini U, et al. Health outcomes in COPD smokers using heated tobacco products: a 3-years follow-up. Intern & Emerg Med. 2021;16:687-96.
11. Bovornkitti S. Don't panic. KUHJ 2022;3:323.

Original Article

สัดส่วนของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการทางกาย ที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19

The Proportion of Khon Kaen University Students with Physical Symptoms Suggesting the Long-Term Effects of COVID-19

ณัฐธวัช งามอุโฆษ¹, ธัญชนก บุษปฤกษ์¹, รัชพล โอกาสเจริญ¹, ศิรกาญจน์ ภัทรการทวิวงศ์¹,
สุธิดา นำชัยทศพล¹, ภูวิศ สิทธิโชติวงศ์¹, ปฤษฎิ์ ธนพงศ์เดชะ¹, พรปวีณ์ พฤกษ์ปิติกุล², พรรษ โนนจ้อย²

Nathavat Ngarmukos¹, Thanchanok Butsaparerak¹, Ratchapol Okascharoen¹,

Sirakran Pattarakorntaweewong¹, Sutida Numchaitosapol¹, Phuwit Sittichotiwong¹,

Prissadee Thanaphongdecha¹, Pornpawee Prukpitikul², Pat Nonjui²

¹นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2565 กองเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹5th year medical student, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University

²สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ผู้รับผิดชอบบทความ: ผศ.นพ.พรรษ โนนจ้อย

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

e-mail : patno@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 เป็นปัญหาทาง
สาธารณสุขที่สำคัญ แต่งานวิจัยในกลุ่มนักศึกษามีน้อย การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาสัดส่วน
และปัจจัยที่อาจจะสัมพันธ์กับอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19
ในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น

รับต้นฉบับ
2 มกราคม 2566

แก้ไขต้นฉบับ
2 กุมภาพันธ์ 2566

รับต้นฉบับตีพิมพ์
8 กุมภาพันธ์ 2566

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หรือ (polymerase chain reaction) PCR มากกว่า 4 สัปดาห์ ขนาดตัวอย่าง 71 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ชนิดตอบเอง วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา มากกว่า 4 สัปดาห์ จำนวน 71 คน พบสัดส่วนของอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 ร้อยละ 62.0 (95%CI = 50.3,72.3) โดยอาการที่พบได้มากในช่วงมากกว่า 4 สัปดาห์ ได้แก่ อาการไอ 25 คน (ร้อยละ 56.8) อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม 20 คน (ร้อยละ 45.5) และ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 15 คน (ร้อยละ 34.1) ตามลำดับและมีปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ มีอาการรวมมากกว่า 5 อาการในช่วง 4 สัปดาห์แรก ($p < 0.001$)

สรุป: กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ ไอ หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม และมีปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ อาการรวมมากกว่า 5 อาการในช่วง 4 สัปดาห์แรก

คำสำคัญ: นักศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19, โควิด-19, สัดส่วน

Abstract

Background and Objective: Long-term effects of COVID-19 are a significant public health problem, especially among students which have few studies. The objectives of this research are to study the proportion and factors associated with physical symptoms suggesting the long-term effects of COVID-19 on Khon Kaen university students.

Methods: A descriptive study was conducted on Khon Kaen university students with previous Coronavirus infection for at least 4 weeks and tested by Antigen Test Kit (ATK) or (polymerase chain reaction) PCR. The target population was 71 selected by purposive sampling technique. The data were collected by a self-administered electronic questionnaire and reported in frequency, percentage, (min-max), median, interquartile range and Chi-square test.

Results: 71 Khon Kaen university students with previous Coronavirus Infection for more than 4 weeks, the proportion of physical symptoms suggesting long-term effects of COVID-19 was 62.0% (95%CI = 50.3,72.3) with the most common symptoms being cough 25 cases (35.2%), dyspnea 20 cases (28.2%), muscle pain 15 cases (35.2%).

The associated factors include having a total of more than 5 symptoms during the first 4 weeks ($p < 0.001$).

Conclusion: More than half of the study population had physical symptoms suggesting long-term effects of COVID-19 with cough, dyspnea, and muscle pain as the most common symptoms. The associated factor includes having more than a total of 5 symptoms during the first 4 weeks.

Keywords: Students, Khon Kaen University, the long-term effects of COVID-19, COVID-19, Proportion

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease, COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ยกระดับในโรคโควิด-19 เป็นภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทยโดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2565 พบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสะสม 3,226,687 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 23,851 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.74¹ ของจำนวนผู้ติดเชื้อมีอาการโรคโควิด-19 แบบเฉียบพลัน โดยทั่วไปจะมีอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ไข้ ไอ มีน้ำมูก คัดจมูก เจ็บคอ และมีเสมหะ หรืออาจเกิดอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีความผิดปกติของการได้รับกลิ่นหรือรส สับสน หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง² นอกเหนือจากการเป็นโรคโควิด-19 แบบเฉียบพลัน แล้วยังมีการศึกษาพบถึงภาวะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง³ โดยมีอาการต่อเนื่องมาจากช่วงติดเชื้อแบบเฉียบพลัน หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หลังจากผู้ป่วยรักษาหายแล้ว โดยอาการคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน⁴ โดยอาการที่เป็นผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยเป็นโควิด-19 อาการที่พบได้บ่อย คือ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผม่ว่ง เวียนศีรษะ วิตกกังวล ความจำสั้น และเจ็บหน้าอก⁵ ซึ่งเป็นปัญหาระยะยาวต่อผู้ที่เคยเป็นโควิด-19

ในปี 2563 National Institute of Health and Care Excellence(NICE) ได้ศึกษา meta analysis ของสถาบันต่างๆ ในต่างประเทศ พบว่าสัดส่วนของผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 มีความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึงร้อยละ 64

การศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความชุกภาวะหลังการเป็นโควิด-19 ถึง ร้อยละ 64.88⁶ ซึ่งผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้อย่างชัดเจนเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการและดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรมการแพทย์ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายเบื้องต้น⁶

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัดส่วนของผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ร่วมกับพบว่ามียุติการเป็นโควิด-19 ในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นจำนวนมากซึ่งอาจมีผลกระทบระยะยาวต่อนักศึกษา ดังนั้นทางคณะผู้จัดวิจัยจึงต้องการศึกษาสัดส่วนของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการทางกาย ที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 รวมถึงศึกษาปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้อง เช่น เพศ ภาวะอ้วน โรคประจำตัว จำนวนวัคซีนที่ได้รับ การได้รับยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอาการรวมมากกว่า 5 อาการ ในช่วง 4 สัปดาห์แรก⁷ เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ

อาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 หมายถึง มีอาการและอาการแสดงทางกายของโควิด-19 อย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป ประกอบด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ผม่วง ปวดหัว หลงลืม สูญเสียการรับรส สูญเสียการได้กลิ่น ท้องเสีย แสบร้อนกลางอก ปวดข้อ และ ไข้ ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง มาจากช่วงติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือเกิดภายหลัง 4 สัปดาห์ หลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่นๆ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2564 ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หรือ (polymerase chain reaction) PCR มากกว่า 4 สัปดาห์ และเกณฑ์คัดออก คือ นักศึกษาที่ทำแบบสอบถามเบื้องต้นจำนวน 40 คน

ขนาดตัวอย่างและการคัดเลือกตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4studies ด้วยวิธี ประมาณค่าสัดส่วนประชากรอนันต์ (estimation infinite population proportion) โดยกำหนดค่าสัดส่วน 0.60 ซึ่งได้จากการศึกษาเบื้องต้นในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 40 คน ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 15 ของค่าสัดส่วน (0.09) ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 allow for loss 10% ได้ขนาดตัวอย่าง 127 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล: แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ชนิดตอบเองผ่าน google form ซึ่งแบบสอบถามมีการพัฒนาโดยนักวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาโรคติดต่อและโรคติดเชื้อและ

ทดสอบใช้แบบสอบถามในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 40 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของภาษา และเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม คำถามในแบบสอบถามนี้จะแบ่งชุดคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา คณะที่กำลังศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายและสุขอนามัยจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย โรคประจำตัว จำนวนเข็มวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ชนิดของวัคซีนในแต่ละเข็ม วันที่ทราบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา รูปแบบของการเข้ารับการรักษา รูปแบบของการรักษา การใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ส่วนที่ 3 อาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ใจเจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ผม่วรง ปวดหัว หลงลืม สูญเสียการรับรส สูญเสียการได้รบกวนกลิ่น ท้องเสีย แสบร้อนกลางอก ปวดข้อ ไข้ ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น หลังจาก 4 สัปดาห์ภายหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา รูปแบบของอาการข้างต้น วิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้น

การเก็บข้อมูล: แจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ผ่านตัวแทนสโมสรนักศึกษาของแต่ละคณะ และไม่ได้มีการแจกแบบเจาะจงรายบุคคล ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพในการเก็บข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยซักซ้อมความเข้าใจให้ตรงกันก่อน และชี้แจงก่อนแจกแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกลุ่มสนทนาไลน์และกลุ่มเฟสบุ๊คของตัวแทนสโมสรศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเปิดให้ตอบแบบสอบถามเป็นเวลา 7 วัน มีการติดตามผ่านตัวแทนสโมสรนักศึกษาของแต่ละคณะทางออนไลน์ในวันที่ 3 และ 5

วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ: หลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะส่งออกข้อมูลแบบสอบถามที่ได้จาก google form ไปยัง Microsoft excel และ SPSS premium 28.0 ลิขสิทธิ์มข. จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรม SPSS premium 28.0 ลิขสิทธิ์มข. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรมงานวิจัย: โครงการวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 เลขที่โครงการ HE651239 โดยศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน เป็นเพศหญิง 52 คน (ร้อยละ 74.3) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-36 ปี มีค่ามัธยฐานเป็น 21 ปี และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 2 โดยแบ่งค่าดัชนีมวลกายเป็น น้ำหนักปกติ 15 คน (ร้อยละ 37.7) น้ำหนักน้อยกว่าปกติ 26 คน (ร้อยละ 21.7) ภาวะอ้วนชนิดที่ 1 17 (ร้อยละ 17.4) ภาวะอ้วนชนิดที่ 2 12 คน (ร้อยละ 13.0) และน้ำหนักเกิน 9 คน (ร้อยละ 10.2) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายและสุขอนามัย

จากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 61 คน (ร้อยละ 88.4) มีโรคประจำตัวเป็นโรคจมูกอักเสบชนิดแพ้ 4 คน (ร้อยละ 5.8) โรคหอบหืด 2 คน (ร้อยละ 2.9) โรคพร่องเอนไซม์ G6PD 2 คน (ร้อยละ 2.9) ประวัติการรับวัคซีนก่อนการติดเชื้อส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนก่อนการติดเชื้อ 2 เข็ม (ร้อยละ 35.2) และ 3 เข็ม (ร้อยละ 35.2) และมีผู้ที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน 5 คน (ร้อยละ 7.0) รูปแบบการเข้ารับการรักษาส่วนมากเป็นการแยกกักตัวที่บ้าน 32 คน (ร้อยละ 45.1) รูปแบบการรักษาที่ได้รับมากที่สุดเป็นการรักษาตามอาการ 63 คน (ร้อยละ 88.7) ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 อาการที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19

สัดส่วนของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 (95%CI = 50.3, 72.3) อาการสำคัญที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับได้แก่ อาการไอ 25 คน (ร้อยละ 56.8) อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อึด 20 คน (ร้อยละ 45.5) อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 16 คน (ร้อยละ 36.4) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19

เมื่อนำอาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการมาแยกตามปัจจัย เพศ ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว จำนวนวัคซีนที่ได้รับก่อนการติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการรักษา และการมีอาการรวมมากกว่า 5 อาการในช่วง 4 สัปดาห์แรก พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ (n=70)	
หญิง	52 (74.3)
ชาย	18 (25.7)
อายุ (n=70)	
19-23	66 (93.3)
24-28	3 (4.3)
29 ขึ้นไป	1 (1.4)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (ปี)	19-36
มัธยฐาน, ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (ปี)	21, 2
ค่าดัชนีมวลกาย BMI (n=69)	
น้ำหนักน้อยกว่าปกติ (<18.5)	15 (21.7)
น้ำหนักปกติ (18.5 - 22.9)	26 (37.7)
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9)	7 (10.2)
ภาวะอ้วนชนิดที่ 1 (25.0 - 29.9)	12 (17.4)
ภาวะอ้วนชนิดที่ 2 (>=30)	9 (13.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพร่างกายและสุขอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว (n=69)	
ไม่มีโรคประจำตัว	61 (88.4)
โรคภูมิแพ้ชนิดแพ้หอบหืด	4 (5.8)
หอบหืด	2 (2.9)
โรคพร่องเอนไซม์ G6PD	2 (2.9)
ประวัติการรับวัคซีนก่อนการติดเชื้อ (n=71)	
ไม่ได้ฉีดวัคซีน	5 (7.0)
ฉีด 1 เข็ม	1 (1.4)
ฉีด 2 เข็ม	25 (35.2)
ฉีด 3 เข็ม	25 (35.2)
ฉีด 4 เข็ม	15 (21.1)
รูปแบบการเข้ารับการรักษา (n=71)	
Home isolation	32 (45.1)
Hospital	13 (18.3)
Self-isolation	13 (18.3)
Hospitel	13 (18.3)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
เครื่องช่วยหายใจ (n=14)	
ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ	13 (92.9)
Oxygen cannula	1 (7.1)
รูปแบบการรักษา (n=71) (ตอบได้หลายข้อ)	
รักษาตามอาการ	63 (88.7)
ได้รับยาต้านไวรัส	36 (50.7)
ฟ้าทลายโจร	18 (25.4)
สเตียรอยด์	2 (2.8)
ระยะเวลาหลังติดโควิด-19 (n=71)	
4-12 สัปดาห์	61 (85.9)
มากกว่า 12 สัปดาห์	10 (14.1)

ตารางที่ 3 อาการที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 (ตอบได้หลายข้อ)

ลักษณะอาการที่พบ (n=44)	จำนวน (ร้อยละ)
อาการไอ	25 (56.8)
อาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม	20 (45.5)
อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	16 (36.4)
อาการอ่อนเพลีย	14 (31.8)
อาการนอนไม่หลับ	14 (31.8)
อาการเจ็บคอ	11 (25.0)
อาการหลงลืม	10 (22.7)
อาการผมร่วง	10 (22.7)
อาการเจ็บแน่นหน้าอก	9 (20.5)
อาการปวดข้อ	9 (20.5)
อาการปวดหัว	8 (18.2)
อาการใจสั่น	5 (11.4)
อาการสูญเสียการรับรส	3 (6.8)
อาการไข้	3 (6.8)
อาการท้องเสีย	2 (4.5)
อาการแสบร้อนกลางอก	1 (2.3)
อาการสูญเสียการได้ยินกลับ	1 (2.3)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19

	มีอาการอย่างน้อย หนึ่งอาการ (n=44)	ไม่มีอาการ (n=27)	p-value
เพศ			
• ชาย (n=18)	8 (44.4)	10 (55.6)	0.086
• หญิง (n=52)	35 (67.3)	17 (32.7)	
• มีภาวะอ้วน BMI \geq 25 (n=26)	15 (57.7)	11 (42.3)	0.674
• ไม่มีภาวะอ้วน BMI < 25 (n=45)	29 (64.4)	16 (35.6)	
• มีโรคประจำตัว (n=2)	2 (100.0)	0 (0.0)	0.257
• ไม่มีโรคประจำตัว (n=69)	42 (60.9)	27 (39.1)	
ประวัติการได้รับวัคซีนก่อนการติดเชื้อ			
- ไม่ได้ฉีดวัคซีน (n=5)	4 (80.0)	1 (20.0)	0.325
- ฉีดวัคซีน 1 เข็ม (n=1)	1 (100.0)	0 (0.0)	
- ฉีดวัคซีน 2 เข็ม (n=25)	16 (64.0)	9 (36.0)	
- ฉีดวัคซีน 3 เข็ม (n=25)	14 (56.0)	11 (44.0)	
- ฉีดวัคซีน 4 เข็ม (n=15)	9 (60.0)	6 (40.0)	
การเข้ารับการรักษา			
- เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (n=13)	8 (61.5)	5 (38.5)	0.602
- ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (n=58)	36 (62.0)	22 (37.9)	
การได้รับการรักษา			
• รักษาตามอาการ n=17	13 (76.5)	4 (23.5)	0.155
• ยาต้านไวรัส n=7	2 (28.6)	5 (71.4)	
• รักษาตามอาการกับฟ้าทลายโจร n=18	12 (66.7)	6 (33.3)	
• รักษาตามอาการกับยาต้านไวรัส n=27	15 (55.6)	12 (44.4)	
• ยาต้านไวรัสกับสเตียรอยด์ n=1	1 (100.0)	0 (0.0)	
• รักษาตามอาการกับยาต้านไวรัสกับสเตียรอยด์ n=1	1 (100.0)	0 (0.0)	
• มีอาการรวมมากกว่า 5 อาการใน 4 สัปดาห์แรก (n=37)	30 (81.1)	7 (18.9)	<0.001
• ไม่มีอาการรวมมากกว่า 5 อาการใน 4 สัปดาห์แรก (n=34)	14 (41.2)	20 (58.8)	

อภิปรายผล

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาสัดส่วนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 และปัจจัยที่อาจจะเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 62.0 (95%CI 50.3, 72.3) ของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอาการที่เข้าได้กับ ผลกระทบระยะยาวหลัง การเป็นโควิด-19 โดยมี best case = 78.7% (95% CI 70.8, 85.0) และ worst case = 34.7 (95% CI 26.9,43.3) ซึ่งสัดส่วนที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาเบื้องต้นและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ เมธาวิหังชาลาบวร และคณะ ที่ศึกษาผู้ป่วยโควิดในโรงพยาบาลสระบุรีมีสัดส่วนร้อยละ 64.9 งานวิจัยที่ในเมืองเบอร์เกน ประเทศนอร์เวย์ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีสัดส่วนร้อยละ 52.7⁷

อาการที่เข้าได้กับผลกระทบหลังการเป็นโควิด-19 ในช่วงมากกว่า 4 สัปดาห์ที่พบได้บ่อยคือ ไอ หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา ซึ่งอาการที่มากที่สุดคืออาการอ่อนเพลีย⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ต่างกันและมีการระบาดของเชื้อไวรัสที่ต่างสายพันธุ์กันในแต่ละช่วงเวลา สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคืออาการรวมมากกว่า 5 อย่างใน 4 สัปดาห์แรก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ King College⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 4 ใน 5 ราย ที่ไม่ได้รับวัคซีนก่อนการติดเชื้อโคโรนาไวรัส พบว่ามีภาวะผลกระทบระยะยาวหลังเป็นโควิดทั้ง-19 หด 5 ราย แต่ไม่พบว่าจำนวนของการได้รับวัคซีนสัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อยรวมถึงยังไม่พบความแตกต่างระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และชนิดของการให้ยารักษาโควิดกับการลดการเกิดอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวการจากเป็นโควิด-19

ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่วนใหญ่มีร่างกายแข็งแรงและไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้นจึงมีข้อจำกัด ในการวิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัว และประชากรศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรจริง เนื่องจากไม่ได้สุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็น และกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีขนาดน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

ความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นที่เพิ่มขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 ไม่ได้มีกลุ่มอาการสำคัญหลักเพื่อการ ตั้งเกณฑ์การวินิจฉัยที่แน่นอน อาการที่นำมาใช้จึงไม่ใช่อาการเฉพาะ ที่สามารถวินิจฉัยได้อย่างชัดเจน ร่วมกับการเกิดอคติที่เกิดจากการลืม เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง

สรุป

มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางกายที่เข้าได้กับผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิด-19 อาการที่พบมากที่สุดคือ ไอ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย และ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และมีปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ การมีอาการรวมมากกว่า 5 อย่างใน 4 สัปดาห์แรก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเรียนของนักศึกษาได้ ดังนั้นมาตรการการหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้ออาจมีความสำคัญในแง่การป้องกันผลกระทบระยะยาวจากการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ด้านนโยบาย

เนื่องจากพบสัดส่วนผลกระทบระยะยาวหลังการเป็นโควิดค่อนข้างมาก ดังนั้น การส่งเสริม การให้ความรู้ และความตระหนักในการหลีกเลี่ยงการสัมผัส เชื้อโคโรนาไวรัส เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การล้างมือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญในแง่การป้องกัน ผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19

ด้านการวิจัย

เสนอแนะให้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวจากการเป็นโควิด-19 เพิ่มเติมโดยมีการสุ่มตัวอย่างในผู้ที่เคยเป็นโควิด-19 และศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความรุนแรงของอาการในแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนอย่างยิ่ง ทั้งในด้านความรู้และ ด้านกระบวนการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณอาจารย์เสาวนันท บำเรอราช อาจารย์พีเนต ตติเวชกุล สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน และ อาจารย์วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยกรุณาให้คำแนะนำและ ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ เพื่อนำข้อเสนอแนะ มาใช้ในงานวิจัยอย่างถูกต้องและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 7]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>

2. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 7]. Available from: URL:https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650422162203PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf
3. World Health Organization. Update on clinical long-term effects of COVID-19. 2021 Mar [cited 2021 Dec 13]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/m/item/update-54-clinical-long-term-effects-of-covid-19>.
4. Venkatesan P. NICE guideline on long COVID. Lancet Respir Med 2021;9:129.
5. กรมการแพทย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิดหลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 7]. Available from <https://covid19.dms.go.th>
6. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาศัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกของภาวะหลังติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ วารสารศุนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):265-84.
7. Blomberg B, Mohn KG, Brokstad KA, Zhou F, Linchusen DW, Hansen BA, et al. Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. Nature Medicine 2021;27:1607-13.
8. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. BMJ global health 2021;6:e005427.
9. New research identifies those most at risk from 'long COVID' [Internet]. King's College London. 2020 [cited 2022 May 9]. Available from : <https://www.kcl.ac.uk/news/study-identifies-those-most-risk-long-covid>

Original Article

ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123
วิทยาศาสตร์คลินิกขั้นแนะนำ 2 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2565
Opinions on Teaching and Learning Management
MD 534 123 Introduction to Clinical Sciences II of
4th Year Medical Students, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University Academic Year 2022

จันทนา ผางโคกสูง¹, อนุพล พาณิชยไชติ²

¹งานบริการการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: ผศ.นพ.อนุพล พาณิชยไชติ

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: เป็นการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2564 ต่อการจัดการเรียนการสอน เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้ตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์ต่อผู้เรียนมากที่สุด

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ จากนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 172 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

รับต้นฉบับ
3 มกราคม 2566

แก้ไขต้นฉบับ
11 กุมภาพันธ์ 2566

รับต้นฉบับตีพิมพ์
15 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา: พบว่า ความคิดเห็นด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และร้อยละ 91.99 ด้านความคิดเห็นต่อภาพรวมของการจัดการเรียนการสอน ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 92.95 ด้านความคิดเห็นต่อความไม่พึงพอใจต่อการเรียนการสอน จำนวน 8 ข้อ อยู่ในระดับไม่พึงพอใจน้อย ร้อยละ 82.17 ข้อคำถาม ด้านความคิดเห็นต่อความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อต่างๆ ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 94.02

สรุป: นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกขั้นแนะนำ 2 อยู่ในระดับดีมากที่สุด และการเรียนการสอนในรูปแบบนี้ทำให้นักศึกษาสามารถเตรียมความพร้อมในการขึ้นเรียนในชั้นคลินิกได้ดีขึ้น

บทนำ

การจัดการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มีความแตกต่างจากคณะอื่นๆ โดยเฉพาะการจัดการศึกษาในชั้นคลินิกเนื่องจากการเรียนภาคทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ลักษณะของหลักสูตรแบ่งออกเป็นสองช่วงชั้น คือระดับปริคlinikและคลินิก ซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายบริบท จากสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงของสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ เพื่อให้มีความทันสมัยเหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยจัดการเรียนการสอนที่มุ่งส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของนักศึกษาให้สามารถพัฒนาและเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เป็นบัณฑิตแพทย์ที่สามารถปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ได้อย่างมีคุณภาพ การจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกขั้นแนะนำ 2 เป็นวิชาบังคับพื้นฐานวิชาชีพทางการแพทย์ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 เพื่อให้ให้นักศึกษารับทราบข้อมูลของหลักสูตร ภาวะเบี่ยงที่พึงปฏิบัติ การจัดการตนเองในชั้นคลินิก หลักการพื้นฐานของคลินิก การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ความปลอดภัยของผู้ป่วย ระบบการทำงานเป็นทีมการแพทย์ เวชจริยศาสตร์ และการพัฒนาความเป็นนักวิชาชีพ¹⁻³

หน่วยทะเบียนและประเมินผลการศึกษา เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนและให้บริการการจัดการเรียนการสอน การสอบ การวัดและประเมินผลการศึกษา และการสำเร็จการศึกษาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงานของฝ่ายวิชาการและคณะฯ ซึ่งจะต้องมีการรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารทุกภาคการศึกษา ถึงผลการเรียนรู้ที่ต้องพัฒนา วิธีการสอน และวิธีการวัดและประเมินผล เพื่อประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอน ที่จะได้นำข้อมูลไปปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียน การสอน การสอบ และวางแผนด้านการจัดการศึกษาและพัฒนาผลการเรียนรู้ในมาตรฐานการเรียนรู้ของรายวิชา ซึ่งต้องสอดคล้องกับที่ระบุไว้

ในแผนที่แสดงการกระจายความรับผิดชอบมาตรฐานผลการเรียนรู้จากหลักสูตรสู่รายวิชา (curriculum mapping) ตามที่กำหนดในรายละเอียดของหลักสูตร ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 ต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 2

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)^{4,5} โดยประชากรในการศึกษานี้ คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564 ที่ขึ้นเรียนที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 172 ราย

เครื่องมือในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 2 ภาคต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานของมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยนักศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา)² ชนิดตอบเองผ่านแบบฟอร์มออนไลน์และส่ง Link ไปยัง Line กลุ่มของนักศึกษาที่เข้าเรียน ร่วมกับปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญฝ่ายวิชาการและอาจารย์ประจำวิชา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย โครงการที่รับเข้าศึกษา และการเข้าเรียน จำนวน 4 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อภาพรวมของการจัดเรียนการสอน ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อความไม่พึงพอใจต่อการเรียนการสอน ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ
ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อต่างๆ ข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ
- ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ และความไม่พึงพอใจโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage)

2. ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 ต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน กำหนดไว้ดังนี้

ระดับความคิดเห็น พึงพอใจมากที่สุด/ดีมาก กำหนดให้เป็น 5 คะแนน

ระดับความคิดเห็น พึงพอใจมาก /ดี กำหนดให้เป็น 4 คะแนน

ระดับความคิดเห็น พึงพอใจปานกลาง /พอใช้ กำหนดให้เป็น 3 คะแนน

ระดับความคิดเห็น พึงพอใจน้อย /ควรปรับปรุง กำหนดให้เป็น 2 คะแนน

ระดับความคิดเห็น พึงพอใจน้อยที่สุด /ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง กำหนดให้เป็น 1 คะแนน

แล้วนำคะแนนไปหาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นพึงพอใจมากที่สุด/ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นพึงพอใจมาก/ดี

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นพึงพอใจปานกลาง/พอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นพึงพอใจน้อย/ควรปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นพึงพอใจน้อยที่สุด/ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ให้กับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 172 ราย พบว่า การตอบกลับส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 97 ราย (ร้อยละ 56.4) เกรดเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.50 จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 57.6) เข้าเรียนทุกคาบ 155 ราย (ร้อยละ 90.1) และเป็นโครงการ MD02 จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 33.1) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	97 (56.4)
หญิง	75 (43.6)
รวม	172 (100.00)
GPA สะสม	
2.00 - 2.50	3 (1.7)
2.51 - 3.00	11 (6.4)
3.01 - 3.50	57 (33.1)
> 3.50	99 (57.6)
รวม	170 (98.8)
ไม่ระบุ	2 (1.2)
โครงการที่รับเข้าศึกษา	
MDX	43 (25)
MD01	54 (31.4)
MD02	57 (33.1)
กสพท.	18 (10.5)
รวม	172 (100.00)
การเข้าเรียน	
เข้าเรียนทุกคาบ	155 (90.1)
เข้าเรียนมากกว่า 90 % - 100 %	17 (9.9)
รวม	172 (100.00)

หมายเหตุ MDX = โครงการผู้มีความสามารถพิเศษทางวิชาการ และภาษาอังกฤษ, MD01= โครงการรับรองโดยมหาวิทยาลัย, MD02=โครงการผลิตแพทย์เพิ่มร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, กสพท.=โครงการรับร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชา และของคณาจารย์ในด้านต่างๆ

จากแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชา แบ่งออกเป็น 1) ด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน 2) ด้านภาพรวมของการจัดการเรียนการสอน 3) ด้านความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการเรียนการสอน 4) ด้านความพึงพอใจต่อหัวข้อที่สอน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ด้านรูปแบบการเรียน โดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (4.60 ± 0.63) จำนวน 10 ข้อ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า นักศึกษามีกิจกรรมปฏิบัติจริง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการเรียนรายวิชานี้ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (4.73 ± 0.53) โดยมีความคิดเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ นักศึกษาได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของรายวิชา อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (4.70 ± 0.54) และ นักศึกษาได้รับการชี้แจงแนวทางการนำความรู้ของรายวิชาไปใช้ในสภาพจริง อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (4.69 ± 0.54) ตามลำดับ และลำดับสุดท้ายคือ นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านระบบ e-learning หรือใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด (4.43 ± 0.80) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอน ด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผลระดับความคิดเห็น
ความคิดเห็นด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน	4.60	0.63	มากที่สุด
1. นักศึกษาได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของรายวิชา	4.70	0.54	มากที่สุด
2. นักศึกษาได้รับการชี้แจงหรือมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและเกณฑ์การประเมินผล	4.50	0.79	มาก
3. นักศึกษาได้รับการชี้แจงแนวทางการนำความรู้ของรายวิชาไปใช้ในสภาพจริง	4.69	0.54	มากที่สุด
4. ผู้สอนมีการสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพในการเรียนการสอน	4.63	0.59	มากที่สุด
5. นักศึกษามีกิจกรรมปฏิบัติจริง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการเรียนรายวิชานี้	4.73	0.53	มากที่สุด
6. นักศึกษามีกิจกรรมแสวงหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งในและนอกห้องเรียน	4.46	0.76	มาก
7. นักศึกษาได้รับการเรียนรู้จากสื่อของผู้สอนที่เข้าใจได้ง่าย	4.58	0.58	มากที่สุด
8. นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านระบบ e-learning หรือใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้	4.43	0.80	มาก
9. นักศึกษามีโอกาสได้ซักถามและได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ผู้สอน	4.68	0.55	มากที่สุด
10. นักศึกษาได้รับการสะท้อนผลการเรียนรู้ของตนเองในระหว่างเรียน	4.59	0.61	มากที่สุด

นักศึกษาที่มีความคิดเห็นในทุกด้าน พบว่า อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อภาพรวมการจัดการเรียนการสอน

ความคิดเห็นต่อภาพรวมการจัดการเรียนการสอน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
ความคิดเห็นต่อภาพรวมการจัดการเรียนการสอน	4.65	0.55	ดีมาก
11. ด้านอาจารย์ผู้สอน : มีวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์หรืออย่างมีเหตุผล	4.64	0.56	ดีมาก
12. ด้านอาจารย์ผู้สอน : มีการเตรียมการสอนที่ดีและมีทักษะในการใช้สื่อการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ	4.67	0.52	ดีมาก
13. ด้านการจัดการเรียนการสอน : ความเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหากับการนำไปใช้จริงในภาคปฏิบัติ	4.68	0.58	ดีมาก
14. ด้านการจัดการเรียนการสอน : การเลือกกรณีศึกษา (Case) เหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอน	4.69	0.52	ดีมาก
15. ด้านการจัดการเรียนการสอน : ความรู้ทางปรีคลินิกสามารถเชื่อมโยงและประยุกต์กับชั้นคลินิกได้	4.63	0.57	ดีมาก
16. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ : ความเหมาะสมของสถานที่ต่อการเรียนรู้ เช่น ห้องเรียน ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น	4.67	0.55	ดีมาก
17. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ : ความพร้อมของสถาบันร่วมผลิต	4.67	0.52	ดีมาก
18. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ : ความพร้อมของอุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอน	4.66	0.52	ดีมาก
19. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ : ระบบสารสนเทศเอื้อต่อการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง	4.63	0.57	ดีมาก
20. ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ : ระบบการบริการห้องสมุดเหมาะสมและเอื้อต่อการเรียนรู้	4.62	0.56	ดีมาก
21. ด้านการวัดประเมินผล : มีการพัฒนาระบบการประเมินผล การเรียนและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	4.64	0.56	ดีมาก
22. ด้านการวัดประเมินผล : ขั้นตอนการวัดและประเมินผลมีความน่าเชื่อถือ/ตรวจสอบได้	4.65	0.51	ดีมาก
23. ด้านนักศึกษาประเมินตนเอง : การนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้	4.63	0.54	ดีมาก
24. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อคุณภาพการสอนของคณาจารย์รายวิชานี้	4.62	0.55	ดีมาก
25. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้รายวิชานี้	4.65	0.54	ดีมาก
26. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อภาพรวมรายวิชานี้	4.59	0.56	ดีมาก

นักศึกษาที่มีความคิดเห็นด้านความไม่พึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน พบว่า นักศึกษามีความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นต่อความไม่พึงพอใจการจัดการเรียนการสอนรายวิชา

ความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
ความไม่พึงพอใจ	4.11	1.39	น้อย
27. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่อหลักสูตรมากน้อยเพียงใด	3.98	1.40	น้อย
28. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่ออาจารย์ผู้สอนมากน้อยเพียงใด	4.02	1.38	น้อย
29. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่ออาจารย์ที่ปรึกษาคนน้อยเพียงใด	4.14	1.39	น้อย
30. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด	4.12	1.37	น้อย
31. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนมากน้อยเพียงใด	4.14	1.38	น้อย
32. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่อการวัดประเมินผลมากน้อยเพียงใด	4.17	1.39	น้อย
33. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่อการพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียนมากน้อยเพียงใด	4.15	1.40	น้อย
34. ภาพรวมความไม่พึงพอใจของนักศึกษาต่องานพัฒนานักศึกษามากน้อยเพียงใด	4.15	1.39	น้อย

นักศึกษามีความพึงพอใจต่อหัวข้อสอนบรรยาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อต่างๆ

ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อต่างๆ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
การจัดการเรียนการสอนในหัวข้อสอน บรรยาย	4.66	0.66	มากที่สุด
41. การวิเคราะห์การตรวจของเหลวในร่างกาย (Body fluid analysis)	4.76	0.48	มากที่สุด
42. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography)	4.76	0.48	มากที่สุด
38. การแปลผลทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Basic laboratory interpretation)	4.76	0.50	มากที่สุด

ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน ในหัวข้อต่างๆ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ความคิดเห็น
44. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use)	4.73	0.50	มากที่สุด
46. กุมารเวชศาสตร์ (Introduction to pediatrics)	4.73	0.52	มากที่สุด
51. จิตเวชศาสตร์ (Introduction to psychology)	4.73	0.54	มากที่สุด
53. ออร์โธปิดิกส์ (Introduction to orthopedics)	4.73	0.54	มากที่สุด
35. การแนะนำรายวิชา (Orientation)	4.72	0.52	มากที่สุด
45. สูติศาสตร์ และนรีเวช (Introduction to OB&GYN)	4.71	0.54	มากที่สุด
50. โสต ศอ นาสิก (Introduction to ENT)	4.71	0.54	มากที่สุด
37. การทำงานเป็นทีม (Working as a team)	4.70	0.52	มากที่สุด
47. กุมารเวชศาสตร์ (Communication skill in pediatrics)	4.70	0.54	มากที่สุด
58. Course evaluation	4.70	0.55	มากที่สุด
36. ความปลอดภัยของผู้ป่วย: การผ่าตัดปลอดภัย Patient safety (safe surgery)	4.69	0.56	มากที่สุด
49. การประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด (post-operative assessment)	4.69	0.57	มากที่สุด
56. ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record (HO)	4.69	0.57	มากที่สุด
48. การประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด (Pre-operative assessment)	4.68	0.55	มากที่สุด
52. ทักษะการสื่อสารทางคลินิก (Communication skill)	4.68	0.57	มากที่สุด
39. การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย: บทบาท หน้าที่ มารยาท และสื่อสังคมออนไลน์	4.67	0.55	มากที่สุด
54. เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Introduction to PM&R)	4.67	0.57	มากที่สุด
57. การจัดการกับภาวะเครียด และระบบความช่วยเหลือ (How to deal with stress and helping facility)	4.67	0.65	มากที่สุด
40. การแปลผลภาพถ่ายทางรังสีเบื้องต้น (Basic radiologic interpretation)	4.56	0.68	มากที่สุด
43. ศัลยศาสตร์ และห้องผ่าตัด (Introduction to surgery and operating room)	4.54	0.75	มากที่สุด
55. รายงานทางการแพทย์และการบันทึกเวชระเบียน (Medical records and reports)	4.53	0.85	มากที่สุด
การจัดการเรียนการสอนในหัวข้อสอน workshop	4.77	0.50	มากที่สุด
59. Workshop การกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support)	4.84	0.40	มากที่สุด
60. Workshop ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)	4.79	0.46	มากที่สุด
61. Workshop การเจาะหลอดเลือดดำ (Venipuncture)	4.79	0.47	มากที่สุด
62. Workshop การใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยเวชศาสตร์ (Clinical reasoning and medical ethics)	4.71	0.62	มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการจัดการเรียนการสอน

พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นว่าชอบวิชานี้เพราะเรียนสบายๆ การให้คะแนนรู้สึกเหมาะสมดีเพราะว่ามีเกณฑ์ผ่านไม่ผ่านทำให้เรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ไม่มีการตัดเกรดให้เกิดความเครียด (4) เป็นวิชาที่ดีและมีประโยชน์ ดีมาก สนุกมากช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาได้ดี (3) เป็นการจัดคอร์สที่ดีมาก ต่อเนื่องมาจากวิชา MD 533 122 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 1 ที่ทำให้ได้เห็นภาพได้มากขึ้น และทำให้สามารถเตรียมตัวได้มากขึ้นว่าตัวเองจะได้ไปเจอกับอะไร ชอบที่มีการอบรมเรื่องความปลอดภัยที่เป็นสิ่งที่สำคัญมาก (1) ชอบ workshop มากเพราะได้ active (1) คิดว่าวิชา intro to ภาควิชา ควรจะมีรายละเอียดเชิง knowledge ที่จับต้องได้มากขึ้นครับ เช่น ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ ทำได้ดีมากๆ (1) และนักศึกษามีความคิดเห็นว่าคาบการเขียนรายงาน ที่อาจารย์ให้ฝึกเขียนรายงานแต่ในเวลาจริงได้ฝึกแค่การเขียนตามเพราะอาจารย์ผู้สอนพูดเร็วมาก เนื้อหาเยอะ ควรสอนแบบลงรายละเอียด อยากให้เพิ่มเวลาสอน ขอเสนอให้ค่อยๆ ไปทีละอย่างในวิธีการเขียนรายงาน อภิปรายในแต่ละหัวข้อแทนการให้ลอกตาม (7) นักศึกษาได้เสนอว่าเวลาการสอน CPR ควรใช้เวลามากกว่านี้เพราะว่าไม่เคยทำมาก่อน และเจาะเลือดอาจจะมีการเพิ่มจำนวนครั้งที่ได้ฝึกมากขึ้น (1) อยากให้แต่ละภาควิชาแนะนำคร่าวๆ ว่านักศึกษาแพทย์จะเจออะไรบ้าง ภาควิชาที่เกี่ยวข้องกับอะไร คิดว่าถึงเรียน intro แต่ละบล็อกไปตอนนั้นก็น่าจะลืมตอนได้ขึ้นบล็อกจริงๆ อาจจะจัดแค่ 1 สัปดาห์ แล้วไปเรียน intro อีกที่ตอนเริ่มบล็อกนั้นๆ อาจจะดีกว่า (3) การสอนบรรยายรู้สึกว่ามีบางอันฟังไม่รู้เรื่องทำให้ตามไม่ค่อยทัน ถ้ามีคดีย้อนหลังให้ก็จะดีมาก (1) ในบางหัวข้อสามารถเรียนออนไลน์ได้เพื่อป้องกันโควิด (1) อยากให้มีการซ้อมเจาะเลือดอีกรอบก่อนขึ้นวอร์ด (1) อยากให้มีการประชาสัมพันธ์การแจ้งประกาศอัปเดตไฟล์ต่างๆ ลงบนระบบ e-learning ซึ่งจะสะดวกและติดตามได้ครบถ้วนมากกว่า (1) อยากเพิ่มเวลา workshop patient safety อีก 1 ชั่วโมง (2)

ความไม่พึงพอใจโดยภาพรวม

พบว่า นักศึกษามีความไม่พึงพอใจคาบเรียนเขียนรายงานที่บีบบังคับให้ต้องเขียนรายงานเยอะ เวลาไม่เหมาะสมกับปริมาณเนื้อหา ควรสอนแนวคิดที่ให้นำไปปรับใช้ มากกว่าให้จดตามที่บรรยาย ควรสอนให้ได้คิดมากกว่านี้ แทนที่จะเอาเวลาไปโฟกัสกับ วิธีคิด, keyword สำคัญในการเขียนรายงาน (3)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอน ด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งในส่วนรูปแบบการเรียน พบว่า นักศึกษามีกิจกรรมปฏิบัติจริง หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการเรียนรายวิชานี้ มากที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะฝ่ายวิชาการได้มีการเตรียมการเรียนการสอนให้นักศึกษา โดยอาจารย์ผู้สอนได้จัดให้

นักศึกษาทดลองฝึกปฏิบัติจริง ได้อธิบายถึงรูปแบบและหัวข้อสอน การวัดผลและเกณฑ์การให้คะแนนอย่างชัดเจน

การจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 2 เป็นจัดการเรียนการสอนแบบบรรยายและ workshop ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้การจัดการตนเองในชั้นคลินิก หลักการพื้นฐานของคลินิก การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ความปลอดภัยของผู้ป่วย และระบบการทำงาน เป็นที่มุ่งทางการแพทย์นักศึกษาคิดว่าสำหรับการทำให้คะแนนเหมาะสมดี ไม่มีเกณฑ์ผ่าน นักศึกษาสามารถทดลองปฏิบัติจริงและเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่¹

ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อต่างๆ ส่วนหัวข้อบรรยาย พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการวิเคราะห์การตรวจของเหลวในร่างกาย (body fluid analysis) ส่วนหัวข้อ workshop พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนหัวข้อ การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support) มากที่สุด ซึ่งในการจัดการเรียนการสอน workshop ซึ่งอาจเป็นเพราะนักศึกษาได้ทดลองเรียนเสมือนจริง และทำการทดสอบ ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ขั้นตอน วิธีปฏิบัติที่ชัดเจนและถูกต้อง

ด้านข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ พบว่าผู้เรียนแต่ละคนมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน บางกลุ่มมีความชื่นชอบในการเรียนการสอน เพราะมีความต่อเนื่องมาจากวิชา Intro to clinic 1 ที่ทำให้ได้เห็นภาพการขึ้นเรียนชั้นคลินิกได้มากขึ้นและทำให้สามารถเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาได้ดี ส่วนใหญ่นักศึกษาอยากให้มีการปรับเรื่องเวลาให้เหมาะสม โดยเฉพาะหัวข้อบรรยาย medical record และหัวข้อ workshop CPR และเพิ่มจำนวนครั้งในการให้ฝึกปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งเวลาขึ้นอยู่กับอาจารย์ผู้สอนแต่ละท่าน ไม่สามารถควบคุมเวลาได้ตามที่แจ้งไว้

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่สำหรับการเรียนในชั้นคลินิก และเก็บข้อมูลกับนักศึกษาปีการศึกษาเดียว และเพิ่งเริ่มกระบวนการจัดการเรียนการสอนด้วยรายวิชานี้เป็นครั้งแรก ทำให้ข้อมูลอาจไม่สมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการเก็บข้อมูลกับนักศึกษาแพทย์ชั้นปี 4 ในปีการศึกษาถัดไป และจะทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมีความครบถ้วนสมบูรณ์ และจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาและปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนต่อไป

สรุป

จากการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 ต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกชั้นแนะนำ 2 ผู้เรียนเห็นด้วยกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ในระดับดีมากที่สุด และการเรียนการสอนในรูปแบบนี้ ทำให้นักศึกษาสามารถเตรียมความพร้อมในการขึ้นเรียนในชั้นคลินิกได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปรับปรุง

ฝ่ายวิชาการเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอน ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ประกอบในการพิจารณาปรับปรุงการเรียนการสอน โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษารับทราบข้อมูลของภาควิชาทางคลินิก กฎระเบียบที่พึงปฏิบัติ การจัดการตนเองในชั้นคลินิก หลักพื้นฐานของคลินิก การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนระบบการทำงานเป็นทีมแพทย์ รวมถึงการนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับใช้อย่างเหมาะสมให้ตรงตามความต้องการของผู้เรียน เช่น การปรับเวลาในการทำ workshop แต่ละช่วงให้เหมาะสม เพิ่มจำนวนครั้งในการฝึกปฏิบัติและปรับระยะเวลาการเรียนการสอนเขียนรายงาน และส่งผลการประเมินความพึงพอใจต่อหัวข้อสอนให้อาจารย์ผู้สอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกคน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามความคิดเห็น และการนำไปประยุกต์ใช้ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ต่อการจัดการเรียนการสอนวิชา MD 534 123 วิทยาศาสตร์คลินิกขั้นแนะนำ 2 คุณกัญญาพัชร โพธิ์นาง หัวหน้าหน่วยทะเบียนและประเมินผล การศึกษา ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม และคุณสมปอง จันทร์คราม ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตีพิมพ์ผลงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ ฉบับปรับปรุง, 2562.
2. สำนักงานมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา. (2557). คู่มือการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา ฉบับปีการศึกษา 2557 สำนักงานมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
3. ประภาศรี พรหมประกาย, ศิวาพร ธุระงาน. การวิจัยกรณีศึกษาการจัดการกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้ทีมเป็นฐานและการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในการเสริมสร้างมาตรฐานผลการเรียนรู้ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ: วิเคราะห์ภาพอนาคตของ ประชมนคมอาเซียน 2015-2020; 2556.
4. ธีรวิทย์เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์; 2558.

Original Article

ผลการใช้โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี
ณุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับณุงยางอนามัย
ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Effects of HIV Risk Reduction Program on Knowledge
about HIV Condom and Attitude on Condom Use among
Men Who Have Sex with Men

พรนิภา หาญละคร¹, อธิบดี มีสิงห์², จอห์น เอฟ สมิท³

Pornnipa Harnlakorn^{1*}, Atibordee Meesing², John F. Smith³

¹งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

³งานวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³International Relations Office, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ผู้รับผิดชอบบทความ: พรนิภา หาญละคร

งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ปัจจุบันทั่วโลกพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้นประเทศไทยพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้สูงขึ้นเช่นกัน จากการประมาณการณ์ ระหว่างปี 2559-2563 พบการติดเชื้อในกลุ่มนี้ ถึงร้อยละ 53 การลดการติดเชื้อโดยแนะนำให้ข้อมูลและใช้แนวปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับคามนิยมและใช้กันแพร่หลายในทางสาธารณสุข การศึกษาเชิงทดลองนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม

รับต้นฉบับ
3 มกราคม 2566

แก้ไขต้นฉบับ
14 กุมภาพันธ์ 2566

รับต้นฉบับตีพิมพ์
21 กุมภาพันธ์ 2566

ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ถุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

วิธีการศึกษา: อาสาสมัครคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จำนวน 80 ราย สุ่มโดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 40 ราย เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 - กันยายน 2563 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 6 เดือน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแบบกลุ่ม 4 ครั้ง ทุก 1 เดือน ประเมินผลที่ 6 เดือน วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ถุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย โดยใช้ t-test

ผลการศึกษา: พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ถุงยางอนามัยและทัศนคติต่อการใช้ถุงยางในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$, $p = 0.002$, < 0.000) เรียงตามลำดับ

สรุป: โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสามารถเพิ่มความรู้ เกี่ยวกับเอชไอวี ถุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ได้อย่างมีนัยสำคัญ ควรใช้โปรแกรมกับประชากรกลุ่มนี้เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและมีทัศนคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัย

คำสำคัญ: โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยง, ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี, ถุงยางอนามัย ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง

Abstract

Background and Objective: Nowadays, Globally there is increased about new HIV infection among men who have sex with men (MSM). Africa, Latin America, and the former Soviet Union (FSU) In Thailand MSM also have high rates of new HIV infection, the last estimation showed the number of new HIV infections between 2016-2020 53%. HIV risk reduction approach using peer giving HIV information, modified risk sexual behavior. This approach widely implemented in the public health field. This experimental study aimed to determine the effects of HIV risk reduction program on knowledge about HIV condom and attitude on condom use among these population.

Methods: Participants were MSM and transgender women (TGW). A sample of 80 was simple random in control and experimental group with an equal size. Setting was Srinagarind hospital. Data were collected between June 2019 - September 2020. The

control group received regular nursing care and experimental group received regular nursing care plus HIV risk reduction program 4 sessions, once a month and evaluated program at 6 month. Data were analyzed using t test

Results: Participants who received HIV risk reduction program showed significantly higher knowledge of HIV, condom use and attitude on condom use than the control group. ($p < 0.000$, $p < 0.002$, and $p < 0.000$), respectively.

Conclusions: HIV risk reduction program for MSM was shown to increase knowledge about HIV condom and attitude on condom use significant. This approach appears promising for increasing knowledge about HIV, condom and attitude on condom use.

Keywords: HIV risk reduction program, knowledge about HIV Condom and attitude on condom use

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้น¹⁻³ และยังคงมีสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูงในเอเชีย โดยพบการติดเชื้อรายใหม่ 18.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป^{3,4} สำหรับประเทศไทยพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ในระดับที่สูง โดยจากการคาดการณ์พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2555 สูงถึง 35% และอีก 5 ปีข้างหน้า ระหว่างปี 2559-2563⁵ คาดว่าจะพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้สูงถึง 53%

กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การให้คำปรึกษาที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่โดยใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงน่าเชื่อถือ⁶⁻⁸ และอีกวิธีที่คือการใช้เพื่อนสอนแนะนำกลุ่มเพื่อนด้วยกัน ซึ่งรูปแบบนี้ได้รับความนิยมและใช้กันอย่างกว้างขวางในทางสาธารณสุขเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลความรู้ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวกช่วยให้ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์⁹ การศึกษาของ Zhang และคณะ⁷ ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มสอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเพื่อนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศจีนโดยคัดเลือก seed หรือตัวแทนกลุ่มจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในถนนสายต่างๆ ทั้งหมด 218 ราย แบ่งเป็น 12 กลุ่ม ทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ผลการวิจัยพบว่าการใช้ถุงยางอนามัย ระหว่างการมีเพศ

สัมพันธ์ 3 ครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้น (ก่อน 55.3% หลัง 65.2%) และการตรวจเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น (ก่อน 10% หลัง 52.4%) Mausbach และคณะ⁹ ศึกษาประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรม ในชายรักชาย 341 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีและใช้ยาต้านไวรัส ในซานดิเอโก พบว่ากลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยดีกว่าเดิม ประเมินที่ 8 เดือน ($p=0.034$) และที่ 12 เดือน ($p=0.007$) อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลอง 25.8% กลุ่มควบคุม 18.7% $p=0.038$) Duan และคณะ¹⁰ ศึกษาประสิทธิผลของการทำกิจกรรมในชุมชนโดยใช้ผู้นำกลุ่มที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่เป็นที่ยอมรับกว้างขวาง พาเพื่อนฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ ฝึกเจรจาต่อรอง ฝึกทักษะการใช้ถุงยางและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในมณฑลเสฉวน ประเทศจีน พบว่า ลดการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยระหว่าง 3 ครั้งสุดท้าย กับคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และคู่ชั่วคราวหรือคู่ที่ขายบริการ และเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และคู่ชั่วคราวหรือคู่ที่ขายบริการ Zhou และคณะ¹² ศึกษาผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเมืองเทียนจิน ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่าง 1,822 คน หลังร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสลดลง อาสาสมัครมีการตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยและมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ พุฒิพงศ์ มากมาย¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวีสำหรับชายชายบริการที่ทำงานในบาร์และสถานอาบอบนวดเกย์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมี 160 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน ($p<.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย^{7,8,10-13} มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นการเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี งานวิจัยในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อยและดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในหน่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปัจจุบันพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมดในแต่ละปี คือ ร้อยละ 44.6, 51.5, 63.9)¹⁴ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอชไอวี ถุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถ้าผลการวิจัยสำเร็จและเป็นไปตามวัตถุประสงค์จะได้นำผลการวิจัยไปใช้กับประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ศึกษาผลใช้โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย และทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2562 ถึง กันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) มีเพศสัมพันธ์กับชายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 3) รู้สึกตัวดี พุดคุยและสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง สุ่มแบ่งกลุ่มโดยการจับสลากเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยเลือกใช้ 1) แบบสอบถามของเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของ จิรภัทร หลงกุล¹⁵ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย และ 2) โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (อาจารย์แพทย์ 1 อาจารย์พยาบาล 1 และพยาบาล 1) ส่วนที่ 1-4 ให้ตอบตามลักษณะพื้นฐานและพฤติกรรมของอาสาสมัครไม่มีข้อผิดพลาด ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย เป็นลักษณะคำถาม ให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ เป็นลักษณะคำถาม ให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งการให้คะแนนของข้อความทางบวกพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1, 2,

3, 4, 5 ตามลำดับ ส่วนข้อความที่มีความหมายด้านลบ ข้อความทางบวกคือข้อ 41, 42, 45 ข้อความทางลบคือข้อ 39, 40, 43, 44, 46, 47, 48 จะให้คะแนนกลับกัน คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 10-20, 21-40, และ 41-50 คะแนน แปลผลดังนี้คือ ทักษะคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ต่ำ ปานกลาง และสูง เรียงตามลำดับ

การหาคุณภาพของแบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยผู้วิจัยได้นำไปใช้ทดลองกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บข้อมูล

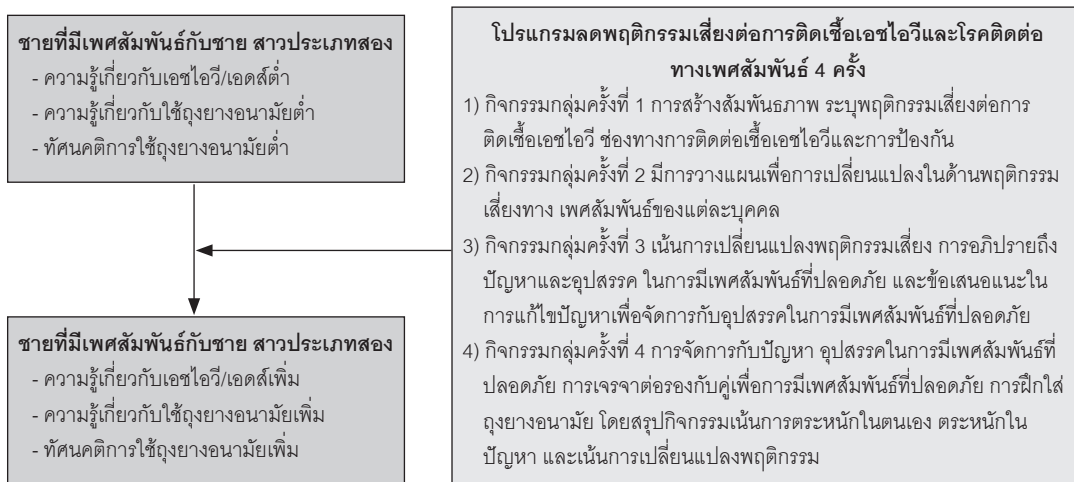
กลุ่มควบคุมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการดำเนินการวิจัย จากนั้นขอความยินยอมโดยวาจา และ ทำแบบประเมิน (pretest) พฤติกรรมทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ถุงยางอนามัย และทัศนคติการใช้ถุงยางอนามัย จากนั้นได้รับการพยาบาลตามปกติ การดูแลสุขภาพทั่วไป การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยรวมทั้งแจกถุงยาง ระยะเวลา 6 เดือน และประเมินผลที่ 6 เดือน (post test) กลุ่มทดลอง: ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการดำเนินการวิจัย จากนั้นขอความยินยอมโดยวาจา และทำแบบประเมินพฤติกรรมทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ถุงยางอนามัย และทัศนคติการใช้ถุงยางอนามัย ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดูแลสุขภาพทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ 4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน ประเมินผลที่ 6 เดือน (post test) เป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงมีบทบาทสำคัญและยังคงน่าเชื่อถือ^{6,7,11} ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับความนิยมแพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในชุมชนคือ ใช้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่เป็นแกนนำมีชื่อเสียงหรือเป็นที่รู้จักในชุมชนนั้นๆ มาสอน พาเพื่อน ฝึกปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ให้อาสาสมัครวางแผน ประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมทั้งการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เขาได้มองเห็นตัวอย่างจากเพื่อนคนที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย ฝึกทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อการใช้ถุงยางอนามัย การได้รับแรงเสริม และกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกด้วยกันและจากผู้นำกิจกรรม ทำให้เขาสามารถตระหนักในความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้ฝึกทักษะการต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัย

ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทำให้เขามีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ภาวะยางอนามัย และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ถุงยางอนามัย เพิ่มขึ้น มีการต่อรองเพื่อใช้ถุงยางอนามัย และตระหนักในความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย และใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น



ภาพรวมของงานวิจัย (Conceptual Framework)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข HE 621003 มีการพิทักษ์สิทธิ์โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยแสดงความยินยอมด้วยการลงนามด้วยวาจา และให้ความมั่นใจกับอาสาสมัครว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับจะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล จะนำเสนอโดยภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ) ในข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร วิเคราะห์ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ทัศนคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ใช้ independent T-test

ผลการศึกษา

อาสาสมัครทั้งหมด 80 คน (กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการศึกษาจนเสร็จครบ 40 คน กลุ่มทดลองไม่สามารถมาร่วมจนครบ 6 เดือน 1 คน (กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 39 คน) ส่วนใหญ่อายุ

ช่วง 20-30 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมร้อยละ 67.5) อายุเฉลี่ย (กลุ่มทดลอง 25.54 ± 8.40 ปี กลุ่มควบคุม 26.50 ± 9.40 ปี) การศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (กลุ่มทดลองร้อยละ 52.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 42.5) อาชีพ นักเรียน/นักศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 67.5) สถานภาพโสด (กลุ่มทดลองร้อยละ 62.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้ถุงยาง (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 67.5) เพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย (กลุ่มทดลอง 18.21 ± 2.81 และกลุ่มควบคุม 17.85 ± 2.98) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จำแนกตาม อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา ราย ได้ สิทธิในการรักษาบทบาทในการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางในเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์

ลำดับ ที่	รายการ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	อายุ (ปี \pmSD)	26.50 ± 9.40	25.54 ± 8.40
	18-19	6 (15)	5 (12.5)
	20-30	27 (67.5)	22 (55)
	31-40	4 (10)	5 (12.5)
	41-50	3 (7.5)	7 (17.5)
	50-60	0	1 (2.5)
	60 ปีขึ้นไป	0	0
2.	คุณคิดว่าจัดอยู่ในกลุ่มใด		
	สาวประเภทสอง (TGW)	6 (15)	10 (25)
	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Gay) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับทั้งผู้หญิง และชาย (Bisexual)	32 (80) 2 (5)	28 (70) 2 (5)
3.	อาชีพ		
	ว่างงาน	2 (5)	1 (2.5)
	ค้าขาย	0	2 (5)
	เกษตรกร	1 (2.5)	2 (5)
	พนักงานบริษัท	0	2 (5)
	ธุรกิจส่วนตัว	3 (7.5)	2 (5)
	นักเรียน/นักศึกษา	27 (67.5)	22 (55)
	รับจ้างทั่วไป	4 (10)	4 (10)
รับราชการ	3 (7.5)	5 (12.5)	
4.	สถานะภาพสมรส		
	คู่	6 (15)	5 (12.5)
	โสด	24 (60)	25 (62.5)
	หม้าย	0	0

ลำดับ ที่	รายการ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
	หย่า/แยก	0	0
5.	การศึกษา		
	ป 1-6	1 (2.5)	3 (7.5)
	ม.1-6	16 (40)	6 (15)
	ป.ตรี	17 (42.5)	21 (52.5)
	ป.โท	1 (2.5)	4 (10)
	อนุปริญญา	1 (2.5)	1 (2.5)
	อื่นๆ ป.วิชาชีพ	4 (10)	5 (12.5)
6.	รายได้ของคุณ/เดือน (บาท)		
	< 5,000	18 (45)	16 (40)
	5,000-10,000	11 (27.5)	8 (20)
	10,001-20,000	4 (10)	9 (22.5)
	20,001-30,000	5 (12.5)	5 (12.5)
	30,001-50,000	2 (5)	2 (5)
7.	สิทธิ์ในการรักษา		
	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35 (87.5)	38 (95)
	เบิกได้	2 (5)	1 (2.5)
	ประกันสังคม	3 (7.5)	1 (2.5)
	สังคมสงเคราะห์	0	0
	จ่ายเอง	0	0
8.	บทบาทในการมีเพศสัมพันธ์		
	รุก	5 (12.5)	5 (12.5)
	รับ	17 (42.5)	26 (65)
	รุก-รับ	18 (45)	9 (22.5)
9.	การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
	กับพนักงานบริการ	1 (2.5)	1 (2.5)
	กับแฟนหรือคนรักชาย	15 (37.5)	19 (47.5)
	เพื่อนหรือคนรู้จัก	16 (40)	10 (25)
	คนแปลกหน้า	8 (20)	8 (20)
	อื่นๆ	0	2 (5)
10.	เพศสัมพันธ์ครั้งแรกใช้ถุงยางหรือไม่		
	ใช่	27 (67.5)	24 (60)
	ไม่ใช่	13 (32.5)	16 (40)
12.	เพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย (ปี±SD)	17.85 ± 2.98	18.21 ± 2.81

เมื่อประเมินผลที่ 6 เดือน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง เมื่อติดตามที่ 6 เดือน

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95%CI	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
กลุ่มควบคุม	4.20	.76	3.32	.94	-1.34	-1.67 to -1.00	-7.94	.000
กลุ่มทดลอง	4.17	.98	4.66	0.47				

N = จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด (ก่อนการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 40, หลังการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 39)

เมื่อประเมินผลที่ 6 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนต่อความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ สาวประเภทสอง เมื่อติดตามที่ 6 เดือน

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95%CI	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
กลุ่มควบคุม	6.77	1.14	6.55	1.15	-.783	-1.26 to -.31	-3.28	.002
กลุ่มทดลอง	6.87	1.11	7.33	0.96				

N = จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด (ก่อนการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 40, หลังการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 39)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง เมื่อติดตามที่ 6 เดือน

	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		Mean diff	95%CI	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
กลุ่มควบคุม	36.30	6.99	33.13	5.79	-7.21	-9.39 to -5.03	-6.59	.000
กลุ่มทดลอง	38.35	6.94	40.33	3.68				

N = จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด (ก่อนการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 40, หลังการศึกษา: กลุ่มควบคุม = 40, กลุ่มทดลอง = 39)

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวความคิดการใช้อาสาสมัครกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความรู้และเป็นที่รู้จักกว้างขวางมาเป็นแกนนำในการให้ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพาเพื่อนฝึกเจาะเจาะต่อร่อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ เพราะกลยุทธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญและเป็นที่ยอมรับในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁶ การให้อาสาสมัครอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้เขาได้มองเห็นตัวอย่างจากเพื่อนคนที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย ฝึกเจาะเจาะต่อร่อง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ทำให้ตระหนักในความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและตระหนักในความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยและทำให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ความรู้การใช้ถุงยางอนามัยถูกต้องรวมทั้งทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Duan และคณะ¹⁰ ศึกษาประสิทธิภาพของการทำกิจกรรมในชุมชนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โดยใช้แนวความคิดใช้แกนนำที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นที่รู้จักกว้างขวาง ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี พาเพื่อนทำกิจกรรมฝึกเจาะเจาะต่อร่อง ฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคูที่มีเพศสัมพันธ์ประจำ และคูชั่วคราวหรือคูที่ขายบริการ Rhodes และคณะ¹³ ศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 ครั้ง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้น (P<.001) และความรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (P<.001) ทักษะการใช้ถุงยาง (P<.001) ทักษะในการสื่อสารทางเพศ (P<.01) และ สอดคล้องกับการศึกษาของพุมพิงศ์ มากมาย¹⁴ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายบริการ ที่ทำงานในบาร์เกย์และสถานนวดเกย์ จังหวัดเชียงใหม่

ภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันเชื้อไอวีพบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยและการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยไม่ได้เพิ่มขึ้นทันที จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมฯแล้ว 3 เดือน ($p < .001$)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีการประเมินผลแค่ครั้งเดียวครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลในระยะยาวเช่น 1 ปีเพื่อติดตามผลของโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไอวีโดยใช้อาสาสมัครกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมาเป็นแกนนำในการพาทำกิจกรรมหรือโปรแกรมฯ ซึ่งมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาถือเป็นการใช้เครือข่ายในการทำงานเพื่อเสริมให้การทำงานเชิงป้องกันการติดเชื้อไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

โปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยใช้อาสาสมัครแกนนำที่เป็นที่รู้จักกว้างขวางพาทำกิจกรรม ให้คำแนะนำ ฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไอวี ถุงยางอนามัยและทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรใช้โปรแกรมฯ นี้ ในประชากรกลุ่มนี้สม่ำเสมอ
ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดให้มีแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ และสาวประเภทสอง มาทำงานในคลินิก และนำโปรแกรมลดพฤติกรรมเสี่ยงมาใช้ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อไอวี การใช้ถุงยางอนามัยและทัศนคติต่อการใช้ถุงยาง และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ต่อการติดเชื้อเชื้อไอวีและโรคทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่นซิฟิลิส หนองใน เป็นต้น
2. ศึกษาผลโปรแกรมการลดพฤติกรรมเสี่ยง ในรูปแบบการให้ข้อมูลออนไลน์ หรือทางเครือข่ายทางสังคมออนไลน์อื่นๆ ต่อการติดเชื้อไอวี และซิฟิลิส

เอกสารอ้างอิง

1. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet 2012;380:367-77.

2. Van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW, Baral S, Grulich A. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Curr Opin HIV AIDS* 2009;4:300-7.
3. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med* 2007;4:e339.
4. Van Griensven F, de Lind van Wijngaarden JW. A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. *AIDS* 2010; 24:S30-40.
5. Thailand, Working, Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand 2010-2030.
6. A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [Internet]. [cited 2014 Aug 18]. Available from: http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2005/06010/A_Meta_Analytic_Review_of_HIV_Behavioral.16.aspx
7. Zhang H, Wu Z, Zheng Y, Wang J, Zhu J, Xu J. A pilot intervention to increase condom use and HIV testing and counseling among men who have sex with men in Anhui, China. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53:S88-92.
8. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev* 2009;21:181-206.
9. Mausbach BT, Semple SJ, Strathdee SA, Zians J, Patterson TL. Efficacy of a behavioral intervention for increasing safer sex behaviors in HIV-positive MSM methamphetamine users: Results from the EDGE study. *Drug Alcohol Depend* 2007;87:249-57.
10. Duan Y, Zhang H, Wang J, Wei S, Yu F, She M. Community-based peer intervention to reduce HIV risk among men who have sex with men in Sichuan Province, China. *AIDS Educ Prev* 2013;25:38-48.
11. Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2014 Aug 18]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001230.pub2/abstract>

12. Zhou N, Zheng M, Li H, Yu M, Gong H, Yang J, et al. Evaluation on follow-up intervention program in men who have sex with men in Tianjin. Chinese Journal of Endemiology 2018;39:1228-33.
13. พุดมิพงค์ มากมาย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์สำหรับชายบริการในจังหวัดเชียงใหม่. ปริญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (เภสัชศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
14. หน่วยเอดส์. สถิติผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ประจำปี 2560 งานบริการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์, 2560.
15. จิรภัทร หลงกลุ. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดขอนแก่น. ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
16. AIDS Risk Reduction Model (ARRM) [Internet]. The Communication Initiative Network. [cited 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.comminet.com/hiv-aids/content/aids-risk-reduction-model-arrm>.

Original Article

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง

Outcome of Care in the End of Life Dementia Patients Receiving Palliative Care

รัตนาภรณ์ ศิริเกตุ¹, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ¹, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล²

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²ศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

หน่วยการพยาบาลระดับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์ : ศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครบวงจรในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมาตั้งแต่ปี 2560 โดยเกณฑ์ในการขอรับคำปรึกษาคือผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ทั้งโรงพยาบาลและที่บ้าน เน้นการสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้า หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลต่อเนื่องจนเสียชีวิต และให้การดูแลหลังสูญเสีย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเรื่อง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 -30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย อยู่ในระดับ 7f มากที่สุด จำนวน 23 ราย (56.10%) ประวัติเรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 14 ราย (34.15%) มีปัญหาการกลืนลำบากก่อนปรึกษา 25 ราย (60.98%) ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา น้อยกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 30 ราย (73.17%) ด้านภาวะโภชนาการมีภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 23 ราย (56.10%) ส่วนอาการทางจิตประสาทพบเพียง จำนวน 13 ราย (31.70%) อาการทางจิตประสาทที่พบ คือ มีปัญหาการนอนปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 7 ราย (17.08%) อาการปวด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความปวดระดับปานกลาง จำนวน 32 ราย (78.05%) ซึ่งมีการจัดการอาการปวด โดยใช้ยามอร์ฟิน จำนวน 35 ราย (85.37%) มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 40 ราย (97.56%) ภายหลังดูแล พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายเสียชีวิตจำนวน 16 ราย จำแนกตามลักษณะการเสียชีวิต ได้แก่ เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน 6 ราย (37.50%) เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์ 7 ราย (43.75%) เสียชีวิตไม่ปฏิบัติตามแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ เนื่องจากญาติเปลี่ยนใจ 2 ราย (12.50%) ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจใน รพ. 1 ราย (6.25%) ระยะเวลาที่ดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 12 เดือน จำนวน 25 ราย (60.98%) ด้านผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 24 ราย (58.53%) ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 30 ราย (73.17%) และได้รับการเยี่ยมบ้าน 41 ราย (100%)

สรุป : ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรค ทำให้ผู้ดูแลลดปัญหา caregiver burden จากอาการทางจิตประสาท แต่จะเพิ่มภาระที่หนักมากขึ้นเนื่องจากต้องการการดูแลจากผู้ดูแล การจัดระบบเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โรคสมองเสื่อมระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง

บทนำ

ในกลุ่มวัยสูงอายุแม้มีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นโรคของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน¹ นับเป็นปัญหาที่ท้าทายต่อระบบนโยบายและสาธารณสุขของประเทศไทยในการเตรียมระบบบริการสำหรับรองรับสนับสนุน ตลอดจนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในวาระท้าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอ เปราะบาง (frailty) มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายมากกว่าผู้ป่วยโดยทั่วไป ต้องทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น ภาวะติดเชื้อ ปัญหาการกลืน

การเคลื่อนไหว การกลืนอาหาร ปัสสาวะไม่ได้ หรือ จากภาวะกระวนกระวาย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน² แต่ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างกันที่การพยากรณ์โรค ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายไม่สามารถบอกระยะเวลาที่เหลืออยู่ได้แน่ชัดเท่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย³

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นทีมให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2553 มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับ ประคอง ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ประสานส่งต่อภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ จากสถิติ ปี พ.ศ. 2559 - 2561 พบมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 826, 1,026 และ 1,150 ราย/ปี ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 65 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมขอเข้ารับการรักษา 41 ราย⁴ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถมาติดตามการรักษาเองได้ ผู้ดูแลจะมาแทนเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เนื่องจากขาดระบบให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงได้ริเริ่มการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายร่วมกันขึ้น โดยพยาบาลทำหน้าที่ลักษณะการจัดการแบบรายกรณี (nurse care manager) ให้การดูแลครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม ดูแลจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย การประเมินปัญหาและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ค้นหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือ ช่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า เตรียมความพร้อมเมื่อความตายใกล้มาถึง ตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิเสธการพุงชีพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ สามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ด้วยตัวเอง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้ยืมกลับไปใช้ที่บ้าน ส่งต่อแผนการดูแลให้เครือข่าย ในภาวะฉุกเฉินมีบริการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ดูแลต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ภายหลังดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ได้ 1 ปี ผู้ศึกษาจึงสนใจวิเคราะห์งานเรื่องผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ. 2561 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไปพร้อมกับมีข้อใด ข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบ ติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา, มีปัญหาการกลืน หรือให้อาหารทางสายยาง, อัลบูมินน้อยกว่า 3.5 mg/dl เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 -30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ
2. แบบประเมิน Functional Assessment Staging Test (FAST) เพื่อประเมินระยะของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย
3. แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยสมองเสื่อม (mini nutrition assessment: MNA) เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
4. แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม (neuropsychiatric inventory : NPI) เพื่อประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
5. แบบบันทึกการประชุมครอบครัว เพื่อทราบผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
6. แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฉบับสั้น 12 ข้อ เพื่อประเมินภาระผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย
7. แบบประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย PAINAD
8. แบบประเมินการเยี่ยมบ้านหน่วยการดูแล
9. แบบบันทึกการโทรติดตามผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการไม่สุขสบายการจัดการอาการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคสมองเสื่อมระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือ Functional Assessment Staging Test (FAST) ซึ่งมีทั้งหมด 7 ระยะ โดยโรคสมองเสื่อมระยะที่ 7 ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสื่อมของสมองรุนแรง แบ่งย่อยออกเป็นระดับ a-f เกณฑ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะตั้งแต่ FAST staging 7a ขึ้นไป ร่วมกับ มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีปัญหาปอดอักเสบติดเชื้อซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาการกลืนอาจได้รับหรือไม่ได้รับการให้อาหารทางสายยางมาก่อน ระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.5 mg/dl⁵

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมาน การบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคอง การบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย⁶

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง ผลลัพธ์ ของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับบริการจากศูนย์การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ในการจัดการแบบรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพ อาชีพ 2) ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ได้แก่ ระดับของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ประวัติ เรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ปัญหาคลื่นลำบาก ภาวะโภชนาการ ระดับอัลบูมินในเลือด อาการ ทางจิตประสาท ประเมินอาการปวด การจัดการอาการปวด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การใส่ ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ การเสียชีวิต การลงเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การประเมินผู้ดูแลหลัก และภาระการดูแลที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำปัญหาปรึกษาหัวหน้าหน่วยงานเพื่อจัดทำโครงการ และจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานโครงการ
2. ประสานกับคลินิกโรคสมองเสื่อมของแผนกอายุรกรรม 9 และแผนกจิตเวช เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการ

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลศูนย์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
2. จัดเตรียมแบบประเมิน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย สำหรับดำเนินการดูแลผู้ป่วย ในแฟ้มดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายสำหรับพยาบาล
3. ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลที่ได้ความถูกต้อง การให้คะแนน และการแปลผล รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์งานครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายที่ขอรับบริการจากศูนย์การดูแลรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 41 คน ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.73 เพศชาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.27 ส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.34 รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.27 ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.63 และอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.76 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ เป็นสิทธิจ่ายตรง/เบิกได้ จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.37 และสิทธิบัตรทอง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย /หย่าร้าง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.66 รองลงมาสถานภาพคู่จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.46 นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.85 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย (n = 41)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	29.27
หญิง	29	70.73
ช่วงอายุ (ปี)		
60-69	4	9.76
70-79	12	29.27
80-89	19	46.34
> 90	6	14.63
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	6	14.6
จ่ายตรง/เบิกได้	35	85.37
สถานภาพสมรส		
คู่	17	41.46
โสด	2	4.88
หม้าย /หย่าร้าง	22	53.66
อาชีพ		
เกษตรกร	4	9.76
รับราชการ	27	65.85
รับจ้าง	1	2.44
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	21.95

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายทั้งหมด จำนวน 41 ราย ประเมินระดับของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย Functional Assessment Staging Test (FAST) อยู่ในระดับ 7f มากที่สุด จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.10 รองลงมาอยู่ในระดับ 7c 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 ระดับ 7b 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.19 และระดับ 7a 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32

ประวัติเรื่องการติดเชื้อใน 1 ปี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.15 รองลงมาคือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 และน้อยที่สุดคือ แผลกดทับติดเชื้อ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.76

มีปัญหากลืนลำบากก่อนปรึกษา ทั้งหมด 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.98 ใส่ NG /PEG จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.34 ไม่ใส่ NG จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ระดับอัลบูมิน ในเลือดก่อนปรึกษา น้อยกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 30 ราย คิดเป็น 73.17 มากกว่า 3.5 mg/dl จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ไม่ทราบค่าอัลบูมิน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ด้านภาวะโภชนาการมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายมีภาวะขาดสารอาหาร (0 - 7 คะแนน) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.10 ซึ่งสัมพันธ์กับระยะตัวโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายรับอาหารได้ลดลง มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (8 -11 คะแนน) จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.51 และมีภาวะโภชนาการปกติ (12 -14 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 24.39

อาการทางจิตประสาทพบเพียง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.70 อาการทางจิตประสาทที่พบ คือ มีปัญหาการนอนปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.08 รองลงมาคือ กระสับกระส่าย ก้าวร้าวจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.3 และมีความคิดหลงผิด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจะมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 และระดับรุนแรงน้อย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ประเมินความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนของผู้ดูแลต่ออาการนั้นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้แต่ไม่ถนัด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.75 รองลงมาคือระดับ 4 เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.31 ระดับ 2 เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ระดับ 0 ไม่มีเลย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ระดับ 1 เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ระดับ 5 เดือดร้อนมากไม่สามารถจัดการปัญหาได้ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44

การประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.05 และความปวดระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ส่วนระดับความปวดเล็กน้อยมีเพียง (1-3 คะแนน) มีเพียง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.75 ซึ่งมีการจัดการอาการปวด โดยใช้ยามอร์ฟีน จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.37 ไม่ใช้ยา morphine จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.56 และอีก 1 ราย ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้า คิดเป็นร้อยละ 2.44 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย ได้รับการพุงซีฟ ก่อนปรึกษาศุนย์การุณรักษ์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 จำแนกเป็น ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนปรึกษาศุนย์การุณรักษ์จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 เจาะคอก่อนปรึกษาศุนย์การุณรักษ์ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.32 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายได้รับการพุงซีฟโดยการใส่ท่อช่วยหายใจหลังปรึกษาศุนย์การุณรักษ์ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ภายหลังดูแล พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายเสียชีวิตจำนวน 16 ราย จำแนกตามลักษณะการเสียชีวิต ได้แก่ เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 เสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนดูแลล่วงหน้าที่กำหนดไว้ เนื่องจากญาติเปลี่ยนใจ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจใน รพ. 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายทุกรายมีการลงเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายโดยทีมเยี่ยมบ้าน ศุนย์การุณรักษ์ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่มากกว่า 12 เดือน จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.98 6 - 12 เดือน จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.95 น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.07

ด้านภาวะผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.53 รองลงมาเป็น เป็นญาติของผู้ป่วยและมีค่าตอบแทนให้ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.39 และเป็น ผู้ดูแลที่จ้างมา 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.07 ส่วนใหญ่ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อยู่ใน ระดับเล็กน้อย (0-10 คะแนน) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.17 ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ส่วนระดับรุนแรง (> 20 คะแนน) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.63 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย
(n = 41 ราย)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (โดยใช้ FAST)		
ระดับ 7a	3	7.32
ระดับ 7b	5	12.19
ระดับ 7c	10	24.39
ระดับ 7f	23	56.10
ประวัติเรื่องการติดเชื้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ปอดอักเสบติดเชื้อ	14	34.15
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	5	12.20
ติดเชื้อที่แผลกดทับ	4	9.76
มีปัญหากลืนลำบากก่อนปรึกษา	25	60.98
ใส่ NG /PEG	19	46.34
ไม่ใส่ NG	6	14.63
ระดับอัลบูมินในเลือด ก่อนปรึกษา		
น้อยกว่า 3.5 mg/dl	30	73.17
มากกว่า 3.5 mg/dl	5	12.20
ไม่ทราบค่าอัลบูมิน	6	14.63
ภาวะโภชนาการ (โดยใช้เครื่องมือ MNA)		
ภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน)	10	24.39
มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน)	8	19.51
ขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน)	23	56.10
ประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม		
มีอาการทางจิตประสาท	13	31.70
ไม่มีอาการทางจิตประสาท	28	68.30
1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมอาการทางจิตประสาท		
มีปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน	7	17.08
ความคิดหลงผิด	3	7.31
กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	3	7.31
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาท		
ระดับ 1 รุนแรงน้อย	1	2.44
ระดับ 2 ปานกลาง	3	7.31
ระดับ 3 มาก	9	21.95
ประเมินความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนของผู้ดูแลต่ออาการนั้นๆ		
ระดับ 0 ไม่มีเลย	2	4.88
ระดับ 1 เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา	1	2.44
ระดับ 2 เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย	2	4.88
ระดับ 3 เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้แต่ไม่่ง่ายนัก	4	9.75
ระดับ 4 เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก	3	7.31
ระดับ 5 เดือดร้อนมากไม่สามารถจัดการปัญหาได้	1	2.44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย (n = 41 ราย) (ต่อ)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเมินอาการปวด		
ความปวดระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	4	9.75
ความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	32	78.05
ความปวดระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน)	5	12.20
การจัดการอาการปวด		
การใช้ยามอร์ฟิน	35	85.37
ไม่ใช้ยามอร์ฟิน	6	14.63
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	40	97.56
ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1	2.44
การใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ		
ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	7	17.07
เจาะคอก่อนปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	3	7.32
ใส่ท่อช่วยหายใจหลังปรึกษาศัลยกรุ่นรักษ์	2	4.88
ลักษณะการเสียชีวิต		
เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน	6	37.50
เสียชีวิตอย่างสงบที่ รพ. ศรีนครินทร์	7	43.75
เสียชีวิตไม่เป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้า	2	12.50
ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล	1	6.25
การเยี่ยมบ้าน		
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	41	100
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มดูแลจนเสียชีวิต		
น้อยกว่า 6 เดือน	7	17.07
6 - 12 เดือน	9	21.95
มากกว่า 12 เดือน	25	60.98
ผู้ดูแลหลัก		
เป็นบุคคลในครอบครัว	24	58.53
เป็นญาติของผู้ป่วยและมีค่าตอบแทนให้	10	24.39
ผู้ดูแลที่จ้างมา	7	17.07
ประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ระดับเล็กน้อย (0-10 คะแนน)	30	73.17
ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน)	5	12.20
ระดับรุนแรง (> 20 คะแนน)	6	14.63

สรุปและวิจารณ์

ผู้ศึกษาสรุปและวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์งาน โดยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

1. **ด้านผู้ป่วย** พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับ FAST staging 7f ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและอยู่บนเตียงตลอด ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด ในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรค มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทเพียงร้อยละ 31.70 ทำให้ผู้ดูแลลดปัญหา caregiver burden จากอาการทางจิตประสาท ที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่จะเพิ่มภาวะที่หนักมากขึ้นเนื่องจากต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด PAINAD ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่มีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมีอาการปวด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการจัดการอาการปวดทำให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงและสุขสบายขึ้น นอกจากนี้ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการกลืนกิน เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 56.10 ซึ่งสัมพันธ์กับระยะตัวโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายรับอาหารได้ลดลง กรณีผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบากจากการศึกษาของ Susan และคณะ⁷ พบว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการให้อาหารทางสายยางไม่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายสุขสบาย ตรงกันข้ามอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับและเกิดปอดอักเสบจากการสำลักมากขึ้น⁷ การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและป้องกันความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่รุกรานได้

2. **ด้านผู้ดูแล** ในการวิเคราะห์งานครั้งนี้ ผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา caregiver burden ร้อยละ 73.17 สัมพันธ์อาการทางจิตประสาทจะลดลงตามระยะของโรคด้านความจำและการคิดวิเคราะห์ จะไม่รับรู้เรื่องอดีตที่ผ่านมาและอนาคตข้างหน้า ด้านภาษา ไม่สามารถพูดได้ หรือพูดคุ้ยได้เป็นคำๆ หรือ 2-3 คำ ด้านอารมณ์พฤติกรรมไม่สามารถแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกออกไม่ได้

3. **ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย** การจัดระบบเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องตัวโรคและระยะของโรค ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับดูแลที่บ้านทำให้ครอบครัวลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา และเครื่องให้ยาอัตโนมัติต่อเนืองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้าย และมีการปรับจัดสรรเวลาดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละรายซึ่งมีความจำเพาะแตกต่างกัน

ด้านการบริหารการพยาบาล

สนับสนุนและส่งเสริม พัฒนาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย สู่แนวปฏิบัติการพยาบาล และสามารถนำมาใช้ในหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้าย

ด้านการวิจัย

ควรมีการวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะท้ายในรูปแบบการศึกษาวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ Dr. Allyn Hum, Consultant Geriatrician and Palliative Care Physician at the Department of Palliative Medicine in Tan Tock Seng Hospital และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงปณิดา ลิ้มปะวัฒนา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อาจารย์แพทย์ที่ได้ประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานในหน่วยการพยาบาลระดับพระองค์ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณบุพการี บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำโครงการตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2015). The epidemiology and impact of dementia current state and future trends. Geneva: World Health Organization.
2. McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. The experience of dying with dementia: A retrospective study. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:404-9.
3. Mitchell S, Teno J, Kiely D, Schafer M, Jones R, Prigerson H. The Clinical Course of Advanced Dementia. N Engl J Med 2010;361:1529-38.
4. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2555). รายงานประจำปีสถิติศูนย์การุณรักษ์. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

5. Allyn YM Hum, Huei Yaw Wu, Noorhazlina Binte Ali, Ian YO Leong, Jing Jih Chin, Angel OK Lee, Ri Yin Tay & Mervyn YH Koh. (2018). The dignity in advanced dementia (diadem) study:Developing an integrated geriatric palliative homecare program. Progress in Palliative Care. <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=yppc> Science and the Art of Caring.
6. World Health Organization. (1998). Cancer pain relieve and palliative care in children. Geneva: World Health Organization.
7. Susan E. Merel, Shaune DeMers, Elizabeth Vig. (2014). Palliative Care in Advanced Dementia. Downloaded for Anonymous User (n/a) at Medical Library Faculty of Medicine, Khon Kaen University from ClinicalKey.com by Elsevier on March 09, 2019
8. Alzheimer Association. (2010). Greater Illinois Chapter. Encouraging Comfort Care A Guide for Families of People with Dementia Living in Care Facilities [Internet]. Alzheimer Association - Greater Illinois Chapter. [cited 2015 Dec 2]. Available from: http://www.alzheimers-illinois.org/pti/downloads/Encouraging%20Comfort%20Care_SINGLE.pdf

Original Article

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศก จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณัการระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ¹, ณัฐชญา บัวละคร¹, เฉลิมศรี สรสิทธิ์¹, อัมรา ศิริทองสุข², พะยอม บุญสุข³,
ศรพิศ พรหมผิว⁴, จันท์เพ็ญ ปรีตรวา⁵

¹หน่วยการพยาบาลระดับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²หน่วยควบคุมการติดเชื้อ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

³หอผู้ป่วย MICU3 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁴หอผู้ป่วย CCU ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁵หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ

หัวหน้าหน่วยการพยาบาลระดับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการระบาดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ภายหลังเปิดบริการหอผู้ป่วยวิกฤต ICU cohort ward ได้ 6 เดือน พบปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมรับมือกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น และครอบครัวไม่พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ พยาบาลจึงได้ร่วมมือกันออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานภายใต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการจัดทำ work flow และแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณัการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา: เป็นศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตในสถานการณัการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 34 ราย ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตาม work flow และแนวปฏิบัติในการดูแล

ความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก วิธีการศึกษา คือ การบันทึกผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 - พฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะของครอบครัวผู้สูญเสีย

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยเสียชีวิต 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.71 ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 14 วัน ประเมินระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 55.90 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว/ไม่บ่อย ร้อยละ 64.70 ระดับความพึงพอใจของครอบครัวต่อการใช้นโยบายในการดูแลในระดับมากที่สุด (ระดับ 5) ได้แก่ การช่วยเหลือในการประสานจัดหาโลงศพ ร้อยละ 88.2 การช่วยประสานจัดหาวัดในการเผาศพในเขตอำเภอเมืองหรือภูมิลำเนา ร้อยละ 88.2 การสื่อสารวิธีการเก็บศพและบรรจุศพ ร้อยละ 85.30 การช่วยประสานเคลื่อนย้ายหรือรับ-ส่งศพ ร้อยละ 85.30 และการสนับสนุนด้านอารมณ์และประสานในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ร้อยละ 79.4 ตามลำดับ

สรุป: เนื่องจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากโรคระบาด เป็นการเจ็บป่วยและเสียชีวิตแบบกะทันหัน ไม่คาดคิด ครอบครัวไม่ได้กล่าวคำลา ไม่ได้เห็นหรืออยู่ในขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการตัดสินใจภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานภายใต้ภาวะฉุกเฉิน ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การดูแลแบบประคับประคอง, การดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการระบาดมาจากประเทศจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะพบภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเสียชีวิตในที่สุด¹ รายงานสถานการณ์จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2565 มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อฯ ทั่วโลก จำนวน 543 ล้านคน เสียชีวิต 6.32 ล้านคน สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อฯ จำนวน 4.49 ล้านคน เสียชีวิต 30,422 คน ส่วนในจังหวัดขอนแก่น มีผู้ติดเชื้อฯ 82,163 คน และเสียชีวิต 218 คน² การดูแลแบบประคับประคอง มีบทบาทสำคัญในการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิตสูง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการเสียชีวิตด้วย³

โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การดูแลก่อนการเสียชีวิต 3-6 เดือน 2) การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตภายใน 24-48 ชั่วโมง และ 3) การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีและต่อเนื่อง 6-12 เดือน ขึ้นกับความเสถียรในการปรับตัวของผู้สูญเสีย⁴ ถ้าเป็นการเสียชีวิตตามธรรมชาติ ผู้สูญเสียส่วนใหญ่จะสามารถเผชิญและก้าวผ่านกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสียได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยได้รับการสนับสนุนจากพี่น้อง บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน แต่มีผู้สูญเสียส่วนหนึ่งที่ยังต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะการสูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตอย่างกะทันหันในสถานการณโรคระบาด⁵ และจากประสบการณ์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการสูญเสีย มักจะเริ่มได้ในระยะที่ 2 และ 3 เป็นต้นไป

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้จัดระบบการดูแลรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการระบาดในแต่ละระลอกที่ผ่านมา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ได้เริ่มเปิดให้บริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ICU cohort ward (MICU3) ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากข้อกำหนดที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม กักตัวอยู่บ้าน ข้อห้ามในการเข้าเยี่ยมในโรงพยาบาล ครอบครัวรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยวิธีการสอบถามทางโทรศัพท์ได้ทางเดียว ไม่มีโอกาสได้เจอหน้ากันพูดคุยกันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ถึงเดือน

ภายหลังเปิดบริการ ICU cohort ward ได้ 6 เดือน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย พบปัญหาว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมรับมือกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เพราะเป็นการเจ็บป่วยและเสียชีวิตแบบกะทันหัน ไม่คาดคิด ไม่ได้เห็นหรืออยู่ในขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ได้กล่าวคำลาเกิดการสูญเสียขึ้นในเวลาอันใกล้เคียงกัน และเป็นการสูญเสียซ้ำซ้อนด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมือนกัน ครอบครัวไม่ได้รับการดูแลสนับสนุนทางอารมณ์ การประกอบพิธีกรรม และการร่วมงานศพตามความเชื่อทางศาสนา ครอบครัวมีความคิดว่าความตายที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันและให้ความช่วยเหลือได้จึงเกิดความไม่พึงพอใจการให้บริการตามมา ส่วนทีมสุขภาพ พบว่า ไม่มีแนวทางการดูแล หรือแนวปฏิบัติในการทำงานที่ชัดเจนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนต้องการการดูแลจากพยาบาลที่เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา ออกแบบแนวความคิดการดูแลร่วมกัน

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลหลายหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลหอผู้ป่วย ICU cohort ward พยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลหน่วยการพยาบาล ประคับประคอง จึงได้ร่วมมือกันออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานภายใต้ภาวะฉุกเฉิน ด้วยการจัดทำแนวปฏิบัติดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายในสถานการณโรคระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้การการปฏิบัติงานภายใต้ภาวะฉุกเฉินดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างพยาบาล 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ICUN/ICN และ PCN โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้ศึกษาและทีมร่วมกันพัฒนาขึ้นได้จากการทบทวนงานวิจัย⁴⁻⁶ และประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิตสูง เน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัยจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการเสียชีวิตด้วย³ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมตัวกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นจากการประสานความร่วมมือกันระหว่างพยาบาล 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ICU, ICN และ PCN โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 2 ระยะดังนี้

1. การดูแลในระยะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในช่วง 1-2 สัปดาห์ หรือ 24-48 ชั่วโมง

1.1 พยาบาลหอผู้ป่วย ICU cohort ward (ICUN) ทำหน้าที่ร่วมกับแพทย์ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง ประสานการให้ข้อมูลครอบครัวทางโทรศัพท์ถึงสถานะโรค แผนการรักษา การพยากรณ์โรค และส่งปรึกษาพยาบาลหน่วยการพยาบาลประคับประคอง (PCN) โดยวิธีแจ้งผ่านทางกลุ่ม Line application

1.2 PCN 1) ทบทวนประวัติโดยละเอียดจาก chart และใน HO 2) ขอเบอร์โทรศัพท์ครอบครัวจาก ICUN 3) โทรศัพท์หาครอบครัวเพื่อขอตั้งกลุ่ม Line application ของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยญาติสายตรงและบุคคลใกล้ชิดที่ครอบครัวต้องการให้เข้าร่วม 4) นัด family meeting ผ่านระบบ VDO Line application เพื่อประเมินการรับรู้โรค ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงจริง ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน 5) ประสาน ICUN เพื่อให้ครอบครัวได้เยี่ยมผู้ป่วยผ่านระบบ Line application และกำหนดให้เยี่ยมได้ทุกวันโดยดูความสะดวกจากทั้งจาก ICUN และครอบครัว 6) ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ครอบครัวเข้าถึงคำปรึกษาจากพยาบาลได้ 24 ชั่วโมง

2. การดูแลในระยะภายหลังเสียชีวิตทันทีและการช่วยประสานบริการจัดการงานศพในช่วง 1-3 วัน

2.1 เมื่อ ICUN ประเมินว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะกำลังจะเสียชีวิต โทรแจ้ง PCN เพื่อประสานให้ครอบครัวได้เยี่ยมผ่านระบบ Line application อำนวยความสะดวกในการทำพิธีขอขมา และกล่าวถึงคุณความดีที่มีต่อกันในช่วงเวลาที่ผ่านมา และกล่าวคำลา

2.2 ภายหลังเสียชีวิตทันทีและการช่วยประสานบริการจัดการงานศพ

2.2.1 ICUN ดูแลศพตามแนวทางสากล คือ ไม่อาบน้ำศพ บรรจุศพในถุงซีปล็อค กันน้ำ 3 ชั้น เช็ดด้วยน้ำยาทำลายเชื้อรอบๆ ถุงแต่ละชั้น ตัดป้ายชื่อ-สกุล วันเวลาที่เสียชีวิตหน้าถุงบรรจุศพ แจ้งครอบครัวให้ทราบว่า ไม่ได้ฉีดยาศพ แนะนำไม่เปิดถุงบรรจุศพโดยเด็ดขาด และจะไม่สามารถทำพิธีรดน้ำศพได้

2.2.2 PCN โทรศัพท์ประสานแจ้งครอบครัวถึงเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ทำหน้าที่ ประดับประคองจิตใจครอบครัว แจ้งครอบครัวเรื่องการเก็บรักษาศพ การจัดหาโลงศพ (ถ้าครอบครัวมีปัญหาด้านการเงินช่วยประสานจัดหาโลงศพบริจาค) เวลาในการเคลื่อนย้ายศพ ไปวัด การชำระค่ารักษาพยาบาล เอกสารใบรับรองการตาย เวลาในการมาปนกิจศพ การเก็บกระดูก และค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ (ถ้าครอบครัวมีปัญหาการเงินช่วยประสานแหล่งทุนให้ความช่วยเหลือ) โทรแจ้งห้องเก็บศพให้ทราบและเตรียมโลงศพไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ICU cohort ward โทรประสานวัดเพื่อระบุเวลาในการมาปนกิจศพ ภายใน 24 ชั่วโมง โทรประสานหน่วยกายวิภาคฯ เพื่อจัดหารถในการรับ-ส่งศพไปวัดตามเวลาที่ระบุไว้ จำกัดจำนวนคนร่วมงานศพ ครอบครัวที่เหลือคนอื่นๆ ที่ต้องการร่วมงานศพ สามารถร่วมงานได้ผ่านการ Live สด หรือ VDO line

2.2.3 พยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ทำหน้าที่ควบคุมเรื่องการแพร่ การกระจายเชื้อ เตรียมชุด PPE ให้เจ้าหน้าที่ที่รับ-ส่งศพ สอนให้ความรู้กับสัปเหร่อเรื่องการใส่ชุด PPE ไปส่งผู้ป่วยที่วัด และร่วมงานศพ

2.2.4 ภายหลังเก็บกระดูกผู้ป่วย 1-3 วัน PCN โทรติดตาม ประดับประคองจิตใจ และให้กำลังใจ ขออนุญาตครอบครัวประเมินความพึงพอใจในกลุ่ม Line application ถ้าครอบครัว อนุญาต ส่ง link หรือ QR code แบบประเมินให้

รูปแบบการดำเนินการ

การศึกษาค้างนี้เป็นศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลตาม work flow และแนวปฏิบัติในการดูแล ความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างพยาบาล 3 หน่วยงานร่วมกันพัฒนาขึ้น ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 - พฤษภาคม 2565 (10 เดือน) จำนวน 34 ราย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. นัดประชุมทีมพยาบาล 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ประชุมร่วมกันครั้งแรกเมื่อกรกฎาคม 2564) หลังจากนั้นนัดประชุมทุก 3 เดือนหรือมีปัญหาจากการดูแลร่วมกัน

2. ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติ และ work flow ในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายในสถานการณการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วย สื่อสารแนวปฏิบัติการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานให้สมาชิกในที่รับทราบ
4. หัวหน้าหน่วยการพยาบาลระดับประคอง จัดตารางเวรให้พยาบาลให้ครอบคลุมเข้าถึงคำปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง ในฐานะ nurse case manager ประสานความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน
5. จัดทำกลุ่ม Line application (COVID-NursesCoCare) เพื่อสื่อสารการทำงานและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
6. ร่วมกันออกแบบประเมินความพึงพอใจจากครอบครัวของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแล
7. ติดตามให้ครอบครัวประเมินผลระดับความพึงพอใจภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่ง link หรือ สแกน QR code ให้ในกลุ่ม Line application

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ลัทธิ การรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแตผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงเสียชีวิต
2. แบบประเมินระดับความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดทำโดย ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ และคณะ 2564⁷ จำนวน 12 ข้อ ใช้ประเมินระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ 1-5 คะแนน ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5) พึงพอใจมาก (4) พึงพอใจปานกลาง (3) พึงพอใจน้อย (2) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1)
3. ข้อเสนอแนะของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่า มีภาวะวิกฤติที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง และประเมินกับทีมที่ร่วมกันให้การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตว่า ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในช่วง 1-2 สัปดาห์ หรือ 24-48 ชั่วโมง

2. การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ที่ต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิตสูง เน้นการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มวินิจฉัยจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการเสียชีวิตด้วย และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. การดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement care) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การช่วยให้ครอบครัวผู้สูญเสียที่เกิดจากการเสียชีวิตอย่างกะทันหันในสถานการณ์โรคระบาด สามารถเผชิญและก้าวผ่านกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสียได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยได้รับการสนับสนุนจากพี่น้อง บุคคลในครอบครัว เพื่อน และจากทีมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากผ่านการพิจารณาร่วมกันผู้ร่วมโครงการ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. ผู้ศึกษานำแบบเก็บข้อมูล ไปเก็บข้อมูลจาก เวชระเบียนผู้ป่วย และระบบสารสนเทศของ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ชักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์หรือพยาบาลเจ้าของไข้ ICUN โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลส่วนบุคคลกับครอบครัวของผู้ป่วยอีกครั้ง

3. หลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ถ้าพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จะประสานให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย โดยการส่งต่อปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย แก่แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความถี่ และ ร้อยละ

2. ระดับความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยความถี่ และ ร้อยละ

3. ข้อเสนอแนะของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเสียชีวิต 34 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 14 วัน (min - 2 วัน, max 45 วัน) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.52 เป็นเพศชาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.71 สิทธิการรักษาบัตรทอง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.82 และส่วนใหญ่มัโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไต ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=34)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	64.71
หญิง	12	35.29
ช่วงอายุ		
< 40 ปี	3	8.82
41-50 ปี	2	5.88
51-60 ปี	7	20.59
61-70 ปี	8	23.52
71-80 ปี	7	20.59
81-90 ปี	6	17.65
> 90 ปี	1	2.94
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	20	58.82
ข้าราชการ	11	32.35
ประกันสังคม	2	5.88
รัฐวิสาหกิจ	1	2.94
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	14.71
ค้าขาย	4	11.76
ข้าราชการบำนาญ	6	17.65
รับจ้าง	4	11.76
เกษตรกร	6	17.65
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	26.47
โรคร่วมโรคประจำตัว		
เบาหวาน	15	44.12
หัวใจ	10	29.41
ไต	14	41.18
ความดันโลหิตสูง	16	47.06
ไขมันในเลือดสูง	10	29.41

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.50 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-40 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.20 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41-60 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.20 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.90 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ให้การดูแลเป็นครั้งคราว/ไม่บ่อย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=34)

	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		
เพศ		
ชาย	26	76.50
หญิง	8	23.50
ช่วงอายุ		
< 20 ปี	2	5.90
20-40 ปี	14	41.20
41-60 ปี	14	41.20
61-70 ปี	3	8.80
71-90 ปี	1	2.90
สถานภาพสมรส		
โสด	7	20.60
แต่งงาน	22	64.70
แยก/หย่า	4	11.80
หม้าย	1	2.90
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	1	2.90
บุตร	19	55.90
บิดา/มารดา	5	14.70
พี่น้อง	1	2.90
ญาติ	8	23.50
ระดับการศึกษา		2.26
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	2	5.90
มัธยมศึกษา	12	35.30
ปริญญาตรี	17	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	3	8.80
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง	11	32.40
ดูแลเฉพาะกลางวัน	1	2.90
ดูแลเฉพาะกลางคืน	0	0.00
ดูแลเป็นครั้งคราว/ไม่บ่อย	22	64.70

ระดับความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด (ระดับ 5) ได้แก่ การช่วยเหลือในการประสานจัดหาโลงศพ ร้อยละ 88.2 การช่วยประสานจัดหาวัดในการเผาศพในเขตอำเภอเมืองหรือภูมิลำเนา ร้อยละ 88.2 การสื่อสารวิธีการเก็บศพและบรรจุศพ ร้อยละ 85.30 การช่วยประสานเคลื่อนย้ายหรือรับ-ส่งศพ ร้อยละ 85.30 และการสนับสนุนด้านอารมณ์และประสานในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ร้อยละ 79.4 ตามลำดับความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลในภาพรวม ระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100 (มากที่สุด ร้อยละ 79.40 มาก ร้อยละ 20.60) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของระดับความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=34)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การสื่อสารจากทีมสุขภาพเพื่อเตรียมรับมือกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	73.50	26.50	0.00	0.00	0.00
2. ทีมสุขภาพให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้สุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน	76.60	26.50	2.90	0.00	0.00
3. การอธิบายแผนการดูแลและการจัดการงานศพ	84.40	17.60	0.00	0.00	0.00
4. สื่อสารวิธีการเก็บศพและบรรจุศพ	85.30	11.80	2.90	0.00	0.00
5. การช่วยเหลือในการประสานจัดหาโลงศพ	88.20	11.80	0.00	0.00	0.00
6. การช่วยประสานจัดหาวัดในการเผาศพในเขตอำเภอเมืองหรือภูมิลำเนา	88.20	11.80	0.00	0.00	0.00
7. การช่วยประสานเคลื่อนย้ายหรือรับ-ส่งศพ	85.30	14.70	0.00	0.00	0.00
8. การสนับสนุนให้ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ	79.40	17.60	2.90	0.00	0.00
9. การให้คำแนะนำในการออกใบรับรองการตาย/ใบรับรองแพทย์/ใบประกันชีวิต	64.70	32.40	2.90	0.00	0.00
10. แจกคู่มือ "ปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อรับมือกับความทุกข์โศก...จากการสูญเสีย"	44.10	32.40	11.80	5.90	5.90
11. การเข้าถึงทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษาสอบถามขอความช่วยเหลือ/พูดคุยให้กำลังใจ/ระบายความรู้สึก	76.50	14.70	8.80	0.00	0.00
12. ในภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือและประสานงานในการจัดการงานศพ	79.40	20.60	0.00	0.00	0.00

ข้อเสนอแนะ “ในวาระสุดท้ายแล้วน่าจะให้ญาติที่ฉีดวัคซีนใส่ชุด PPE เข้าเยี่ยมบ้าง” “อยากทราบสรุปอาการ และการรักษาทั้งหมดของผู้เสียชีวิต” นอกจากนี้ยังได้รับคำชม “ขอบคุณทีมแพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ของท่านในกรณีที่ช่วยรักษาคนป่วยอย่างสุดความสามารถทางครอบครัวขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วยครับ” “ขอขอบคุณมากๆ ค่ะ” “ให้บริการช่วยเหลือได้ดีมากๆ ค่ะ” “ขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่าน จะทำให้งานในครั้งนี้น่าเดินไปได้ด้วยดีขอขอบคุณครับ” “ดีแล้วทุกอย่าง”

โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่จัดทำขึ้น ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะที่กำลังจะเสียชีวิตในช่วง 1-2 สัปดาห์ หรือ 24-48 ชั่วโมง และภายหลังเสียชีวิตทันทีและการช่วยประสานบริการจัดการงานศพ ในช่วง 1-3 วัน แต่การสูญเสียที่เกิดขึ้นจากโรคระบาด เป็นการเจ็บป่วยและเสียชีวิตแบบกะทันหัน ไม่คาดคิด ครอบครัวไม่เห็นหรืออยู่ในขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ได้กล่าวคำลา เกิดการสูญเสียขึ้นในเวลาอันใกล้เคียงกัน และบางครอบครัวมีการสูญเสียที่ซ้ำซ้อน พยาบาลมีบทบาทในการประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief) เพื่อติดตามต่อเนื่องไปอีก 6-12 เดือน จนกว่าครอบครัวจะปรับตัวได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่สนับสนุนให้ริเริ่ม พัฒนา และนำแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นไปใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิต ขอขอบคุณพยาบาลจากทั้ง 4 หน่วยงาน ได้แก่ PCN ICUN ICN เจ้าหน้าที่ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเจ้าอาวาสวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณค่าที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ขอมอบแต่ ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวทุกท่าน และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้ระบุนาม

เอกสารอ้างอิง

1. สุนันทา ทองสาร. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565;7:108-19.

2. รายงาน COVID-19 ประจำวัน ข้อมูลประจำประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2565 ค้นจาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>
3. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในระยะใกล้เสียชีวิตโดยใช้ Integrated care pathway (ICP) ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล บรรณาธิการ. Palliative care in COVID-19 pandemic: สหาคมนับบริหารผู้ป่วยระยะท้าย ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2563. หน้า 61-69.
4. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. การดูแลผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Bereavement care). ใน: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. คู่มือดำเนินการสำหรับศูนย์ดูแลระดับประคอง. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2560.
5. Morris SE, Paterson N, Mendu ML. Grieving and hospital-based bereavement care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Hospital Medicine* 2020;15: 699-701.
6. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ และคณะ. แนวปฏิบัติในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายในสถานการณการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอนแก่น: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
7. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ และคณะ. แบบประเมินระดับความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้รับการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในสถานการณการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอนแก่น: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

Letter to the Editor

Long-COVID

Somchai Bovornkitti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

Most lay- or non-medical individuals would interpret the term ‘Long-COVID’ as referring to the lingering symptoms or extended manifestations over a period of time longer than normal of the disease caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). By contrast, many studious infectious doctors and other medical professionals speak from knowledge gained from research or their own experience that approximately one in eight patients, whose other pathogenic manifestations of variable organ systems, such as loss of the sense of taste and/or smell, difficulty in breathing, chest pain while breathing, painful muscles, tingling hands/feet, a lump in the throat, alternating feeling of hot and cold, heavy arms and/or legs, and general tiredness, developed after those patients had COVID-19, with most such manifestations lasting between three and five months. Based on the differences in the frequency of such symptoms in patients who had COVID-19 and the control group in one study, 12.7 per cent of the COVID-19 patients had Long-COVID symptoms.

It should be noted that based on the results of studies on more than 4,200 participants who had COVID-19 obtained during the period when the Alpha and other early variants of the coronavirus were in circulation, it was found that a negligible number of people in the study had a COVID-19 vaccination prior to contracting the disease. Because the study was done before the emergence of the highly transmissible Omicron variants and before widespread use of COVID-19 vaccines, the above situation may not apply to the situation today. However, researchers suggest that vaccination reduces the risk of developing Long-COVID.

It should be further noted that Dr. Aaron Friedberg, an internist at Ohio State University’s Wexner Medical Center in the city of Columbus, claimed that most patients with Long-COVID have had the previously mentioned symptoms for a minimum of four

weeks, with some having had them for a period ranging from three months to as long as two years. He remarked that currently there is high baseline level of protection in the population, so it is somewhat unusual nowadays for someone to get COVID-19 who has never received a vaccine.

Newly added information is that additional symptoms of long-COVID include 'brain fog,' the so-called "post-exertion malaise" after physical or mental exertion, and depression or anxiety. One study found that over half of COVID-19 patients have had some kind of cognitive impairment a year after being discharged from the hospital.

Of further note: Cedars-Sinai Investigators found that people with prior SARS-CoV-2 infection have a wide variety of auto-antibodies in their blood stream up to six months after they have fully recovered from COVID-19 . These patterns of immune dysregulation could be underlying the different types of persistent symptoms in people who go on to develop the condition referred to as Long-COVID.

Documents used for preparing the above note were obtained from <https://www.healthline.com/health-news/what-we-know-about-your-risk-of-getting-long-COVID>; and <https://scitechdaily.com/covid-19-can-trigger-self-attacking-antibodies-even-in-people-that-had-no-symptoms-of-infection/>

Letter to the Editor

Allying Words

Somchai Bovornkitti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand

To the Editor :

Clarifying for laypersons and medical students a few frequently misunderstood medical terms:

Cardiac arrest, a sudden cessation of cardiac function, is not a heart attack, although a heart attack can cause cardiac arrest.

A *heart attack* is a circulation problem. When circulation is blocked or cut off and blood is no longer supplied to the heart muscle, the result is a myocardial infarction.

Heart failure happens when the heart cannot effectively push blood out through the circulatory system to the other organs and tissues. It is not as immediately life-threatening as a heart attack or cardiac arrest.

Congestive heart failure means blood flow from the heart through the arteries has slowed while blood returning to the heart through the veins has backed up, and combined, this causes a “blood traffic jam” – congestion in the body’s tissues.

Letter to the Editor

The French Paradox

Somchai Bovornkiti

The Academy of Science, The Royal Society of Thailand, Bangkok

“The French Paradox is an apparently paradoxical epidemiological observation that French people have a relatively low incidence of coronary heart disease.” -Wikipedia.

French people have relatively low levels of coronary heart disease, especially when compared with people in Britain. Despite his or her qualms with a.m. pastries, the French way of eating actually healthy, when consuming smaller portions, not snacking, and avoiding processed foods. It balances out those rich, high-quality desserts and moderate amounts of wine.

For further note: a low mortality rate specifically from cardiovascular diseases may be due mainly to be regular consumption of red wine.

Document for further reading

1. Bovornkitti S. Secrets of attaining old age. AMJAM 2022;22:158.

จดหมายถึงบรรณาธิการ

Connection Between Hearing Loss and Dementia in
Older Adults

วรพรรณ เสนาณรงค์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

มีรายงานการศึกษาจากวิทยาลัยสาธารณสุขบรู๊คมเบิร์ก มหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ เรื่องการสูญเสียการได้ยินกับภาวะเสื่อมสภาพจิตในผู้สูงอายุลงพิมพ์ใน SciTechDaily วันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๖ (<https://scitechdaily.com/new-research-reveals-startling-connection-between-hearing-loss-and-dementia-in-older-adults/>) มีใจความว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินรุนแรงส่วนใหญ่มีภาวะเสื่อมสภาพจิตร่วมด้วย โดยภาวะสูญเสียการได้ยินเป็นปัจจัยสำคัญของการเสื่อมสภาพจิตผู้สูญเสียการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังมีอุบัติการณ์ภาวะเสื่อมสภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ผมแพ้ไบโโไฮโดรเดียมกลูตาเมต ?

สมชัย บวรกิตติ

สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาไทย

คืนนี้เพิ่งเข้าใจว่าตัวเองแพ้ผงชูรส ? ครั้งหนึ่งหลายปีมาแล้วตกกลางคืนทุกคืนต้องตื่นขึ้นกลางดึก เป็นตะคริวที่น่องปวดมากต้องลงจากเตียงลงมายืนสักครู่อึ่งทุเลา กลับลงไปนอนก็จะ เป็นอีก ตัวเองเป็นแพทย์อายุรกรรม รู้เรื่องตะคริวก็พยายามรักษาตามวิธีที่รู้จักไม่ได้ผล จึงไปโรงพยาบาลตรวจก็ไม่ทราบสาเหตุแต่ไม่ได้เกิดอาการมานานแล้ว คืนนี้เกิดอาการอีกจึงพอนึกออกว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

เมื่อวานนี้ไปซื้ออาหารร้านอร่อยที่สมัยหนึ่งเคยไปซื้อประจำ แต่ไม่ได้ไปซื้อนานแล้ว กินอาหารมือเย็นที่ซื้อมา ตกกลางคืนตอนดึกเป็นตะคริวรุนแรงแบบที่เคยเป็นเมื่อหลายปีมาแล้ว ทำให้เข้าใจว่าอาหารอร่อยที่กินต้องเป็นสาเหตุแน่ เพราะเป็นอาหารร้านเดิมและอาการเหมือนเดิม จึงอนุมานว่าใช่ เขียนมาเพื่อว่าแพทย์ท่านอื่นที่มีความรู้เรื่องนี้จะกรุณาเขียนยืนยันหรือแจ้งสาเหตุอื่นได้

จดหมายถึงบรรณาธิการ

จดหมายเหตุทางแพทย์ของสภาอากาศสยาม

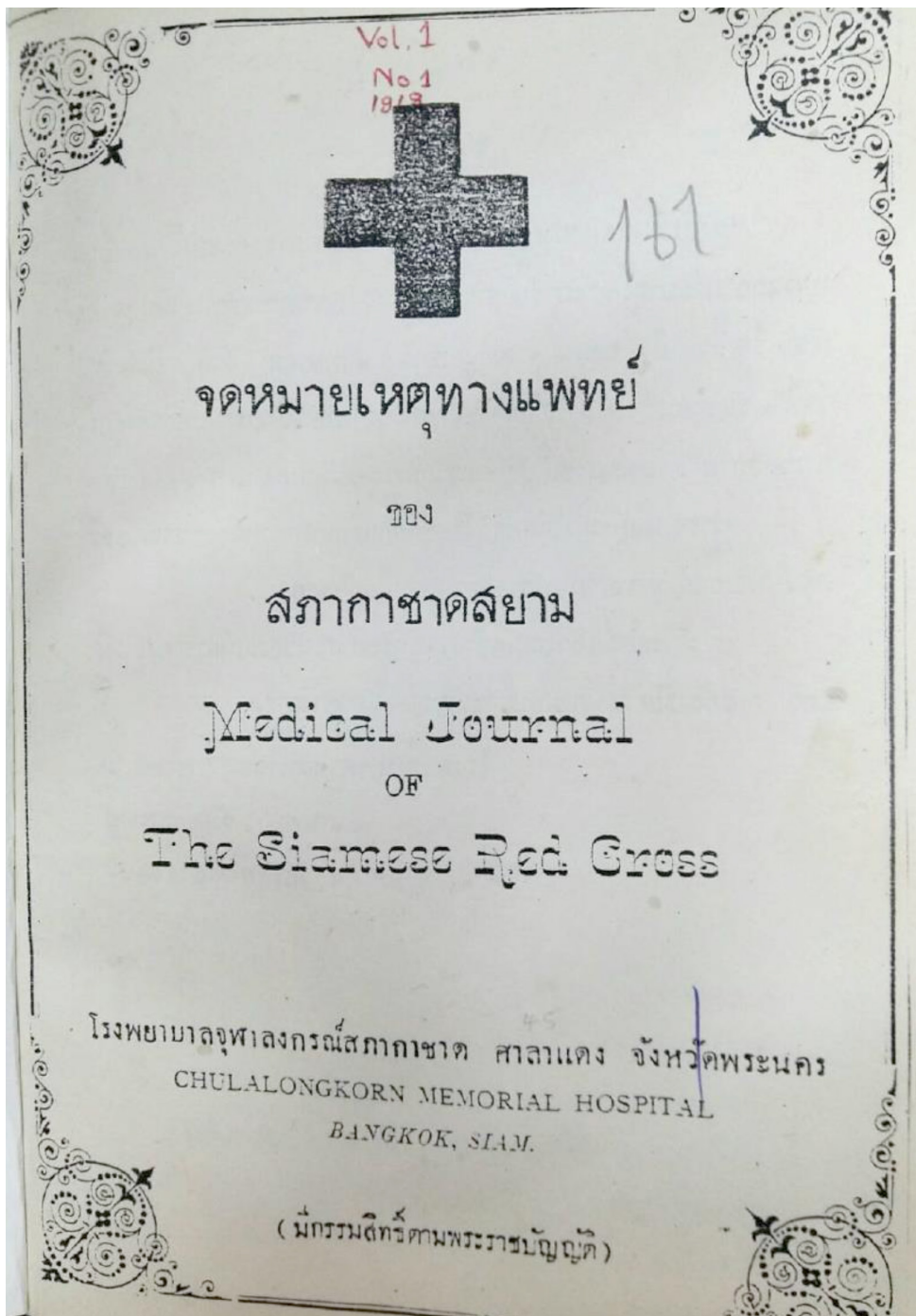
สมชัย บวรกิตติ

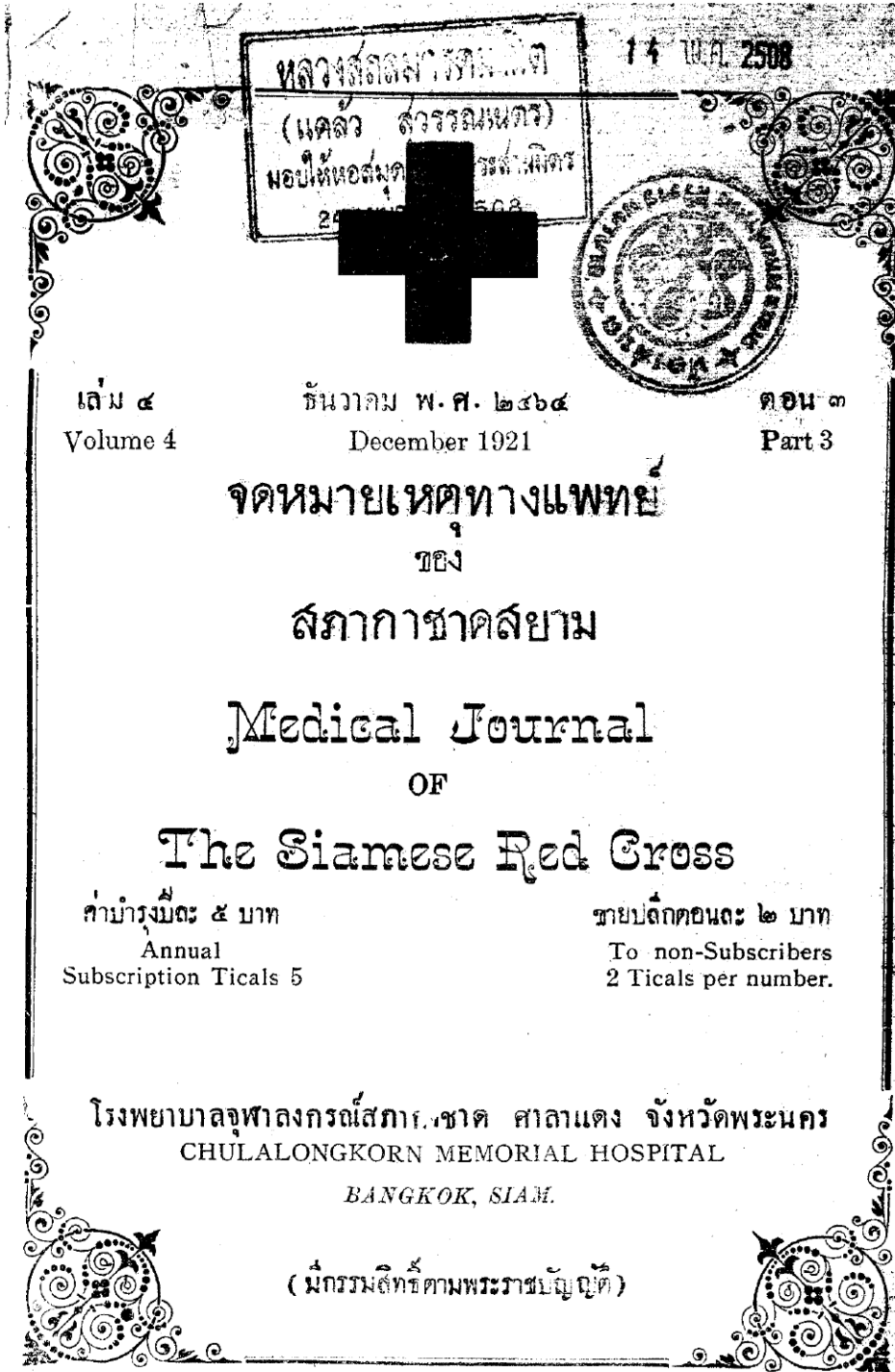
สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสภาไทย

เรียนบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ มีบทความเรื่อง **สยามเวชกิจ-วารสารฉบับแรกของไทย** พิมพ์ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๑ (ค.ศ. ๑๙๐๘) ซึ่งเป็นข้อมูลประวัติศาสตร์ วันนี้นำมาขอส่งภาพปกวารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ของสภาอากาศสยามเล่มที่ ๑ (พ.ศ. ๒๔๖๑/ ค.ศ. ๑๙๑๘) และเล่มที่ ๔ (พ.ศ. ๒๔๖๕) มาให้ท่านใช้ประโยชน์ เพราะจดหมายเหตุเล่มนี้น่าจะเป็นวารสารการแพทย์ไทยเล่มที่ ๒ ถัดจาก **สยามเวชกิจ** ที่พิมพ์ก่อนหน้าเป็นเวลา ๑๐ ปี

เล่มที่ ๑ พ.ศ.๒๔๖๑ เล่มที่ ๔ พ.ศ. ๒๔๖๕





คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ในการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณา เผยแพร่ลงในวารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ชื่อย่อภาษาไทย วรฆ
Khon Kaen University Hospital Journal ชื่อย่อภาษาอังกฤษ KUHH
เผยแพร่บทความวิชาการ 6 ประเภท คือ

1. **บทความวรรณกรรม (review article)** บทความที่รวบรวมความรู้จากตำรา หนังสือ หรือวารสาร ผลงาน และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์มาเรียบเรียงขึ้น โดยการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ วิวิจารณ์ สังเคราะห์ เพื่อให้เกิดความลึกซึ้ง หรือเกิดความกระจ่างในเรื่อง สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง มากยิ่งขึ้น ซึ่งเนื้อหาควรกระชับ ตรงประเด็นที่ต้องการนำเสนอโดยปราศจากอคติ

2. **รายงานผู้ป่วย หรือ กรณีศึกษา (case report)** บทความรายงานผลการศึกษาค้นคว้าจาก ผู้ป่วยจริง เลือกระเคสเด่นเด่นของผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีการวิเคราะห์ บูรณาการความรู้เชิงทฤษฎี การแพทย์ การพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยทั้งในด้าน evidence based medicine และ clinical practice guideline รวมถึงความรู้ส่วนบุคคล ศิลปะ จริยธรรม กฎหมาย ผลลัพธ์การดูแล บทสรุป และข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในกรณีอื่นได้

3. **การจัดการความรู้ (knowledge management : KM)** บทความด้านองค์ความรู้ที่จำเป็น ของหน่วยงานเพื่อนำไปใช้ถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และมีการจัดเก็บองค์ความรู้ ให้สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ง่าย มีการนำเสนอถึงกระบวนการในการจัดการความรู้ ถอดบทเรียน และถ่ายทอดองค์ความรู้นั้น เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

4. **นวัตกรรม (innovation)** บทความด้านการสร้างผลงาน เช่น การสร้างสรรค์ชิ้นใหม่ (creative) และเป็นความคิดที่สามารถปฏิบัติได้ (feasible ideas) นำไปใช้ได้ผลจริง (practical application) และมีการแพร่ (diffusion through) ซึ่งต้องบูรณาการความรู้ที่ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์

5. **การพัฒนางาน** ประกอบด้วย continuous quality improvement (CQI), clinical tracer และ risk management (RM) รายละเอียดดังนี้ CQI บทความที่สรุปผลงานการพัฒนา คุณภาพได้กระชับ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ให้บุคลากรและองค์กรนำไปใช้ ประโยชน์ clinical tracer บทความตามรอยทางคลินิก คือ สภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามประเมิน คุณภาพในแง่มุมมองต่าง ๆ อาจจะเป็นโรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้ RM หรือ **การบริหารความเสี่ยง** บทความด้านการนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรและ มีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเรียนรู้เป็นแบบอย่าง หรือเป็นบทเรียนให้นำไป พัฒนางค์กรได้

6. **อื่นๆ** ประกอบด้วย จุดหมายถึงบรรณาธิการ นานาสาระ บทความวิชาการที่ทันสมัย อยู่ในกระแสความสนใจ รวมทั้งนโยบายแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากร และองค์กร

รายงานผู้ป่วย หรือกรณีศึกษา (case report) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (ไทย หรือ อังกฤษ)
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. บทนำ
4. ตัวอย่างกรณีศึกษา
5. การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
6. อภิปราย
7. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ
8. สรุป (บทเรียนรู้)
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

นวัตกรรม (innovation) ประกอบด้วย

1. ชื่อนวัตกรรม
2. ชื่อคณะผู้คิดค้น พร้อมชื่อหน่วยงานที่ติดต่อ
3. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
4. ที่มาและแนวคิดของนวัตกรรม กล่าวถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ จุดเด่น หรือกลไกการทำงานที่เป็นจุดเด่นที่แตกต่างจากของที่มีอยู่เดิม
5. วิธีการที่ได้มาซึ่งนวัตกรรม อธิบายรูปแบบการวางแผน ออกแบบ วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
7. ผลการศึกษา ทดลองใช้นวัตกรรม เมื่อใช้แล้วเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไร ใช้วิธีการวัดและประเมินผลอย่างไร
8. ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอื่นๆ
9. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การจัดการความรู้ (knowledge management : KM) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)

3. ที่มาและความสำคัญ
4. วัตถุประสงค์
5. กระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงาน
6. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (เทียบกับคู่แข่ง/เกณฑ์/เกิดการเปลี่ยนแปลง/trend/productivity)
7. สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการ
8. ปัจจัยความสำเร็จ
9. สรุปองค์ความรู้ในประเด็นนี้
10. การเข้าถึงองค์ความรู้ (ช่องทางการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้/การถ่ายทอดองค์ความรู้)
11. การนำเอาองค์ความรู้ไปใช้ (ระดับการเผยแพร่แลกเปลี่ยนองค์ความรู้)
12. เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

การพัฒนางาน ประกอบด้วย

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา
2. บทคัดย่อ (ไทย หรือ อังกฤษ)
3. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร สมาชิกทีม : ระบุรายชื่อสมาชิกในทีม วุฒิ ตำแหน่ง
4. เป้าหมาย ระบุเป้าหมายของโครงการให้ชัดเจน
5. ปัญหาและสาเหตุ ระบุว่าปัญหาที่ต้องการแก้ไขคืออะไร มีผลกระทบต่องานหรือการดูแลผู้ป่วยอย่างไร เกิดขึ้นที่ไหน เกี่ยวข้องกับใครบ้าง มีสาเหตุสำคัญจากอะไร
6. การเปลี่ยนแปลง ระบุการเปลี่ยนแปลงแต่ละประเด็นที่นำมาทดลองในโครงการให้รายละเอียดที่เพียงพอเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจว่าทีมได้ทำอะไรไปบ้าง
7. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง มีการวัดผลของการเปลี่ยนแปลงที่วางแผนไว้อย่างไร นำเสนอในรูปแบบกราฟผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับการวัดผลดังกล่าว
8. บทเรียนที่ได้รับ นำเสนอบทเรียนที่ได้รับให้ชัดเจนพอที่จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจว่าควรทำอะไร ทำไม่สิ่งนั้นจึงมีความสำคัญ สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะทำในครั้งหน้าที่แตกต่างไปจากเดิม
9. การติดต่อกับทีมงาน ระบุชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ ชื่อองค์กร ที่อยู่ โทรศัพท์ email

วิธีการส่งต้นฉบับ

- ผู้นิพนธ์หลักหรือผู้รับผิดชอบบทความแจ้งความจำนงที่จะตีพิมพ์ถึงบรรณาธิการ และต้องระบุว่าต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ให้ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ข้อมูลทางเว็บไซต์วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น www.kkuhj.com

- เตรียมบทความโดยใช้โปรแกรม Microsoft Word และ ไฟล์รูปภาพให้ save เป็น .jpg หรือ .tif
- คณะบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง
- เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ
- ข้อความและความคิดเห็นในเรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้เตรียมตามรูปแบบที่วารสารนี้กำหนดเท่านั้น โดยให้ทำตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเผยแพร่วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือใช้ต้นแบบจากตัวอย่างที่ให้ไว้ (sample copy) ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วย Fonts: Angsana New 16 ต้นฉบับ และบทความย่อต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวสะกดภาษาไทยให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547 โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

ชื่อเรื่องควรสื่อความหมายมากที่สุดโดยใช้คำน้อยที่สุด และต้องตรงกันระหว่างไทยกับอังกฤษ

2. ชื่อผู้แต่งและสังกัด ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

สถาบันที่ผู้เขียนสังกัดขณะทำวิจัย ไม่ต้องใส่ยศ คำนำหน้า ตำแหน่ง หรือปริญญา สามารถใส่เครื่องหมาย * เพื่อบ่งถึงผู้เขียนหลักที่รับผิดชอบได้ตอบบทความ

ตัวอย่าง สมศักดิ์ เทียมเก่า^{1*}

¹ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. บทคัดย่อ ต้องเตรียมเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

งานตีพิมพ์ทุกประเภทจะต้องมีบทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ยกเว้นจดหมายถึงบรรณาธิการ เตรียมในลักษณะ structured abstract ประกอบด้วยแต่ละส่วน ดังนี้

A. หลักการและวัตถุประสงค์ (background, introduction and objective)

B. วิธีการศึกษา (รูปแบบการศึกษา, สถานที่ศึกษา, ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง, การรักษา, การวัดผล) (methods, design, setting, population and samples, intervention, measurements)

C. ผลการศึกษา (results)

D. สรุป (conclusions)

4. เนื้อหา (Main text) ประกอบด้วย

A. บทนำ (introduction) มีการอ้างถึงปัญหา ความรู้ที่ยังขาด และวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานของการวิจัย ให้เขียนในรูปแบบบรรยายความ ไม่ให้เขียนเป็นข้อ ๆ เหมือนเขียนเอกสารโครงการวิจัย เขียนรวมอยู่ในบทนำเป็นย่อหน้าเดียว

B. วิธีการศึกษา (methods) ระบุถึง รูปแบบการวิจัย ประชากรศึกษา วิธีการเลือกตัวอย่าง วัสดุ สารเคมี วิธีการวัดผล การวิเคราะห์ตัวอย่าง มีรายละเอียดที่เพียงพอที่จะเข้าใจ และวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ

C. ผลการศึกษา (results) การนำเสนอผลการศึกษา ในรูปแบบที่เหมาะสม ในเนื้อเรื่องในตาราง หรือในรูปภาพ โดยตารางและรูปภาพควรมีรวมกันไม่เกิน 7 ชิ้น ควรมีนัยสำคัญทางสถิติกำกับ ในตารางหรือภาพควรมีคำอธิบายกำกับ และต้องกล่าวอ้างถึงตารางหรือภาพในเนื้อความ

D. วิจารณ์ (discussion) อภิปรายการทดลองของตนเองในบริบทของความรู้ที่มีในสาขาวิชานั้น ไม่นำเสนอผลการทดลองซ้ำอีก นำเสนอการวิเคราะห์ที่ตั้งสมมุติฐาน มีการอ้างอิงครบถ้วน ถูกต้องเหมาะสม

E. สรุป (conclusion)

F. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)

G. เอกสารอ้างอิง (references)

H. ตาราง (table)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา

I. ภาพ (figure)* ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากเนื้อหา

J. คำบรรยายภาพ (figure legends)

5. ใบนำส่งบทความ (title page)

ประกอบด้วยชื่อเรื่องไทย หรือ อังกฤษ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน คุณวุฒิสูงสุด สถาบัน ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ชื่อที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ ที่ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อได้ และ key words 3 ถึง 5 คำ ภาษาไทยหรืออังกฤษก็ได้

6. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการ (methods) ว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการประจำสถาบันที่ทำวิจัยนั้น ๆ กองบรรณาธิการอาจขอหลักฐานพิจารณาในกรณีที่เป็น

7. ภาพประกอบ (Figure) และตาราง

- ภาพจัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดย save ไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป) ให้อ่านได้ชัดเจน

- ไม่ควรใช้ตารางหรือรูปภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน ไม่ควรมีตารางหรือภาพที่ไม่มีความจำเป็นซึ่งสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่อง

- ควรให้รูปภาพหรือตารางสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่ายโดยตัวมันเอง และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ให้จัดเตรียมแยกต่างหากจากบทความ ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (<0.05) ในตารางหรือภาพ

- ตารางและรูปภาพให้ใช้เลขอารบิกนำเสนอตามลำดับก่อนหลัง และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่มีรูปภาพหนึ่ง ๆ มีภาพย่อย ๆ หลายภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อยเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ

8. การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ในกรณีที่ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติควรใช้ ค่า ค่ามัธยฐาน ± ค่าพิสัยคววไทล์ ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [95% confidence interval] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t-test หรือ ANOVA test หรือ non-parametric test ที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น

9. เอกสารอ้างอิง (Citation and Reference)

- แนะนำให้ใช้โปรแกรม Reference Manager เช่น EndNote หรือ Procite ในการจัดทำ ไม่ควรใช้วิธีการพิมพ์เข้าไปในโปรแกรม Word โดยตรงเนื่องจากเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

- กำหนดหมายเลขเอกสารอ้างอิงตามลำดับที่อ้างในบทความ (citation) ใช้ตัวเลขอารบิก ตัวยก (superscript) ไม่ใส่วงเล็บ การเขียนเอกสารอ้างอิง (reference) ให้ใช้ตามแบบที่กำหนด โดยวารสารนี้เท่านั้น (ดูจากตัวอย่างที่ให้ และสามารถ download EndNote/Procite style ได้จาก เว็บไซต์) สำหรับชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

10. คำแนะนำผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับที่มีรูปแบบการวิจัยจำเพาะ

โครงการวิจัยบางประเภท ได้แก่ randomised controlled trials และ observational studies in epidemiology (cohort Studies, case-control studies และ cross-sectional analytical studies) โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานเฉพาะ สำหรับการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับในรูปแบบการวิจัยดังกล่าว ซึ่งจะให้ความสำคัญกับ checklist และ/หรือ flow diagram เพื่อให้นิพนธ์ต้นฉบับนั้น ๆ มีเนื้อหาสำคัญที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และ ชัดเจน มากพอที่ผู้อ่านจะสามารถประเมินความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนั้นได้ โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมดังกล่าว ได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ดังนี้

- Randomized Controlled Trial: <http://www.consort-statement.org/?o=1011>
- Observational Studies in Epidemiology: <http://www.strobe-statement.org/Checklist.html>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสารทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ฉบับที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- เนสินี ไชยเอื้อย, อรวรรณ บุราณรักษ์, สมเดช พินิจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชายตา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้ คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทย ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2548; 20:3-10.
- Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005 ;88:845-8.

ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้เขียนคำว่า และคณะ หรือ et al ต่อท้ายชื่อผู้แต่งคนที่ 6

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

- สรรชัย ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2548.
- Vatanasapt V, Sripa B. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000.

บทในหนังสือ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทในหนังสือ. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

- บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกสัชจลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เกสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2548: 27-53.
- Sripa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripa B, editors. Liver Cancer in Thailand; Epidemiology, diagnosis and control. Khon Kaen: Siriphan Press, 2000:65-99.

สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่างๆ

- Chaiear N. Health and safety in the rubber industry. Rapra Review Reports; Report 138. Shrewsbury: RAPRA Technology LTD; 2001.
- Report of the WHO informal consultation on the evaluation and testing of insecticides. Geneva:World Health Organization;1996. WHO document WHO/CTD/WHOPES/IC/96.1.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Approved by House of Delegates on October 21, 1992, and last amended October 16, 2002) USA:American Society of Anesthesiologists /Available from: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/Difficult%20Airway.pdf>

- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited Jun 5,1996];1(1):[24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Conference proceedings

- Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182-91.

Journal article on the Internet

- Thienthong S, Krisanaprakornkit W, Duenpen Horatanaruang D, Yimyam P, Thinkhamrop B, Lertakyamanee J. Motor blockade associated with continuous epidural infusion after abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial comparing 0.1% ropivacaine-plus-fentanyl versus 0.2% ropivacaine-alone. *Acute Pain* [in press]
- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *AM J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 June [cited Aug 12, 2002]; 102(6):[about 3p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/June/Wawatch.htm>

Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited Jul 9, 2002]. Available from: <http://www.nap.edu/books0309074029/html/>.



พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คสังขนาวทยา 232/199 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860-61 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2566

KUHJ



วารสาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Khon Kaen University Hospital Journal

