

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันบำราศนราดูรยินดีรับบทความวิชาการรายงานผลการวิจัย การสอบสวนโรค นวัตกรรมใหม่ ผลงานจากการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน สารานุกรมหรือการแปลเอกสาร วารสารที่สามารถนำมาเป็นแนวทางหรือความรู้แก่ผู้อ่าน เช่นผลการวิจัยใหม่ๆที่พบในวารสารต่างประเทศ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้
"บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง"
ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการ

ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ

ปฏิบัติงาน

วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความวิชาการ

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์และ

วิธีการศึกษา

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิเคราะห์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานย่อชื่อย่อและสถานที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถัดต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ).ชื่อเรื่อง
ชื่อย่อวารสาร ปีค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (volume) : หน้แรก - หน้สุดท้าย.
ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก
แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of
Heterosexual patners, children and household
contracts of Adults with AIDS.JAMA 1987; 257: 640 - 4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม
ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วิสุทธิ, สุรศักดิ์ สัมปัตตตะวนิช,
อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา
คลินิกจากกวางดางขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์
589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10: 101 - 2

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ.
เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K.Tuberculosis case-finding and chemo-
therapy.Geneva: Wold Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทที่หนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน.ชื่อเรื่อง.ใน; (ชื่อบรรณาธิการ),
บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้แรก-หน้สุดท้าย.

ตัวอย่าง

2. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ.การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย.ใน:
ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญภาค, ตระหนักจิต ทรนิลสุต,
บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตรอน.พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. น.115 - 20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง
การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ
แวนคูเวอร์ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4
(ตุลาคม - ธันวาคม 2541) หน้ 465 - 472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และเอกสาร
อิเล็กทรอนิกส์ที่สำนักงานวารสาร ตีกรอำนวยการ ขึ้น 3
สถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์ จ.นนทบุรี 11000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและ
ส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับ
เอกสารพร้อมรูปชื่อ File และระบบที่ใช้ MS Word

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วย
หมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพ
สไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้
การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้
ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจน
เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด
ผู้เขียนต้องรับผิดชอบตอบบทความของตน

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูรและหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจ หรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงจรรยา	แสงสัจจา
แพทย์หญิงนาภา	จิระคุณ
แพทย์หญิงรุจิณี	สุนทรขจิต
นายแพทย์พรชัย	จิระชนากุล
นายแพทย์วิโรจน์	หมั่นคติธรรม
นายแพทย์สุทัศน์	โชติชนะพันธ์

บรรณาธิการ

คณะบรรณาธิการ

นายสาทิติย	คงสอน
นายแพทย์บุญชัย	โควาศิขัยบุรณะ
นางพรศิริ	เรือนสวาง
นายแพทย์วีรวัฒน์	มโนสุทธิ
นายแพทย์อรุณ	เหลื่องนิยมกุล
แพทย์หญิงปริญญช	โพธิ์หอม
นางศิริรัตน์	ลิگانนท์สกุล
นายแพทย์วิศิษฐ์	มูลศาสตร์
แพทย์หญิงนุชรินทร์	ไวว่อง
ดร.สุนนมาลย	อุทัยมกุล
นางปัทมาวดี	เติมวิเศษ
นางสาวอัญชนา	ถาวรวัน
นางพันธ์ทิพย์	แก้วดวงใจ
นางกนกพร	เมืองชนะ
นายสกลณ	รุ่งโรจน์
นางสมจิตร	ทองแย้ม
นางวราภรณ์	เทียนทอง
นางสาวศิริพร	หาญธิรเดช
นางสาววีนันท์	จันทร์ศรีธรรม
นางสาวสุทธินิ	พรรณทูล

ผู้จัดการ

ฝ่ายจัดการ

สำนักงานวารสาร

สถาบันบำราศนราดูร 126 ตึกอำนวยการชั้น 3 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
11000 โทร 0-2590-3505 โทรสาร 0-2590-3620

กำหนดออก

พิมพ์ที่

ปีละ 3 ครั้ง
โรงพิมพ์ ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE JOURNAL
Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

- Objective:** 1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnadura Infectious Institute. And ministry or public health
2. Media for knowledge charring among public health personnel
3. Media for knowledge management and knowledge based organization

Advisors:	Dr.Chariya	Sangsajja
	Dr.Napha	Chiraguna
	Dr.Rujanee	Sunthornkachit
	Dr.Pronchai	Chirachanakul
	Dr. Wiroj	Mankhatitham
Editor:	Dr. Suthat	Chottanapund
Editorial Board:	Dr. Sathit	Kongsorn
	Dr. Boonchai	Kowadisaburana
	Mrs. Pornsiri	Ruansawang
	Dr. Weerawat	Manosuthi
	Dr. Aroon	Lueangniyomkul
	Dr. Piyanut	Phokhom
	Mrs. Sirirat	Likanonsakul
	Dr. Visal	Moolasart
	Ms. Nucharin	Vaivong
	Ms. Sumonmal	Uttayamakul
	Mrs.Patamavadee	Termvise
	Ms. Unchana	Thawomwan
	Mrs.Punthip	Kaewduanjai
	Mrs. Kanokporn	Muangchana
	Mr. Sakaphon	Rungroj
	Mrs. somjit	thongyaem
Manager:	Mrs. Varaporn	Thientong
Management Department:	Ms. Siriporn	Hanthiradej
	Ms. Raweenon	Chansritham
	Ms. Suttinee	Pantune
Editor Office:	Journal office, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 126 Directorate Building, 3 rd Floor. Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, Tel. 0 - 2590 - 3505 Fax 0 - 2590 - 3620	
Publication:	Three issues per year:	
Printed at:	The Agricultural Cooperative Federation of Thailand., Limited.	

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2556 Vol. 7 No. 2 May - August 2013

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษของสถาบันบำราศนราดูร ราชา ตันธนาธิป	57
รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีบาดแผลบริเวณก้นกบจาก การผ่าตัด การกดทับ และการฉายแสง อรุณรัตน์ เพิ่มผล, พรศิริ เรือนสว่าง	65
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกัน และควบคุมโรคต่อความรู้ และความพึงพอใจ ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ศุภลักษณ์ หิรัญพัฒน์วงศ์	80
อาการเวียนศีรษะที่เกิดขึ้นขณะเปลี่ยนท่า (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) ทัตเทพ บุญอำนวยสุข	92
การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการตรวจ ระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 และระดับเชื้อไวรัส เบญจมาศ อุดลยวัฒน์, กรุณา ลิ้มเจริญ, สุนันทา เนตรพรหม, จุฬานาถ เกตุกำฟู, ภาณุดา บุชา, เดชา ญาณฤทธิ, พงศธร ทองวิจิตร, กุลจิรา ยืนยงค์, ประภาพร ขำสา	98

สารจากบรรณาธิการ

วารสารนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2556 ช่วงนี้ชาวบาราศฯ คงจะเหนื่อยกับการเตรียม re-accredit สำหรับ HA อย่างไรก็ดีทางกองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนต้นฉบับเพื่อการจัดทำวารสารนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ทางกองบรรณาธิการขอให้ชาวบาราศฯ ทุกท่านสนุกกับการทำงาน และขออวยพรให้การ re-accredit สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี พบกันใหม่ในฉบับหน้าครับ

สุทัศน์ โสตะพันธ์

บรรณาธิการ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ ของสถาบันบำราศนราดูร

นายแพทย์ราชา ตันธนาธิป

กลุ่มงานบริการเฉพาะทาง สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

เนื่องจากการดำเนินงานทางด้านระบาดวิทยา มีความสำคัญต่อการศึกษาถึงระดับความรุนแรงของโรค และภัยสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะการมีเครื่องมือที่เหมาะสม หรือที่รู้จักกันดีคือระบบเฝ้าระวัง การมีระบบเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันนั้นจะทำให้ระบบเฝ้าระวังนั้นสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายส่วน และเพื่อเป็นการรับทราบปัญหา อุปสรรค และเตรียมความพร้อมของระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษของสถาบันบำราศนราดูร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด สถาบันบำราศนราดูรจึงได้ประเมินแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ เพื่อที่จะทราบข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถมองเห็นจุดดีและจุดอ่อนของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน ให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนที่มาใช้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1 เพื่อประเมินแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษของสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งอิงตามรูปแบบการประเมินชิปของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's: CIPP Model)^{1, 2} โดยให้ครอบคลุมในด้านสภาวะแวดล้อมของระบบ (Context) ปัจจัยนำเข้าของระบบ (Input) กระบวนการของระบบ (Process) และผลผลิตของระบบ (Output) และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญอื่นๆ ต่อไป

2 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคและหาข้อเสนอแนะในการเฝ้าระวังโรคและนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการ

1 ปรับปรุงฐานข้อมูลการประเมินผลการเฝ้าระวังโรคโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในสถาบันบำราศนราดูร เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2554

2 จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2554 กับปีงบประมาณ 2555

3 ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4 วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์โรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการเฝ้าระวังโรคโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ

5 ประเมินคุณภาพการเฝ้าระวังโรค โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ

6 จัดทำรายงานประเมินผลการเฝ้าระวังโรคโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ผลการศึกษา

รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และอาหารเป็นพิษในสถาบันบำราศนราดูรระหว่างตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2554

ข้อมูลผู้ป่วยอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ ปี ตุลาคม 2553 - กันยายน 2554 พบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงประมาณเดือนละ 400 ราย ต่อเดือน เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยประมาณ 15 รายต่อเดือน มีการส่งอุจจาระเพื่อตรวจเพาะเชื้อในปริมาณค่อนข้างต่ำน้อยกว่า 50% โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย (ตารางที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงเชื้อที่ตรวจพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจอุจจาระพบว่ากลุ่มที่ใหญ่ที่สุดได้แก่ *Vibrio Parahaemolyticus* ลำดับที่สองเป็นแบคทีเรียที่ยังไม่สามารถระบุสายพันธุ์ได้

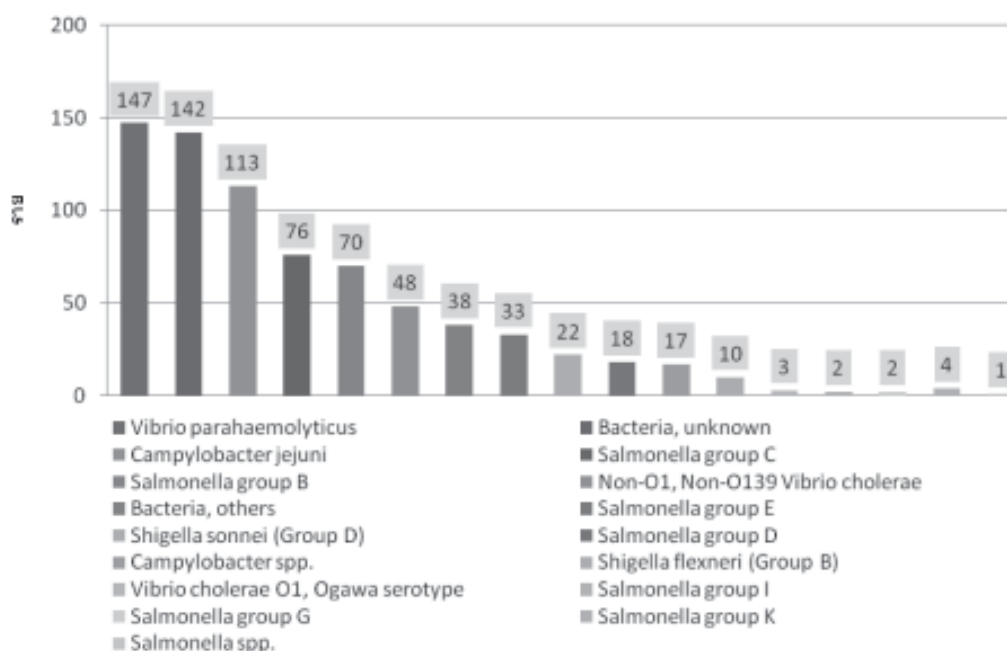
ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงปี ตุลาคม 2553 - กันยายน 2554

เดือน	ผู้ป่วยอุจจาระร่วงทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV	การส่งตรวจ stool C/S	
				จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV
ต.ค. 53	415	402	13	233 57.96%	8 61.54%
พ.ย. 53	486	468	18	260 55.56%	8 44.44%
ธ.ค. 53	477	463	14	232 50.11%	3 21.43%
ม.ค. 54	435	424	11	271 63.92%	11 100%
ก.พ. 54	477	456	21	244 53.51%	13 61.90%

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงปี ตุลาคม 2553 - กันยายน 2554 (ต่อ)

เดือน	ผู้ป่วยอุจจาระร่วงทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV	การส่งตรวจ stool C/S	
				จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV
มี.ค. 54	400	388	12	204 52.58%	2 16.67%
เม.ย. 54	365	347	18	193 55.62%	8 44.44%
พ.ค. 54	403	394	9	188 47.72%	2 22.22%
มิ.ย. 54	403	395	8	247 62.53%	4 50%
ก.ค. 54	397	368	29	187 50.82%	17 50%
ส.ค. 54	417	405	12	253 62.47%	4 33.33%
ก.ย. 54	458	446	12	257 57.62%	6 50%

แผนภูมิที่ 1 สถิติเชื้อก่อโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ ปี 2554



รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และอาหารเป็นพิษในสถาบันบำราศนราดูรระหว่างตุลาคม 2554 ถึงกันยายน 2555

ข้อมูลผู้ป่วยอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ ปี ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555 พบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงประมาณเดือนละ 500-600 รายต่อเดือน เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ดส์ร่วมด้วยประมาณ 15 รายต่อเดือน มีการส่งอุจจาระเพื่อตรวจเพาะเชื้อในปริมาณสูงกว่าปีงบประมาณ 2554 โดยมี

ปริมาณส่งตรวจสูงกว่า 50% ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอ็ดส์ร่วมด้วยก็มีการส่งตรวจที่สูงขึ้นแต่ยังต่ำกว่า 50% (ตารางที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 แสดงถึงเชื้อที่ตรวจพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจอุจจาระพบว่ากลุ่มที่ใหญ่ที่สุดยังเป็น *Vibrio Parahaemolyticus* ในปีนี้เนื่องจากการพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้สามารถระบุสายพันธุ์ได้ละเอียดมากขึ้น

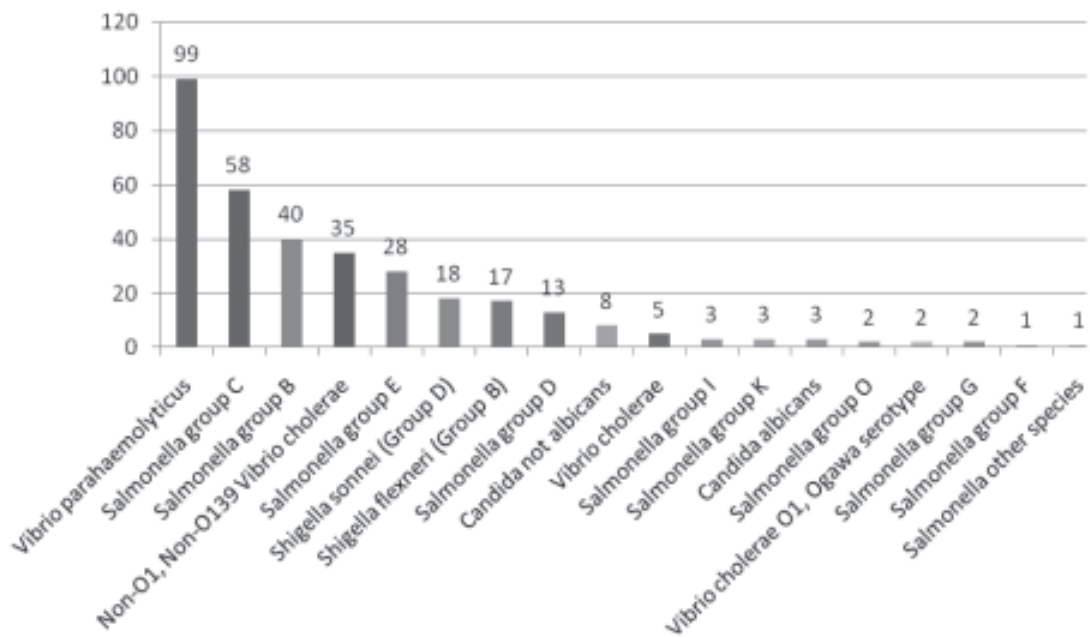
ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงปี ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555

เดือน	ผู้ป่วยอุจจาระร่วงทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV	การส่งตรวจ stool C/S	
				จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV
ต.ค. 54	634	622	12	321 51.61%	5 41.67%
พ.ย. 54	788	771	17	324 42.02%	5 29.41%
ธ.ค. 54	697	678	19	316 46.61%	11 57.89%
ม.ค. 55	570	557	13	324 58.17%	3 23.08%
ก.พ. 55	540	524	16	335 63.93%	6 37.50%
มี.ค. 55	406	394	12	233 59.14%	6 50.00%
เม.ย. 55	347	334	13	169 50.60%	5 38.46%
พ.ค. 55	490	472	18	255 54.02%	6 33.33%
มิ.ย. 55	496	483	13	321 66.46%	6 46.15%

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ และอุจจาระร่วงปี ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555 (ต่อ)

เดือน	ผู้ป่วยอุจจาระร่วงทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV	การส่งตรวจ stool C/S	
				จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย HIV
ก.ค. 55	717	698	19	488 69.91%	12 63.16%
ส.ค. 55	563	550	13	344 62.55%	6 46.15%
ก.ย. 55	551	539	11	341 61.88%	6 54.54%

แผนภูมิที่ 2 สถิติเชื้อก่อโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ ปี 2555



ผลการประเมินโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษโดย CIPP Model

1. ด้านสภาวะแวดล้อมของระบบ (Context)
ปีงบประมาณ 2555 ได้มีการดำเนินโครงการประเมินผลการเฝ้าระวังและพัฒนาตรวจแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ มีการจัดทำหลักการ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 5 ของกรมควบคุมโรค

2. ด้านปัจจัยนำเข้าของระบบ (Input)
มีการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคติดต่อสำคัญรวมทั้งโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ โดยเน้นย้ำการดูแล และการส่งตรวจอุจจาระของผู้ป่วย การดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวังตามระบบ รง 506 โดยมีปัจจัยนำเข้าของระบบ ได้แก่ บุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ต้องใช้ในระบบเฝ้าระวังงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในระบบ ที่เพียงพอและเหมาะสม และในปีนี้ยังมีการอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจแยกเชื้อจากการส่งตรวจอุจจาระจากผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกด้วย

2.1 ด้านปัจจัยการดูแลผู้ป่วย
ได้มีการจัดเตรียมสถานที่ในการรองรับผู้ป่วย รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่

1) มีศูนย์อุจจาระร่วงในสถาบันสำหรับผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะเพื่อความสะดวกในการเก็บอุจจาระส่งตรวจ มีอุปกรณ์ในการตรวจร่างกายในห้องตรวจและอุปกรณ์สำหรับเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ขวดหรือตลับสำหรับเก็บอุจจาระไม่สำหรับเชื้ออุจจาระกระโถน

สำหรับรองอุจจาระไม่ปนสำลีปราศจากเชื้อขวด Carry blair Medium

2) มีการจัดการระบบการส่งตรวจ คือ มีใบนำส่ง และสมุดรับ-ส่งสิ่งส่งตรวจ

3) มีการควบคุมการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐาน คือ

- มีถังขยะที่เป็นชนิดปิดและเปิดด้วยเท้า มีถังใส่ PPE ที่ใช้แล้วเป็นชนิดปิดและเปิดด้วยเท้า

- มีการทำความสะอาดโต๊ะหรือพื้นในห้องตรวจเป็นประจำมีอ่างล้างมือ และ Alcohol hand rub

- บุคลากรทั้งหมดของศูนย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดีทุกคนเพราะได้รับการอบรมครบถ้วน และมีบุคลากรที่เหมาะสมเพียงพอ

4) ส่วนห้องปฏิบัติการนั้นก็มีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านอุปกรณ์ บุคลากรและระบบป้องกันการติดเชื้อ คือ

- มีอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยเชื้อในห้องปฏิบัติการที่เพียงพอและเหมาะสม

- มีอาหารเลี้ยงเชื้อที่ใช้ในการเพาะเชื้อที่เพียงพอ และเหมาะสม มีตู้แช่หรือตู้เย็น (2-8 องศาเซลเซียส) เฉพาะเก็บรักษาตัวอย่าง

- มีอุปกรณ์ทำความสะอาดขณะปฏิบัติการ เช่น น้ำยาล้างมือ Alcohol hands rub ในห้องปฏิบัติการมีอ่างล้างมือ มีน้ำยาฆ่าเชื้อ มีรองเท้าเฉพาะที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ

- ขณะปฏิบัติการ มีการสวม

เลื้อยคลุม สวมถุงมือ ทำความสะอาดห้องปฏิบัติการเป็นประจำ

- แยกขยะติดเชื้อออกจากขยะไม่ติดเชื้อ ถึงขยะเป็นชนิดปิดและเปิดได้ด้วยเท้า และแยกขยะติดเชื้อกับขยะไม่ติดเชื้อโดยมีการทำสัญลักษณ์ชัดเจน

- มีการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวิเคราะห์หอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่พนักงานทำความสะอาด การนำส่งตัวอย่างจากห้องผู้ป่วยมายังห้องปฏิบัติการอยู่ในภาชนะที่ปิด

- อบรมวิธีตรวจเชื้อของโรคอุจจาระร่วง แก่เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ตัวอย่างจัดเก็บรายงาน ผลการตรวจเชื้อของโรคอุจจาระร่วงตามแบบฟอร์มมีจำนวนบุคลากรรวมดำเนินงานที่เหมาะสม และเพียงพอมีงบประมาณในการดำเนินงานที่เหมาะสม และเพียงพอ

2.2 ด้านปัจจัยด้านเวชภัณฑ์และยา มีความเตรียมพร้อมรวมทั้งได้มีการกำหนดวิธีการดำเนินการที่มีความเหมาะสม

- มีอาคารสถานที่ และห้องปฏิบัติงาน ที่มีความเหมาะสมและเพียงพอ

- มียาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาที่เพียงพอ มีผงเกลือแร่ หรือ โอ อาร์ เอส ที่เพียงพอ

- มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบรายงานการใช้ยา ตามแบบฟอร์มให้ส่วนกลาง ส่งรายงานการใช้ยาให้ส่วนกลาง

2.3 ด้านปัจจัย ข้อมูลข่าวสาร มีความเตรียมพร้อมรวมทั้งได้มีการกำหนดวิธีการดำเนินการ

- มีแนวทางการเฝ้าระวังติดตาม

โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ

- มีระบบการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย

สงสัยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ

- มีระบบการจัดเก็บข้อมูลโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษมีจำนวนบุคลากรรวมดำเนินงาน ที่เหมาะสมและเพียงพอ

- มีระบบการวางแผนงานโครงการ ก่อนจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ การจัดองค์กรรองรับการทำงานในระบบ การกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการจัดการและผู้สั่งการในระบบ ขั้นตอนต่างๆ ในการเฝ้าระวังโรค (ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานข้อมูล การไหลเวียนข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลและการรายงานข้อมูลสู่ส่วนกลาง) กระบวนการควบคุมคุณภาพของข้อมูล เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังฯ การรายงานข้อมูลส่งต่อ และข้อมูลโรคจากการตรวจสอบจากโปรแกรม รง 506/507

3. การประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ

มีการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาที่จัดทำไว้ในคู่มือมาตรฐานการเฝ้าระวัง คือ

3.1 การคัดกรองผู้ป่วย มีการซักประวัติ

โดยใช้หลัก อาการสำคัญที่คัดกรอง ได้แก่

- ซักประวัติแก่โรคระหว่างการรักษาอีกเสบติดเชื้อในช่องท้อง

- ซักประวัติอาการเด่น เช่น อาเจียน อาการเจ็บพาลัน ปริมาณ และ

- ลักษณะของอุจจาระ

- อาการไข้สูง ถ่ายอุจจาระมี

มูกเลือด

3.2 การตรวจร่างกาย ใช้หลักที่สำคัญ คือ

- ตรวจประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ชีพจร, ความดันโลหิต, Skin Turgor

- เยื่อปวก, ตาบุ๋มลึก, และการถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้าย

- คลำหาท้องเพื่อดูอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อในช่องท้อง

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ อุจจาระใช้หลักการดังนี้

- ในผู้ป่วยที่สงสัยที่มีอาการอักเสบติดเชื้อในช่องท้อง

- ในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นอหิวาตกโรค

- ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด

- มีไข้สูงร่วมด้วย 3 วัน

- มีอาการอุจจาระร่วงรักษาแล้ว

ไม่ดีขึ้นเกิน 5 วัน

4. การประเมินด้านผลผลิตของระบบ (Output)

พบว่าในกระบวนการดูแลรักษาโดยภาพรวมมีแนวปฏิบัติ แต่ยังขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยเฉพาะการส่งตรวจ และการส่งเพาะเชื้ออุจจาระของผู้ป่วย สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยหลายๆ ประการ เช่น การขาดความเข้าใจถึงความสำคัญของการส่งตรวจอุจจาระของเจ้าหน้าที่ซึ่งผลตรวจ ดังกล่าวจะมีประโยชน์มากทั้งในแง่การรักษาและการควบคุมโรค การไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บอุจจาระของผู้ป่วย การขาดความสะดวกสบายในการรักษาของแพทย์หากต้องรอการเก็บอุจจาระตรวจ ซึ่งพบว่าหลังการดำเนินโครงการในปีงบประมาณ 2555 ปริมาณการส่งตรวจอุจจาระ

มีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีปริมาณที่ต่ำซึ่งทางสถาบันฯควรจะดำเนินการให้ได้ใกล้เคียง 100%

สรุป

การประเมินด้านสถานะแวดล้อมของระบบ (Context) ด้านปัจจัยนำเข้าของระบบ (Input) และด้านกระบวนการของระบบ (Process) ของระบบการเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษของสถาบันบำราศนราดูร พบว่ามีระบบเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษที่ยังต้องได้รับการปรับปรุงในด้านความสมบูรณ์ของข้อมูล การส่งตรวจอุจจาระ การเพาะเลี้ยงเชื้อ แม้ทางหน่วยงานได้มีการตรวจรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ และมีผู้รับผิดชอบชัดเจน แต่ยังคงมีการจัดระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมโรค และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2542). การประเมินโครงการแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2. วรเดช จันทรร และไพโรจน์ ภัทรนากุล. (2541). การประเมินผลระบบเปิด. กรุงเทพฯ: สมาคม รัฐประศาสนศาสตร์.

รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีบาดแผล บริเวณก้นกบจากการผ่าตัด การกดทับ และการฉายแสง

อรุณรัตน์ เพิ่มผล, พรศิริ เรือนสว่าง
กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส หย่าร้าง ศาสนาอิสลาม เชื้อชาติไทย ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน รายได้/เดือน - ภูมิสำเนา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่รับไว้รักษา 24 กรกฎาคม 2555 การวินิจฉัยโรค Ca rectum หัตถการ/วันที่ Radiation
Chemotherapy

ประวัติการเจ็บป่วย

CC: admit for Radiation and
Chemotherapy (continuous 5FU) และมีแผล
บริเวณก้นกบ

PI: 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เป็นฝีที่
แก้มก้นข้างซ้ายไปตรวจที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ได้ผ่าเอาฝีออกไปหลังจากนั้นทำแผลวันละ 1 ครั้ง
ต่อมามีอาการ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนไปตรวจซ้ำ ทำ
Colonoscopy พบ: rectal mass 20 cms. from
anal verge, Biopsy พบ: well differential
adenocarcinoma CT whole abdomen
(17/4/55) 6 cms. Enhancing mass at right
buttock abutting post sinus. suspected anal
mass, in enhancing circumferential mass at
recto-sigmoid colon, causing luminal narrowing,
no liver metastasis.ส่งตัวมารักษาตามสิทธิ์ต่อ on

colostomy เมื่อ 17 พฤษภาคม 2555 นัด admit
for chemotherapy with radiation therapy
และดูแลบาดแผลบริเวณก้นกบจากการผ่าตัด
กดทับและการฉายแสง

PH: ไม่แพ้ยา ปฏิเสธโรคประจำตัว

FH: ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

การประเมินผู้รับบริการ

สภาพแวดล้อมภายในบ้าน : ลักษณะบ้านเป็น
ไม้กึ่งปูน 2 ชั้น สภาพแข็งแรง แสงสว่างเพียงพอ
อากาศถ่ายเทสะดวก สภาพบ้านสะอาด ทำความ
สะอาดบ้านทุกวัน มีทางระบายน้ำ

สภาพแวดล้อมในชุมชน : ไม่มีมลพิษ อากาศ
ถ่ายเทดี การคมนาคมสะดวก มีไฟฟ้า น้ำประปา
มีคลินิก ร้านขายยา และโรงพยาบาลอยู่ใกล้ชุมชน

ด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ

สัมพันธภาพในครอบครัว : มีบุตรสาว 1 คน ทำงานอยู่ลาดกระบัง ใส่ใจดูแลผู้ป่วยดี มาเยี่ยมสม่ำเสมอทุกวัน และถ้ายังมาไม่ถึงหรือระหว่างวัน ก็โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยตลอด

สถานภาพในสังคมและเศรษฐกิจ : บุตรทำงานรับจ้าง รายได้พอใช้ ปกติผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัวจึงไม่ค่อยมีผลกับรายได้กับครอบครัวมากนักแต่ระหว่างเจ็บป่วยก็มีค่าใช้จ่ายบางส่วนที่นอกเหนือจากสิทธิ์ต้องจ่ายเงินเอง ญาติรับทราบและยินดีจ่าย เช่น ค่าห้องพักพิเศษ

วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและค่านิยมที่มีผลต่อสุขภาพ : นับถือศาสนาอิสลาม เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การตรวจร่างกายที่ระจจดเท่า

1. การรับความรู้สึก:
ตา: ลิ้มตาได้เอง มองตามได้ pupil 2 mm RTL BE ตามองไม่ชัด ต้องใช้แว่นตา
หู: ได้ยินปกติ ไม่มีหูหนวก หูอื้อ
การรับรส รับกลิ่น: รับกลิ่นได้ปกติ แต่การรับรส บางช่วงขมปากขมคอ และการทนต่ออาหารรสชาติจัดได้น้อยลง
การรับความรู้สึก: สามารถบอกความรู้สึกได้ เช่น ตำแหน่งที่เจ็บปวด
2. การรู้สึกตัวและการรู้สึกตัว: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบเรื่องช่วยเหลือตัวเองได้ดี

3. การรับออกซิเจน: หายใจได้เอง room air O_2 sat 97-100% ไม่มีอาการเหนื่อยหายใจเหนื่อยหอบ

4. การได้รับสารอาหารและเมตาบอลิซึม: รูปร่างผอม ผิวไม่แห้ง ผมยารสีดำแซมขาว หน้าประมาณ 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI=15.62 รับประทานอาหารของโรงพยาบาลได้หมด แต่บางครั้งจะให้บุตรซื้อมาให้

5. การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์: ลักษณะผิวไม่แห้ง กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง

6. การขับถ่าย: ปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด

อุจจาระ ทางColostomy อุจจาระออกดี

7. เพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์: หญิงไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส หย่ากับสามีตั้งแต่ตั้งครรภ์ มีบุตรสาว 1 คน หลังหย่าไม่ได้แต่งงานใหม่ ขณะนี้เป็นวัยหมดประจำเดือน

8. การเคลื่อนไหวและการพักผ่อน: ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี เดินเข้าห้องน้ำได้เอง แต่เวลานั่งจะลำบาก เพราะมีแผลบริเวณก้น

9. การปกป้องร่างกายและระบบน้ำเหลือง: ผิวหนังบริเวณอื่นปกติดี แต่บริเวณที่ฉายแสงและบริเวณใกล้เคียงแห้ง ร่วมกับผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ต้องติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับ bone marrow suppression

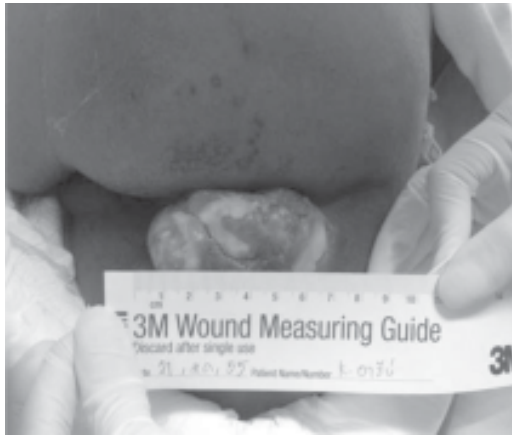
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

date	30/7/55	1/8/55	4/8/55	6/8/55	8/8/55	10/8/55	15/8/55	17/8/55	3/9/55
RBC									
HGB	10.1	7.1	7.7						10.5
HCT	34.3	22.5	24.8	86	30.8	28.6	34	34	34.2
MCV	82	79.2							
WBC	22,900	14,020	13,920	10,420	6,500	5,830	5,770	5,620	5,570
%NE	91.9	88.2	0	0	0	80	80	80	78
LYM	3.9	5.8	92.6	84.9	81	8.4	9	8.3	8.8
	3.3	4.6	3	5.9	7.2	7.2			
MONO	0.2	0.17			5.5	4.1			
EO	1,083,000	612,000			0.1	386,000	386,000	392,000	365,000
PLATELETS	00	0	947,000	734,000	692,000	0	00	00	00
TS			00	00	00				
BUN	5	4	5	3	8				
CREATINI	0.6	0.57	0.5	0.4	0.43				
SODIUM	123	136	136	134	142				
POTASSIU	4.3	4.0	4.0	2.9	3.3				
CHLORIDE	90	102	102	100	110				
CO ₂	20	23	23	19	19				

การประเมินเฉพาะสำหรับบาดแผล

มีแผลบริเวณก้นขางขวา มี 2 แผล แผลแรกคือแผลที่เกิดจากการผ่าตัดออก ตั้งแต่ 6 เดือนก่อน ขนาดแผล 2.4 x 2 cm. มีลักษณะเป็น slough แข็ง หนองออกเล็กน้อย มี medium serous exudates บริเวณรอบแผลเป็นระยะ inflammation มีลักษณะบวมแดง ร้อน

แผลที่ 2 เป็นแผลด้านบนที่ติดกับร่องก้น และทวารหนัก มีขนาด 7.5 x 4.5 cm. ลักษณะแผลมี granulation บางส่วนมี slough แข็ง มี medium serous exudates



ปัจจัยที่มีผลกระทบกับการมีบาดแผล

- จากพยาธิสภาพของโรคที่มีก้อนกระจายอยู่
- แผลอยู่ใกล้บริเวณซ้นถ่ายปัสสาวะและปกติผู้ป่วยชอบล้างก้นหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
- มี Exudates ไหลถูกแผลตลอด มีความชื้นแฉะที่แผล
- ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดและการฉายแสง

พยาธิสรีรภาพ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่พบบ่อย ความชุกของโรคในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ความชุกปานกลาง ในทวีปยุโรปต่ำ ในทวีปเอเชียและอเมริกาใต้ และต่ำมากในทวีปแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Sub-Saharan Africa ความแตกต่างกันระหว่างความชุกสูงและความชุกต่ำมากถึง 60 เท่า ประเทศไทยซึ่งควรจะอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความชุกต่ำ มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งอันดับที่ 4 ในเพศชาย และอันดับที่ 7 ในเพศหญิง

สาเหตุและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ แต่ไม่ว่ามะเร็งจะมีสาเหตุมาจากอะไรก็ตาม ส่วนมากจะเริ่มต้นจาก Adenoma polyp มีหลายทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่กับปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน เป็นข้อมูลหนึ่งที่ยืนยันว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็ง การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมี 2 รูปแบบ คือ

1.1 Polyposis syndrome [1-3]

1.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) หรือ Lynch syndrome [4] เป็นรูปแบบที่พบบ่อยกว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบ Autosomal dominant ลักษณะของ Syndrome นี้ประกอบด้วย

1. คนในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีต้นเนื้องอกตั้งแต่สามคน

ขึ้นไป อย่างน้อยคนหนึ่งต้องเป็น First degree relative กับอีกหนึ่งในสองคนที่เหลือ

2. อย่างน้อยหนึ่งคนต้องเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 50 ปี

3. ต้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างน้อยสองชั่วคน (Two generations)

มะเร็งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ส่วนมากเกิดโรคเมื่ออายุประมาณ 50 ปี ซึ่งเป็นอายุที่น้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปประมาณ 10 - 15 ปี และอาจมีมะเร็งมากกว่าหนึ่งชนิด ผู้หญิงอาจมีมะเร็งที่รังไข่หรือเยื่อบุโพรงมดลูก จึงมีข้อแนะนำว่าบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วย Colonoscopy ทุก 2 ปี เมื่ออายุ 25 ปี ผู้หญิงควรได้รับการตรวจ Pelvic ultrasonography และ Endometrial biopsy ด้วย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของยีนจาก Germline mutation ที่พบบ่อยได้แก่ ยีน hMSH2 [5] บนโครโมโซม 2 และ hMLH1 [6-8] บนโครโมโซม 3 ความผิดปกตินี้ทำให้เกิดความผิดปกติของ DNA replication เป็นเหตุให้เกิด Defective repair จาก DNA mismatches ผลที่ตามมาคือ การเติบโตของเซลล์ผิดปกติ จนนำไปสู่การเกิดมะเร็งในที่สุด

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม มะเร็งลำไส้ใหญ่มักเกิดกับกลุ่มประชากรในเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง การศึกษาทางระบาดวิทยาในหลายประเทศได้ผลตรงกันว่าอัตราการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณสูง ในแง่ของแคลอรี โปรตีนจากเนื้อสัตว์

และไขมันในอาหาร มีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และอัตราการตายจากโรคหัวใจโคโรนารี ความแตกต่างทางเชื้อชาติของประชากรในประเทศเดียวกันไม่ทำให้ความสัมพันธ์เหล่านี้เปลี่ยนไป

อาหารไขมันจากสัตว์ มีผลทำให้แบคทีเรียชนิดแอนแอโรบิกในลำไส้เพิ่มขึ้น แบคทีเรียเหล่านี้เปลี่ยน Primary bile acids ซึ่งเป็นเมตาบอไลต์ของโคเลสเตอรอล ให้เป็น Secondary bile acids มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ใหญ่ และกระตุ้นการเพิ่มจำนวนของ Epithelial cells การศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่า มีปริมาณแบคทีเรียชนิดแอนแอโรบิกในลำไส้ใหญ่สูงกว่าคนทั่วไป และมีภาคศึกษาที่ยืนยันว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Adenoma และมะเร็งลำไส้ใหญ่

เส้นใยอาหาร เป็นสารอีกชนิดหนึ่งที่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา และการศึกษาในสัตว์ทดลอง ผลการศึกษบบ่งบอกว่า เส้นใยอาหารมีส่วนป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ กลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง มีความชุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารต่ำ เข้าใจว่าเส้นใยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ทำให้ความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งต่ำลง และอาจทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระผ่านลำไส้เร็วขึ้น

3. ปัจจัยอื่น ๆ

3.1 Inflammatory bowel disease
ผู้ป่วย Ulcerative colitis และ Crohn's disease มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

เพิ่มขึ้น ในระยะ 10 ปีแรกของโรคความเสี่ยงไม่สูงนัก ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ต่อปี แต่หลังเป็นโรคแล้ว 25 ปี อัตราการเกิดมะเร็งรวมแล้วประมาณร้อยละ 8 -30

3.2 Streptococcus bovis bacteremia

3.3 Ureterosigmoidostomy ร้อยละ 5-10 เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังผ่าตัด 15-30 ปี ในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่ารอยเชื่อม

3.4 การสูบบุหรี่ ถ้าสูบนานกว่า 35 ปี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น

พยาธิวิทยา

มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมาก พบที่ลำไส้ตรง ร้อยละ 50 รองลงมาคือส่วนซิกมอยด์ ร้อยละ 50 จากการวิจัยพบว่า อาหารไขมันและโปรตีนจากสัตว์ อาจมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของผลผลิตต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น โคเลสเตอรอล กลีเซอไรด์ในอุจจาระ และแบคทีเรียในลำไส้ อาหารไขมันสูง และอาหารกากน้อยจะลดการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ก้อนอุจจาระค้างคั่งอยู่ในลำไส้นาน อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดมะเร็งบริเวณลำไส้ได้ง่าย

ทฤษฎีอาหารสรุปว่า อาหารที่มีวิตามินซี มีกากสูง มีซีลีเนียม (พบในอาหารทะเล) และ α -tocopherol (พบในน้ำมันพืช) เป็นอาหารที่ต้านการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

ลักษณะของก้อนเนื้องอก จะเป็นติ่งเยื่อเมือก (Polyp) ที่ชั้นเยื่อเมือก (Mucosa) ส่วนใดก็ได้ มักพบที่ส่วนแรกโตซิกมอยด์ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด แต่ถ้าเป็นที่ลำไส้ใหญ่

ข้างขวา ลักษณะอุจจาระยังเป็นน้ำอยู่มากจะไม่พบ การอุดตัน ถ้ามะเร็งลุกลามถึงชั้นเยื่อเลื่อม (Serosa) จะลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงได้ เช่น ผังหน้าท้อง ตับอ่อน ถุงน้ำดี ตับ ม้าม กระเพาะอาหาร เป็นต้น

ขั้นตอนการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่นี้ Cuthbert Dukes [9-11] เสนอการแบ่งระยะของโรค ตามระยะการลุกลามของโรคไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1929 ซึ่งมีผู้ดัดแปลงต่อๆ มา รูปแบบที่ยอมรับกันมากที่สุด เสนอโดย Astler และ Coller มีดังต่อไปนี้

Duke's classification

Cass A มะเร็งลุกลามอยู่ภายในชั้น Mucosa

Cass B₁ มะเร็งลุกลามถึง Muscularis propria แต่ยังไม่ถึงชั้น Serosa

Cass B₂ มะเร็งลุกลามถึงชั้น Serosa แล้ว แต่ไปไม่ถึง ต่อมลำเลียง

Cass C มะเร็งลุกลามต่อมน้ำเหลืองเฉพาะ บริเวณ

Cass D มะเร็งกระจายไปไกล (Distant metastasis)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่โตช้า อาจอยู่นานถึง 5 ปี ได้โดยไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ดีตาม แม้จะไม่มี อาการแต่ก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งโดยสังเกต ไม่เห็น แต่อาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี

การแสดงอาการมีความสัมพันธ์กับตำแหน่ง ของก้อนมะเร็งพอสมควร

มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา อาจมีอาการแสดง ของโรค คือมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือ เจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภาวะเลือดจาง

อันเป็นผลของการเสียเลือดจากการที่มีเลือดออกซ้ำๆ เป็นเวลานาน บางกรณีมีการแสดงของโรคร่วมด้วย อาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เนื่องจากมีเลือดออกมามากจน เห็นเป็นลักษณะเนื้อเดียวกันกับอุจจาระ เป็นสีน้ำตาลแดง อาจมีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้นจะเริ่มมีอาการปวดท้องเล็กน้อย หรือก่อนอาจโตมากจนผู้ป่วยอาจคลุกพบก้นได้

มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่า ซีกขวา และมะเร็งบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย มีอาการแสดงของโรค คือ ปวดท้องอย่างรุนแรงเหมือนลำไส้ถูกบิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังรับประทานอาหารจาก Gastrocolic response และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระกล่าวคือ ระยะที่อุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีท้องผูก หลังจากทีลำไส้บีบตัวแรง จนอุจจาระส่วนที่เหลือ ผ่านไปได้จะเกิดอาการท้องเดิน อาการท้องผูกอาจจะสลับกับอาการท้องเดินอยู่ระยะหนึ่ง จนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด ในกรณีที่เลือดออกจะมีอาการถ่ายเป็นเลือดสด ซึ่งมีสีแดงแยกเป็นส่วนที่เห็นต่างหากจากก่อนอุจจาระ

มะเร็งบริเวณไส้ตรง ซึ่งเป็นบริเวณที่อุจจาระมารวมตัวกันเป็นก้อนแล้ว เลือดจะอยู่ที่ผิวก่อนอุจจาระ ผู้ป่วยมีอาการปวดเบ่ง เนื่องจากมีความรู้สึกว่ามีอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา การลุกลามไปยังอวัยวะรอบๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้นคือ เช่น ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด และอาการปวดบริเวณฝีเย็บหรือบริเวณก้นกบ

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อายุเกิน 40 ปี ถ้าสงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ควรดำเนินการเพื่อตรวจต่อไปโดยใช้กล้องส่อง หรือการตรวจทางรังสีวิทยา

เมื่อพบมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว การตรวจลำไส้ให้ทั่ว ถือว่ามีความสำคัญ เพราะเกือบครึ่งหนึ่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีพยาธิสภาพอื่นอยู่ด้วย เช่น มีมะเร็งอีกแห่งหนึ่งหรือมี Adenoma

การรักษาโรค

1. การรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาออก (Resection) เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป้าหมายของการรักษาการผ่าตัด คือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกในปริมาณที่มากพอ อย่างน้อยให้เหลือส่วนที่เห็นเป็นมะเร็งอย่างน้อย 5 เซนติเมตร รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมด

สำหรับมะเร็งบริเวณลำไส้ตรง ถ้าเป็นส่วนล่าง หากเหลือลำไส้ไม่พอที่จะนำกลับมาต่อใหม่ อาจต้องทำ Abdominoperineal resection และ Permanent colostomy

ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายมะเร็งไปที่ตับแล้ว การพยากรณ์โรค จะเลวมาก ดังนั้นหากสภาพอื่นๆ ของผู้ป่วยยังดีอยู่ควรพิจารณาทำ Hepatic resection ด้วย แม้ผู้ป่วยจะมีโรคลุกลามไปแล้วการตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก ถ้าทำได้จะมีประโยชน์ในการป้องกันลำไส้อุดตัน หรือเลือดออก อย่างน้อยก็ชั่วคราวหนึ่ง

2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด

มีการใช้เคมีบำบัดใน 2 รูปแบบคือ แบบที่ใช้ส่งเสริมการผ่าตัดและเป็นแบบที่ใช้รักษาผู้ป่วยเป็นหลัก

ในรายที่เกินกว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดได้ จากรายงานที่มีมาถึงปัจจุบันพบว่า การได้รับยาไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น หรือบางรายพบว่าดีขึ้นแต่ก็ไม่มากนัก ขณะนี้ยังมีความพยายามที่จะหายาใหม่ หรือปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาเพื่อให้ผลดีขึ้น การใช้ยาเคมีบำบัดตามลำพัง เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาโดยการผ่าตัดได้ มีทั้งยาที่ให้ทางปากและยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ หรือให้หลอดเลือดแดงของตับโดยตรง ในกรณีที่โรคแพร่กระจายไปถึงที่ตับแล้ว ผลการรักษามีรายงานว่าขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลง หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นบ้าง แต่ในแง่ของความเป็นยาวของชีวิต แม้จะดีขึ้นมากแต่ก็ไม่มากนัก และผลข้างเคียงของยามีนามากพอสมควร จึงเป็นการรักษาที่ไม่สมหวังอยู่

3. การรักษาด้วยรังสี

มีใช้ในกรณีคล้ายกับเคมีบำบัด คือ อาจใช้เสริมการรักษาการผ่าตัด หรือใช้โดยลำพัง การเสริมการผ่าตัดด้วยเหตุผลที่จะลดอัตราการเกิดซ้ำ มีการให้รังสีในตำแหน่งที่มีก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลืองวิธีให้มีทั้งให้ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด หรือทั้งก่อนและหลัง ด้วยขนาดรังสีต่างๆ กันอัตราการเกิดโรคซ้ำในกลุ่มที่ได้รับรังสีจะน้อยลง ผลต่อความเป็นยาวของชีวิตอาจมีไม่มากนัก และการให้รังสีก็มีผลข้างเคียงด้วย เช่น Radiation enteritis เป็นต้น

การรักษาด้วยรังสีตามลำพัง ในผู้ป่วยที่มีโรคลุกลามระยะลุกลาม อาจช่วยยับยั้งในกรณีที่มียาเล็ดออก หรือกรณีที่มีอาการปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งที่ไส้ตรง

4. การรักษาด้วย Immunotargeted Therapy

โดยการใช้ Monoclonal antibody เชื่อมกับ cytotoxic agents ทำให้สามารถกำหนดให้ยารวมตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง ขณะนี้ยังมีความหวังในอนาคตเท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากมะเร็งลำไส้เป็นโรคที่มีการลุกลามจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย บางครั้ง อาการจากภาวะแทรกซ้อน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังนี้

1. การทะลุของลำไส้

การทะลุอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดโรคเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน

การทะลุที่เกิดซ้ำๆ บริเวณที่ทะลุจะถูกหุ้มไว้เป็นการอักเสบที่มีลักษณะเฉพาะที่

2. การมีเลือดออก

ถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้ จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว

3. การอุดตันของลำไส้

โดยปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดลำไส้อุดตันบางส่วนได้อยู่แล้ว แต่อาจเกิดลำไส้อุดตันกะทันหันได้ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น มีก้อนอุจจาระแข็งไปอุด ก้อนมะเร็งเป็นตัวนำทำให้เกิดลำไส้กลืนกัน หรือลำไส้บิดเป็นเกลียว เป็นต้น

4. การกดอวัยวะใกล้เคียง

ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจกดมดลูก กระเพาะปัสสาวะหรือท่อน้ำปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด

5. การเกิดแผลซอนทะลุ

การเกิดแผลซอนทะลุเข้าสู่อวัยวะอื่น ทำให้

เกิดแผลชอนทะลุ เช่น ระหว่างลำไส้ตรงกับช่องคลอด หรือระหว่างลำไส้ใหญ่กับกระเพาะอาหาร

บันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 21 สิงหาคม 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่า ผู้ป่วยเริ่มฝีที่ก้นครั้งแรกเมื่อประมาณหลายปีก่อน หลังผ่าตัดไป มีฝีพุขึ้นอีกหลายครั้งแต่เป็นหัวเล็กๆ กินยากก็หายไป ล่าสุดฝีใหญ่ขึ้น ไม่ยุบลงจึงมาโรงพยาบาลและผ่าตัดออกเมื่อประมาณ 6 เดือนก่อน หลังจากนั้นมากก็มีแผลบริเวณร่องก้นตามมา

O: มีแผลบริเวณก้นข้างขวา มี 2 แผล แผลแรกคือแผลที่เกิดจากการผ่าตัดออก ตั้งแต่ 6 เดือนก่อน ขนาดแผล 2.4 x 2 cm. มีลักษณะเป็น

slough แข็ง หนองออกเล็กน้อย มี medium serous exudates บริเวณรอบแผลเป็นระยะ inflammation มีลักษณะ บวมแดง ร้อน

แผลที่ 2 เป็นแผลด้านบนที่ติดกับร่องก้น และทวารหนัก มีขนาด 7.5 x 4.5 cm. ลักษณะแผลมี granulation บางส่วนมี slough แข็ง มี medium serous exudates

A: แผลมี slough แข็ง

P: ดูแลทำแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผล เพื่อให้ slough อ่อนนุ่มลง debridement ได้ง่ายมากขึ้น ได้ใส่ intra site gel ในแผลที่มี slough ส่วนบริเวณที่เป็นแผลแดง ใส่ในปริมาณที่น้อยๆ เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้นแต่ไม่ชื้นแฉะและไม่เกิด Hypergranulation และปิดทับด้วย tegaderm เพื่อให้แผลได้ถูก intra site gel อย่างเต็มที่



บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2, 3 วันที่
22-23 สิงหาคม 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่า หลังปิดแผลให้ติดอยู่ได้
ไม่นานก็หลุดลอกออก

O: พบมี medium serous exudates
ไหลออกจากในแผล ซึ่งอาจทำให้ exudates ชั่งอยู่
ภายใน tegaderm แล้วจึงหลุดลอกออกมา

A: ซึ่งอาจทำให้ exudates ชั่งอยู่ภายใน
tegaderm แล้วจึงหลุดลอกออกมา

P: ในวันที่ 22-23 ทดลองทำวิธีเดิมแล้ว
สังเกตลักษณะแผลต่อ

บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24
สิงหาคม 2555

S: -

O: slough เริ่มแห้งลง สามารถทำ Mechanical
debridement ได้

A: slough นุ่มลง

P: ใช้ Pontosan ร่วมกับทำ Mechanical
debridement ได้ slough ออกมาจำนวนหนึ่ง ไม่มี
bleeding ดูแลทำแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผล
เพื่อให้ slough อ่อนนุ่มลง debridement ได้ง่าย
มากขึ้น ได้ใส่ intra site gel ในแผลที่มี slough
ส่วนบริเวณที่เป็นแผลแดง ใส่ในปริมาณที่น้อยๆ
เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้นแต่ไม่ชื้นแฉะและไม่เกิด
Hypergranulation และปิดทับด้วย tegaderm
เพื่อให้แผลได้ถูก intra site gel อย่างเต็มที่



รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีบาดแผลบริเวณก้นกบจากการผ่าตัด การกดทับ และการฉายแสง

บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5, 6, 7 วันที่
27, 28, 29 สิงหาคม 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่าแผลที่ปิดไม่ค่อยอยู่
เพราะน้ำไหลออกมามาก

O: พบมี medium serous exudates ไหล
ออกจากในแผล

A: exudates ที่ยังภายในแผลที่อาจเป็น
สาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้

P: ทำ Mechanical debridement ดูแล
ทำแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผลเพื่อให้ slough
อ่อนนุ่ม debridement ได้ง่ายมากขึ้น ได้ใส่ intra
site gel ในแผลที่มี slough ส่วนบริเวณที่เป็นแผล
แดง ใส่ในปริมาณที่น้อยๆ เพื่อให้แผลมีความ
ชุ่มชื้นแต่ไม่ขึ้นแฉะและไม่เกิด Hypergranulation
และปิดทับด้วย Allevyn AG เพื่อให้แผลได้ถูก
intra site gel อย่างเต็มที่และดูดซับ exudates



บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 30
สิงหาคม 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่าแผลที่ปิดได้อยู่นาน
มากขึ้น

O: ด้านล่างแผลดีขึ้น slough ลดลง
แผลเป็นหลุม

A: แผลยังมี slough

P: ทำ Mechanical debridement ดูแล

ทำแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผลเพื่อให้ slough
อ่อนนุ่ม debridement ได้ง่ายมากขึ้น ได้ใส่ intra
site gel ในแผลที่มี slough ส่วนบริเวณที่เป็น
แผลแดง ใส่ในปริมาณที่น้อยๆ เพื่อให้แผลมีความ
ชุ่มชื้นแต่ไม่ขึ้นแฉะและไม่เกิด Hypergranulation
และปิดทับด้วย form เพื่อให้แผลได้ถูก intra site
gel อย่างเต็มที่และดูดซับ exudates และรอบๆ seal
ด้วย fixumull

บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 31 สิงหาคม 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่าสบายขึ้น

O: มี bleb บริเวณรอย fixumull แต่แผลโดยรอบดีขึ้น ยุบบวมลง ดีขึ้น

A: มี bleb

P: ทำ Mechanical debridement ดูแลแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผลเพื่อให้ slough อ่อนนุ่ม debridement ได้ง่ายมากขึ้น ได้ใส่ intra site gel ในแผลที่มี slough ส่วนบริเวณที่เป็นแผลแดง ใส่ในปริมาณที่น้อยๆ เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้นแต่ไม่ขึ้นและจะไม่เกิด Hypergranulation และปิดทับด้วย form เพื่อให้แผลได้ถูก intra site

gel อย่างเต็มที่และดูดซับ exudates ปิด bleb ด้วย Hydrocolloid

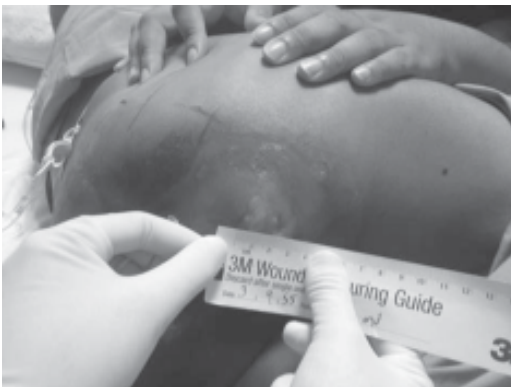
บันทึกการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 3 กันยายน 2555

S: ผู้ป่วยบอกว่าสบายขึ้น

O: บริเวณแก้มก้นข้างซ้ายมี skin irritate และมีรอยแดง และพบโพรงบริเวณแผลด้านล่าง

A: พบโพรงแผล อาจเกิดการติดเชื้อ

P: ทำ Mechanical debridement ดูแลแผลฉีดล้างในโพรงให้ถึงก้นแผล ในโพรงแผลไม่มี Pus ได้ใส่ s burn ในแผลด้านล่างที่มีโพรง และปิดทับด้วย Duoderm CGF ขนาดแผล ด้านล่าง 2 x 2 cm. ด้านบน 6.5 x 4 cm.



รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีบาดแผลบริเวณก้นกบจากการผ่าตัด การกดทับ และการฉายแสง



หลังจากนั้นได้เย็บและทำแผลให้ผู้ป่วย
ทุกวันจนกระทั่งวันที่ 10 กันยายน 2555 ลักษณะ
แผลผู้ป่วย แผลด้านล่างขนาด 2 x 1.7 cm. slough
ลดลง ตื้นขึ้น แผลโพรงขนาดเล็กลงที่ 12 นาฬิกา
3 cm. 6 นาฬิกา 2 cm.

แผลด้านบน Slough ลดลง อ่อนนุ่ม
debridement ได้ง่าย แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คือ เกิดแผล skin irritate ที่นออีกฝั่ง ขนาด 5 x 8 cm.
สาเหตุอาจเกิดจากโรคของผู้ป่วย การได้รับยาเคมี
บำบัด การฉายแสง การดูแลความสะอาดที่ไม่ทั่วถึง
หรืออาจเป็นการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ไม่เหมาะสม ได้ส่ง
แรงเสียดทานที่ตึงกับทราบแนวทางการทำแผล และ
รับช่วงดูแลแผลผู้ป่วยต่อ



และในกรณีศึกษาทางนักศึกษาได้ดูแลเรื่อง ostomy ของผู้ป่วยร่วมด้วยเนื่องจากมีปัญหาคือเป็น Loop colostomy ปลายด้านที่มีอุจจาระออกมีลักษณะเป็น flash และเลือกเป็น Moldable No 57 ซึ่งใหญ่กว่า ostomy ของผู้ป่วยทำให้เกิด peristomal skin irritate รอบๆ ขนาด 2 mm. จึงเลือกปรับเปลี่ยนขนาดเป็นให้มีความพอดีโดยเลือก Moldable No 45 และแนะนำผู้ป่วย, ญาติ ใช้ stomahesive powder ช่วยเรื่องแผลแต่หลังจากใช้ได้ 3 วัน ผู้ป่วยบ่นแสบเปิดดูพบว่าเป็นที่ทำไว้ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยมีลักษณะเป็น flash หนึ่งด้าน พบ peristomal skin irritate รอบๆ ขนาด 3 mm. จึงประสานงานเปลี่ยนเป็นถุงใหม่เป็นแบบ surfit natural no 54 ซึ่งผู้ป่วยเคยใช้แบบตัดมาแล้วจึงไม่มีปัญหาเรื่องตัดเป็น หลังปิดเป็นใหม่ 3 วัน เปลี่ยนถุงพบว่า peristomal skin irritate รอบๆ ดีขึ้น รอยแดงหายไป ไม่มีแผล

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยกลางคน มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดให้เคมีบำบัด และฉายแสง 6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นฝีที่แก้มก้นข้างซ้ายไปตรวจที่โรงพยาบาล ได้ผ่าเอาฝีออกไป หลังจากนั้นทำแผลวันละ 1 ครั้ง ต่อมามีอาการ ถ่ายอุจจาระมึนเลือดปนตรวจ Colonoscopy พบ: rectal mass 20 cms. From anal verge, Biopsy พบ: well differential adenocarcinoma

CT whole abdomen (17/4/55) 6cms. Enhancing mass at right buttock abutting

post sinus. suspected anal mass, in enhancing circumferential mass at recto-sigmoid colon, causing luminal narrowing, no liver metastasis. ส่งตัวมารักษาตามสิทธิ์ต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ on colostomy เมื่อ 17 พฤษภาคม 2555 นัด admit for chemo RT

ขณะรับผู้ป่วยไว้ศึกษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มี on colostomy ผู้ป่วยสามารถดูแลเปลี่ยนถุงเป็นได้ถูกต้อง มีแผลบริเวณก้นข้างขวา มี 2 แผล แผลแรกคือแผลที่เกิดจากการผ่าฝีออก ตั้งแต่ 6 เดือนก่อน ขนาดแผล 2.4 x 2 cm. มีลักษณะเป็น slough แข็ง หนองออกเล็กน้อย มี medium serous exudates บริเวณรอบแผลเป็นระยะ inflammation มีลักษณะบวมแดง ร้อน

แผลที่ 2 เป็นแผลด้านบนที่ติดกับร่องก้น และทวารหนัก มีขนาด 7.5 x 4.5 cm. ลักษณะแผลมี granulation บางส่วนมี slough แข็ง มี medium serous exudates ดูแลทำแผลเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผลเพื่อให้ slough อ่อนนุ่มลง debridement ได้ง่ายมากขึ้น สามารถดูแลจัดการแผลและ Slough ให้ได้แผลมีขนาดแคบลง แต่พบมีเกิดแผล skin irritate ที่ก้นอีกฝั่ง ขนาด 5 x 8 cm. สาเหตุอาจเกิดจากโรคของผู้ป่วย การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายแสง การดูแลความสะอาดที่ไม่ทั่วถึงหรืออาจเป็นการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ไม่เหมาะสม ได้ส่งเวรแจ้งเจ้าหน้าที่ที่มารับทราบแนวทางการทำแผล และรับช่วงดูแลแผลผู้ป่วยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. Place, R.J. and C.L. Simmang, Hyperplastic-adenomatous polyposis syndrome. J Am Coll Surg, 1999. 188(5): p. 503-7.
2. Karazivan, M., K. Manoukian, and B. Lalonde, [Familial adenomatous polyposis or Gardner syndrome--review of the literature and presentation of 2 clinical cases]. J Can Dent Assoc, 2000. 66(1): p. 26-30.
3. Hawkins, N.J., et al., Colorectal carcinomas arising in the hyperplastic polyposis syndrome progress through the chromosomal instability pathway. Am J Pathol, 2000. 157(2): p. 385-92.
4. Talseth-Palmer, B.A., et al., Genetic modifiers of cancer risk in Lynch syndrome: a review. Fam Cancer.
5. Serrano, M., et al., Bethesda criteria for microsatellite instability testing: impact on the detection of new cases of Lynch syndrome. Fam Cancer. 11(4): p. 571-8.
6. Berzina, D., et al., Novel germline MLH1 and MSH2 mutations in Latvian Lynch syndrome families. Exp Oncol. 34(1): p. 49-52.
7. Airaud, F., et al., A de novo germline MLH1 mutation in a Lynch syndrome patient with discordant immunohistochemical and molecular biology test results. World J Gastroenterol. 18(39): p. 5635-9.
8. Tanyi, M., et al., Q48P mutation in the hMLH1 gene associated with Lynch syndrome in three Hungarian families. Fam Cancer. 11(3): p. 519-24.
9. Tanasescu, D.E., et al., Liver scintigraphy in colon carcinoma: correlation with modified Duke pathological classification. Radiology, 1982. 145(2): p. 453-5.
10. Elias, E.G., Carcinoma of the colon and rectum: Part 2, staging and prognosis. Md State Med J, 1981. 30(4): p. 58-9.
11. Wood, D.A., et al., Staging of cancer of the colon and cancer of the rectum. Cancer, 1979. 43(3): p. 961-8.

Effectiveness of Educational on Emerging & Re-Emerging Infectious Diseases Program on Knowledge and Satisfaction of Bumrasnaradoon Institute's Staff*

Supaluk Hiriwatanawong, RN, MNS.

Register Nurse, Bumrasnaradoon Hospital

Abstract

This concurrent cohort aimed to investigate the effectiveness of educational on emerging & re-emerging infectious diseases program on knowledge and satisfaction. This was data collected in one group (N=39) during 5 October - 7 June 2012 received educational on emerging & re-emerging infectious diseases program. Descriptive Statistics were used to analyze subjects' characteristics. Paired t- test were used to test the differences between knowledge score.

Result show that knowledge score after received educational on emerging & re-emerging infectious diseases program were significantly more than that of the comparison pre-post education program ($t = 13.54$, $p.000$). Moreover, satisfaction score were highest satisfaction scores 91.25 %. It is suggested that future study should be replicated in a similar population by improving dose and intensity of the educational program in order to confirming the effectiveness of this program.

KEY WORD: EDUCATIONAL PROGRAM, KNOWLEDGE AND SATISFACTION

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค ต่อความรู้ และความพึงพอใจ ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร*

ศุภลักษณ์ หิรัญพัฒน์, RN, M.N.S.พยม

พยาบาลวิชาชีพ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Concurrent Cohort) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคและประเมินระดับความพึงพอใจ ของพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ ของสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 39 ราย ซึ่งได้รับเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคระหว่างวันที่ 5 - 7 มิถุนายน 2555 ณ ห้องประชุมซัลตินา สถาบันบำราศนราดูร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้สถิติ Paired Samples t -test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวนทั้งหมด 39 คน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ พบว่า ผู้เข้ารับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้มีพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.75 และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.540, p.000$) และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้มากถึงมากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจต่อการอบรมในครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 91.25 ขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรทดสอบโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ นี้ซ้ำในกลุ่มเดิมที่มีลักษณะคล้ายกันและกลุ่มอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยควบคุมความสม่ำเสมอของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพื่อให้คุณภาพการวิจัยดีขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้, ความรู้ และความพึงพอใจ ของพยาบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)¹ ให้ความหมายของโรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (Emerging & Re-emerging infectious diseases) หมายถึง โรคติดต่อที่มีอุบัติการณ์ในมนุษย์เพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงที่เพิ่งผ่านมา หรือมีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ ซึ่งหมายถึงกลุ่มโรค 5 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New infectious diseases) (2) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง หรือ ข้ามทวีป เช่น ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, Seasonal) ไข้หวัดนก (Influenza, Avian) เป็นต้น (3) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious diseases) คือโรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีตและสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น กาฬโรค ไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal meningitis) เป็นต้น (4) เชื้อโรคดื้อยา (Antimicrobial resistant organism) และ (5) อาวุธชีวภาพ (Deliberate use of bio-weapons) โดยใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ ไซทริพิษ เป็นต้น^{2,3}

สถาบันบำราศนราดูรเป็นหน่วยงานให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูเพื่อควบคุมโรคติดต่อ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ด้านโรคติดต่อแก่บุคลากร สาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศ กอปรกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อต่างๆ ซึ่งในช่วงระหว่าง ปี 2549⁴ จนถึงปัจจุบัน สถาบันบำราศ

นราดูร ต้องพบกับภาวะวิกฤติของภัยสุขภาพ ได้แก่ โรคอุบัติใหม่ เช่น โรคซาร์ส และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และอุบัติซ้ำ คือการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่² ส่งผลให้บุคลากรของสถาบันฯ ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองให้สามารถให้บริการกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ดังนั้นบุคลากรจะต้องมีองค์ความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ตนเองปลอดภัยในขณะปฏิบัติงาน มีระบบการเฝ้าระวังการป้องกันการติดเชื้อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสมรรถนะทางด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ โดยมุ่งเน้นองค์ความรู้โรคติดต่อที่สำคัญตามพันธกิจหลักของสถาบันฯ นอกจากนี้จากการสำรวจความต้องการ / ความจำเป็นในการฝึกอบรมของบุคลากรกลุ่มการพยาบาล ประจำปี 2554⁴ ซึ่งดำเนินการโดยงานฝึกอบรมกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 15 ก.พ. 2554 ด้วยการ使用方法สอบถาม มีผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 192 คน จากจำนวนบุคลากรทั้งสิ้น 204 คน คิดเป็นร้อยละ 94 บุคลากรของกลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ให้ความสำคัญและมีความต้องการอบรมเป็นลำดับที่หนึ่ง คือหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรค คิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาคือ หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพ และหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ / อุตุนิใหม่ / อุตุนิซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 21.9 และ 19.8 ตามลำดับ เนื่องจากความจำเป็นเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งกลุ่มการพยาบาลได้กำหนดให้สมรรถนะเรื่องการป้องกัน

และควบคุมโรค และการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ/
อุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเป็นสมรรถนะทางเทคนิคของ
พยาบาลระดับปฏิบัติทุกคน ด้วยเหตุผลและความ
จำเป็นดังกล่าว งานฝึกอบรมจึงเห็นความจำเป็นที่จะ
ต้องจัดหลักสูตรอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ
การป้องกันและควบคุมโรค ให้กับบุคลากร กลุ่มการ
พยาบาลของสถาบันฯ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและ
เป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานการป้องกัน
และควบคุมโรค และการพยาบาลดูแลผู้ป่วย
โรคติดต่อ/อุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ตอบสนองกับความต้องการ/ความจำเป็นของบุคลากร และให้สอดคล้อง
กับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของสถาบันฯ และขององค์กร
พยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผล
ของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคต่อความรู้
และความพึงพอใจ ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติของพยาบาล
ในการจัดการการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกัน
และควบคุมโรค ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด
ของทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's
Taxonomy)⁵ เชื่อว่ามนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3
ด้านคือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ
โดยการพัฒนาทักษะของการเรียนรู้โดยในการศึกษา
ครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะด้านพุทธิพิสัย (Cognitive
Domain) หมายถึงพฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรม
เกี่ยวกับสติปัญญา ความคิด ความสามารถในการ
คิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งพฤติกรรม
ทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ที่เกิด จาก
ความจำ (knowledgeKnowledge) ซึ่งเป็นระดับ

ล่างสุด การสอน (Teaching) โดยวิธีการบรรยาย
(Lecture) 2)ความเข้าใจ (Comprehend การสำนึก
(Demonstration)) 3) การประยุกต์ (Application)
การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) 4) การ
วิเคราะห์ (Analysis) การวิเคราะห์อุบัติการณ์เฉพาะ
กรณี (Case analysis) 5) สามารถแก้ปัญหา
ตรวจสอบได้ การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถ
นำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้
แตกต่างจากรูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่ (6) การ
ประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่า
อะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐาน
ของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด ทั้งนี้เนื้อหาวิชา
ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ (1) สถาบันบำราศนราดูร
กับการรับมือสถานการณ์โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (2)
สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่สำคัญใน
ปัจจุบัน (3) ระบบเฝ้าระวังบุคลากรเพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อในขณะปฏิบัติงาน (pre Pre & post Post
exposure) สำหรับบุคลากร (4) การบริหารจัดการ
ด้านการพยาบาลเพื่อรองรับโรคติดต่อ/ อุบัติใหม่/
อุบัติซ้ำ (5) หลักการพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมการ
ติดเชื้อจากโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (6) การใช้
กระบวนการการพยาบาลผู้ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกัน
โรคติดต่อ (7) การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อ
ระบบต่างๆ ได้แก่ กลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ
กลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร (Infectious
Diarrhea) และกลุ่มโรคติดต่อระบบประสาท และ
(8) ฝึกปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย
โรคติดต่อ /โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กรณีศึกษา
Interesting case

คำถามหลักการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคต่อความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูรหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค

เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ ของพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการอบรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Concurrent Cohort) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคต่อความรู้และความพึงพอใจ ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ประชากร คือพยาบาล ของสถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ (1) พยาบาลปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร (2) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ มีสติสัมปชัญญะ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ระบบการมองเห็น การได้ยินปกติ สามารถอ่านออกเขียนได้ (3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 39 ราย เข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคระหว่างวันที่ 5 - 7 มิถุนายน 2555 ณ ห้องประชุมชัชลิลา สถาบันบำราศนราดูร

แผนการดำเนินการวิจัย

มีแผนการดำเนินการในกลุ่ม ตัวอย่างวิจัยดังนี้ โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bloom (Bloom's Taxonomy)⁵ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด การสอน (Teaching) โดยวิธีการบรรยาย (Lecture) 2) ความเข้าใจ (Comprehend การสาธิต (Demonstration)) 3) การประยุกต์ (Application) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) 4)การวิเคราะห์ (Analysis) การวิเคราะห์อุบัติการณ์เฉพาะกรณี (Case analysis) 5) สามารถแก้ปัญหาตรวจสอบได้ การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่ (6) การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอายุ เพศ ตำแหน่ง และหน่วยงาน (2) แบบประเมินความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุม โรค จำนวน 28 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .23 และค่าความยากง่าย โดยใช้ KR-20 เท่ากับ .67⁶ และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วย โรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคและแบบ ประเมินความพึงพอใจ ได้รับการตรวจสอบความ ถูกต้องตามหลักวิชาการ (Content Validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่านและพยาบาลอาวุโสที่มี ประสบการณ์การดูแลการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคอีก 1 ท่าน และปรับแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายหลังได้ผ่านการ พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันบำราศนราดูร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจ้ง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ที่จะได้รับ วิธีการ และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย (1) ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริม

การเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการ ป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการ พยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ตอบคำถามการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวนทั้งหมด 39 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 38 คน และ พยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่ม พยาบาลจบใหม่จำนวน 13 คน พยาบาลระดับ ปฏิบัติการที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม หลักสูตรนี้ มาก่อนจำนวน 16 คนและพยาบาลที่ผ่านการอบรม มาแล้วมากกว่า 2 ปีขึ้นไป 10 คน เป็นพยาบาลที่ ทำงานอยู่ในแผนกแผนกผู้ป่วยใน มากกว่าผู้ป่วย นอก (ตารางที่ 1) วิทยาการเป็นแพทย์จากภายนอก และภายในสถาบันฯ สำหรับวิทยาการพยาบาลเป็น พยาบาลจากสถาบันบำราศนราดูร การอบรมประกอบด้วย การบรรยาย ดูงาน และตอบข้อซักถาม

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตาม เพศ ตำแหน่ง และหน่วยงาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	10.25
หญิง	35	89.75
รวม	39	100.00
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	38	97.43
พยาบาลเทคนิค	1	2.56
รวม	39	100.00
ประสบการณ์การทำงานและการอบรมในหลักสูตรนี้		
เป็นพยาบาลจบใหม่/ยังไม่เคยผ่านการอบรม	29	74.36
ปฏิบัติงานแล้วเคยผ่านการอบรมมากกว่า 2 ปี	10	25.64
รวม	39	100.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน		
แผนกผู้ป่วยนอก	10	25.64
แผนกผู้ป่วยใน/หน่วยงานเฉพาะ	29	74.36
รวม	39	100.00

ส่วนที่ 2 ตอบคำถามและทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

ตอบคำถามหลักของการวิจัย "โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคต่อความรู้ และความพึงพอใจ ของพยาบาล สถาบันบำราศนราดูรหรือไม่อย่างไร" และสมมติฐานการวิจัย "ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วย

โรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกัน"

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมการประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม ผู้ที่ตอบแบบทดสอบจำนวน 37 คน คะแนนเต็ม 28 คะแนน พบว่าคะแนนก่อนเข้ารับการอบรมต่ำสุดเท่ากับ 12 สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 15.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 2.007 คะแนนหลังเข้ารับการอบรมต่ำสุดเท่ากับ 15

สูงสุดเท่ากับ 23 คะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 20.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 1.766 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาพัฒนาการของผู้เข้ารับการอบรม พบว่ามีพัฒนาการเรียนรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 34.75

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t- test (ดังตารางที่ 3) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม

มากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าคะแนนพัฒนาการเฉลี่ยร้อยละ 34.75 และร้อยละ 83.8 ของผู้เข้าอบรมทั้งหมด มีคะแนนพัฒนาการมากกว่าร้อยละ 20 แสดงว่าผู้เข้าอบรมได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการอบรมให้ผู้เข้ารับการอบรมมีพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรค ด้วยสถิติ Paired Samples t- test (N =39)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม	Paired Samples t- test	p- value
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	12- 20	15-23		
$\bar{X} \pm SD$	15.97 2.01	20.22 $\pm$ 1.77	13.540	.000

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม

ในภาพรวมผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด 37 คน พบว่าความพึงพอใจรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย = 3.65 คิดเป็นร้อยละ 91.25

ประเมินความพึงพอใจการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการสอบถามความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการอบรม วัดระดับคะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ พึงพอใจมาก = 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง = 3 คะแนน พึงพอใจน้อย = 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด = 1 คะแนน ประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ เนื้อหา มีประโยชน์ การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ วิทยากร และด้านอำนวยความสะดวก (ตารางที่ 3) ประกอบด้วย (1) เนื้อหาการบรรยายมีประโยชน์

ส่วนใหญ่ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.61 หรือคิดเป็นร้อยละ 90.35 (2) การนำไปใช้ในการปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าการนำไปใช้ปฏิบัติได้มากถึงมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.55 หรือคิดเป็นร้อยละ 88.75 (3) วิทยากรส่วนใหญ่พึงพอใจกับวิทยากรในด้านความพร้อมในการเตรียมการบรรยาย มีวิธีการสอนเหมาะสม สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ ตลอดจนให้โอกาส ผู้ฟังซักถามข้อสงสัยและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมอบรม สุดท้ายก็มีการสรุปเนื้อหาที่บรรยาย ทำให้มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.64 หรือคิดเป็นร้อยละ 91 และ (4) ด้านอำนวยความสะดวก ส่วนใหญ่ผู้เข้าอบรมพึงพอใจด้านอำนวยความสะดวกในระดับค่าเฉลี่ย 3.46 หรือคิดเป็นร้อยละ 86.43

ตารางที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลเข้าโปรแกรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อการป้องกันและควบคุมโรคจำแนกตาม เนื้อหาที่มีประโยชน์ การนำไปใช้ในการปฏิบัติ วิทยาการและการอำนวยความสะดวก

หัวข้อประเมิน		ระดับความคิดเห็น/จำนวนคน				ค่าเฉลี่ย
		4	3	2	1	
เนื้อหาเป็นประโยชน์	1. เนื้อหาแต่ละหัวข้อวิชา มีความสอดคล้องกัน	66.7	33.3			3.67
	2. ระยะเวลาที่กำหนดเหมาะสมกับเนื้อหา	54.5	42.4	3		3.52
	3. บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่มาอบรม	54.5	39.4	6.1		3.48
	4. เป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง	78.8	21.2			3.79
	5. คำนึงกับค่าใช้จ่ายและเวลาที่เสียไป	63.6	33.3	3		3.61
รวม 4 หัวข้อ คิดค่าเฉลี่ย 3.61 = 90.25%						
การนำไปใช้ในการปฏิบัติ	6. ความรู้ความเข้าใจที่ได้รับหลังการฝึกอบรม	54.5	45.5			3.55
	7. ความรู้และประสบการณ์ที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	54.5	45.5			3.55
รวม 2 หัวข้อ คิดค่าเฉลี่ย 3.55 = 88.25%						
อำนวยความสะดวกและเวชภัณฑ์	8. ความสะอาดของห้องประชุม	53.1	43.8	3.1		3.5
	9. อาหารกลางวันและอาหารว่าง	42.4	45.5	9.1	3	3.27
	10. อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ และการอำนวยความสะดวกระหว่างประชุม/อบรม	51.5	45.5	3		3.48
	11. การจัดสถานที่ ความพร้อมของห้องประชุมก่อนจะมีการบรรยาย	57.6	42.4			3.58
รวม 4 หัวข้อ คิดค่าเฉลี่ย 3.46 = 86.43%						

การอภิปราย

โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวนทั้งหมด 39 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 38 คน และพยาบาลเทคนิค จำนวน 1 คน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มพยาบาลจบใหม่จำนวน 13 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม หลักสูตรนี้มาก่อนจำนวน 16 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาแล้วมากกว่า 2 ปีขึ้นไป 10 คน ผลการประเมินหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ผู้เข้ารับการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้มีพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.75 และค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.540, p.000$) ซึ่งบรรลุตามวัตถุประสงค์ของศึกษาครั้งนี้ โดยผู้เข้ารับการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้มีพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 และยังสอดคล้องกับแบบสอบถามความคิดเห็นด้านความรู้ที่ได้จากการประเมินที่ให้ความเห็นว่าได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเนื้อหาการบรรยายมีประโยชน์ และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้มากถึงมากที่สุด ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจต่อการอบรมในครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 91.25 ด้านวิทยากรส่วนใหญ่พึงพอใจกับวิทยากรในระดับมากถึงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.64 หรือคิดเป็นร้อยละ 91 ด้านอำนาจการผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในการอบรม ทั้งเรื่องสถานที่ฝึกอบรม และอุปกรณ์

สภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง เป็นต้น การประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดอบรม ตลอดจนอาหารกลางวันและอาหารว่าง ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.57 หรือคิดเป็นร้อยละ 86.43

จากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมให้ความรู้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ทองใส (2548)⁷ ศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพในหอ

ผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 18 ราย ผลการศึกษาพบว่าหลังการโค้ชพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่สูงกว่าก่อนการโค้ช และ Francke และคณะ (1996)⁸ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด พยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญโดยวิธีการฟังบรรยาย การอภิปรายกลุ่มและฝึกปฏิบัติในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการเสริมความรู้ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะดีในทางบวกต่อการประเมินความปวดและการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นและ DeRond, et al (2000)⁹ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยจัดการบรรยายให้ความรู้รวมกับการอภิปรายเกี่ยวกับการประเมินความปวด การจัดการ

ความปลอดภัยโดยใช้ยาและการไม่ใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาล 240 ราย จาก 9 หอผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม พยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทัศนคติใน ทางบวกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การอบรม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนากระบวนการดูแล จากผลการ วิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้เข้อบรมได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อ การปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการจัด โปรแกรม ได้แก่ ควรมีการอบรมเกี่ยวกับโรคใหม่ๆ ลงรายละเอียดที่ตัวโรคและการป้องกันการติดต่อ การรักษา วิทยาการใช้ศัพท์ ตัวย่อ เช่น MRD, ADR ควรอธิบายหรือให้คำจำกัดความก่อนบรรยายรูปแบบ การจัดอบรมที่มีฝึกปฏิบัติจาก Case กรณีศึกษา ทำให้ผู้เข้อบรมได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ ใช้จริงแต่ควรเพิ่มการให้การพยาบาลโดยใช้การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นพื้นฐาน ในการนำมาใช้ตัดสินใจในการจัดอบรมครั้งต่อไป ควรจะต้องทำอะไรบ้าง ต้องเน้นจุดไหน ควรมีข้อมูล และความรู้อะไรที่จะถ่ายทอดให้ผู้เข้รับการฝึกอบรม ได้ทราบเพื่อให้การจัดฝึกอบรมครั้งต่อไปจะได้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อผู้เข้ฝึกอบรม มากที่สุด

2. ด้านการวิจัย ควรทดสอบโปรแกรมส่งเสริม การเรียนรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ นี้ซ้ำในกลุ่มเดิมที่มีลักษณะคล้ายกันและ กลุ่มอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อ ความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยควบคุม

ความสม่ำเสมอของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพื่อให้ คุณภาพการวิจัยดีขึ้น เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในทาง ปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุน ทุนการวิจัย และขอขอบคุณ นพ. ปรีชา ตันธนาธิป ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร คุณพรศิริ เรือนสว่าง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศ นราดูร ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยในสถาบัน บำราศนราดูร ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ วิจัยได้แก่ อ.มนพร ชาทิขานี อาจารย์พยาบาลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2005). Asia pacific strategy for emerging diseases. Sixth meeting, 22 September 2005: WPR/RC56/SR/6
2. Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. BMC Health Services Research. 7:104doi: 10.1186/1472-6963-7-104
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ การปฏิบัติงานเรื่อง การเตรียมความพร้อมรับ การระบาดของโรคอหิวาตกโรค. กรุงเทพฯ

- มหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย : 2553.
4. เวชระเบียน สถาบันบำราศนราดูร. "สถิติผู้เข้ารับการรักษา" 2554.
 5. Bloom B. S. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc. 1956.
 6. Norwood, S.L. Research: Strategies' for Advanced Practices Nurse. n.p.: Prentice - Hall. 2000.
 7. จันทิรา ทองใส. "ผลของการเฝ้าต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่."
 8. Francke, L.A., Luiken, B.J., Garssen, B., Abu-Saad, H., and Grypdonck, M. "Qualitative Needs Assessment Prior to a Continuing Education Program." The Journal of Continuing Education in Nursing. 27(1996) : 34-41
 9. DeRond, et al. "A Pain Monitoring Program for Nurses : Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude." Journal of Pain and Symptom Management. 19 (2000) : 457-476.

อาการเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่า (Benign Paroxysmal Positional Vertigo)

นพ.ทัตเทพ บุญอำนวยสุข

กลุ่มงานโสต คอ นาสิก สถาบันบำราศนราดูร

โรคเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่า (Benign Paroxysmal Positional Vertigo; BPPV) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เรื่องอาการเวียนศีรษะ^(1,2) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติระบบประสาทการทรงตัวส่วนปลายในอวัยวะรูปหลอดครึ่งวงกลมที่เรียกว่า vestibular (Peripheral vestibular vertigo) เชื่อว่าผลเนื่องมาจากก้อนคริสตอลของแคลเซียม คาร์บอเนต ที่เรียกว่า Otoconia หรือ Otoliths ซึ่งปกติจะยึดเกาะที่เยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะที่มีชื่อว่า Utricle ในหูชั้นใน (Otolith membrane) หลุดจาก Utricle และหลุดลอยเข้าไปรวมตัวอยู่ในหลอดครึ่งวงกลม vestibular (Canalithiasis theory)⁽³⁻⁵⁾ และเมื่อใดก็ตามที่คนไข้เคลื่อนไหวศีรษะ จะทำให้อ่อนคริสตอลดังกล่าวเคลื่อนตัวไปกระทบถูกปลายประสาททรงตัว (Nerve hair cells) ทำให้เกิดมีคลื่นประสาทส่งไปยังสมอง ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการเวียนและอาการอย่างอื่นๆ ตามมา หรืออีกทฤษฎี คือ Cupulolithiasis theory (5-8) อธิบายไว้โดย Schuknecht เชื่อว่ามีการเสื่อมสภาพของ Utricle ทำให้ Otolith หลุดเข้ามาอยู่ใน posterior semicircular canal ของ vestibular ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะ

อาการสำคัญ และการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่า จะมีลักษณะอาการสำคัญที่เกิดขึ้นดังนี้ คือ อาการเวียนศีรษะมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่ไม่นาน (น้อยกว่า 90 วินาที) และสัมพันธ์กับการกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงท่าทางของศีรษะและร่างกายของผู้ป่วย เช่น ในท่าที่ผู้ป่วยล้มตัวลงนอนแล้วตะแคงไปด้านหนึ่งด้านใด หรือการก้มตัวลงไปเก็บของและ การเหวี่ยงศีรษะ ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยโดยการตรวจ Dix-hallpike ซึ่งเป็นการตรวจว่าอาการเวียนแบบหมุนนั้นถูกกระตุ้นโดยการเคลื่อนไหวของศีรษะในลักษณะเฉพาะหรือไม่ โดยแพทย์จะเป็นผู้สังเกตว่ามี การเคลื่อนไหวของลูกตาแบบ Nystagmus หรือไม่ในขณะตรวจ ซึ่งถ้าพบก็จะบ่งว่าอาการเกิดโรคในสมองส่วนกลาง (Central vertigo) แต่ถ้ามีอาการแต่ไม่พบ Nystagmus ก็จะมีถึงโรคในระบบการทรงตัวที่ส่วนปลายซึ่งอยู่ในหูชั้นใน (Peripheral vertigo) นอกจากนั้น Dix- Hallpike test⁽⁹⁻¹²⁾ ยังสามารถบอกให้เราทราบได้ว่าหูด้านใดเป็นโรค วิธีการตรวจกระทำดังนี้:



รูปที่ 1 แสดงท่าการตรวจผู้ป่วยโรคเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่าโดยวิธีของ Dix-hallpike

1. ให้คนไข้ นั่งบนเตียง ขาเหยียดตรง แพทย์จะช่วยให้คนไข้ หมุนศีรษะไปทางด้านใดด้านหนึ่ง 30 - 45 องศา จากนั้นให้คนไข้ นอนลงอย่างรวดเร็ว โดยให้ศีรษะเอนไปทางด้านหลัง ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยการวางหมอนไว้ใต้ไหล่ หรือให้ศีรษะพ่นเตียง (โดยแพทย์จะประคองศีรษะคนไข้ไว้) รูปที่ 1

2. สังเกตดูการเคลื่อนไหวกระตุกของลูกตา (Nystagmus) ระยะเวลา และลักษณะการเกิด การเคลื่อนไหวของลูกตา จะบ่งบอกให้เราได้ว่าทราบสาเหตุของการเกิดอาการเวียนแบบหมุนมีต้นเหตุในหูชั้นใน หรือในสมอง

3. ภายหลังจากให้คนไข้ลุกขึ้นนั่งตรง ให้คนไข้ นั่งพักประมาณ 2-3 นาที ให้คนไข้ พ้นตัวจากอาการเวียนเสียก่อน จากนั้นให้ทำการตรวจเหมือนเดิม แต่ให้หมุนศีรษะไปด้านตรงข้าม

4. ผลของการตรวจเป็นปกติ หมายความว่า ในระหว่างการตรวจคนไข้ จะไม่มีอาการเวียนแบบหมุน หรือลูกตาไม่มีการเคลื่อนไหวกระตุก (Nystagmus) ผลการตรวจผิดปกติ (Abnormal test) หมายความว่า

ว่า ในระหว่างการตรวจคนไข้ จะมีอาการเวียน หรือการเคลื่อนไหวกระตุกของลูกตาเกิดขึ้น ในขณะที่ทำการตรวจ ผลที่ได้เป็นบวกเมื่อหูด้านที่เสียจะอยู่ทางด้านล่าง

การรักษาโรคเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่า

การรักษาเริ่มต้นด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ การรักษาด้วยยาลดอาการเวียนศีรษะ เช่น ยากลุ่มที่กดการทำงานของ Vestibular ยาลดอาการมึนงง และคลื่นไส้ อาเจียน ในทางปฏิบัติพบว่า การให้ยาเพียงอย่างเดียว ได้ผลไม่ดีเท่ากับการให้การบำบัดอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวเพื่อการปรับตัว (Vestibular habituation training) ข้อเสียคือ ช่วงแรกของการบริหารจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ และต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน

ในปี ได้มีการเสนอการรักษาโดยบริหารท่าทางของศีรษะ และลำตัวผู้ป่วย โดยเชื่อว่าเป็นการกลับตำแหน่งของตะกอนนิ่วโดยการเปลี่ยนท่าทางของศีรษะมีชื่อเรียกว่า CRP (Canalith repositioning procedure)⁽¹³⁾ คือการยุติอาการ

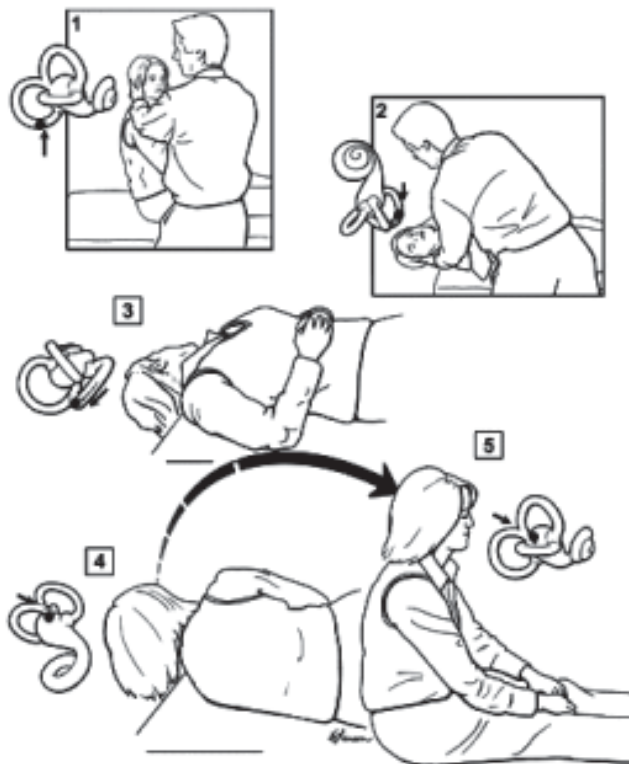
วิงเวียนที่เกิดโดยจากก้อน Canaliths ที่หลุดลอยในท่อครึ่งวงกลม ด้วยกรรมวิธีให้มีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะติดต่อกันเป็นชุดเพื่อให้ก้อน Canaliths หลุดกลับเข้าสู่ที่เดิมใน Utricle ซึ่งมันจะถูกทำลายไปในที่สุดในการทำ CRT คนไข้อาจได้รับยา diazepam ก่อนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการคลื่นไส้ และการกระทำดังกล่าว จะถูกกระทำโดยผู้ได้รับการฝึกมาเป็นการเฉพาะ เช่นแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด และควรกระทำภายในโรงพยาบาล

ในการรักษาคนไข้ที่เป็น BPPV ด้วยวิธี CRP จะได้ผลดีประมาณ 80% โอกาสที่จะเกิดมีอาการซ้ำมีได้น้อยมาก การทำ CRP มีสองวิธีด้วยกันคือ Epley maneuver และ Semont-Liberatory

maneuver ซึ่งทั้งสองวิธีมีรายละเอียดต่างกันเล็กน้อย

การทำ Epley maneuver^(14, 15) ประกอบด้วย

1. ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงตรวจโดยให้เท้าอยู่ข้างเตียงและหันศีรษะ 45 องศาไปด้านตรงข้ามกับด้านที่เกิดอาการเช่นเดียวกับการตรวจ Dix-hallpike (ท่าที่ 1) และให้ผู้ป่วยล้มตัวลงนอนศีรษะต่ำกว่าขอบเตียง 20-30 วินาที (ท่าที่ 2)
2. ให้ผู้ป่วยหมุนศีรษะไปด้านที่มีอาการครึ่งละ 90 องศา ประมาณ 20-30 วินาที ก่อนจะ หมุนจนครบ 180 องศา และคงไว้ 20-30 วินาที (ท่าที่ 3-4)
3. ให้ผู้ป่วยกลับมา นั่งในท่าปกติศีรษะตรง (ท่าที่ 5) ซึ่งจะทำให้ canalith เปลี่ยนตำแหน่งตามรูปประกอบ (รูปที่ 2)



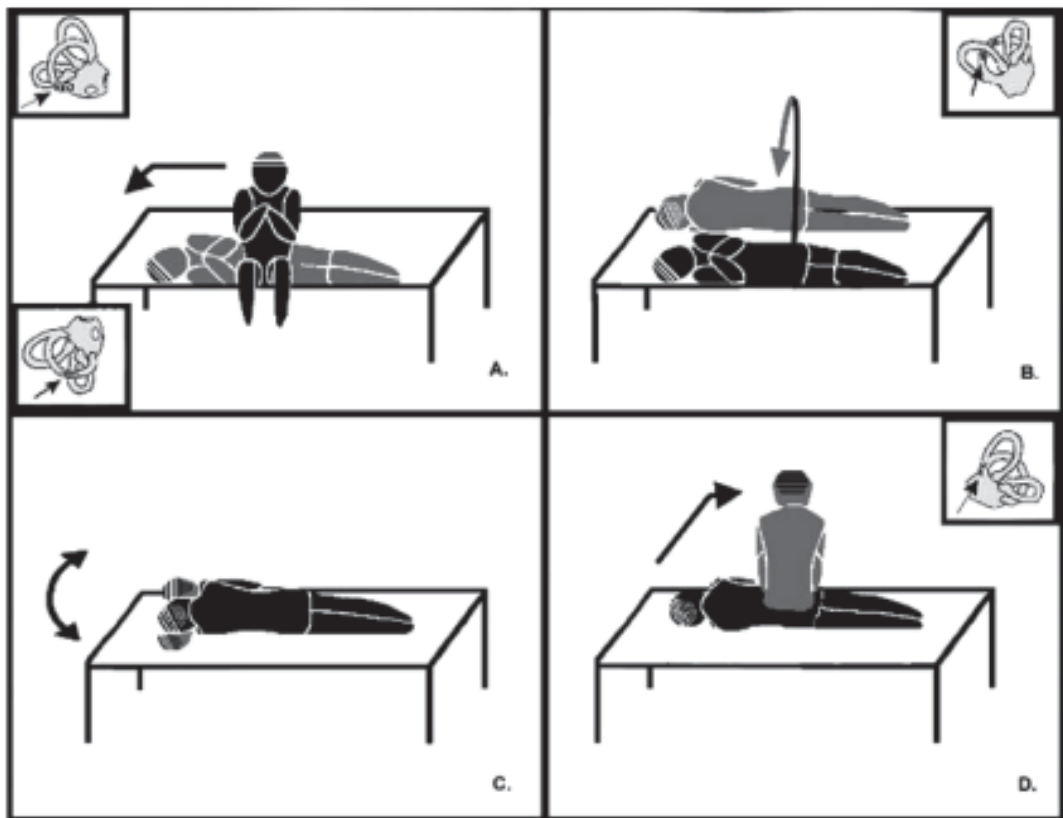
รูปที่ 2 Epley maneuver

การทำ Semont-Liberatory maneuver⁽¹⁶⁾
ประกอบด้วย

1. ให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงตรวจโดยให้เท้าอยู่ข้างเตียงและหันศีรษะ 45 องศาไปด้านตรงข้ามกับด้านที่เกิดอาการ (ท่า A) และให้ผู้ป่วยล้มตัวลงนอน
2. ให้ผู้ป่วยหมุนตัวจากด้านขวาไปด้านซ้าย

โดยที่ยังคงหันศีรษะไว้ท่าเดิมท่า B

3. เมื่อไม่มีอาการเวียนศีรษะแล้วให้ผู้ป่วยขยับศีรษะขึ้นลง สามถึงสี่ครั้งท่า C
4. ให้ผู้ป่วยกลับมาหันศีรษะอยู่ในท่าปกติทันทีทันใด



รูปที่ 3 Semont-Liberatory maneuver

ภายหลังการทำหัตถการดังกล่าวแพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยได้รับยาบำรุง (Vitamin B 1-6 -12) รับประทาน และ ติดตามอาการผู้ป่วยที่ 1 สัปดาห์ หลังการทำ Canalith repositioning procedure โดยถือว่าผู้ที่รักษาได้ผล คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเวียนศีรษะ และการตรวจ Positioning

test (Dix-hallpike maneuver) ให้ผลเป็นลบ หากผู้ป่วยยังมีการเวียนศีรษะและการตรวจ Positioning test (Dix-hallpike maneuver) ให้ผลเป็นบวก จะให้การบริบาลครั้งที่ 2 และติดตามอาการอีกหนึ่งสัปดาห์ถัดไป

ผลการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 30 ราย พบว่ามีอายุเฉลี่ย 55 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (18 ราย: 12 ราย) ระยะเวลาที่มีอาการเฉลี่ยครั้งละ 30 วินาที พบในหูทั้งสองข้างเท่าๆ กัน พบว่าเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมี ระดับความรู้สึกลึกของอาการรุนแรง 11 ราย ระดับอาการปานกลาง 19 ราย หลังการรักษาครั้งแรกกลุ่มที่มีอาการรุนแรงหายจากโรค 8 ราย กลุ่มที่มีอาการปานกลางหายจากโรค 12 ราย ผู้ป่วยที่ยังมีอาการหลังการรักษาครั้งแรกจำนวน 10 ราย ได้รับการรักษาเป็นครั้งที่สองและมาติดตาม อาการหลังการรักษา 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่หายจากโรคเพิ่มขึ้นอีก 6 ราย รวมผู้ป่วยที่รักษาหายทั้งสิ้น 26 ราย จาก 30 ราย คิดเป็น 86.67% ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ

สรุป

การรักษาอาการเวียนศีรษะที่เกิดขณะเปลี่ยนท่า (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) โดยการเปลี่ยนท่าทางของศีรษะมีชื่อเรียกว่า CRP (Canalith repositioning procedure) เป็นวิธีการที่ได้ผลดี เป็นที่ยอมรับ ผู้ป่วยสามารถหายจากอาการดังกล่าวได้ทันที สามารถให้การรักษาลงได้ หัตถการดังกล่าวไม่มีสภาวะแทรกซ้อน และไม่ต้องทานยา ข้อสำคัญในการให้การรักษาดังกล่าวโดยวิธี CRP (Canalith repositioning procedure) คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และขั้นตอนที่สำคัญคือการจัดแนวตำแหน่งศีรษะให้ได้ตามแนวที่กำหนดในระหว่างการทำการหัตถการ อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ผู้ป่วยทำการหัตถการดังกล่าวด้วยตนเองเพราะอาจทำให้เกิดการปลัดตกหกล้มได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kollen L, Frandrin K, Moller M, Fagevik Olsen M, Moller C. Benign paroxysmal positional vertigo is a common cause of dizziness and unsteadiness in a large population of 75-year-olds. *Aging Clin Exp Res.* Aug;24(4):317-23.
2. Ibekwe TS, Rogers C. Clinical evaluation of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Niger MED J.* Apr; 53(2): 94-101.
3. Sheikholeslam-Zadeh R. Cupulolithiasis and canalolithiasis are two photos of a story called 'the destiny of the otoconia'. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 Feb; 122(2): 206-7.
4. Korres S, Riga M, Sandris V, Danielides V, Sismanis A. Canalolithiasis of the anterior semicircular canal (ASC): treatment options based on the possible underlying pathogenetic mechanisms. *Int J Audiol.* Aug;49(8):606-12.
5. Brandt T, Steddin S. Current view of the mechanism of benign paroxysmal positioning vertigo: cupulolithiasis or canalolithiasis? *J Vestib Res.* 1993 Winter; 3(4): 373-82.
6. Steddin S, Ing D, Brandt T. Horizontal canal benign paroxysmal positioning vertigo (h-BPPV): transition of canalolithiasis to cupulolithiasis. *Ann*

- Neurol. 1996 Dec; 40(6): 918-22.
7. Gacek RR. Pathophysiology and management of cupulolithiasis. Am J Otolaryngol. 1985 Mar-Apr; 6(2): 66-74.
8. Gacek RR. Cupulolithiasis. Adv Otorhinolaryngol. 1982; 28: 80-5.
9. Kramer PD, Kleiman DA. Dix-Hallpike maneuver results are not influenced by the time of day of the test. Acta Otolaryngol. 2005 Feb; 125(2): 145-7.
10. Sumner A. The Dix-Hallpike Test. J Physiother. 58(2): 131.
11. Viirre E, Purcell I, Baloh RW. The Dix-Hallpike test and the canalith repositioning maneuver. Laryngoscope. 2005 Jan;115(1): 184-7.
12. Humphriss RL, Baguley DM, Sparkes V, Peerman SE, Moffat DA. Contraindications to the Dix-Hallpike manoeuvre: a multidisciplinary review. Int J Audiol. 2003 Apr; 42(3): 166-73.
13. Korres S, Riga MG, Xenellis J, Korres GS, Danielides V. Treatment of the horizontal semicircular canal canalithiasis: pros and cons of the repositioning maneuvers in a clinical study and critical review of the literature. Otol Neurotol. Oct; 32(8): 1302-8.
14. Zhang H, Geng M, Yan B, Lu X. [Epley's manoeuvre versus Epley's manoeuvre plus labyrinthine sedative in the management of benign paroxysmal positional vertigo: prospective, randomised study]. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. Aug; 26(16): 750-2.
15. Glasziou P, Bennett J, Greenberg P, Green S, Gunn J, Hoffman T, et al. The Epley manoeuvre - for benign paroxysmal positional vertigo. Aust Fam Physician. Jan-Feb; 42(1-2): 36-7.
16. Semont A, Freyss G, Vitte E. [Benign paroxysmal positional vertigo and provocative maneuvers]. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1989; 106(7): 473-6.

Laboratory warning to check level of CD4 and viral load for HIV/AIDS patients

Mrs. Benjamas Adulyawat, Mrs. Karuna Limjaroen, Mrs. Sunanta Natprom,
Miss Chulanart Ketkumpu, Mrs. Panida Boochoa, Mr. Decha Yarnarit,
Mr. Pongsatorn Tongwichit, Mrs. Kuljira Yuneyonk, Miss Prapaporn Khumsa.

Abstract

This descriptive research was conducted to improve the quality of HIV/AIDS patients care in National antiretroviral program (NAP) and the extension of project. One main indicator is the numbers of patients' receive blood test for CD4 twice a year and viral load one a year. We implement the warning bill for CD4 and viral load check notice to doctors. The aim is to improvement of the number CD4 and viral load check up to 95%. After implement the number of patients increases up to 98.83 percent.

การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ และระดับเชื้อไวรัส

เบญจมาศ อุดุลย์วัฒน์ (พย.บ.), กรุณา ลิ้มเจริญ (ส.ม.), สุนันทา เนตรพรหม (พย.บ.),
จุฬานาถ เกตุกำพุ (พย.ม.), ภาวนิดา บุญชา (พย.บ.), เดชา ญาณฤทธิ (พย.บ.),
พงศธร ทองวิจิตร (พย.บ.), กุลจิรา ยืนยงค์ (พย.บ.), ประภาพร ขำสา (พย.ม.).

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION หลังจากติด ใบเตือนแพทย์ ได้รับการส่งตรวจ CD4 และ viral load เพื่อติดตามผลการดูแล $\geq 95\%$ พบว่า จากการติด ใบเตือนแพทย์ เป็นส่วนช่วยให้แพทย์และทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ตระหนักในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIVQUAL-T) เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ถึงร้อยละ 98.83

บทนำ

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) ภายใต้ชื่อ โครงการ NAP (National AIDS Program) สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นพันธกิจหลักของสถาบันบำราศนราดูร และได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โครงการ NAP) อีกทั้งยังรับผิดชอบโครงการ NAPHA EXTENSION ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) สิทธิประโยชน์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่จะได้รับในโครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ได้แก่ การส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) ปีละ 2 ครั้ง และการส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ปีละ 1 ครั้ง แต่พบว่าในปีงบประมาณ 2551 การส่งตรวจตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการ NAP มีเพียงร้อยละ 68.6 และโครงการ NAPHA EXTENSION ร้อยละ 46.4

ผู้ทำการวิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการรักษาสิทธิประโยชน์ และผลกระทบที่เกี่ยวกับคุณภาพการติดตามผลการดูแลรักษา รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงเกิดความสนใจที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป จึงทำไบเอนแพทย์ในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4+ T-cell) และการส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) เพื่อติดตามผลการดูแล $\geq 95\%$

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้ไบเอนแพทย์ในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4+T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP ทั้งหมด 1,423 ราย และโครงการ NAPHA EXTENSION ทั้งหมด 371 ราย รวมทั้ง 2 โครงการ 1,794 ราย แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ปี 2552

นิยามศัพท์

1. **โครงการ NAP** หมายถึง โครงการให้บริการยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามสิทธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้ชื่อโครงการ NAP (National AIDS Program)

2. **โครงการ NAPHA EXTENSION** หมายถึง โครงการให้บริการยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ และมีอุปสรรคในการเข้าถึงการเข้ารับบริการในระบบที่สังกัดอยู่ หรือกลุ่มที่อยู่ นอกสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ เช่น กลุ่มคนไทยที่รอพิสูจน์สิทธิ์ กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้อพยพ ด้วยสาเหตุต่างๆ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านการดูแลสุขภาพ (The Global Fund)

3. **HIV QUAL-T** หมายถึง HIV Quality of Care - Thailand คือโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้วัดการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นรายปี ซึ่งนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลและให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เอดส์ โดยตัวชี้วัดของ HIV QUAL-T สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษา ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. **CD4** หมายถึง การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD + T - cell) ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาว

ชนิดซีดี 4 (CD + T - cell) คือ การตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T - cell) ในเลือด 1 ไมโครลิตร (ประมาณ 1 หยด) โดยทั่วไป คนที่มีภูมิคุ้มกันปกติปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD + T - cell) ประมาณ 700 ขึ้นไป ถ้าหากผลตรวจมีค่าน้อยกว่า 200 ก็ถือว่าภูมิคุ้มกันบกพร่อง

5. **Viral load** หมายถึง ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) เป็นการตรวจหาปริมาณไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในของเหลว เช่น น้ำเหลือง เลือด ซึ่งทำได้โดยการหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี ซึ่งเรียกว่า HIV RNA ผลการตรวจจะแสดงเป็นจำนวน copies ของ HIV RNA ต่อมิลลิลิตร

6. **ใบเตือนแพทย์** หมายถึง เอกสารที่จัดทำขึ้นใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเตือนแพทย์ให้ส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD + T - cell) และ การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ซึ่งเป็นตัวชี้วัด 1 ใน 6 ตัว ตามมาตรฐานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เอดส์ของ HIV QUAL-T

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากผลของการใช้ใบเตือนแพทย์ในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD + T - cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร

1. เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION
แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร

2. สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการ
การส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4
(CD+T- cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด
(Viral load) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
ทั่วไปที่อยู่นอกโครงการ

วิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi - Experimental Research) เพื่อศึกษาผล
ของการใช้ใบเตียนแพทย์ในการส่งตรวจหาปริมาณ
เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4+T-cell) และการ
ตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ใน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และ
โครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรม
ผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ปี 2552 สำหรับ

การนำเสนอขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ประกอบด้วย

1. ประชากร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ
NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนก
อายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร
ปีงบประมาณ 2552 ทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใบเตียนแพทย์ เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อ
ใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเตือนแพทย์ในการส่งตรวจ
หาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell)
และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load)

เรียน แพทย์เจ้าของไข้

เพื่อรักษาสีสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยโครงการ NAP / NAPHA EXTENSION เรื่องการ
ส่งตรวจ CD4, VL ของปีงบประมาณ.... (2552).... ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจ CD4 ครั้งล่าสุด
เมื่อ.....และVL ครั้งล่าสุดเมื่อ.....

ดังนั้นจึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

กรุณา/เบญจมาศ ผู้รับผิดชอบโครงการ โทร. 3595

การพัฒนากระบวนการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ และระดับเชื้อไวรัส

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบข้อมูลการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูรทุกราย จากโปรแกรม Microsoft Excel

2. คัดเลือกรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ที่ไม่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแล ยืมเวชระเบียนเพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลการส่งตรวจ

3. ตรวจสอบการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ครั้งล่าสุด กรณีที่พบผลการตรวจครั้งล่าสุด มากกว่า 6 เดือน ทำการติดต่อ **ใบเตือนแพทย์** ที่ Progress note ในเวชระเบียนทุกราย เพื่อให้แพทย์ ทราบ

4. ติดตามการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาว

ชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ในรายที่มีการติดต่อ **ใบเตือนแพทย์**

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดแล้ว นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน และร้อยละ (Percentage)

ผลการวิจัย

จากผลการเก็บข้อมูล การส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการส่งตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2552 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนก อายุรกรรมผู้ป่วย ทั้งหมด 1,794 ราย ได้รับการส่งตรวจ CD4, Viral load ตามเกณฑ์ 1,147 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.94

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากร

โครงการ	จำนวน	ร้อยละ
โครงการ NAP	1,423	79.32
โครงการ NAPHA EXTENSION	371	20.68
รวม	1,794	100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load)

รายการ	โครงการ		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	NAP	NA.EX.		
1. ยอดผู้ป่วยในโครงการทั้งหมด (ราย)	1,423	371	1,794	100
2. ได้รับการส่งตรวจ CD4, VL ตามเกณฑ์	974	173	1,147	63.94 (63.935)
3. ไม่ได้รับการส่งตรวจ CD4, VL ตามเกณฑ์	449	198	647	36.06 (36.064)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ที่ไม่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์ ได้รับการติดต่อ **ไพบีเตือนแพทย์** เพื่อช่วยเตือนแพทย์ในการส่งตรวจร้อยละ 100 หลังจากติดต่อ **ไพบีเตือนแพทย์** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) เพิ่มขึ้น 480 ราย รวมได้รับการส่งตรวจตามเกณฑ์

ทั้งหมด 1,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.69 อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 9.31 ที่ไม่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์ ซึ่งแยกได้ตามสาเหตุ คือ มีนัดตรวจหลังปีงบประมาณ (30 กันยายน 2552) จำนวน 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.58 สาเหตุจากแพทย์ไม่ส่งตรวจโดยไม่ทราบสาเหตุ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.45 แพทย์ส่งตรวจแต่ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจ เนื่องจากถูกคุมขังที่ทัณฑสถาน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 และขาดการติดต่อไม่ทราบสาเหตุอยู่ในระหว่างดำเนินการติดตาม 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.17

การพัฒนากระบวนการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 และระดับเชื้อไวรัส

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรที่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) หลังติดเอดส์

รายการ	โครงการ		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	NAP	NA.EX.		
1. ไม่ได้รับการส่งตรวจ CD4, VL ตามเกณฑ์	449	198	647	36.06 (36.064)
2. ได้รับการส่งตรวจหลังติดเอดส์	336	144	480	26.76 (26.755)

ตารางที่ 4 ลักษณะเหตุผลที่กลุ่มประชากร ไม่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) หลังติดเอดส์

ลักษณะของเหตุผล	โครงการ		รวม	ร้อยละ
	NAP	NA. EX.		
1. มีนัดตรวจ CD4, VL แต่เป็นหลังปีงบประมาณ 2552 (30 ก.ย.52)	100	54	154	8.58
2. ไม่ได้รับการส่งเสริมจากแพทย์ในการส่งตรวจโดยไม่ทราบสาเหตุ	8	0	8	0.45
3. แพทย์ส่งตรวจ แต่ไม่ได้ตรวจ	5	0	5	0.28
- ถูกคุมขังที่ทัณฑสถาน	2			
- ขาดการติดต่อไม่ทราบสาเหตุ	3			

อนึ่ง หลัง 30 กันยายน 2552 ทำการติดตามต่อพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการมาทำตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด

(Viral Load) เพิ่ม 146 ราย ทำให้มีอัตราการส่งตรวจเพิ่มเป็น 1,773 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.83 มีเพียง 8 รายที่ไม่ได้มาตรวจ ตามนัดเนื่องจากการส่งต่อใช้สิทธิตามบัตร 30 บาท

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลของการใช้ไบเต็อน แพทย์ในการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณ ไวรัสในเลือด (Viral Load) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ปี 2552" พบว่าจากการติด ไบเต็อนแพทย์ เป็นส่วนช่วยให้แพทย์และทีม ผู้ดูแลผู้ป่วย ตระหนักในการส่งตรวจหาปริมาณ เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการส่งตรวจ หาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินผลคุณภาพการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIVQUAL-T) เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ถึง ร้อยละ 98.83

อภิปรายผล

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ NAP และ โครงการ NAPHA EXTENSION แผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก ไม่ได้รับการส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาว ชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณ ไวรัสในเลือด (Viral Load) ตามเกณฑ์มาตรฐานการ ดูแล มาจาก

1. ภาระงานมากของทีมผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ปัจจุบัน มีจำนวนมาก
2. มีการกระจายการให้บริการหลายหน่วยงาน ได้แก่ ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คลินิกนอกเวลา งานฟื้นฟู ผู้ป่วยภาคกลางวัน คลินิกทันตโรค และห้องตรวจ ประกันสังคม
3. มาตรฐานการดูแลที่มีความหลากหลาย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพิจารณาและจัดการให้มาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทุกหน่วยงาน
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์โครงการ NAP และโครงการ NAPHA EXTENSION ในการส่งตรวจหาปริมาณ เม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 (CD4 + T-cell) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามเกณฑ์ มาตรฐาน
3. ควรมีมาตรฐานในการกำหนดระยะเวลาการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างชัดเจนและกำหนด ให้มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามปี งบประมาณ

การพัฒนากระบวนการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีสี่ และระดับเชื้อไวรัส

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา
สังเคราะห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์/
ผู้ได้รับผลกระทบ ระดับศูนย์บริการสาธารณสุข.
กลุ่มงานพัฒนาบริการสาธารณสุขและสังคม
กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ

- ทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย. กค.2555
2. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556. สำนักหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตค. 2555 ISBN:
978-616-7323-75-6