



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2561

Volume 5 No. 1 January – April 2018

วัตถุประสงค์

เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

เจ้าของ

โรงพยาบาลนครพนม

บรรณาธิการที่ปรึกษา

นพ.ยุทธชัย	ตรีสกุล	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.เพ็ญรักษ์	ร่วมเจริญ	ข้าราชการบำนาญ
รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภก.ผศ.ดร.แสวง	วัชรธนาภิ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ภญ.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนศิลป์	สาขาวิชาเภสัชคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สมจิตร	แดนศรีแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.มาริส	ไกรฤกษ์	กลุ่มวิชาการศึกษาวิจัยและการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ.ศุภกานต์	เดชะพงษ์ศรี	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
นพ.ณัฐพล	สันตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

บรรณาธิการ

นพ.พงศ์ธร	วงศ์สุวรรณ	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
-----------	------------	-------------------	-----------------

รองบรรณาธิการ

พญ.สุรธินีย์	คูสกุลวัฒน์	กลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
--------------	-------------	-------------------	-----------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางงามย์	สุตรสุวรรณ	กลุ่มงานศัลยกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
----------	------------	------------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

นพ.ทศพล	นุตตะรังค์	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.นทวรรณ	หุ้ณพยนต์	กลุ่มงานศัลยกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.งามจิตร	นิลวัชรวิง	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.ภาราณี	สกุลคู	กลุ่มงานทันตกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
ภก.วิจิต	เหล้าวัฒนาถาวร	กลุ่มงานเภสัชกรรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์	กลุ่มการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม
นพ.พิมพ์พล	หงส์ทอง	กลุ่มงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	โรงพยาบาลสุภูมิ

คณะทำงาน

นายเวชสิทธิ์	เหมะธูลิน	งานเวชนิทัศน์	โรงพยาบาลนครพนม
นางพินทิพย์	ชัยกลาง	ศูนย์คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ	โรงพยาบาลนครพนม
นางเดือนฉาย	ใจคง	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
นางวิไล	ฤทธิธาดา	งานห้องสมุด	โรงพยาบาลนครพนม
นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางพรสวรรค์	สาห์ล้า	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม

กำหนดออก

ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

ส่งต้นฉบับที่

นางพรสวรรค์ สาห์ล้า
งานวารสาร กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม
270 ด.อภิบาลบัญชา ด.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000
โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016
โทรสาร 0-4251-3193
E-mail: nkpjournal_9@hotmail.com

พิมพ์ที่

บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด
เลขที่ 327/9 ด.เพ็ญนคร ด.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000



สารบัญ

Original Article

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 5
อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
พิสิษฐ์ สิริวัฒนชัยกร
2. ประสิทธิภาพของโครงการโรงเรียนเบาหวานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่16
โรงพยาบาลนครพนม
พงศ์ธร วงศ์สุวรรณค์
3. ลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่าย27
โรงพยาบาลนครพนม
พรรณนิภา วิรัตน์จันทร์, ณชนก พงษ์ช้าง
4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี34
อรรวรรณ แสนนามวงษ์
5. การประเมินผลการพัฒนาระบบยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข47
จังหวัดอุดรธานี
สมชาย ชินวานิชย์เจริญ
6. แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้56
และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมแพ
รุ่งฤดี ไกรเสน
7. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัดนิ้วในไต ด้วยวิธีเจาะผ่านผิวหนัง65
โดยใช้อัลตราซาวด์
อุดมศักดิ์ วิจิตรเศรษฐกุล, พบ



Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

พิสิษฐ์ สิริวัฒนชัยกร

เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมการใช้ยาและความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม จำนวน 298 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.16 อายุเฉลี่ย 60.97 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 80.54 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.63 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท ร้อยละ 86.92 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.30 ระยะเวลาที่ป่วยโดยเฉลี่ย 9.09 ปี มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 65.77 รักษาด้วยการกินยา ร้อยละ 67.79 ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยเบาหวาน ร้อยละ 81.21 และไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเบาหวาน ร้อยละ 83.89

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.60 พฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.17 พฤติกรรมด้านความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.98 ด้านการเก็บรักษาและการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุดหรือปรับยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.26 และ 86.58 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.138$, $p = 0.018$) ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวม เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาด้านการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.163$, $p = 0.005$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01 ($r = -0.323$, $p = 0.005$)

คำสำคัญ : ความรู้, พฤติกรรมการใช้ยา, เบาหวานชนิดที่ 2

Factors associated with medication use behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in nathom district, nakhonphanom province.

Phisit Siriwatthanachayakon

Pharmacist Professional Level, Nathom Hospital, Nakhonphanom Province

Abstract

This Descriptive research aimed to the Knowledge, medication use behaviors among patients with Type 2 Diabetes Mellitus. And relationship between Medication use behaviors in type 2 diabetic patients with the personal characteristics and knowledge. Purposive sampling was 298 Type 2 diabetic patients who have been registered at the diabetic clinic at the Nathom hospital of Nakhonphanom province. Data were collected by using structured interview from June to August 2017. Data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson's product moment correlation coefficient.

The results show that majority were female as 74.16%, average age 60.97 years, married as 80.54%, primary education 94.63%, agriculture occupation 66.10%, monthly income less than 3,000 Baht as 86.92%, welfare scheme as 95.30%, duration of diabetes mellitus was 9.09 years, complications from diabetes mellitus as 65.77%, medication for treatment was 67.79, no relative has diabetes mellitus 81.21% and doesn't have Caregivers on diabetes medications 83.69%.

The majority of participants in this study obtained good level of knowledge as 98.60%, medication use behaviors were at a moderate level 76.17%. The cooperative behavior was high level at 96.98%. The factors resulted in stopping or adjusting medication were moderate level 89.26% and 86.58%.

The relationship between the duration of disease was positively correlated with the medication use behavior of type 2 diabetic mellitus were statistically significant at 0.05 ($r = 0.138$, $p = 0.018$). but the knowledge not related to overall of medication use behavior. Moreover, when considering into each dimension of medication use behaviors, the knowledge having negative association with storage behavior statistically significant at 0.05 ($r = -0.163$, $p = 0.005$), and having negative correlation with stopping or adjusting behavior statistically significant at <0.01 ($r = -0.323$, $p = 0.005$)

Keywords : knowledge, medication use behavior, type 2 diabetic mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 422 ล้านคน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2523 ถึง 4 เท่า และส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีสาเหตุจากภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน ซึ่งในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตถึง 1.5 ล้านคน จากภาวะแทรกซ้อนได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตาบอด ไตวายและสูญเสียอวัยวะ (World Health Organization [WHO], 2016) สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 2.9 ล้านคน (WHO, 2004) โดยร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2¹ และสถานการณ์ของโรคเบาหวานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีค่าเท่ากับร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 แต่ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 29 เช่นเดียวกับจังหวัดนครพนมที่พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 3,270.81, 3,727.09 และ 3,673.07 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557-2559 ตามลำดับ และในช่วงเวลาเดียวกันนี้ ผู้ป่วยเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีเมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่าอำเภอนาทมซึ่งเป็นอำเภอที่มีขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนม มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2557- 2559 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 3,225.0, 4,213.45, และ 5,228.96 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ²

โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรังได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลใน

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อหาความสัมพันธ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในอำเภอนาทม จำนวน 1,167 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนาทมในระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรตามสูตรของ Taro Yamanae 1973 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคาดเคลื่อน (นิยมใช้ 0.05)

เมื่อ e = 0.05 , N = 1,167

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,167}{1 + 1,167(0.05)^2} \\ &= \frac{1,167}{1 + 2.9175} \\ &= 297.89 \end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ 298 คน

3. เครื่องมือและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง (Inference Statistics) ใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมการใช้ยา

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของการตอบคำถามถูกและผิดด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (n= 298)

ข้อคำถาม	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคเบาหวาน มีสาเหตุจากพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว	93	(31.21)	205	(68.79)
2. โรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ	296	(99.33)	2	(0.67)
3. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีหรืออ้วน ถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	288	(96.64)	10	(3.36)
4. อาการของโรคเบาหวานคือ ปัสสาวะมากและบ่อย ตื่นน้ำมาก รับประทานอาหารมากและน้ำหนักตัวลดลง	292	(97.99)	6	(2.01)
5. ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะหลัง รับประทานอาหารอยู่ระหว่าง 70- 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	286	(95.97)	12	(4.03)
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเหงื่อออก อ่อนเพลีย เหมือนจะเป็นลม ถือว่าเป็นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	283	(94.97)	15	(5.03)
7. ผู้ป่วยเบาหวานควรดื่มน้ำหรือจิบเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	291	(97.65)	7	(2.35)
8. ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือผลไม้ที่มีรสหวาน	294	(98.66)	4	(1.34)
9. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานข้าวเหนียว แทน ข้าวสวย	205	(68.79)	93	(31.21)
10. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้	291	(97.65)	7	(2.35)

74.16) อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 54.70) อายุเฉลี่ย 60.97 ปี (S.D.= 10.940) อายุต่ำสุด 32.0 ปี และมากที่สุดคือ 89.0 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.54) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 94.63) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.10) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท (ร้อยละ 86.92) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 95.30) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 70.13) ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.09 ปี (S.D.= 6.225) ระยะเวลาที่ป่วยน้อยที่สุดคือ 1.00 ปี และมากที่สุดคือ 35 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 65.77) รักษาด้วยการกินยา (ร้อยละ 67.79) ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 81.21) และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลด้านการใช้ยาเบาหวาน (ร้อยละ 83.89)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ข้อคำถาม	ถูก		ผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11. การขาดยาเบาหวานเป็นบางครั้งไม่มีผล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้	212	(71.14)	86	(28.86)
12. ผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าง่ายกว่าคนทั่วไป	291	(97.65)	7	(2.35)
13. หากผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะทำให้ไตวายได้	297	(99.66)	1	(0.34)
14. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	292	(97.99)	6	(2.01)
15. ผู้ป่วยเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน	293	(98.32)	5	(1.68)
16. เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ควรหยุดออกกำลังกายทันที	289	(96.98)	9	(3.02)
17. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้	270	(90.60)	28	(9.40)
18. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาเองได้เมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น	259	(86.91)	39	(13.09)
19. ยารักษาโรคเบาหวานควรเก็บให้พ้นจากมือเด็ก	293	(98.32)	5	(1.68)
20. ผู้ป่วยเบาหวานควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ	295	(98.99)	3	(1.01)

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ หากผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ร้อยละ 99.66 รองลงมาคือโรคเบาหวานเป็นโรคที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 99.33 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดคือ โรคเบาหวานมีสาเหตุจากพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 68.79 รองลงมาคือผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานข้าวเหนียวแทนข้าวสวย ร้อยละ 31.21

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (n= 298)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	n = 298	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.00 คะแนน)	294	98.66
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.34 – 0.66 คะแนน)	4	1.34

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.66 รองลงมาคือความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.34 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n= 298) รายด้านและภาพรวม

พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความร่วมมือในการใช้ยา	289	96.98	9	3.02	0	0.00
2. ด้านการเก็บรักษา	28	9.40	266	89.26	4	1.34
3. ด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยา	40	13.42	258	86.58	0	0.00
ภาพรวม	71	23.83	227	76.17	0	0.00

จากตารางที่ 3 พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.17 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานด้านความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับ

สูง ร้อยละ 96.98 ด้านการเก็บรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.26 และด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.58 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n= 298) จำแนกรายด้านและภาพรวม

พฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. ด้านความร่วมมือในการใช้ยา	4.35	0.493	ระดับสูง
2. ด้านการเก็บรักษา	2.44	0.515	ระดับปานกลาง
3. ด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยา	2.64	0.403	ระดับปานกลาง
ภาพรวม	3.15	0.276	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.15 (S.D.= 0.276) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวานด้านความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ดีและเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.35 (S.D. = 0.493) รองลงมาคือ

ด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุดหรือปรับยาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 2.64 (S.D.= 0.403) ส่วนพฤติกรรมการเก็บรักษาเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.44 (S.D.= 0.515)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (n= 298)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการใช้ยา	
	r	p-value
1. เพศ	.0043	0.463
2. อายุ	0.060	0.309
3. สถานภาพสมรส	0.016	0.782
4. ระดับการศึกษา	0.099	0.094
5. อาชีพ	-0.096	0.102
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.054	0.361
7. สิทธิการรักษาพยาบาล	0.059	0.315
8. ระยะเวลาเจ็บป่วย	0.138*	0.018
9. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	-0.018	0.764
10. วิธีการรักษา	0.084	0.155
11. ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว	0.051	0.389
12. มีผู้ดูแลด้านการใช้ยา	0.044	0.456

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.138 ซึ่ง

มีความสัมพันธ์ทางบวกในทิศทางเดียวกัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมและจำแนกรายด้านกับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม (n= 298)

พฤติกรรมการใช้ยา	ความรู้	
	r	p-value
1. ด้านความร่วมมือในการใช้ยา	0.085	0.141
2. ด้านการเก็บรักษา	-0.163*	0.005
3. ด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยา	-0.323**	0.000
ภาพรวม	-0.021	0.721

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ระดับ 0.05 ($p = 0.05$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาด้านการเก็บรักษามีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ -0.163 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในทิศทางตรงกันข้าม

เช่นเดียวกับพฤติกรรมการใช้ยาด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยามีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($p < 0.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ -0.323 ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในทิศทางตรงกันข้าม

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงอายุ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะ เวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.09 ปี มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน รักษาด้วยการกินยา ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับอิสรา จำพิขม³ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาด ตำบลตลาดไทร อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป สถานภาพคู่ จบชั้นประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยเป็นเบาหวาน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่นเดียวกับ เนตรนา ลาสังข์และคณะ⁴ พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.5 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.1 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.3 แต่ไม่สอดคล้องกับ ศศิมา สันธุเสน⁵ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกอบโกย บ.น.23 พบว่าร้อยละ 64.8 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.4 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.6

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 98.60) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ หากผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะ

ทำให้ไตวายได้ ร้อยละ 99.66 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดคือโรคเบาหวานมีสาเหตุจากพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 68.79 ซึ่งสอดคล้องกับ อิสรา จำพิขม³ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.81 แต่ไม่สอดคล้องกับ คงฤทธิ์ วันจรรยา⁶ ผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับ ประทุม สุขชัยพานิชย์⁷ ที่ศึกษาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 52.6 และ 36.8) และร้อยละ 10.5 มีความรู้ในระดับดี

ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 76.17 มีพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.98 ด้านการเก็บรักษายาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.26 และด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุดหรือปรับยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.58 สอดคล้อง กับ เนตรนา ลาสังข์และคณะ⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.7 ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.3 ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.6 ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.1 ไม่สอดคล้อง กับ สรินญา พรพัฒน์จิรพันธ์⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยทุกรายรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มาตามนัด 49 ราย ยกเว้นเพียง 1 ราย ที่ผิดนัดไป 5 วัน ทำให้น้ำตาลเพิ่มขึ้นมากซึ่งแพทย์ต้องสั่งฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้น และไม่สอดคล้องกับ คลีพิตรา ไชยศรี และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 99.1 มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.15 ($S.D. = 0.276$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ดีและเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.35 ($S.D. = 0.493$) ส่วนพฤติกรรมการเก็บรักษายาเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่มีคะแนนต่ำสุด

เท่ากับ 2.44 (S.D.= 0.515) ซึ่งสอดคล้องกับ ธนภฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 37.4 ± 2.2 คะแนน และความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับร้อยละ 16.7

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานกับลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่านั้นที่มีซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในทิศทางเดียวกันพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.138, p = 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ คงฤทธิ์ วันจรรย์⁶ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 และเมื่อเปรียบเทียบอายุและระยะเวลาเจ็บป่วยที่ต่างกันพบว่ามีความอายุที่ต่างกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ สำหรับสภาวะสุขภาพพบว่า ร้อยละที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ ค่า BMI 55.77, รอบเอว 33.65, BP 30.77, FBS 18.27, HbA1c 2.88, Cholesterol 50.96, Triglyceride 46.15, HDL 54.18, LDL 25.96, BUN 78.85 และ Cr 94.23 แต่ไม่สอดคล้องกับ คลีพิตรราไชยศรีและคณะ⁹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา สามารถทำนายพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 4.3 ($R^2 = 0.043, p < 0.05$) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และไม่สอดคล้องกับ ฤทธิชัย พิมปา¹¹ ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($p\text{-value} > 0.05$) และปัจจัยสนับสนุน พบว่าระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

($p\text{-value} > 0.05$)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยากับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับ สิริมาส วงศ์ใหญ่¹² ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ด้านยา ด้านผู้ให้การดูแลรักษา ด้านสถานบริการ (ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการรอรับบริการ และความถี่ของการนัดตรวจรักษา) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับ ศศิมา สันธเสน⁵ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบิน บน.23 พบว่าผลจากการวิเคราะห์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาเท่านั้นที่ไม่มีความสัมพันธ์ กับความรู้ ส่วนพฤติกรรมด้านการเก็บรักษามีความสัมพันธ์ทางลบในทิศทางตรงกันข้าม กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = -0.163, p = 0.05$) เช่นเดียวกับด้านการจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้หยุด/ปรับยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในทิศทางตรงกันข้ามกับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.323, p < 0.01$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรีย์ ศรีสะอาด และคณะ¹³ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกบริการของ รพสท. พื้นที่อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่าร้อยละ 100 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เมื่อรับประทานยาไม่ได้หรือเจ็บป่วยจะไม่งดยาเบาหวาน ไปรับยาตามที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัด เมื่อเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคอื่นจะแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบว่าเป็นเบาหวาน ติดตามและซักถามผลของระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ตามลำดับ

ร้อยละ 96.7 ไม่เคยซื้อยารักษาโรคเบาหวานมารับประทานเอง เมื่อลืมรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่งไม่รับประทานยาเป็น 2 เท่า ในมือต่อไป ผลจากการบันทึกเวลารับประทานยาและอาหารทำให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยและญาติเอาใจใส่ต่อการรับประทานยา ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาก่อน - หลังได้รับความรู้ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานก่อน-หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน - หลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยชี้แนะและตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนาม และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการจัดเก็บข้อมูลมาใช้ในการศึกษาจนงานวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บรรณานุกรม

1. ยุพาพรรณ ช้างพลายงาม. การเปลี่ยนผ่านจากการใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทานเป็นยาฉีดอินซูลินของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดนครพนม 2559. [ออนไลน์]. นครพนม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.176.15/chronic/repdmptcontrolsugar.php>
3. อิศรา จำพิขม. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตาต ตำบลตลาดไทร อำเภอลำดวน จังหวัดนครราชสีมา. [การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
4. เนตรนภา ลาสังข์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต อำเภอฟากท่า จังหวัดนครสวรรค์. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2560; 10(36):46-52.
5. ศศิภา สีนุสน. ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบิน บ.น.23 แพทยสารทหารอากาศ. 2558;61(3):1-7.
6. คงฤทธิ์ วันจรรณ. ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภท 2 ตำบลลำปาว อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6(3):130-139.
7. ประทุม สุกชัยพานิชย์. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University. 2557; 1(1):1-12.
8. สรินญา พรพัฒน์จิรพันธ์. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคเบาหวานและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองบัว. วารสารองค์การเภสัชกรรม 2557; 40(2): 3-12.
9. คลิพัตรา ไชยศรี และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์[ออนไลน์]. 2556. 31(3) 67-75. เข้าถึงได้จาก http://kanchanapisek.or.th/kp6/Ebook/BOOK35/pdf/book35_8.pdf.
10. ธนกฤต มงคลชัยภักดี และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558;7(1):47-59.
11. ฤทธิชัย พิมพ์า. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม. 2557;30(3):14-25.
12. สิริมาส วงศ์ใหญ่. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม [ออนไลน์]. 2557. 30(2) 80-90. [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ค.2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29285>
13. มยุรีย์ ศรีสะอาด และคณะ. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกบริการของ รพสต.พื้นที่อำเภอสว่างเม่น จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2558;23(1):39-48.

ประสิทธิผลของโครงการโรงเรียนเบาหวานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลนครพนม

พงศ์ธร วงศ์สุวรรณค์

กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบอุบัติการณ์และความชุกมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ปัจจุบันที่มีผลกับระดับน้ำตาลในเลือด คือความรู้ และพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมที่ดี ย่อมส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีตามมา วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานในทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัสดุและวิธีการศึกษา : ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2560- 31 มีนาคม 2561 โดยการแบ่งกลุ่มคนไข้เบาหวานพึงได้รับการวินิจฉัยใหม่ ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครพนม เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้ตามแบบมาตรฐานเดิม กลุ่มที่ 2 เข้าอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวาน โดยมีทีมสหสาขาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการบริโภคที่ถูกรู้ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการใช้ยาที่เหมาะสม จากนั้นทำการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยการให้ทำแบบสอบถาม รวมทั้งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากได้ข้อมูลครบทั้งสองกลุ่ม ทั้งก่อน-หลังการเข้าอบรม จะทำการเปรียบเทียบกันทั้งสอง กลุ่ม โดยที่การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลนครพนมแล้ว และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม stata

ผลการศึกษา : จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามแบบมาตรฐาน 30 ราย กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยการผ่านโครงการโรงเรียนเบาหวาน 30 ราย ผลปรากฏว่าทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของทั้งสองกลุ่ม ก่อนทำการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่หลังจากเข้าอบรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้วิธีเดิมมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มทดลอง โดยมีคะแนนความรู้ 56.6% คะแนนพฤติกรรม 55.2% ส่วนกลุ่มที่ผ่านโรงเรียนเบาหวาน มีคะแนนความรู้ 72.9% คะแนนพฤติกรรม 73.2% และยังพบว่าปริมาณจำนวนยาเบาหวานที่ต้องใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในกลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวานใช้น้อยกว่า คือ 1.7 เม็ด เทียบกับ 2.2 เม็ดในอีกกลุ่มซึ่งมีต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.01$) เมื่อจบการวิจัยพบระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($\text{HbA1c} = 6.90$ และ 6.97)

ข้อสรุป : การเข้าอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวานโรงพยาบาลนครพนมทำให้ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีขึ้น และปริมาณการใช้ยาเบาหวานลดลงกว่าการให้ข้อมูลด้วยวิธีการเดิม โดยที่ผลลัพธ์สุดท้ายทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : คะแนนความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับน้ำตาลในเลือด

The effectiveness of diabetes academic program for new diabetic mellitus type 2 patients in Nakhonphanom hospital.

Pongtorn Wongsawan, MD

Medical department, Nakhonphanom hospital

Abstract

Objective : Diabetes is chronic disease which increasing in incidence and prevalence. The severity of disease depend on blood sugar level. Long-term high blood sugar level results complications. Factors influencing blood sugar level are knowledge, eating behavior, exercise and medication taking regularly. The diabetes patients with good knowledge and appropriate behavior result good blood sugar level. The objective of this program is to improve diabetes patients knowledge in all magnitude with high efficacy.

Material and methods : This study was prospective study. The data were collected from 60 new diabetes patients who were first diagnosed and treated at diabetes clinic, Nakhonphanom hospital since 1st November, 2017 to 31st March, 2018. Those were divided to 2 groups, each group included 30 patients. The first group was diabetes patients who were instructed as original method. The second group was instructed as diabetes academic program by multidisciplinary team about general diabetes knowledge, appropriate diet, exercise and medication use. The questionnaires were used to evaluate diabetes knowledge level and accurate practice behavior score and blood sugar was also investigated. All data of both groups were compared, before and after all patients finished program. This study was approved by the Ethical Review Committee for Research in Human Subject, Nakhonphanom hospital. Stata program was used to analyze all data.

Results : There were 60 new diabetes patients in this study, divided to 2 groups. The first group was 30 diabetes patients who were instructed as original method and the second group was 30 diabetes patients who were instructed as diabetes academic program. The results shown sex, age, education, blood sugar level, knowledge and health behavior of both groups before this study were not different. After diabetes academic program finished, the patients who were instructed as original method had diabetes knowledge and health behavior less than the patients who were instructed in diabetes academic program, which diabetes knowledge score was 56.6% and health behavior score was 55.2% in the first group and diabetes knowledge score was 72.9% and health behavior score was 73.2% in the second group. The patients who were in diabetes academic program used diabetes medications to control normal blood sugar level less than another group, significantly, those were 1.7 tablets and 2.2 tablets. (P value < 0.01). The blood sugar level of both groups were not different after study. (HbA1c = 6.90 and 6.97)

Conclusion : Participation in diabetes academic program, Nakhonphanom hospital, improves diabetes knowledge and health behavior and reduce diabetes medication use than original method. The blood sugar level of both groups were not different after study.

Keywords : diabetes knowledge score, health behavior, blood sugar level

ความสำคัญ

โรคเบาหวาน จัดเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มมีคนไทยด้วยโรคนี้สูงมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกประเทศทั่วโลก¹ ประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกันมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนคนไทยเป็นโรคนี้สูงมากขึ้นทุกปี และไม่เฉพาะคนไทยที่เพิ่มขึ้น แต่จำนวนคนไทยรายใหม่ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย² เป็นเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและคาร์โบไฮเดรตสูง การขาดการออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตประจำวันแบบเร่งรีบ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวพบมากขึ้น โดยเฉพาะสังคมเมือง สำหรับในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากสถิติ ปี 2557, 2558 และ 2559 พบมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 4,281 4,525 และ 4,582 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 395 459 และ 716 ราย คิดเป็น 0.33 0.39 และ 1.21% ตามลำดับ³

พฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้น ขึ้นกับผู้ป่วยต้องมีความเชื่อในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว⁴⁻⁷ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติและมีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นปกติประกอบด้วยการให้ยาลดน้ำตาล ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเองมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน⁸⁻⁹

โครงการโรงเรียนเบาหวานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่พึงได้รับการวินิจฉัย จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม สุดท้ายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้เป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรู้ตามมาตรฐานเดิม กับกลุ่มที่ผ่านการอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรู้ตามมาตรฐานเดิม กับกลุ่มที่ผ่านการอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวาน

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวาน

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามวิธีการดูแลสุขภาพตัวเอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรู้ตามมาตรฐานเดิม กับกลุ่มที่ผ่านการอบรมในโครงการโรงเรียนเบาหวาน

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทำการศึกษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พึงได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ โดยการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective controlled clinical intervention) ที่จัดเข้ากลุ่มแบบมีระบบ คือแยกเป็น 2 กลุ่ม เลขที่คือ กลุ่มคนไข้ควบคุมเลขคู่ คือ กลุ่มคนไข้ทดลอง ทำการเก็บข้อมูลไปจนครบกลุ่มละ 30 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่พึงได้รับการวินิจฉัยใหม่ อายุอยู่ในช่วง 18-80 ปี เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานเกิดขึ้นแล้ว ตั้งแต่แรกวินิจฉัย เช่น เกิด Stroke, acute coronary syndrome, Diabetic nephropathy, Diabetic retinopathy, peripheral vascular disease หรือ End stage renal disease และ เกณฑ์การยุติการทดลอง คือ เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงอย่างมาก หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรง เช่น stroke หรือ acute coronary syndrome หรือมีความเจ็บป่วยใดก็ตามที่รุนแรงจนกระทั่งเข้าอนโรคในโรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง : วันแรกที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการดูแลตัวเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากนั้นเข้ารับการตรวจรักษาโดยแพทย์ตามปกติ หลังจากพบแพทย์จะได้รับคำแนะนำโดยพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานเดิมใช้เวลาการให้คำแนะนำประมาณ 2-3 นาที นัดติดตามการรักษาและปรึกษาทุกๆ 2 สัปดาห์ ต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง (2 เดือน) หลังจากครบ 2 เดือน

ให้คนไข้ทำแบบทดสอบเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดิม และเมื่อได้รับการรักษาจนครบ 5 เดือน จะทำแบบทดสอบเรื่องพฤติกรรมการดูแลตัวเองอีกครั้งเป็นครั้งที่ 2 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเช่นเดียวกัน

กลุ่มควบคุม : วันแรกที่ได้รับบริการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการดูแลตัวเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากนั้นได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ตามปกติ หลังจากพบแพทย์จะกลุ่มเพื่อรับคำแนะนำจากสหสาขาวิชาชีพ โดยแบ่ง 4 ฐาน ตามลำดับ

สัปดาห์ 0 ให้ความรู้โดยแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

สัปดาห์ 2 ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและภาวะที่ต้องเฝ้าระวังการใช้ยาโดยเภสัชกร

สัปดาห์ 4 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายโดยนักกิจกรรมบำบัด

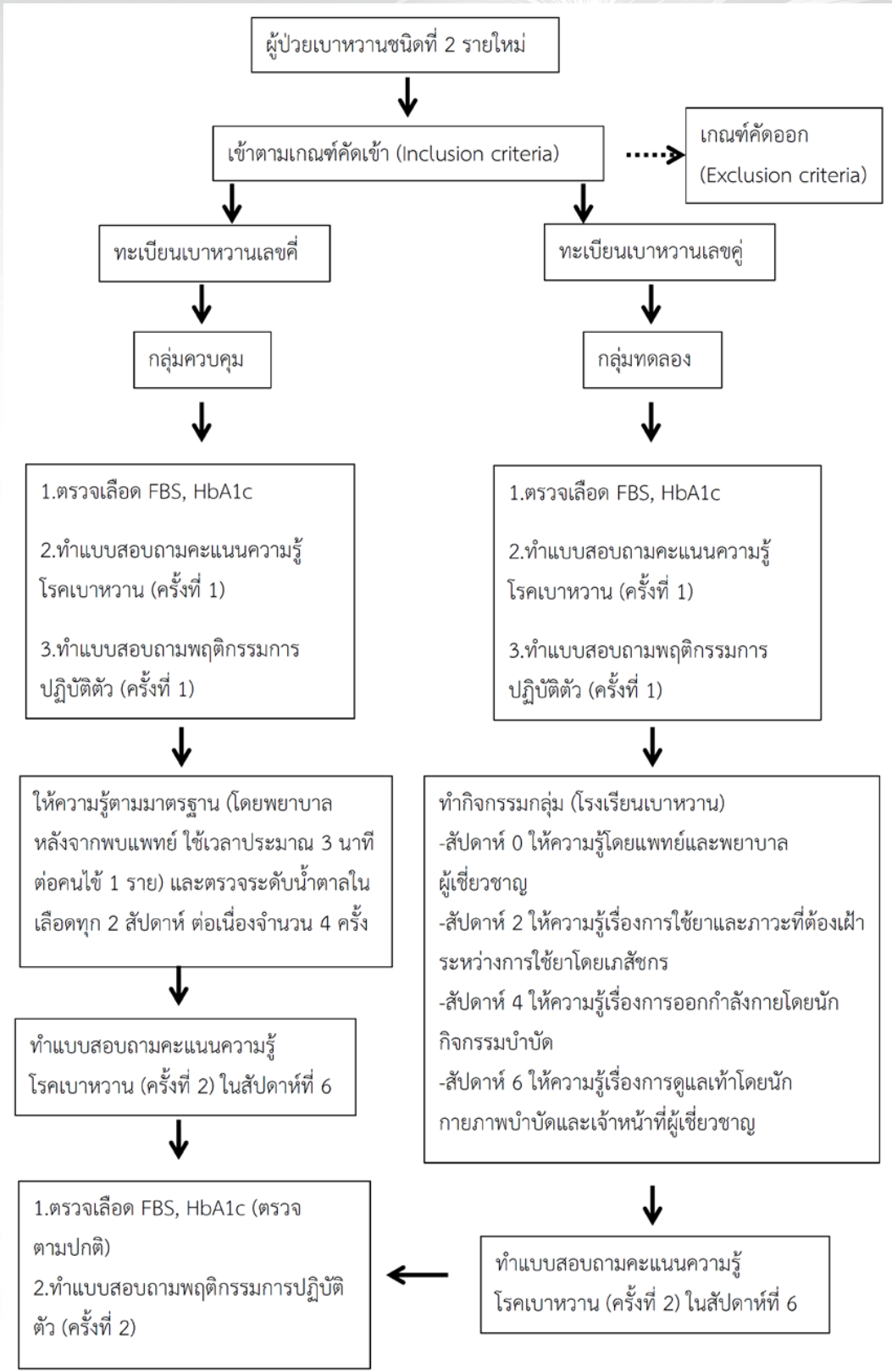
สัปดาห์ 6 ให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าโดยนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ

หลังจากครบ 2 เดือน ให้คนไข้ทำแบบทดสอบเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดิม และเมื่อได้รับการรักษาจนครบ 5 เดือน จะทำแบบทดสอบเรื่องพฤติกรรมการดูแลตัวเองอีกครั้งเป็นครั้งที่ 2 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเช่นเดียวกัน (รูปที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัวร่วม ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วย t test และ exact probability test วิเคราะห์ ข้อมูลผลลัพธ์ ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar), ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c), จำนวนคนที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้, คะแนนความรู้, คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และปริมาณจำนวนยาเบาหวานที่ต้องใช้ ด้วย t test, exact probability test และ multilevel Gaussian regression แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม stata การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนมแล้ว

รูปที่ 1 แผนภูมิการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เกณฑ์การคัดเลือก และแนวทางให้ความรู้โรคเบาหวาน



ผลการศึกษา

การศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่ม เทียบกลุ่มที่ให้ความรู้แบบเดิม กับกลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน เป็นเพศชาย 36.7 และ 33.3% ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน คือ 53.8 และ 54.7 ปี อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรม รองลงมาคือธุรกิจส่วนตัว ทั้งสองกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 และ 66.7 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่แล้วมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งลักษณะดังกล่าว

ทั้งหมดไม่พบว่ามีความแตกต่างกันในทางสถิติทั้งสองกลุ่ม ($p \text{ value} > 0.01$)

โรคประจำตัวที่พบร่วมกับโรคเบาหวานมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง พบถึง 50% ในกลุ่มให้ความรู้แบบเดิม และ 43% ในกลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน ซึ่งทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับยาลดความดันร่วมด้วย โรคไขมันในเลือดผิดปกติพบเป็นโรคร่วม 40% ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) เริ่มต้นเมื่อวินิจฉัยเบาหวาน ในสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน คือ 25.7 และ 25.4 กก/ตารางเมตร (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครพนม

ลักษณะที่ศึกษา	ให้ความรู้ตามมาตรฐาน (N 30 ราย)	ให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนเบาหวาน (N 30 ราย)	p value
เพศ			
ชาย	11(36.7%)	10(33.3%)	0.5
หญิง	19(63.3%)	20(66.7%)	
อายุ (ปี)			
Mean $\pm$ SD	53.8 $\pm$ 11.0	54.7 $\pm$ 11.0	0.771
อาชีพ			
เกษตรกรรม	19(63.3%)	16(53.3%)	0.856
ธุรกิจส่วนตัว	5(16.7%)	7(23.3%)	
รับราชการ	1(3.3%)	2(6.7%)	
พนักงานบริษัท	0(0%)	0(0%)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5(16.7%)	5(16.7%)	
การศึกษา			
ต่ำกว่าประถม	19(63.3%)	20(66.7%)	0.830
ประถม	10(33.3%)	8(26.7%)	
มัธยม	0(0%)	0(0%)	
ปริญญาตรี	1(3.3%)	2(6.6%)	
ปริญญาโท	0(0%)	0(0%)	
ปริญญาเอก	0(0%)	0(0%)	

รายได้ต่อเดือน (บาท)

< 5,000	17	13
5,000-10,000	12	15
10,001-50,000	1	2
>50,000	0	0

โรคประจำตัวร่วม

ความดันโลหิตสูง	15(50%)	13(43.3%)	0.398
ไขมันในเลือดผิดปกติ	12(40%)	12(40%)	0.604
โรคหัวใจ	0(0%)	0(0%)	
โรคกระดูกและข้อ	2(6.7%)	1(3.3%)	0.500

BMI kg/m2

Mean $\pm$ SD	25.7 $\pm$ 3.7	25.4 $\pm$ 4.7	0.889
---------------	----------------	----------------	-------

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเริ่มต้นก่อนการรักษาคือ 210 และ 211 ตามลำดับ เมื่อดูค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) พบ 9.4 และ 10.1 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อให้ทำแบบทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน คือ 46.2% กับ 45.8% คะแนนพฤติกรรมการดูแลตัวเองก็เช่นเดียวกันพบว่ามีระดับใกล้เคียงกัน คือ 46.2 กับ 45.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาล คะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนการอบรมให้ความรู้

ลักษณะที่ศึกษา	ให้ความรู้ตามมาตรฐาน (N 30 ราย)	ให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนเบาหวาน (N 30 ราย)	p value
Fasting blood sugar 1st diagnosis (mg/dL)			0.941
Mean $\pm$ SD	210 $\pm$ 45.0	211 $\pm$ 45.4	
95% CI	193.3 - 227.0	195.2 - 226.8	
HbA1c 1st diagnosis			0.103
Mean $\pm$ SD	9.4 $\pm$ 1.5	10.1 $\pm$ 1.9	
95% CI	8.8 - 10.0	9.4 - 10.9	

ในช่วงระหว่างการให้ความรู้ฐานต่างๆ ทุก 2 สัปดาห์ จะมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มลดลง โดยพบว่าที่ สัปดาห์ที่ 2 ระดับน้ำตาลได้ 152.6 และ 138.7 mg% โดยเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรู้ตามมาตรฐาน และกลุ่มโรงเรียนเบาหวาน ที่สัปดาห์ที่ 4 พบ ระดับน้ำตาล 145.7 และ 145.5 mg%

เมื่อจบการให้ความรู้ที่สัปดาห์ที่ 6 พบระดับน้ำตาล

135.7 และ 134.5 mg% โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยใช้เกณฑ์ FBS < 140 หรือ HbA1c < 7 พบว่า การให้ความรู้ตามแบบมาตรฐานเดิมจะคุมได้ 40% เมื่อเทียบกับการเข้าโรงเรียนเบาหวานควบคุมได้ 50% แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value = 0.604)

เมื่อติดตามระดับน้ำตาลที่เดือนที่ 5 หลังการวินิจฉัย พบระดับน้ำตาลสะสมไม่มีความแตกต่างกัน คือ 6.90 เทียบกับ 6.97 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับผลน้ำตาลหลังการอบรมให้ความรู้

ลักษณะที่ศึกษา	ให้ความรู้ตามมาตรฐาน (N 30 ราย)	ให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนเบาหวาน (N 30 ราย)	p value
FBS สัปดาห์ที่ 2 (mg%)			
Mean $\pm$ SD	152.6 $\pm$ 37.2	161.6 $\pm$ 27.5	0.290
95% CI	138.7 - 166.5	151.3 - 171.8	
FBS สัปดาห์ที่ 4 (mg%)			
Mean $\pm$ SD	145.7 $\pm$ 34.7	145.5 $\pm$ 18.1	0.981
95% CI	132.7 - 158.6	138.7 - 152.3	
FBS สัปดาห์ที่ 6 (mg%)			
Mean $\pm$ SD	135.7 $\pm$ 28.9	134.5 $\pm$ 16.6	0.844
95% CI	124.9 - 146.5	128.3 - 140.7	
HbA1c เดือนที่ 5			
Mean $\pm$ SD	6.90 $\pm$ 0.82	6.97 $\pm$ 0.76	0.721
95% CI	6.59 - 7.21	6.69 - 7.26	
จำนวนคนที่ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ ที่สัปดาห์ที่ 6 (%) (FBS < 140 หรือ HbA1c < 7)	12(40%)	15(50%)	0.604

คะแนนความรู้หลังการเข้าอบรมเมื่อวัดที่สัปดาห์ที่ 6 พบว่ากลุ่มเข้าโรงเรียนเบาหวานมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มให้ความรู้เดิม คือ 72.9 เทียบกับ 56.6 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนพฤติกรรมเมื่อวัดที่เดือนที่ 5 ก็เช่นเดียวกัน ได้คะแนนสูงกว่า คือ 56.6 เทียบกับ 72.9% (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้และพฤติกรรมหลังการอบรมให้ความรู้

ลักษณะที่ศึกษา	ให้ความรู้ตามมาตรฐาน (N 30 ราย)	ให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนเบาหวาน (N 30 ราย)	p value
คะแนนความรู้หลังการอบรม (%)(สัปดาห์ที่ 6)			< 0.001
Mean $\pm$ SD	56.6 $\pm$ 7.7	72.9 $\pm$ 8.4	
95% CI	53.7 – 59.5	69.7 – 76.1	
คะแนนพฤติกรรมหลังการ อบรม (เดือนที่ 5)			< 0.001
Mean $\pm$ SD (%)	55.2 $\pm$ 7.1	73.2 $\pm$ 4.8	
95% CI	52.6 - 57.9	71.4 - 75.0	

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณการใช้ยาเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเก็บข้อมูลที่สัปดาห์ที่ 6 หลังการวินิจฉัยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวานใช้ปริมาณยาเบาหวานเพื่อ

ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน น้อยกว่ากลุ่มที่ให้ความรู้แบบเดิม คือ ค่าเฉลี่ยจำนวนเม็ดยา 1.7 เม็ด เทียบกับ 2.2 เม็ด ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนยาลดน้ำตาลที่ใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

ลักษณะที่ศึกษา	ให้ความรู้ตามมาตรฐาน (N 30 ราย)	ให้ความรู้ตามโครงการ โรงเรียนเบาหวาน (N 30 ราย)	p value
จำนวนชนิดยาเบาหวาน			
0 ชนิด	0(0%)	0(0%)	0.080
1 ชนิด	14(46.7%)	7(23.3%)	
2 ชนิด	16(53.3%)	20(66.7%)	
3 ชนิด	0(0%)	3(10%)	
จำนวนเม็ดยาเบาหวาน			
Mean $\pm$ SD	2.2 $\pm$ 0.62	1.7 $\pm$ 0.63	0.01

อภิปราย

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปทั้ง อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ของทั้งกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบมาตรฐานเดิมเทียบกับ กลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งลักษณะดังกล่าวย่อมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

ทั้งสองกลุ่ม พบว่าผลต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนเปรียบเทียบกับหลังการได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวานมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับความรู้ตามมาตรฐาน คือ จากคะแนนความรู้ 45.8 เป็น 72.9% เปรียบเทียบ 46.2 เป็น 56.6% อธิบายได้จากการให้ความรู้ด้วยวิธีเดิมจะทำให้โดยพยาบาลซึ่งโดยเฉลี่ยจะใช้ระยะเวลาประมาณ 3 นาทีต่อคนไข้ 1 ราย แต่ด้วยวิธีการเข้าโรงเรียนเบาหวานจะให้ความรู้โดยสหวิชาชีพ ที่มีความถนัดในด้านต่างๆ กันไป ระยะเวลาการให้ความรู้ประมาณ 20-30 นาที และทำเป็นกลุ่มในห้อง ทำให้มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีกว่ามีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สอน และผู้ฟัง เมื่อมีความรู้มากขึ้น ก็จะสามารถปฏิบัติตัวได้ดีมากขึ้น ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนการปฏิบัติตัวที่เพิ่มขึ้น จาก 36.5 เป็น 73.2% เทียบกับวิธีเดิม คือ 37.9 เป็น 55.2%

เมื่อติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดต่อไปอีก 3 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่จะแตกต่างกันที่จำนวนปริมาณยาเบาหวานที่ได้รับเพื่อใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมพบว่ากลุ่มที่เข้าโรงเรียนเบาหวานมีค่าเฉลี่ยยาน้อยกว่าอีกกลุ่ม คือ 1.7 เม็ด เทียบกับ 2.2 เม็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ประกอบด้วยการบริโภคที่ถูกต้อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดน้ำหนักในกรณีที่มีภาวะอ้วนลงพุง และการใช้ยาลดน้ำตาล ดังนั้นถ้ามีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จะช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลงโดยที่มีการใช้ยาลดลง

บทสรุป

การให้ความรู้เป็นกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในโรงพยาบาลนครพนมด้วยวิธีการเข้าโรงเรียนเบาหวานโดยทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านแบ่งเป็นฐาน

ให้ความรู้ทุกๆ 2 สัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 2 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ดีมากกว่าการให้ความรู้แบบเดิม ปริมาณการใช้ยาเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมน้อยกว่าการให้ความรู้แบบเดิม โดยที่หลังจากติดตามดูระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอีก 5 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อจำกัด

เนื่องจากโรคเบาหวานมีการดำเนินโรคซ้ำอาจใช้เวลาหลายปีกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้น ดังนั้นถ้าติดตามการรักษาต่อเนื่องไปอีก อาจพบความแตกต่างกันทั้งระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองกลุ่มได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ จากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบคุณ อาจารย์ชยันตธร ปทุมานนท์ นายแพทย์เกรียงไกร ประเสริฐ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคเบาหวาน และคณะสหสาขาทุกแผนกที่ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.WHO/Diabetes Facts sheet.2013; [cited 2014 Jun 2] Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ / เสี่ยง / ป่วย โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย :นโยบายสู่การปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 1:โรงพิมพ์กองสุขศึกษา. 2556
3. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม
4. จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2540). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิจัยประชากรและสังคม คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. พัทธภรณ์ กิ่งแก้ว. (2544). การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ภาวนา กิรติยวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล, วริยา บุญช่วย, บุญตนาพุ่มแสง, และวัชรมา เมืองแก. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการควบคุมเบาหวานการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์,9(1), 1-12.
8. มนต์ธีรา ไชยแขวง. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
9. พิมพ์กา ปัญญาใหญ่ ,ศิริรัตน์ ปานอุทัย และสมบัติ ไชย วัฒน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสารปีที่, 34(4), ตุลาคม - ธันวาคม 2550.

Original Article

ลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่าย โรงพยาบาลนครพนม

พรรณนิภา วิรัตน์จันทร์, ณชนก พงษ์ช้าง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ภาวะทอนซิลโตจากการอักเสบเรื้อรังหรือมะเร็ง ทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ผู้ป่วยอาจมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) โดยเฉพาะในเด็ก การผ่าตัดทอนซิลออกมีผลข้างเคียงที่พบได้ คือการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่พบ 5-10 วันหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่ายรูปแบบศึกษาสถานที่ และผู้ป่วย: เป็นการศึกษาเชิงสมมุติฐาน รูปแบบ retrospective cohort ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิล ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างปี 2556-2559 จำนวน 153 คน

การวัดผล และวิธีการ: สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิลจากเวชระเบียน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก (24 ราย) และไม่มีเลือดออก (129 ราย) ตัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลการรักษาออกจากการวิเคราะห์ (41 ราย) บันทึกลักษณะทั่วไป วิธีการผ่าตัด ลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง และลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การไอ การขากเสมหะ เปรียบกลุ่มศึกษาด้วย t-test, chi-squared test และวิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression

ผล: พบว่าลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 10.88 เท่า (95%CI=1.44-82.07, $p=0.021$) การไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 183.16 เท่า (95%CI=7.49-4479.18, $p=0.001$) และพฤติกรรมไอและขากเสมหะแรงๆ ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 98.44 เท่า (95%CI=9.39-1031.6, $p<0.001$)

ข้อยุติ และการนำไปใช้: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทอนซิลทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเหลวเย็นให้ครบ 1 สัปดาห์ ระงับการไอหรือขากเสมหะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากเป็นลักษณะเสี่ยง

คำสำคัญ : Tonsillectomy, Hemorrhage, Post-operation, Food Consumption, Cough, Male Gender

Characters increase risk of post tonsillectomy hemorrhage after discharge from Nakhonphanom hospital.

Phannipha Wiratchan and Nachanok Pongchang

Registered nurse, professional level

Department of Ophthalmotolaryngology, Nakhonphanom hospital

Abstract

Background: Enlarged tonsils from chronic tonsillitis or cancer cause narrowing of airway, upper airway obstruction and obstructive sleep apnea, especially in children. Post tonsillectomy hemorrhage is the most common complication that can be found 5-10 days after surgery.

Objective: To study the characters increase risk of post tonsillectomy hemorrhage after discharge.

Materials and methods: This study was hypothesis, retrospective cohort study. Data was collected from medical records of patients who underwent tonsillectomy between 2013-2016 in department of Ophthalmotolaryngology, Nakhonphanom hospital. Parameters were analyzed, including demographic data, type of surgery, cough and sputum splitting. The exact probability test, t-test and chi-squared test were used to compare between 2 groups. The risks were analyzed by multivariable logistic regression.

Results: Post tonsillectomy hemorrhage increased in male, heavy cough or sputum splitting and non-cold liquid dietary.

Conclusion: Every patient who undergo tonsillectomy should be suggested about cold liquid drinking and heavy cough or sputum splitting avoidance for 1 week after surgery, especially in male, those increased risk of post tonsillectomy hemorrhage.

Keywords : Tonsillectomy, Hemorrhage, Post-operation, Food consumption, Cough, Male gender

ความสำคัญ

ต่อมทอนซิลเป็นต่อมน้ำเหลือง ทำหน้าที่ดักจับและทำลายเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกายทางทางเดินอาหาร ในภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือติดเชื้อทำให้ทอนซิลอักเสบและโตขึ้น หากทอนซิลมีการอักเสบรุนแรงและเคยมีภาวะหนองที่ข้างทอนซิล (peritonsillar abscess) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) หรือสงสัยเป็นมะเร็งจนขนาดทอนซิลโตขึ้นทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ผู้ป่วยมักจะกรนเสียงดัง (snoring) หรือสะดุ้งตื่นบ่อยๆ โดยเฉพาะในเด็กหรือมีภาวะหยุดหายใจในขณะหลับ (obstructive sleep apnea) แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดทอนซิลออก^(1,2)

ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดทอนซิลที่พบได้คือ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 2-4 อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดทอนซิลพบได้ประมาณ 1 ใน 25,000 ราย โดยสาเหตุการเสียชีวิต คือ เลือดออกจากแผลไม่หยุด ภาวะหายใจล้มเหลวและจากแผลติดเชื้อ³ การมีเลือดออกจากแผลหลังผ่าตัดทอนซิลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ แบ่งออกเป็นสองประเภท คือ ที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดและเกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่พบ 5-10 วันหลังผ่าตัดทอนซิล 3-5% ต้อง readmit ในโรงพยาบาล⁴ การมีเลือดออกในระยะแรกจะเกี่ยวข้องกับเทคนิคการผ่าตัด ในขณะที่ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการหายของแผลผ่าตัดที่ oropharyngeal เป็นสาเหตุของการมีเลือดออกในระยะหลังผ่าตัด^{5,6}

แผลผ่าตัดต่อมทอนซิล จะมีลักษณะเป็นสีขาวเหมือนแผลร้อนใน การแปรงฟันและรักษาความสะอาดของช่องปาก ไม่ใช้เสียงโดยไม่จำเป็น งดการขากเสมหะ งดกระแอมหรือไอ เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดได้รับความเสียหาย แผลฉีกขาดมีเลือดออก หรือแผลหายช้าได้⁽¹⁾ การรับประทานอาหารหลังผ่าตัด ควรรับประทานอาหารที่มีลักษณะเหลว เย็น และไม่รสจัด อาทิเช่น ไอศกรีม น้ำหวาน (ไม่ควรเติมน้ำอัดลมที่มีรสซ่าหรือเปรี้ยว) เมื่อดีขึ้นจึงเปลี่ยนเป็น อาหารอ่อน ได้แก่ ซุป โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว น้ำ ข้าวต้ม สำหรับ 1-2 สัปดาห์⁷

จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลที่ตึกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่ปี 2557-2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลจำนวน 194 ราย มีผู้ป่วยที่กลับมาด้วยมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่ายจำนวน 24 ราย

readmit จำนวน 9 รายและมีผู้ป่วยมีภาวะ shock จากการเสียเลือด จำนวน 4 ราย ที่ ต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดและให้เลือดทดแทน ทำให้ต้อง รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลหลังจำหน่าย เพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดทอนซิล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา Etiognostic research แบบ Retrospective cohort

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม

ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา โดยการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่าตัดทอนซิลระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2559 จากเวชระเบียน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก (24 ราย) และไม่มีเลือดออก (129 ราย) คัดผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลการรักษาจากการวิเคราะห์ (41 ราย)

การวัดผลและวิธีการ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ขนาดของก้อนทอนซิล ผ่าตัดกี่ข้าง ระยะเวลาผ่าตัด เทคนิคการ ผ่าตัด blood loss โรคร่วม ผลHct platelet การอักเสบของต่อมทอนซิลใน 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัด อาหารที่รับประทานเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พฤติกรรมการไอและการขากเสมหะ

ตัวแปรผล ได้แก่ มีเลือดออก และ ไม่มีเลือดออก

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาด้วย Exact probability test, t-test, chi-squared test และวิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนมแล้ว

ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทอนซิลจำนวน 194

ราย คัดผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดที่โรงพยาบาลออก 41 ราย เหลือผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 153 ราย ลักษณะทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีเลือดออก 24 ราย กลุ่มที่ไม่มีเลือดออก 129 ราย โดยพบว่ามีความแตกต่างกัน

กลุ่มที่มีเลือดออกพบผู้ชายมากกว่าร้อยละ 66.6 กลุ่ม อายุเฉลี่ยกลุ่มที่มีเลือดออก 21 ปี เปรียบเทียบลักษณะอื่นๆ เช่น ขนาดของต่อมทอนซิล ระยะเวลาผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและลักษณะเสี่ยงทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	มีเลือดออกใน 1 สัปดาห์		ไม่มีเลือดออกใน 1 สัปดาห์		
	n=24		n=129		
	n		n		p-value
เพศ					
ชาย	16	66.6	49	37.9	0.013
หญิง	8	33.3	80	62.0	
อายุ(ปี)					
0-6	5	20.8	32	24.8	0.919
7-18	7	29.1	36	27.9	
19 ขึ้นไป	12	50.0	61	47.3	
mean $\pm$ SD	21.1	15.2	19.9	14.7	0.698
อาชีพ					
นักเรียน	9	37.5	43	33.3	0.669
เกษตรกร	4	16.6	20	15.5	
รับจ้าง	4	16.6	27	20.9	
รับราชการ	2	8.3	3	2.3	
ในปกครอง	5	20.8	31	24.0	
ค้าขาย	0	0	5	3.8	
ขนาดทอนซิล (grade) (mean $\pm$ SD)	3.1	0.1	3.0	0.1	0.713
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) (mean $\pm$ SD)	33.2	14.7	29.7	11.4	0.174
เทคนิคการผ่าตัด					
monopolar	10	41.7	71	55.0	0.269
bipolar	14	58.3	58	44.9	
blood loss(ml) (mean $\pm$ SD)	22.6	20.6	17.8	16.9	0.221
โรคร่วม (DM,HT)	5	20.8	19	14.7	0.540
Platelet (cell/ μ L) (mean $\pm$ SD)	336,375	121,405.1	339,728.7	92,244.3	0.877
Hct (%) (mean SD)	37.1	4.5	37.1	3.6	0.977
การอักเสบของทอนซิล	7	29.2	29	22.5	0.446

รับประทานอาหารเหลวเย็น					
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	12	50	2	1.6	<0.001
รับประทานอาหารเหลวเย็น	12	50	127	98.5	
การไอและชักเสมหะ					
ไอ	18	75	7	5.4	<0.001
ไม่ไอ	6	25	122	94.6	
Trauma	1	4.2	0	0.00	0.517

เปรียบเทียบกลุ่มศึกษาด้วย univariable logistic regression พบภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3.37 เท่า (95%CI=1.30-8.19,p=0.012) เกิดจากการไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 63.50 เท่า(95%CI=12.70-317.59,p=0.001) และพฤติกรรมกรไอและชักเสมหะแรงๆทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 52.29 เท่า(95%CI=15.79-173.16,p=0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะเสี่ยงที่ได้จาก univariable logistic regression

ลักษณะที่ศึกษา	OR	95%CI	p-value
ชาย	3.37	1.30-8.19	0.012
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	63.5	12.70-317.59	0.001
ไอและชักเสมหะ	52.29	15.79-173.16	0.001

วิเคราะห์ลักษณะเสี่ยงด้วย multivariable logistic regression พบว่าลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิล พบในเพศชายมากกว่า 10.88 เท่า (95%CI=1.44-82.07,p=0.021) การไม่รับประทานอาหารเหลวเย็นหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ 183.16 เท่า(95%CI=7.49-4479.18,p=0.001) และพฤติกรรมกรไอและชักเสมหะแรงๆทำให้เลือดออกจากแผลผ่าตัด 98.44 เท่า (95%CI=9.39-1031.6,p<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะเสี่ยงที่ได้จาก multivariable logistic regression

ลักษณะที่ศึกษา	OR	95%CI	p-value
ชาย	10.88	1.44-82.07	0.021
ไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น	183.16	7.49-4479.18	0.001
ไอและชักเสมหะ	98.44	9.39-1031.6	<0.001

อภิปราย

ผลการศึกษาลักษณะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลพบว่ามีความแตกต่างกันในกลุ่มศึกษา พบในเพศชายมากกว่าอายุเฉลี่ย 21 ปี^{6,8} เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรงและออกกำลังกายมากกว่า

ในส่วนของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ส่งเสริมการหายของแผล พบว่าไม่รับประทานอาหารเหลวเย็น 1 สัปดาห์ และการไอและขับเสมหะโดยการชักเสมหะแรง ๆ ทำให้เกิดการอักเสบของแผล แผลแยกและเลือดออกได้ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมักพบใน 5-10 หลังผ่าตัดขณะที่รอยแผลที่

แพทย์จึงได้เริ่มตักเสกเกิด ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะอากาศแห้งๆ การขาดน้ำ การรับประทานอาหารแข็ง และการออกกำลังกาย⁽⁹⁾

สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในระยะหลังของการผ่าตัดได้แก่ ภาวะขาดน้ำ หายใจอากาศแห้งเย็นโดยเฉพาะในฤดูหนาว การออกกำลังกาย⁽⁹⁾ การติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ ไม่พบเนื่องจากไม่มีข้อมูล

ผู้ป่วยที่คัดออก 41 รายที่ไม่ได้มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลได้มีการติดตามจากหมายเลขโทรศัพท์ที่บ้านที่กไว้ ในเวชระเบียนและข้อมูลจากผู้ป่วยไปตรวจที่คลินิกได้ข้อมูล 19 คนแต่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะที่บ้านที่กไว้ในระบบ Hos Xp เท่านั้น

การวิจัยนี้เป็นการเลือกใช้แบบ retrospective cohort ได้ข้อมูลการติดตามหลังผ่าตัดที่บ้านที่กไว้ในระบบ Hos Xp ของโรงพยาบาลนครพนมจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มา ก่อนนัดและมาตามนัด ส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดไม่ได้เก็บข้อมูล ได้ข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหลังผ่าตัดของพยาบาล ไม่ได้บันทึกลักษณะของแผลผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดของแพทย์แต่ละคน ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกจากแผลผ่าตัดทอนซิลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย

ข้อยุติและการนำไปใช้

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทอนซิลทุกรายควรได้รับคำแนะนำ เน้นย้ำเรื่องการรับประทานอาหารเหลวเย็นให้ครบ 1 สัปดาห์ ระวังการไอหรือขับเสมหะโดยการขากแรง ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายต้องงดการออกกำลังกายหรือใช้แรงหนัก ๆ เนื่องจากเป็นลักษณะเสี่ยง นำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยในหน่วยงานและเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนงบประมาณและสถานที่ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาล นครพนม ศ.ดร.นพ.ชยันต์ธร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคบาด วิทยาคลินิกและสรีรศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. ปารยะ อาศนะเสน. การผ่าตัดต่อมทอนซิล[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=465>
2. เอมอร คชเสนี. ทอนซิลอักเสบควรผ่าตัดเมื่อใด[ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: ผู้จัดการออนไลน์; 2549 เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.asp?NewsID=9490000080636>
3. ขาญชัย ชรากร. Tonsillectomy [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: หาหมอ.com; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/th>
4. Ahsan F, Rashid H, Eng C, Bennett DM, Ah-See KW. Is secondary haemorrhage after tonsillectomy in adults an infective condition? Objective measures of infection in a prospective cohort. Clin Otolaryngol 2007; 32(1): 24-7.
5. Wieland A, Belden L, Cunningham M. Preoperative coagulation screening for adenotonsillectomy: a review and comparison of current physician practices. Otolaryngo Head Neck Surg 2009; 140(4): 542-7.
6. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. Life-threatening posttonsillectomy hemorrhage. Laryngoscope 2008; 118(8): 1389-94.
7. Sleepgroup.com. คำแนะนำหลังผ่าตัด [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2559]. เข้าถึง ได้จาก: <http://www.sleepgroup.com/t0104/index.php?pgid=index>
8. Ali RB, Smyth D, Kane R, Donnelly M. Post-tonsillectomy bleeding. Ir J Med Sci 2008; 177(4): 297-301.
9. ENT Blog [online]. Virginia: Christopher Chang; 2015 June 3 [cited 2015 Oct 5]. Available from: <https://fauquierent.blogspot.com/2015/03/bleeding-after-tonsillectomy -pictures.html>
10. Carmody D, Vamadevan T, Cooper SM. Post tonsillectomy haemorrhage. J Laryngol Otol 1982; 96: 635-638

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี

อรรพรรณ แสนนามวงษ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การติดเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยโรคเอดส์นับเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตดังกล่าว ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านจิตสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุดรธานี

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเดือนมกราคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ศึกษา จำนวน 160 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกนภาพของโรงพยาบาล จำนวน 18 แห่ง ในจังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย: ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 40.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.82 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-9,999 ร้อยละ 38.1 โดยมีรายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 8,445.03 บาท รับยาต้านไวรัสที่ รพ.อุดรธานี ร้อยละ 48.4 รพ.หนองหาน ร้อยละ 6.9 รพ.กุมภวาปี และ รพ.บ้านดุง ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ ระยะเวลาได้รับเชื้อเอชไอวี เฉลี่ย 7.90 อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 38.1 ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 เฉลี่ย 507.67 ที่ค่า 500 ขึ้นไป ร้อยละ 99.4 เซลล์ต่อลบ.มม. ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส เฉลี่ย 6.60 อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 47.9 ภาวะสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี ร้อยละ 95.0, ค่า viral load เฉลี่ย 14.50 copy/ml ที่ค่า 20 – 39 copy/ml ร้อยละ 11.2 ต่ำกว่า 20 copy/ml และ มากกว่า 49 copy/ml ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าโดยรวมเฉลี่ย 3.31 (mean 3.31±3.60SD) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.0 และซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 86.2 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.0 (mean 77.01± 13.22SD) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 (mean 77.18± 13.36SD) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 เรียงจากมีอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รายได้ viral load และอายุ ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ Adjusted R² =0.283 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส และแรงสนับสนุนทางสังคม

สรุป: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รายได้ viral load และอายุ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, ปัจจัยทำนาย

Predictors of quality of life among people living with HIV/AIDS in Udonthani Province

Orawan Sannamwong

B.N.S., M.Sc., Health and disease control division, Udonthani provincial health office

Abstract

Background: HIV infection and AIDS are chronic illnesses that affect the quality of life of people living with HIV. There are many factors that affects the quality of life were as personal factors, body factor and psychosocial factors.

Objective: was aimed to study the quality of life predictors and factors association with HIV/AIDS patients in Udon Thani province.

Materials & methods: a cross-sectional descriptive research, data collected in January 2018.

Population & samples: the sample study include 160 of HIV/AIDS patients at clinicians were from 18 hospitals in Udon Thani province. Tools questionnaire was also used to collect personal factors, physical, depressive episodes, social supported, and quality-of-life (QoL). Analysis using percentages means, standard deviation and multiple regression analysis.

Results: personal factors were male 52.5%, age average of 39.82 years, most of 40-49 years 40.0%, married status 46.9%, primary school 47.5%, income between 5,000-9,999 of 38.1%, average of income per month 8,445.03฿, received antiretroviral therapy (ART) at clinicians of Udon Thani hospital 48.4%, Nonghan hospital 6.9, Kumpawapee and Bhandung hospital were 6.2% respectively. The HIV-positive average of 7.90, 1-5years 38.1%, CD4 average of 507.67, at 500 and over=99.4 cell/mm³, received ART average of 6.60, 1-5 years 47.9%, over all of health status were healthy 95.0%, viral load average of 14.50 copy/ml, 20 – 39 copy/ml 11.2%, 20 copy/ml to lowest and more than 49 copy/ml 3.1% respectively. Over all depression average of 3.31 (mean 3.31±3.60SD), no depressive 90.0% and low of depressive 86.2%, over all most of social supported 80.0% (mean 77.01± 13.22SD), over all of QoL at moderate level 84.4% (mean 77.18± 13.36SD) of 83.72 (mean 83.72± 13.42SD). Factors associated and QoL of HIV/AIDS patients predictors was significant at p-value<0.05 with sort of great influence to less were as follows Depression, Income, Viral load and Age respectively at multiple regression adjusted R² =0.283. Factor was no significant with QoL of HIV/AIDS patients were as follows the HIV-positive, CD4, during antiretroviral therapy, and social supported.

Conclusion: Factors associated and QoL of HIV/AIDS patients predictors was significantly were as follows Depression, Income. Viral load, and Age

Key words: Quality of Life, People Living with HIV/AIDS, Predictors

บทนำ

โรคเอดส์ เป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พบปัญหาการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ซับซ้อนและรุนแรง มากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม ลำไส้แปรปรวน ขา และปวดศีรษะตามลำดับ¹ สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทยมีสูงถึง 1,100,000 คน ซึ่งถือว่าสูงมาก การตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเร็วและเริ่มรักษาเร็วเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดี² การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข³ ซึ่งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 จากข้อเสนอแนะให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อผู้ติดเชื้อมี CD4 <350 cell/mm³ นั้น มีผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาร้อยละ 73⁴ ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก คือ การติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 29.87 รองลงมา คือ โรคปอดบวมจาก Pneumocystis Carinii ร้อยละ 18.98 Wasting Syndrome ร้อยละ 18.23, Cryptococcosis ร้อยละ 13.28 และ Candidiasis ของหลอดอาหาร หรือปอด ร้อยละ 4.77⁵ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า ประเทศไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านเอดส์สูง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพัฒนาประเทศอย่างมาก โดยพบค่าใช้จ่ายโครงการเอดส์เพิ่มขึ้นจากประมาณ 5,800 ล้านบาท เป็น 7,200 ล้านบาท ในระหว่างปี ค.ศ. 2007-2009 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 1.9 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีสัญชาติไทยประมาณ 150,000 คน โดยมีงบประมาณด้านเอดส์ ปีละ 3,000 ล้านบาท⁶ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด โดยต้นทุนผู้ป่วยนอกรวมเท่ากับ 1,478 บาท ต่อครั้งต่อราย ส่วนต้นทุนผู้ป่วยในรวมเท่ากับ 3,087 บาทต่อวันต่อราย⁷ ในปัจจุบันการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเร็วขึ้นโดยไม่คำนึงถึงปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ (CD4) ส่งผลให้แนวโน้มการใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สูงขึ้นในอนาคตอย่างมาก ปี 2560 สปสช. ได้รับจัดสรร

งบประมาณ จำนวน 3,122,408 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมาก ในระยะเริ่มแรกที่รู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่รู้สึกกลัวตาย กลัวครอบครัวและสังคมรังเกียจ ร้อยละ 70 รู้สึกช็อค และเสียใจ ร้อยละ 52.5 และสิ้นหวังในชีวิต ร้อยละ 17.5⁸ ผลกระทบทางสังคมพบว่า หลังจากการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 70 มีปัญหาในการดูแลเด็ก ร้อยละ 88 ต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทเวลาที่ตนเองเจ็บป่วย⁹

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น โดยที่ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ทำให้เกิดความบกพร่องต่อการดำเนินชีวิต การงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ต่อมาประเทศไทยนิยมใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล⁽¹⁰⁾

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดอุดรธานี เช่นเดียวกับในระดับประเทศ จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปี 2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับยาต้านไวรัสทั้งหมด 9,234 ราย รักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 7,085 ราย เสียชีวิต 1,321 ราย หยุดยา 2 ราย ขาดการรักษา 826 ราย เฉพาะโรงพยาบาลอุดรธานี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับยาต้านไวรัส จำนวน 4,179 ราย รักษาด้วยยาต้านไวรัส 3,203 ราย เสียชีวิต 604 ราย ขาดการรักษา 372 ราย¹¹ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นระยะเวลายาวนานและอาจเสียชีวิตในที่สุด เหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นเวลายาวนานเช่นกัน อีกทั้งยังไม่พบว่ามีรายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอุดรธานี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้

ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และนำผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนาาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม

วิธีการศึกษา

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในเดือน มกราคม 2561 กรอบแนวคิด ดังนี้
 - 1.1 ตัวแปรต้น 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ 2) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ (CD4) ระยะเวลาที่รับประทานไวรัส ภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 1.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอุดรธานี
2. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 18 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามและบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ (ปี) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี ในการประเมิน

ประสิทธิภาพการรักษา ทำการวัดประเมินที่ระยะเวลารักษาด้วยยาต้านไวรัส (Highly Active Antiretroviral Treatment) โดยวัดปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ การได้รับยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี) ได้แก่ 1) วัดปริมาณ CD4 <350 cell/mm3 กับค่า CD4 >500 cell/mm3 และปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load)

ส่วนที่ 2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากศูนย์โรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ⁽¹²⁾ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจนเป็นเครื่องมือมาตรฐาน alpha 0.82 จำนวน 9 ข้อ สอบถามความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบเลือกตอบโดยมีค่าคะแนน 0, 1, 2 และ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา คู่พันธ์วิ¹³ ค่า alpha 0.72 เนื้อหาครอบคลุม 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะคำตอบใช้มาตราประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” จนถึง “ไม่เกิดขึ้นเลย”

ส่วนที่ 4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ปรับมาจาก (WHOQOL-BREF) ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ มีค่า alpha = 0.84 ผู้วิจัยนำมาปรับใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

การวัดผลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยควบคุมปัจจัยอื่นทั้งหมดแล้วทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพ

ชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ (ดี ปานกลาง ไม่ดี) จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านร่างกาย พบว่า

ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 39.82 ปี ช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.9 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.5 รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 8,445.03 บาท อยู่ในช่วง 5,000-9,999 ร้อยละ 38.1 รับประทานไวรัสที่รพ.อุดรธานี ร้อยละ 48.4 ระยะเวลาได้รับเชื้อเอชไอวี เฉลี่ย 7.90 ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 เฉลี่ย 507.67 ค่า 500 ขึ้นไป ร้อยละ 99.4 เซลล์ต่อลบ.มม. ระยะเวลาที่รับประทานไวรัส เฉลี่ย 6.60 ภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 95.0, viral load เฉลี่ย 14.50 copy/ml ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชน (n=160)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	52.5
หญิง	76	47.5
อายุ (ปี) mean39.82±9.34SD		
ต่ำกว่า 31	33	20.6
31 – 39	42	26.3
40 – 49	64	40.0
50 – 59	18	11.2
มากกว่า 59	3	1.9
สถานภาพสมรส		
โสด	53	33.1
คู่	75	46.9
หม้าย	20	12.5
หย่า/แยก	12	7.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	3.8
ประถมศึกษา	76	47.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	52	32.5
อนุปริญญา/ปวส.	10	6.2
ปริญญาตรี	14	8.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.2

รายได้ต่อเดือน (บาท) mean 8,445.03±6.2SD

ต่ำกว่า 1,000	8	5.0
1,000-4,999	38	23.8
5,000-9,999	61	38.1
มากกว่า 9,999	53	33.1

สถานที่รับยาต้านไวรัส

รพศ.อุดรธานี	77	48.4
รพ.หนองหาน	11	6.9
รพท.กุมภวาปี	10	6.2
รพร.บ้านดุง	10	6.2
รพ.อื่นๆ	52	32.3

ระยะเวลาได้รับเชื้อเอชไอวี (ปี) mean 7.90±5.86SD

ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์ (เซลล์ต่อลบ.มม.)

mean 507.67±273.80SD

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี) mean 6.60±4.76SD

ภาวะสุขภาพโดยรวม

แข็งแรงดี	152	95.0
มีอาการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติ	8	5.0

ผลตรวจค่า viral load (copy/ml)

mean 14.50±59.33SD

ยังไม่ตรวจ	69	43.1
ตรวจไม่พบ	53	33.1
ต่ำกว่า 20	13	8.1
20 – 39	18	11.2
40 – 49	2	1.2
50 ขึ้นไป	5	3.1

2. ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทาง

สังคมและคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าโดยรวม เฉลี่ย 3.31 (mean 3.31±3.60SD) โดยพบส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.0 (หรือมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10), แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.0 (mean 77.01± 13.22SD) และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความผิดปกติทางจิตใจเพียงเล็กน้อย เฉลี่ย 83.72 (mean 83.72± 13.42SD) (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (n=160)

ภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวม mean $3.31 \pm 3.60SD$		
น้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือน้อยมาก	138	86.2
7-12 หมายถึง ซึมเศร้าระดับน้อย	18	11.2
13-18 หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง	3	1.9
มากกว่า 19 หมายถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรง	1	0.7
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (คะแนน)(mean $77.01 \pm 13.22SD$)		
1-18 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด	0	0
19-38 หมายถึง ระดับน้อย	1	0.5
39-58 หมายถึง ระดับปานกลาง	12	7.5
59-78 หมายถึง ระดับมาก	19	11.9
79-95 หมายถึง ระดับมากที่สุด	128	80.0

3. คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวม และรายด้าน โดยพบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 (mean $77.18 \pm 13.36SD$) เมื่อทำการวิเคราะห์รายด้านพบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 84.4 (mean $20.88 \pm 3.81SD$) ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 81.3 (mean $23.97 \pm 4.56SD$) ด้านจิตใจ ร้อยละ 80.6 (mean $17.57 \pm 3.53SD$) และด้านสังคม ร้อยละ 61.3 (mean $8.89 \pm 1.87SD$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตจำแนกรายด้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (n=160)

คุณภาพชีวิต (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ	mean	$\pm SD$
ด้านสุขภาพกาย (Physical)			20.88	3.81
ไม่ดี (7 -16)	11	6.9		
ปานกลาง (17-26)	135	84.4		
ดี (27-35)	14	8.8		
ด้านจิตใจ (Mental)			17.57	3.53
ไม่ดี (6 -14)	23	14.4		
ปานกลาง (15-22)	129	80.6		
ดี (23-30)	8	5.0		
ด้านสังคม (Social)			8.89	1.87
ไม่ดี (3 - 7)	33	20.6		
ปานกลาง (8 -11)	98	61.3		
ดี (12-15)	29	18.1		

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ไม่ดี (8 -18)	13	8.1
ปานกลาง (19-29)	130	81.3
ดี (30-40)	17	10.6

23.97

4.56

คุณภาพชีวิตโดยรวม

ไม่ดี (26 -60)	19	11.9
ปานกลาง (61-95)	135	84.4
ดี (96-130)	6	3.8

77.18

13.36

คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต จำเป็น ร้อยละ 60.6 พอใจการผูกมิตรฯ ร้อยละ 58.2 ได้รู้
อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดด้านการช่วยเหลือที่เคยได้รับ เรื่องข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต ร้อยละ 58.1 และมีสภาพแวดล้อม
จากเพื่อนและสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความ ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 56.9 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รายข้อ (n=160)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (คะแนน)	ระดับคุณภาพชีวิต				
	ไม่ใช่	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ความพอใจกับสุขภาพในปัจจุบัน	27 (16.9)	23 (14.4)	75 (46.9)	30 (18.7)	5 (3.1)
2.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดตาม ตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	11 (6.9)	52 (32.5)	68 (42.5)	26 (16.2)	3 (1.9)
3.มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้	8 (5.0)	38 (23.7)	55 (34.4)	55 (34.4)	4 (2.5)
4.พอใจกับการนอนหลับ	5 (3.1)	35 (21.9)	63 (39.4)	49 (30.6)	8 (5.0)
5.รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	9 (5.6)	42 (26.2)	65 (40.6)	41 (25.7)	3 (1.9)
6.มีสมาธิในการทำงาน	24 (15.0)	29 (18.1)	86 (53.8)	20 (12.5)	1 (0.6)
7.รู้สึกพอใจในตนเอง	13 (8.1)	35 (21.9)	73 (45.7)	36 (22.5)	3 (1.9)

8.การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	5 (3.1)	26 (16.2)	79 (49.4)	43 (26.9)	7 (4.4)
9.มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา ซึมเศร้า รู้สึก ลึนหว้ง วิดกกังวล	13 (8.1)	56 (35.0)	66 (41.2)	23 (14.4)	2 (1.2)
10.รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้	9 (5.6)	35 (21.9)	74 (46.3)	32 (20.0)	10 (6.2)
11.ความจำเป็นต้องไปรับการรักษา พยาบาล	5 (3.1)	45 (28.1)	68 (42.6)	32 (20.0)	10 (6.2)
12.พอใจกับความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยมั	11 (6.9)	36 (22.5)	72 (45.0)	39 (24.4)	2 (1.2)
13.การผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	7 (4.4)	20 (12.5)	93 (58.2)	37 (23.1)	3 (1.9)
14.การช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน	1 (0.6)	13 (8.1)	97 (60.6)	44 (27.5)	5 (3.1)
15.รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี	6 (3.8)	29 (18.1)	87 (54.4)	34 (21.2)	4 (2.5)
16.พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ในปัจจุบัน	1 (0.6)	34 (21.2)	75 (46.9)	42 (26.2)	8 (5.1)
17.มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	16 (10.0)	52 (32.5)	76 (47.5)	13 (8.1)	3 (1.9)
18.สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็น	1 (0.6)	18 (11.0)	97 (60.6)	37 (23.1)	7 (4.4)
19.ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต	7 (4.4)	31 (19.4)	93 (58.1)	25 (15.6)	4 (2.5)
20.มีโอกาสดักพักผ่อนคลายเครียด	8 (5.0)	45 (28.1)	72 (45.0)	30 (18.8)	5 (3.1)
21.มีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	4 (2.5)	32 (20.0)	91 (56.9)	30 (18.7)	3 (1.9)
22.พอใจกับการเดินทาง (การคมนาคม)	7 (4.4)	49 (30.6)	59 (36.9)	40 (25.0)	5 (3.1)
23.รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	3 (1.9)	37 (23.1)	67 (41.9)	46 (28.7)	7 (4.4)

24.ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้	9 (5.6)	44 (27.5)	57 (35.7)	45 (28.1)	5 (3.1)
25.พอใจในชีวิตทางเพศ	33 (20.6)	46 (28.7)	55 (34.4)	23 (14.4)	3 (1.9)
26.มีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	6 (3.8)	48 (30.0)	57 (35.6)	41 (25.6)	8 (5.0)

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยน้อยกว่า 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เรียงจากมีอิทธิพลมาก

ไปน้อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (X_1) ค่า Beta = 3.041, รายได้ (X_2) ค่า Beta = 0.434, viral load (X_3) ค่า Beta = 0.264 และ อายุ (X_4) ค่า Beta = 0.119 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ Adjusted R² = 0.283 (ตาราง 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (n=160)

ปัจจัย	b	Beta	p-value
ค่าคงที่	78.895	-	
ภาวะซึมเศร้า (X_1)	0.530	3.041	0.023*
รายได้ (X_2)	0.001	0.434	<0.001*
viral load (X_3)	0.060	0.264	<0.001*
อายุ (X_4)	0.017	0.119	<0.001*
R ² Chang	0.196		
R ² Adj.	0.283		
SE(estimate)	11.387		
F	16.718		

*. นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยน้อยกว่า 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 39.82 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.5 รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 8,445.03 บาท ซึ่งการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มีภาวะโรคซึมเศร้า ได้แก่ มีรายได้น้อยและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีระยะเวลาได้รับเชื้อ

เอชไอวี เฉลี่ย 7.90 ปี ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 เฉลี่ย 507.67, viral load เฉลี่ย 14.50 copy/ml ปริมาณไวรัสจะต้องลดลงจนน้อยกว่า 50 copy/ml ในเวลา 6 เดือน (กรมควบคุมโรค, 2553) ดังนั้นผลการรักษาในการศึกษาค้นนี้แสดงได้ว่ามีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 แสดงให้เห็นได้ว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รายได้ viral load และอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและเอดส์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับประเทศที่มีรายได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่มีผลการรักษาดี จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และการศึกษา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษา⁽¹⁷⁾ ที่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ รายได้ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสุขภาพ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ระดับพื้นที่

1.1 จากการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รายได้ viral load และอายุ จะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การได้รับความช่วยเหลือจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ความเหนื่อยล้าวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การมีคนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีเวลาในการพักผ่อน นอนหลับหรือผ่อนคลายอารมณ์

1.2 เครือข่ายท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมดำเนินงานให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

1.3 หน่วยบริการสาธารณสุขควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายท้องถิ่น ในการดำเนินงานให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่น ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำงานให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของชุมชน และศึกษาเพื่อพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สอดคล้องกันกับโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ที่สามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงได้ และพัฒนาการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำปรึกษา รวมถึงขอบคุณท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยชื่อนามที่ได้ให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Buseh AG, Kelber ST, Stevens PE, Park CG. Relationship of symptoms, perceived health and stigma with quality of life among urban HIV- infected African American men. Public Health Nursing 2008; 25(5): 409-419.
2. อัญชลี อวิสังสานนท์. ปัญหา/อุปสรรค ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อในประเทศไทย. ในสรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 3, [ออนไลน์].2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.redcross.or.th>.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2553: 49-79.
4. กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. ผลการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
5. สำนักโรคติดต่อ. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ปี 2552-2554 [ออนไลน์].2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=68>.
6. สรภิก ภาคิทธิธรรม. ปัญหาด้านนโยบายและงบประมาณ. ใน สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 3 วันที่ 23 มกราคม 2555 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [ออนไลน์].2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.redcross.or.th/node/15421>.
7. อุสา โถหินัง. ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. วารสารโรคเอดส์ 2555; 22(4): 213-223.
8. อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์. การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือพุทธศาสนา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
9. Subramanian T, Gupte MD, Dorairaj Periannan V, Mathai AK. Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV /AIDS in south India. AIDS Care 2009; 21(4): 473-481.
10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI). โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อมูลผู้มารับบริการ HIV/AIDS รายจังหวัด [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/>.
12. ธณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุผา, จินตนา ล้างเพิ่มพูน, พุระหงษ์ ไชยพันธ์ และสิริธร บุตรวงศ์. การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท, 2550.
13. เนตรนภา คู่พันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
14. Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of Depression in People living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. JCDR 2014; 8(10): 1-4.
15. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries. Curr HIV/AIDS Rep. 2014; 11(3): 291-307.

16. เกษรวิ ละม้ายสกุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
17. เปรมจิต ตันบุญยืน. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556: 40-77.

Original Article

การประเมินผลการพัฒนาระบบยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

สมชาย ชินวานิชย์เจริญ

เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านบริการแพทย์แผนไทย ให้มีความรู้เกี่ยวกับระบบยาสมุนไพรให้มากยิ่งขึ้น จะช่วยลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศได้

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินการใช้อยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ตามกรอบของ Context and Input Process Product (CIPP) model

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประเมินผลแบบ CIPP model แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ บริบทและสิ่งนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ศึกษาเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ โรงพยาบาล 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 211 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โครงสร้างคำถามการสนทนากลุ่มและข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ใช้ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2559-2560 สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย: บริบทและสิ่งนำเข้า มีการปรับโครงสร้างและสื่อสารนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย โดยแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญกำกับดูแลพัฒนางาน และจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2559 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาสมุนไพร เสนอใช้นโยบายจัดกรอบบัญชียาสมุนไพรสำเร็จรูปในโรงพยาบาล (รพ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีแพทย์แผนไทยจำนวน 73 รายการ ใน รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์แผนไทยจำนวน 55 รายการ มีบัญชียาปรุงเฉพาะราย จำนวน 19 ตำรับ, ด้านผลลัพธ์ (product) ระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร ระหว่างปี 2559-2560 พบว่า มีการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยร้อยละ 24.8 และ 25.3 (เพิ่มร้อยละ 0.5), จ่ายยาสมุนไพรจำนวน 457,479 และ 488,993 ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 6.9), การจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกร้อยละ 10.7 และ 11.79 ต่อครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.5) การเข้าถึงยาสมุนไพรของผู้ป่วยนอกรับบริการแพทย์แผนไทยร้อยละ 43.2 และ 47.73, มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกมีค่า 5.8 และ 6.3 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.4) ตามลำดับ มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยมีค่า 23.2 และ 24.8 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 7.3) ตามลำดับ สรุป ผลการพัฒนาระบบการใช้อยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขนี้ สามารถเพิ่มศักยภาพบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามเกณฑ์

คำสำคัญ : ยาสมุนไพรไทย, หน่วยบริการสาธารณสุข, ประเมินผลการพัฒนาระบบ

Development system evaluation of thai traditional medicine for public health unit, Udon thani province.

Somchai Chinwanitjaroen

B.Pharm. (Pharmacist), Thai traditional medicine department, Udon thani provincial health office.

Abstract

Background: Development of human resources in Thai traditional medicine to have more knowledge about the herbal medicine system will reduce the imported drugs from abroad.

Objective: The study aimed to evaluate herbal medicines used from public health units in Udon Thani province by context and input, process, product (CIPP) model.

Materials & methods: The descriptive research, by using CIPP model include context-input, process development and development product. Qualitative data collection from January to December 2017.

Population & samples: the sample study was the public health units in Udon Thani province include 21 hospitals and 211 sub-district health promotion hospital. Tools were question structure group discussion, record from the information center Ministry of Public Health (Health Data Center: HDC), used data between fiscal year 2016-2017. Descriptive analysis using frequency, percentages and content analysis of qualitative data.

Results: there was restructuring and communication policy in Thai traditional medicine by appointment of experts to supervise developing and appoint of Thai traditional medicine department in Udon Thani Provincial Health Office and development of Thai traditional medicine personnel in service units. Fiscal year 2015, the provincial herbal system development committee using valuation algorithms 44 items, Development of herbal medicine replacement. The policy of Thai traditional medicine services in the public health service 5 items. Fiscal year 2016, determine the number of different herbal medicines covered the sub-committee on herbal medicine development policy of prescribing herbal medicines in hospitals and sub-district health promotion hospital there was Thai traditional medicine 73 items, no Thai traditional medicine 55 items, specific medicines 19 recipes, (3) develop products between fiscal year 2016-2017, there was access to OP services provided by traditional Thai medicine services was 24.8% and 25.3% (increased 0.5%), herbal medicine 457,479 times and 488,993 times (increased 6.9%), OP herbal medicine 10.7% and 11.79% per time (increased 9.5%) respectively. Access to herbal medicine by OP receiving traditional Thai medicine 43.2% and 47.73% respectively, prices of herbal remedies for OP =5.8 and 6.3 Baht per time (increased 9.4%) respectively. Prices of herbal remedies for patients receiving traditional Thai medicine =23.2 and 24.8 Baht per time (increased 7.3%) respectively. Conclusion: These results from development of the herbal medicine system for public health units could enhance the efficiency of Thai traditional medicine services and achieve the criteria.

Key words: Thai Traditional Medicine, Public Health Unit, Development System Evaluation

บทนำ

แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ครอบคลุมการพัฒนาสมุนไพร ตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อให้ประเทศไทย เป็นประเทศ ส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตสมุนไพรชั้นนำของ ภูมิภาคอาเซียน และมูลค่าของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ สมุนไพรภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัว ซึ่งทุกภาค ส่วนจะต้องสนับสนุนให้เกิดการผลิตสมุนไพรที่มีมาตรฐาน มี คุณภาพ สร้างมูลค่าเพิ่ม เกิดความเชื่อมั่น และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรในตลาดทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁽¹⁾ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ต้องมีการบริหารการขับเคลื่อนสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ ภาย ใต้ห่วงโซ่แห่งคุณค่าอย่างครบวงจร ได้แก่ หาดตลาดและลูกค้า (Potential Demand), กลยุทธ์และนโยบาย (Strategy and Policy), การวิจัยพัฒนาและเทคโนโลยี (R & D and technology), บุคลากรเทคโนโลยีการผลิต (Production Technology Staff), การบังคับใช้กฎหมาย (regulation) และภาวะการตลาด (marketability) รวมทั้งการสร้างอภี ญเบรร์ บิสเนส โมเดล (Abhaibhubejhr Business Model) เป็นต้นแบบการยกระดับธุรกิจสู่สากล โดยการเชื่อมโยงร่ว มกับเครือข่ายเมืองสมุนไพรทั่วประเทศ มีผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ สมุนไพรไทยสามารถพัฒนาศักยภาพให้เป็นที่ยอมรับและใช้ ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพ⁽²⁾ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้า ถึงบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์แผนไทย พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ นั้น สำหรับต้นน้ำ ได้แก่ การพัฒนา แหล่งปลูกสมุนไพรที่มีคุณภาพและส่งเสริมให้เกษตรกรปลูก พืชสมุนไพรจำหน่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ กลางน้ำ ได้แก่ พัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้มีมาตรฐาน และปลาย น้ำ ได้แก่ ส่งเสริมและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาดทั้งใน ประเทศและต่างประเทศ มุ่งเน้นและพัฒนาคุณภาพงานวิจัย ทางด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีมาตรฐานในระดับสากล การ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ แผนปัจจุบัน ให้มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยให้มาก ยิ่งขึ้น จะช่วยลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศได้ ด้วยองค์ ความรู้การแพทย์แผนไทยเป็นความรู้ทางการแพทย์ดั้งเดิม ของชาติมีพื้นฐานปรัชญาของการรักษาบำบัดผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

จากปรัชญาและการวิเคราะห์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างมาก กล่าวคือ ระบบการแพทย์ดั้งเดิมมักจะมุ่งเน้นการ วิเคราะห์โรคและความเจ็บป่วยจากหลายระบบพร้อมกัน⁽³⁾ ดังนั้น ยุทธศาสตร์การพัฒนาแพทย์แผนไทยเขตสุขภาพที่ 8 จึงเน้นนโยบายและสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังด้วยแพทย์แผนไทย โดยกำหนดให้เปิดบริการแพทย์ แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการเปิดแผนก ผู้ป่วยนอก (OPD: Out Patient Department) แพทย์แผนไทย คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทุกแห่ง และ ยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับยาสมุนไพรที่มีการจัดทำกรอบ บัญชียาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติในหน่วยบริการ ต่างๆ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลมียาสมุนไพรอย่างน้อย 30 รายการ รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ มีการใช้ยาสมุนไพร ทดแทน จังหวัดละอย่างน้อย 5 รายการ มีการส่งเสริมการใช้ ยาสมุนไพรตามกลุ่มวัย การจ่ายยาประเภทยา (ยาต้ม) ใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ตำรับ และเป็นเมืองสมุนไพรครบ วงจร จังหวัดอุดรธานี จึงได้พัฒนาการใช้ยาสมุนไพรตาม ยุทธศาสตร์การพัฒนาแพทย์แผนไทยของเขตสุขภาพที่ 8 มา โดยลำดับ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการ ประเมินผลการพัฒนาระบบยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการ สาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลการใช้ นโยบายกำกับให้หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์ มาตรฐาน โดยเปรียบเทียบข้อมูลการใช้สมุนไพรในหน่วย บริการสาธารณสุข และประเมินผลระบบการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยการทบทวนเอกสารและ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลผลการดำเนินงานแพทย์แผนไทย ในแฟ้มข้อมูล HDC (Health Data Center) ของกระทรวง สาธารณสุขแล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ และจัดทำข้อเสนอ เจริญนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์และนโยบายการใช้ยา สมุนไพรตามเกณฑ์มาตรฐานสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบยาสมุนไพร สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินเปรียบเทียบผลการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษาบริบทและสิ่งนำเข้า (context-input) หมายถึง บริบท สถานการณ์และนโยบายการใช้อยาสมุนไพรตามเกณฑ์มาตรฐานสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญา สุขภาพวิถีไทย นโยบายการแพทย์แผนไทยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การส่งเสริมการใช้อยาในระบบสุขภาพตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้อยาสมุนไพรตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการสาธารณสุข

กระบวนการพัฒนา หมายถึง กระบวนการพัฒนาระบบยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี 7 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การปรับโครงสร้างและการสื่อสารนโยบาย หมายถึง การปรับโครงสร้างและการสื่อสารนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์แผนไทย พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สมุนไพร บูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่บริการ

2. การพัฒนาบุคลากร หมายถึง การพัฒนาให้มีบุคลากรแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี

3. การพัฒนากลไกการขับเคลื่อน หมายถึง การพัฒนากลไกขับเคลื่อนและกำกับทิศทางการพัฒนาระบบยาสมุนไพร กลไกการสร้างองค์ความรู้ และการจัดการความรู้ในส่งเสริมการใช้อยาสมุนไพรให้บริการ

4. การพัฒนารายการยาสมุนไพร หมายถึง การพัฒนากระบวนการด้านรายการยาสมุนไพร ในระบบบริการการแพทย์แผนไทยด้านการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้มีการเปิดแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทุกแห่ง และยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับยาสมุนไพร มีการจัดทำกรอบบัญชียาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลอย่างน้อย 30 รายการ รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ มีการใช้อยาสมุนไพรทดแทน จังหวัดละอย่างน้อย 5 รายการ และออกประกาศ

เรื่อง การใช้อยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. การพัฒนาการใช้อยาสมุนไพรทดแทน หมายถึง มีการกำหนดรายการยาสมุนไพรที่ใช้จ่ายให้คนไข้ทดแทนรายการยาแผนปัจจุบันในบัญชียาของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในโรคที่ยาสมุนไพรสามารถรักษาและมีงานวิจัยว่าสามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้

6. การกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพร หมายถึง รายการยาสมุนไพรตามระบบบริการการแพทย์แผนไทย ให้เป็นไปตามตัวชี้วัดกระทรวงในการกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพรหลากหลายครอบคลุม

7. การพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร หมายถึง ข้อมูลจากผลการดำเนินงานใน รพ. และ รพ.สต. จำนวน 232 แห่ง จาก HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดอุดรธานี ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560

วิธีการศึกษา

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กรอบแนวคิดของการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาบริบทและสิ่งนำเข้า (context-input) ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท สถานการณ์และนโยบายการใช้อยาสมุนไพรตามเกณฑ์มาตรฐานสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข แผนแม่บทและยุทธศาสตร์การพัฒนาแพทย์แผนไทย และ 2) การศึกษากระบวนการพัฒนา (process) ได้แก่ 1) การปรับโครงสร้างและการสื่อสารนโยบาย 2) การพัฒนาบุคลากร 3) การพัฒนากลไกการขับเคลื่อน 4) การพัฒนารายการยาสมุนไพร 5) การพัฒนาการใช้อยาสมุนไพรทดแทน 6) การกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพร และ 7) การพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร

1.2 ผลลัพธ์การพัฒนา (product) ข้อมูลจากผลการดำเนินงานใน รพ. และ รพ.สต. จำนวน 232 แห่ง จาก HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและข้อมูลรายงานจากศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ระหว่างปีงบประมาณ 2559-

2560

3. ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2560

4. ประชากรที่ศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ โรงพยาบาล 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 211 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบบันทึกการประเมินผลการพัฒนาประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP model ของ Stufflebeam⁽⁴⁾ ดังนี้

1. แบบบันทึกการวิเคราะห์บริบทและสิ่งนำเข้า (context-input) คือ การปรับโครงสร้างและการสื่อสารนโยบาย ด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์แผนไทยพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สมุนไพร

2. แบบบันทึกกระบวนการพัฒนา (process) ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากร ให้มีบุคลากรแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี 2) การพัฒนาการขับเคลื่อน 3) การพัฒนารายการยาสมุนไพร 4) การพัฒนาการใช้ยาสมุนไพรทดแทน และ 5) การกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพร

3. แบบบันทึกผลลัพธ์การพัฒนา (product) ข้อมูลจากผลการดำเนินงานใน รพ. และ รพสต. จำนวน 232 แห่ง จาก HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560 ได้แก่

1) ข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทย จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทย)

2) จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพร อัตราการจ่ายยาสมุนไพรต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (ครั้ง/ครั้ง) อัตราการจ่ายยาสมุนไพรต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง/ครั้ง) มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง) และมูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทย (บาท/ครั้ง)

การวัดผลและสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์บริบทและสิ่งนำเข้า (context-input) พบว่า ในปีงบประมาณ 2557 ได้แต่งตั้งผู้บริหารระดับผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม กำกับดูแลพัฒนางาน ตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ 349/2557 ลงวันที่ 31 มกราคม 2557 และจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ 331/2557 ลงวันที่ 30 มกราคม 2557 และมีบทบาทด้านการพัฒนาให้มีบุคลากรแพทย์แผนไทยและสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้แก่โรงพยาบาลทุกแห่ง ละ 10,000 บาท

การพัฒนาคลินิกขับเคลื่อนและกำกับทิศทางการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ในปีงบประมาณ 2558 มีการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติตามโครงการพัฒนาคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการพัฒนาคลินิกขับเคลื่อนและกำกับทิศทางการพัฒนาระบบยาสมุนไพร แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ระดับจังหวัด มีการพัฒนาระบบการดำเนินงานราคาสมุนไพร โดยใช้กลไกการสืบราคา จำนวน 44 รายการ

การพัฒนาการใช้ยาสมุนไพรทดแทน จากนโยบายเขตสุขภาพที่ 8 กำหนดให้มีการเปิดแผนกผู้ป่วยนอก (OPD: Out Patient Department) แพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทุกแห่ง และยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับยาสมุนไพรมีการจัดทำกรอบบัญชียาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลอย่างน้อย 30 รายการ รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทน จังหวัดละอย่างน้อย 5 รายการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ออกประกาศเรื่อง การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2558 เพื่อเป็นการขับเคลื่อนและส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการในจังหวัดอุดรธานี ให้เป็นกระแสหลักในระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 5 รายการ การกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพรหลากหลายครอบคลุม ในปีงบประมาณ 2559

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสมุนไพรที่สำคัญ ใน แผนไทย พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข
รพ. ได้แก่ แพทย์ แพทย์แผนไทย และใน รพสต. ได้แก่ แพทย์ ชุมชน ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการพัฒนาระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560

กระบวนการพัฒนา	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
แพทย์แผนไทยใน รพ.	46 คน / 20 แห่ง จากทั้งหมด 21 แห่ง	53 คน / 21 แห่ง จากทั้งหมด 21 แห่ง
แพทย์แผนไทยใน รพสต.	18 คน / 18 แห่ง จากทั้งหมด 210 แห่ง	29 คน / 29 แห่ง จากทั้งหมด 210 แห่ง
ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้สั่งใช้ใน รพสต.	268 คนจาก 951 คน ใน รพสต. 184 แห่ง จาก 210 แห่ง	510 คน จาก 951 คน ใน รพสต. 210 แห่ง จาก 210 แห่ง
การสืบราคายาสมุนไพร	44 รายการ	44 รายการ
ยาสมุนไพรทดแทน /ยาเลือกใช้ลำดับแรก (First line drug)	5 รายการ / 0 รายการ	5 รายการ / 5 รายการ
บัญชียาสมุนไพรใน รพ. หรือ รพสต. ที่มีแพทย์แผนไทย	73 รายการ	73 รายการ
บัญชียาสมุนไพรใน รพสต. ที่ไม่มีแพทย์แผนไทย	55 รายการ	55 รายการ
บัญชียาปรุงเฉพาะราย	19 รายการ	19 รายการ

หมายเหตุ: คลินิก OPD แพทย์แผนไทยกำหนดให้มียาสมุนไพรในโรงพยาบาล 30 รายการขึ้นไป ใน รพสต. 10 รายการขึ้นไป

2. กระบวนการพัฒนา (process) พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบยาสมุนไพรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบยาสมุนไพร วิเคราะห์ ติดตาม และรายงานความก้าวหน้าของระบบยาสมุนไพร จังหวัดอุดรธานี จนกระทั่งมีกรอบบัญชียาสมุนไพรสำเร็จรูปจังหวัดอุดรธานีในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน จำนวน 73 รายการ ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีแพทย์แผนไทย

ปฏิบัติงาน จำนวน 55 รายการ มีบัญชียาปรุงเฉพาะรายระดับจังหวัด จำนวน 19 ตำรับ โดยยึดหลักตามโรคเรื้อรังของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4 โรค (เข้าเสื่อม ไมเกรน อัมพฤกษ์/อัมพาต และภูมิแพ้) กำหนดมาตรการให้โรงพยาบาลทุกแห่งมียาปรุงเฉพาะราย อย่างน้อย 1 ตำรับ ติดตามและรายงานความก้าวหน้าการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 รายการ ได้แก่ ยาขมิ้นชันแคปซูล ยาน้ำธาตุบอขย ยาน้ำแก้ไอผสมมะขามป้อม ครีมโพลหรือน้ำมันโพลหรือยาหม่อง

โพล และยาผสมเพชรสังฆาตแคปซูล สนับสนุนโรงพยาบาล ห้วยเก็งเป็นหน่วยจัดหา/กระจายสมุนไพรแห้ง รวมถึงเตรียมการผลิตยาสมุนไพรตามเกณฑ์วิธีการที่ดี (Good Manufacturing Practice: GMP) และพัฒนาระบบข้อมูล

3. ผลลัพธ์การพัฒนา (product) ข้อมูลจากผลการดำเนินงานใน รพ. และ รพสต. จำนวน 232 แห่ง จาก HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดอุดรธานี ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560 มีผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งหมด จำนวน 1,057,022 และ 1,024,498 ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 3.2) การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ

แพทย์แผนไทย ร้อยละ 24.8 และ 25.3 (เพิ่มร้อยละ 0.5), กระจายยาสมุนไพร จำนวน 457,479 และ 488,993 ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 6.9), การกระจายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก ร้อยละ 10.7 และ 11.8 ต่อครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.5) ตามลำดับ (อุดรธานี ปี 2560 การกระจายยาสมุนไพรมากเป็นอันดับ 3 ของเขต) การเข้าถึงยาสมุนไพร ร้อยละ 43.2 และ 47.7 (เพิ่มร้อยละ 10.4) ตามลำดับ (ปีงบประมาณ 2560 เข้าถึงยาสมุนไพรมากเป็นอันดับ 4 ของเขต) มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกมีค่า 5.8 และ 6.3 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 9.4) ตามลำดับ มูลค่าจ่ายยาสมุนไพร มีค่า 23.2 และ 24.8 บาท/ครั้ง (เพิ่มร้อยละ 7.3) ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560 (n=232)

เป้าหมาย	2559	2560	ร้อยละที่เพิ่ม
ร้อยละผู้มารับบริการ	24.8	25.3	0.5
จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพร (ครั้ง)	457,479	488,993	6.9
ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรต่อ OP (ครั้ง/ครั้ง)	10.7	11.8	9.5
ร้อยละการจ่ายยาสมุนไพรต่อ OPTM (ครั้ง/ครั้ง)	43.2	47.7	10.4
มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อ OP (บาท/ครั้ง)	5.8	6.3	9.4
มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อ OPTM (บาท/ครั้ง)	23.2	24.8	7.3

ผลการศึกษาแสดงได้ว่า จากการพัฒนาระบบการใช้จ่ายสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขครั้งนี้ สามารถเพิ่มศักยภาพด้านการบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์เป้าหมายทุกแห่ง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีการปรับโครงสร้างและสื่อสารนโยบายด้านการแพทย์แผนไทย ในปี 2557 โดยแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ กำกับดูแลพัฒนางาน และจัดตั้งกลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีการพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2557 มีนโยบายจ้างแพทย์แผนไทยครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติตามโครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการพัฒนาเครือข่ายเคลื่อนและกำกับทิศทางการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ในปีงบประมาณ 2558 แต่งตั้งคณะ

กรรมการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ระดับจังหวัด มีการพัฒนาระบบการด้านราคาสมุนไพร โดยใช้กลไกการสืบราคา จำนวน 44 รายการ มีการพัฒนาการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนโดยใช้นโยบายส่งเสริมระบบบริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 5 รายการ การกำหนดจำนวนรายการยาสมุนไพรหลากหลายครอบคลุม หลังการพัฒนา ในปีงบประมาณ 2559 แสดงให้เห็นได้ว่าการจัดการระบบโครงสร้างดังกล่าวข้างต้นนั้น มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งมีกรอบบัญชียาสมุนไพรสำเร็จรูปจังหวัดอุดรธานีในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน จำนวน 73 รายการ ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน จำนวน 55 รายการ มีบัญชียาปรุงเฉพาะรายระดับจังหวัด จำนวน 19 ตำรับ โดยยึดหลักตามโรคเรื้อรังของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4 โรค ซึ่งต่างกับการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ⁽⁵⁾ ที่

พบว่า ประเทศไทยมีความพร้อมในด้านการเป็นศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร แต่ยังขาดการสนับสนุน ส่งเสริมและบริหารจัดการให้เกิดการดำเนินงานอย่างจริงจังจนบรรลุผลลัพธ์ ซึ่งต้องมีผู้บริหารในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

จากผลการศึกษาที่พบว่า^{6,7} การพัฒนาระบบการใช้ยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข สามารถเพิ่มศักยภาพด้านการบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์เป้าหมายทุกแห่ง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยเพียงอย่างเดียวร้อยละ 80.52 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการแพทย์แผนไทย ได้แก่ จำนวนบุคลากรด้านการจ่ายยาสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก การเข้าถึงยาสมุนไพรของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น มูลค่าจ่ายยาสมุนไพรต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น และการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าจากการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ พบว่า รายจ่ายที่สูงเป็นอันดับ 1 ของหน่วยบริการคือ ค่ายา ในปี 2553-2556 ประชาชนได้รับการบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.5, 4.6, 7.2, 29.4 ตามลำดับ ซึ่งการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นนี้แสดงให้เห็นถึงการจ่ายค่ายาลดลงตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังในหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน
2. ให้ความสำคัญแก่การพัฒนาศักยภาพทางคลินิกของแพทย์แผนไทยอย่างน้อยให้ครอบคลุมเพื่อการจัดบริการผู้ป่วยนอกในด้านการเข้าถึงยาสมุนไพรของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการแพทย์แผนไทย
3. การสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต้องเน้นย้ำถึงการให้บริการให้ต่อเนื่อง
4. ควรสนับสนุนส่งเสริมศูนย์บริการและส่งเสริมสุขภาพภาคเอกชน หรือแรงงานนอกระบบให้บริการด้วยการแพทย์แผนไทย

5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนทรัพยากรให้สถานบริการสาธารณสุขที่พร้อมดำเนินการแบบศูนย์บริการแพทย์แผนไทยครบวงจร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ ด้านการพัฒนาระบบการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของข้อมูลทุติยภูมิและปัญหาด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลซึ่งเป็นแหล่งของข้อมูลที่ได้จากรายงานและรวบรวมมาจากข้อมูลขั้นต้นเท่านั้น ซึ่งไม่ได้เก็บจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ให้ความเมตตา แนะนำปรึกษา ติดตามการดำเนินงานวิจัย และให้กำลังใจ รวมถึงขอบคุณท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนามิติปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559). นนทบุรี: อูษาการพิมพ์. 2555.
2. คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้จากสมุนไพรมะเร็งในปัญญาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2555. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2555.
3. รัชณี จันทระเกษ, มณีนภา สังข์ศักดิ์, ปรียา มิตรานนท์. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ปี 2552, 2554,2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2559[เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค.2560];10: 103-116.เข้าถึงได้จาก: http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4448/hsri_journal_v10n2_p103.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds). Evaluation models [online].c2000. [cited 2016 Apr 5] Available from: <http://www.wiley.com>.
5. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ, ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, มณฑาวดี ครุสมิชัย, กุลพล คุปรัตน์. นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค.2560] เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4212>
6. มณฑกา ชีรชัยสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการเขตบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2559. หน้า 16-30.
- 7.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย เครือข่ายบริการที่ 8 (อีสานตอนบน)[ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค.2560] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th>.

แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมแพ

รุ่งฤดี ไกรเสน พ.บ.,ว.ว.

วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การให้ความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนและความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก การศึกษานี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมแพ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบไปข้างหน้าซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 152 ราย เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการคือ ASA physical status 1-3, 15-70 ปี เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนภายใต้การระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลชุมแพทำการสุ่มผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่มโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ กลุ่มที่ 1 ไม่ได้อ่านแผ่นพับ และกลุ่มที่ 2 ได้อ่านแผ่นพับ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการให้ความรู้และการประเมินก่อนได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านความวิตกกังวลพบว่าระดับความวิตกกังวลในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป: แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแต่ไม่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมแพ

คำสำคัญ : แบบสอบถาม, ความรู้, ความวิตกกังวล, วิสัญญี

Anesthetic information leaflet improve patient's education and reduce anxiety in patient at Chumphae hospital.

Rungruedee Kraisen, M.D.

Department of anesthesiology, Chumphae hospital, Khonkaen province, Thailand.

Abstract

Objective : Pre-operative education improves the patient knowledge and decreases anxiety about the process of anesthesia and risks associated with it. The objective of this study was to study the effect of anesthetic information leaflet on patient's knowledge and anxiety.

Methods : After institutional of ethics committee approved, a prospective, randomized controlled trial study was conducted in 152 patients who were in ASA physical status 1-3, aged 15-70 years, and underwent an elective surgery under anesthesia in Chumphae hospital. The patients were randomly allocated to read and unread leaflet group, based on computer generated number. The questionnaire was administered to all patients and then they had a routine pre-operative visit by the same anesthesiologist. Statistical significance was established at $p < 0.05$.

Results : The patients who read the leaflet, had knowledge in anesthesia more than the unread group, statistic significantly. There was no difference in the anxiety related to surgery between both groups.

Conclusions : Anesthetic information leaflet improved patient's knowledge but did not reduce anxiety related to surgery.

Key words: Questionnaire, knowledge, anxiety, anesthesia

บทนำ

ผู้ป่วยส่วนมากที่มารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้ามักมีความวิตกกังวล¹⁻³ ซึ่งวิตกกังวลทั้งเรื่องการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกส่งผลต่อร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ร่างกายจะตอบสนองโดยการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและแรง, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, ความดันโลหิตสูงขึ้น, การตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดมากขึ้น ทำให้ต้องการการระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้นและต้องการยาระงับปวดหลังผ่าตัดมากขึ้นด้วย⁴

การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก ทัศนวิทยาและทัศนวิทยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจและคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวได้อย่างถูกต้องและมีความวิตกกังวลลดลง เดิมการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเป็นเพียงการพูดคุยโดยทัศนวิทยาหรือทัศนวิทยาบาลอย่างน้อยหนึ่งวันก่อนการผ่าตัด ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือ, สื่อสิ่งพิมพ์ ชนิดต่าง ๆ มาช่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและพบว่าเครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกมากขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้⁵

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาว่าแผ่นพับช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาว่าแผ่นพับช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 152 ราย ทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดของการศึกษา, วิธีการตอบคำถาม และลงชื่อให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการคือ ASA physical status 1-3, อายุ 15-70 ปี เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนภายใต้การระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลชุมชนพบทำการสุ่มผู้ป่วยออกเป็น

สองกลุ่มโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อไม่ให้ระดับการศึกษา มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึก จึงออกแบบการสุ่มเป็นแบบ block design โดยแบ่งตามระดับการศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม จากนั้นจึงเก็บข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ไม่ได้อ่านแผ่นพับ และกลุ่มที่ 2 ได้อ่านแผ่นพับ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการให้ความรู้และการประเมินก่อนได้รับการระงับความรู้สึกโดยทัศนวิทยาแพทย์

วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลทางสถิติจะถูกนำเสนอด้วย mean $\pm$ SD, median, data range หรือร้อยละ ตามความเหมาะสมของลักษณะข้อมูล การทดสอบรูปแบบการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติใช้ Shapiro-Wilk test การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเชิงตัวเลข (Numerical data) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสม ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) ใช้ Chi-square, ประเมินความแตกต่าง demographic data ด้วย independent samples test , แบบสอบถามส่วนที่ 3 การประเมินความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้ T score และเป็นการอิงตามกลุ่ม ผู้วิจัยใช้การทดสอบ Within-subjects ANOVA for repeated measures เพื่อดู order effects การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรม SPSS for Windows 20.0 โดยถือว่าค่า p-value น้อยกว่า 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ทั้งหมด 152 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้อ่านและได้อ่านแผ่นพับ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พิจารณารายกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับเป็นเพศชายมากกว่า คือ ร้อยละ 52.63 และกลุ่มที่อ่านแผ่นพับเป็นเพศหญิงมากกว่า คือ ร้อยละ 68.42 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-60 ปี การศึกษาในแต่ละระดับทั้งสองกลุ่มเท่า ๆ กัน อาชีพในกลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้าง ร้อยละ 30.26 ส่วนกลุ่มที่อ่านแผ่นพับส่วนใหญ่เป็นอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 30.26

แผนกที่มารับการผ่าตัดมากที่สุดในกลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับ คือ แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 48.68 ส่วนกลุ่มที่อ่านแผ่นพับ ส่วนมากเป็นแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ร้อยละ 39.47 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มี ASA physical status 1-2 และประสบการณ์

ในการรับความรู้สึกมาก่อนในทั้งสองกลุ่มเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 51.32, 42.11 พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ และแผนกที่มารับการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่ไม่ได้อ่านและกลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการรับความรู้สึก

จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่ได้อ่าน แผ่นพับ	กลุ่มที่อ่าน แผ่นพับ	P-value
เพศ			
ชาย	40 (52.63%)	24 (31.58%)	0.009*
หญิง	36 (47.37%)	52 (68.42%)	
อายุ			
ต่ำกว่า 15 ปี	0 (0%)	0 (0%)	0.041*
15-24 ปี	10 (13.16%)	15 (19.74%)	
25-34 ปี	14 (18.42%)	26 (34.21%)	
35-60 ปี	42 (55.26%)	30 (39.47%)	
61 ปีขึ้นไป	10 (13.16%)	5 (6.58%)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	22 (28.95%)	16 (21.05%)	0.154
มัธยมศึกษาตอนต้น	21 (27.63%)	17 (22.37%)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20 (26.32%)	18 (23.68%)	
อนุปริญญาขึ้นไป	13 (17.11%)	25 (32.89%)	
อาชีพ			
รับราชการ	4 (5.26%)	9 (11.84%)	0.252
รัฐวิสาหกิจ	0 (0%)	2 (2.63%)	
เกษตรกรรม	23 (30.26%)	18 (23.68%)	
ค้าขาย	9 (11.84%)	7 (9.21%)	
รับจ้าง	23 (30.26%)	17 (22.37%)	
อื่นๆ	17 (22.37%)	23 (30.26%)	
แผนกที่มารับการผ่าตัด			
ศัลยกรรมทั่วไป	37 (48.68%)	21 (27.63%)	<0.001*
ศัลยกรรมกระดูก	9 (11.84%)	6 (7.89%)	
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	19 (25%)	13 (17.11%)	
สูติ-นรีเวช	6 (7.89%)	30 (39.47%)	
โสต ศอ นาสิก	5 (6.58%)	6 (7.89%)	
ASA 3	6 (7.89%)	2 (2.63%)	0.133

2		30 (39.47%)	41 (53.95%)	
1		40 (52.63%)	33 (43.42%)	
ประสบการณ์การระงับความรู้สึก	เคย	39 (51.32%)	32 (42.11%)	0.255
วางยาสลบ	เคย	24 (31.58%)	22 (28.95%)	0.724
ฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง	เคย	22 (28.95%)	14 (18.42%)	0.127
ระยะเวลาที่เคยรับการระงับความรู้สึกครั้งสุดท้าย มากกว่า 5 ปี		13 (17.11%)	11 (14.47%)	0.521
	น้อยกว่า 5 ปี	26 (34.21%)	21 (27.63%)	
	0	37 (48.68%)	44 (57.89%)	
ประสบการณ์ได้รับความรู้จากสื่อ	เคย	43 (56.58%)	43 (56.58%)	>0.999
ญาติหรือบุคคลที่รู้จัก	เคย	13 (17.11%)	20 (26.32%)	0.168
สื่อวิทยุโทรทัศน์	เคย	0 (0%)	0 (0%)	“-”
สื่อสิ่งพิมพ์	เคย	0 (0%)	4 (5.26%)	0.12
อื่นๆ	ตนเองผ่าตัด	31 (40.79%)	26 (34.21%)	0.402

*P-value<0.05

2.แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรับความรู้สึก เกือบทุกข้อ มีเพียงประเด็นเดียว คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระดับความรู้เกี่ยวกับการรับความรู้สึกในกลุ่มที่อ่านแผ่น

อาการปวดหลังการผ่าตัดที่ไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสอง

พบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาระหว่างปีงบประมาณ 2559-2560 (n=232)

กลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับ				กลุ่มที่อ่านแผ่นพับ			P-value
2 = ทราบดี	1 = ทราบบ้าง	0 = ไม่ทราบ		2 = ทราบดี	1 = ทราบบ้าง	0 = ไม่ทราบ	
ข้อที่ 1	3 (3.95%)	21 (27.63%)	52 (68.42%)	11 (14.47%)	53 (69.74%)	12 (15.79%)	<0.001*
ข้อที่ 2	2 (2.63%)	25 (32.89%)	49 (64.47%)	21 (27.63%)	39 (51.32%)	16 (21.05%)	<0.001*
ข้อที่ 3	9 (11.84%)	12 (15.79%)	55 (72.37%)	14 (18.42%)	32 (42.11%)	30 (39.47%)	<0.001*
ข้อที่ 4	9 (11.84%)	12 (15.79%)	55 (72.37%)	23 (30.26%)	30 (39.47%)	23 (30.26%)	<0.001*
ข้อที่ 5	6 (7.89%)	5 (6.58%)	65 (85.53%)	16 (21.05%)	22 (28.95%)	38 (50%)	<0.001*
ข้อที่ 6	36 (47.37%)	13 (17.11%)	27 (35.53%)	51 (67.11%)	14 (18.42%)	11 (14.47%)	0.001*
ข้อที่ 7	25 (32.89%)	17 (22.37%)	34 (44.74%)	40 (52.63%)	19 (25%)	17 (22.37%)	0.007*
ข้อที่ 8	12 (15.79%)	35 (46.05%)	29 (38.16%)	34 (44.74%)	29 (38.16%)	13 (17.11%)	<0.001*
ข้อที่ 9	42 (55.26%)	29 (38.16%)	5 (6.58%)	60 (78.95%)	16 (21.05%)	0 (0%)	0.005*
ข้อที่ 10	8 (10.53%)	32 (42.11%)	36 (47.37%)	25 (32.89%)	38 (50%)	13 (17.11%)	<0.001*
ข้อที่ 11	6 (7.89%)	26 (34.21%)	44 (57.89%)	19 (25%)	43 (56.58%)	14 (18.42%)	<0.001*
ข้อที่ 12	16 (21.05%)	26 (34.21%)	34 (44.74%)	25 (32.89%)	35 (46.05%)	16 (21.05%)	0.009*
ข้อที่ 13	17 (22.37%)	31 (40.79%)	28 (36.84%)	20 (26.32%)	41 (53.95%)	15 (19.74%)	0.126

ข้อที่ 14 7 (9.21%) 24 (31.58%) 45 (59.21%) 30 (39.47%) 32 (42.11%) 14 (18.42%) <0.001*

Ordinal regression with gender, age and operation as covariates

*P-value<0.05

3.แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ระดับความวิตกกังวลในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงประเด็นเดียว คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชาอวารหลังจากฉีดยาเข้าไขสันหลัง โดยกลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล

	กลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับ	กลุ่มที่อ่านแผ่นพับ	P-value
ความวิตกกังวลต่อการได้รับการรับรู้ความรู้สึก	50 (0-50)	50 (40-55)	0.069
ข้อที่ 1	30 (0-50)	38.5 (3-50)	0.77
ข้อที่ 2	25 (0-50)	50 (10.5-50)	0.243
ข้อที่ 3	50 (0-59.5)	50 (35.5-75)	0.599
ข้อที่ 4	50 (0-59.5)	50 (25-75)	0.628
ข้อที่ 5	50 (0-68.5)	50 (25-75)	0.807
ข้อที่ 6	25 (0-50)	50 (3.5-50)	0.852
ข้อที่ 7	50 (0-75)	50 (9-50)	0.044*
ข้อที่ 8	50 (0-56)	50 (14-72.5)	0.224
ข้อที่ 9	20 (0-50)	50 (0-55.5)	0.59

Linear regression with gender, age and operation as covariates

*P-value<0.05

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานเปรียบเทียบคะแนนรวมของระดับความรู้และระดับความวิตกกังวล

	กลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับ	กลุ่มที่อ่านแผ่นพับ	P-value
รวมคะแนนความรู้ (หากให้คะแนนเป็น 2, 1, 0)	9 (6-11.5)	16 (12-20.5)	<0.001*
รวมคะแนนความวิตกกังวลข้อ 1-9	351.5 (150-507)	405 (215.5-501.5)	0.281

*P<0.05

เมื่อพิจารณาทุกประเด็นรวมกัน ในด้านความรู้และความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับมีความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านความวิตกกังวลพบว่าระดับความวิตกกังวลในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.แบบประเมินความพึงพอใจต่อแผ่นพับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่อ่านแผ่นพับต่อแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก

	Mean	SD	การแปลผล
ข้อ 1	3.96	0.86	มาก
ข้อ 2	3.92	0.86	มาก
ข้อ 3	3.93	0.88	มาก
ข้อ 4	4.25	0.68	มากที่สุด
ข้อ 5	4.13	0.82	มาก
ข้อ 6	3.68	1.09	มาก

การวิเคราะห์รายละเอียดความคิดเห็นเกี่ยวกับแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก โดยผู้ป่วยเขียนบรรยายในแบบสอบถามว่า ดีมากได้รับในสิ่งที่เราไม่รู้มาก่อน, ดีมีรายละเอียดที่เข้าใจง่ายทำให้ผู้ป่วยหายกังวลได้, ได้ความรู้ดีและคลายความวิตกกังวล, ทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนหลังการดมยาสลบ, อยากรู้สลับไม่อยากจะจบ เป็นต้น

วิจารณ์

ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและความเสี่ยงในการรับรู้ความรู้สึกจากวิสัญญีแพทย์⁶ ซึ่งแผ่นพับนี้เป็นตัวช่วยที่มีประสิทธิภาพแก่วิสัญญีแพทย์

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า เพศ, อายุ และแผนกที่มารับการผ่าตัดในสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษานั้นผู้วิจัยได้ออกแบบทำการสุ่มตั้งแต่แรกเพื่อไม่ให้ระดับการศึกษามีผลต่อระดับความรู้ ดังนั้นในตารางที่ 2, 3 จึงมีการนำเพศ, อายุและแผนกที่มารับการผ่าตัดมาร่วมพิจารณาด้วยเพื่อลดอิทธิพลของปัจจัยรบกวนที่อาจเกิดขึ้น

ระดับความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก

กลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับพบว่ามีความรู้เฉลี่ย

ความพึงพอใจต่อแผ่นพับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงที่สุดคือ แผ่นพับทำให้ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับการรับรู้ความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 5

มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกมีเนื้อหาที่ครอบคลุมบทบาทของวิสัญญีแพทย์, ชนิดของการรับรู้ความรู้สึก, การเตรียมตัวเพื่อมารับการรับรู้ความรู้สึก, ขั้นตอนการรับรู้ความรู้สึก, ภาวะแทรกซ้อนจากการรับรู้ความรู้สึก, การดูแลและการระงับปวดหลังรับการรับรู้ความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ortiz และคณะในปี ค.ศ. 2013⁷ ผลการศึกษาพบว่า แผ่นพับความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Uysal Al และคณะในปี ค.ศ. 2017⁸ ซึ่งพบว่าแผ่นพับธรรมดาช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกสบายใจเมื่อได้อ่านแผ่นพับ

ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยในทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มที่ไม่ได้อ่านและอ่านแผ่นพับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงประเด็นเดียวคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการชาหลังจากฉีดยาเข้าไขสันหลัง โดยกลุ่มที่ได้อ่านแผ่นพับมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kajal J Ortiz

และคณะในปี ค.ศ. 2013⁷ ผลการศึกษาพบว่าแผ่นพับความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่ช่วยลดความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัดและสอดคล้องกับการศึกษาของ Oldman M และคณะ⁹ และ Cornoiu A และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าแผ่นพับไม่ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

แต่ก็ขัดแย้งกับหลายการศึกษาที่กล่าวว่า แผ่นพับช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาของ Guo และคณะ¹⁰ รายงานว่าแผ่นพับให้ความรู้และการพูดให้คำแนะนำช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹, Van Zuuren และคณะ พบว่าแผ่นพับช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

สรุป

แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแต่ไม่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชนแพ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า เพศ, อายุและแผนกที่มารับการผ่าตัดในทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาต่อไปการสุ่มน่าจะต้องเอาแผนกที่มารับการผ่าตัดเข้าไปพิจารณาพร้อมกับระดับการศึกษา หรือทำการศึกษาในการผ่าตัดแผนกใดแผนกหนึ่งเพียงแผนกเดียว
2. ความวิตกกังวลมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจต้องควบคุมตัวแปรต่างๆให้รัดกุม หรือหารือกับจิตแพทย์เพื่อให้การศึกษามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด
3. นำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อเป็นรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่สามารถให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Badner NH, Nielson WR, Munk S, et al. Preoperative anxiety : detection and contributing factors. Can J Anaesth 1990;37:444-7.
2. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety : is it a predictable entity? Anesth Analg 1989;69:763-7.
3. Johnston M. Anxiety in surgical patients. Psychol Med 1980;10:145-52.
4. Jlaia HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth 2010;104:369-74.
5. Gillies MA, Baldwin FJ. Do patient information booklets increase perioperative anxiety? Eur J Anaesthesiol 2001;18(9):620-2.
6. Edward GM, v d Naald N, Oort FJ, de Haes HC, Biervliet JD, Hollmann MW, et al. Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia. Br J Anaesth 2011;106(3):319-24.
7. J Ortiz, S Wang, MAA Elayda, DA Tolpin. Preoperative patient education : can we improve satisfaction and reduce anxiety? Rev Bras Anestesiol 2015;65(1):7-13.
8. Uysal AI, Altiparmak B, Guner O. The Effect of an Informative Leaflet on Preoperative Anxiety and Patient's Knowledge of Anesthesia and Anxiety. J Clin Anal Med 2017;DOI: 10.4328/JCAM.4875.
9. Oldman M, Moore D, Collins S: Drug patient information leaflets in anaesthesia: effect on anxiety and patient satisfaction. Br J Anaesth 2004;92(6):854-8.
10. Cornoiu A, Beischer AD, Donnan L, Graves S, de Steiger R. Multimedia patient education to assist the informed consent process for knee arthroscopy. ANZ J Surg 2011;81(3):176-80.
11. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2012;49(2):129-37.
12. van Zuuren FJ, Grypdonck M, Crevits E, VandeWalle C, Defloor T. The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. Patient Educ Couns 2006;64(1-3):173-82.

Original Article

ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัดนิ่วในไต ด้วยวิธีเจาะผ่านผิวหนัง โดยใช้อัลตราซาวนด์

อุดมศักดิ์ วิจิตรเศรษฐกุล, พบ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการทำ PCNL โดยใช้ ultrasound ในท่า flank position

วัสดุและวิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงพรรณนา prospective study ในผู้ป่วยโรคนิ่วในไตจำนวน 142 ราย ที่ได้รับการผ่าตัด PCNL โดยใช้ ultrasound ในท่า flank position ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ มกราคม 2558 ถึง ธันวาคม 2560 บันทึกขนาด ระยะเวลาผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการหมดไปของนิ่ว และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธี PCNL ด้วย ultrasound guide พบ stone free rate 81.3% จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.3 วัน ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดโดยเฉลี่ย 78.1 นาที อัตราการให้เลือดทดแทนร้อยละ 4.3 พบอัตราการล้มเหลวในการ access 2.1% การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด 7 ราย โดยมีภาวะ septic shock 1 ราย พบการบาดเจ็บเล็กน้อยของกรวยไต 3 ราย ไม่พบการบาดเจ็บของช่องอกหรืออวัยวะในช่องท้อง

ข้อสรุป: การผ่าตัด PCNL โดยใช้ ultrasound ในท่า flank position สามารถทำได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับการทำ PCNL ด้วย fluoroscope นำทางในท่า prone นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาสสัมผัสรังสีของบุคลากรทีมผ่าตัด

Efficacy and Safety of Ultrasound-guided Percutaneous Nephrolithotomy in Flank position

Udomsak Wijitsettakul M.D.

Abstract

Objective: To evaluate the efficacy of clinical result and safety of ultrasound-guided Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) in Flank position.

Material and methods : A total of 142 renal stones patients undergone ultrasound-guided PCNL in Flank position between January 2015- December 2017 in Buriram hospital, were prospectively observed. Stone size, operative time and length of stay were recorded. Stone free rate, blood transfusion and postoperative complications were evaluated.

Results: The collecting system could be successfully approached in 142 patients (97.9%). Stone free rate was 81.3%. The mean length of stay was 6.3 days. The mean total operative time was 78.1 minutes. Six patients needed blood transfusion. Postoperative urinary tract infection was found 7 cases, 1 case was presented with septic shock. Minor tear of renal pelvis was found 3 cases. The pleural or visceral organ injury was not found in this study.

Conclusions: Ultrasound-guided PCNL in Flank position provided satisfactory result. Its efficacy and safety were comparable to standard PCNL. The operative teams were radiation-free exposed in this technique.

บทนำ

การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูผ่านผิวหนัง (Percutaneous nephrolithotomy; PCNL) เริ่มทำในปี ค.ศ. 1976 โดย Fernstrom และ Johanson [1] ในปัจจุบันถือเป็นหัตถการมาตรฐานสำหรับการรักษานิ่วในไตขนาดใหญ่ [2] การผ่าตัดวิธีนี้โดยทั่วไปจะจัดท่านอนคว่ำ (prone) ใช้ fluoroscope เป็นเครื่องนำทางในการเจาะไตผ่านผิวหนัง และขยายรูเจาะจนสามารถใส่กล้องส่องไตได้ [3] การจัดท่าผ่าตัด prone อาจเพิ่มความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจหรือทางเดินหายใจและปอด [4] การจัดท่าผ่าตัดในท่าตะแคง flank position เป็นการ จัดท่าที่ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะคุ้นเคยเป็นอย่างดี และลดความเสี่ยงของมียาสาบ (anesthetic-related risk) เมื่อเทียบกับ prone position [5] ส่วนภาวะการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มปอดและอวัยวะในช่องท้อง พบอุบัติการณ์ได้ร้อยละ 1-13 เนื่องจาก fluoroscope ไม่สามารถแยกอวัยวะดังกล่าวให้เห็นได้ในระหว่างทำการเจาะไต Ng ma และคณะ รายงานการใช้ ultrasound ช่วย

ยืนยันการหลีกเลี่ยงอวัยวะข้างเคียงขณะเจาะไต พบว่าลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ [6] และยังเป็นทางเลือกการได้รับรังสีต่อศัลยแพทย์ และทีมผ่าตัดที่มีโอกาสสัมผัสรังสีสะสมเป็นระยะเวลายาวนานตลอดการทำงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการทำ PCNL โดยใช้ ultrasound เป็นตัวนำทางในท่า flank position

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาเชิงพรรณนา prospective study ในผู้ป่วยโรคนิ่วในไตจำนวน 142 คน ที่ได้รับการผ่าตัด PCNL โดยใช้ ultrasound เป็นตัวนำทางในท่า flank position ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ มกราคม 2558 ถึง ธันวาคม 2560 อายุเฉลี่ยผู้ป่วย 48.5 ปี (23 ถึง 71 ปี) เพศชาย 80 คน เพศหญิง 62 คน ขนาดนิ่วเฉลี่ย ความยาว 3.7 เซนติเมตร (2 ถึง 10 เซนติเมตร) ความกว้าง 2.5 เซนติเมตร (1 ถึง 5 เซนติเมตร)

ตารางที่ 1 Patient profile

Gender	M:F	80:62
Age		48.5 (23-71)
laterality	R:L	79:63
Stone size(cm)		
Length		3.7 (2-10)
Width		2.5 (1- 5)
Stone location		
Renal calculi		142

หลังจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ แล้วทำการส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) ใส่สายระบายท่อไต (Ureteric catheter) ขนาด 5 Fr จากนั้นจัดท่าผู้ป่วยในท่า Flank position ทำการเจาะไตโดยใช้ ultrasound ชนิด linear probe เป็นตัวนำทางเข็มเจาะไต ฉีดน้ำเกลือทางสายระบายท่อไตเพื่อยืนยันการเจาะเข้า collecting system จากนั้น ใส่ลวดนำทาง (guide wire) ขยายรูเจาะด้วย coaxial metal dilator จนถึง 28Fr แล้วใส่ Amplatz sheath 30Fr จากนั้น

ใช้กล้องส่องไต (Nephroscope) ขนาด 24Fr กรอনি่วในไตและนำชิ้นส่วนนิ่วออกจากไตด้วย ultrasonic lithotripter และ stone forcep ใส่สาย nephrostomy ขนาด 18 Fr ซึ่งหากมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่แก้ไขด้วยวิธี endoscopy ไม่ได้ ก็สามารถลงแผล flank incision ผ่าตัดเปิดได้ทันทีโดยไม่ต้องจัดทำผ่าตัดใหม่

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธี PCNL ด้วย ultrasound guide พบ stone free rate 81.3% จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.3 วัน ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดโดยเฉลี่ย 78.1 นาที (นับตั้งแต่การ cystoscopy ใส่ ureteric catheter จนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด) อัตราการให้เลือดทดแทน ร้อยละ

4.3 พบอัตราการล้มเหลวในการ access 2.1% การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด 7 ราย โดยมีภาวะ septic shock 1 ราย พบการบาดเจ็บเล็กน้อยของกรวยไต 3 ราย โดยสามารถ conservative ได้ พบการอุดตันของท่อไตจากเศษนิ่วอุดตันหลังผ่าตัด 5 ราย โดยทุกรายได้รับการรักษาต่อด้วยวิธี endoscopic surgery (URSL) เป็นผลสำเร็จ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Methods and results

Hospital stay (day)	6.3(5-15)
Stone free (%)	113(81.3%)
Fail access	3 (2.1%)
Total operative time (min)	78.1 (45-140)
Blood transfusion (cases)	6 (4.3%)
Complications	
UTI	7
Septic shock	1
Tear renal pelvis	3
Ureteral obstruction due to stone	5

อภิปราย

PCNL นิยมทำโดยใช้ Fluoroscope นำทางการเจาะไตในท่า prone แต่ข้อเสียคือ พบการบาดเจ็บทางปอดและเยื่อหุ้มปอดได้ร้อยละ 1-13 และยังมีโอกาสบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้อง เช่น ตับ ลำไส้ใหญ่ ได้ เนื่องจาก fluoroscope ไม่สามารถแยกอวัยวะข้างเคียงขณะแทงได้ [7] และปัจจัยในการตมยาสลบในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจัดท่า prone position เช่น morbid obesity และมีปัญหาทางระบบปอดและหัวใจ [5] การจัดท่า flank position และใช้ ultrasound guide จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ เพราะเป็นท่าที่ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี และ ultrasound สามารถหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มปอดและอวัยวะในช่องท้องได้ ในด้านการได้รับรังสี การใช้ ultrasound ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด และผู้ป่วยลดการได้รับรังสี และไม่จำเป็นต้องใช้ contrast media นอกจากนี้หากมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องเปิดแผลผ่าตัดก็สามารถเปิดได้ทันที ไม่จำเป็นต้องเสียเวลาในการจัดทำผ่าตัดใหม่ ใน

การศึกษานี้ พบโอกาสสำเร็จในการใช้ ultrasound guide จนสามารถส่องกล้องเข้าไปกร่อนนิ่วในไตได้ร้อยละ 97.9 โดยผู้ป่วย 3 รายไม่สามารถเจาะเข้า collecting system ต้องใช้วิธีผ่าตัดแบบเปิด โดยพบในช่วงแรกของการเก็บข้อมูล ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนในงานวิจัยนี้ไม่พบการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มปอด หรืออวัยวะภายในช่องท้อง เนื่องจากสามารถระบุตำแหน่ง collecting system แยกจากอวัยวะข้างเคียงอื่นๆ ได้ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 6.3 วัน เทียบกับรายงานอื่นที่ใช้วิธีมาตรฐาน อัตราการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ 3.3 ถึง 6 วัน [8-10] อัตรา stone free rate 81.3% ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่นที่ใช้วิธีมาตรฐานคือ 71-95% [7] อัตราการให้เลือดผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 4.3) อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด 7 ราย (ร้อยละ 5) อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด พบร้อยละ 0.7 โดยสามารถรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตในการศึกษานี้ เมื่อเทียบกับข้อมูลจากการทำ PCNL ในวิธีมาตรฐานคือ อัตราการให้เลือดในผู้ป่วยร้อยละ 2-23 อัตราการเกิดติดเชื้อ

เชื้อทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดร้อยละ 23-25 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดพบร้อยละ 1-2 [7] พบว่าการผ่าตัด PCNL โดยใช้ultrasound guide ในท่า flank ไม่ได้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน นอกจากนี้ยังลดอัตราการสัมผัสรังสีจากการทำงานของบุคลากรในห้องผ่าตัดตามหลักสัมผัสรังสีให้น้อยที่สุดตามความจำเป็น โดยมีปริมาณรังสีที่สัมผัสต่อพื้นที่ผิวกายไม่เกิน 5 rem ต่อปี [11]

บทสรุป

การผ่าตัด PCNL โดยใช้ultrasound guideในท่า Flank สามารถทำได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับการทำ PCNL ในท่า prone โดยใช้ Fluoroscope นำทาง และยังลดโอกาสสัมผัสรังสีของบุคลากรในห้องผ่าตัด

บรรณานุกรม

1. Fernstrom I, Johansson B. Percutaneous pyelolithotomy: a new extraction technique. Scand J Urol Nephrol 1976; 10:2579
2. Segura JW, Patterson DE, LeRoy A. Percutaneous removal of kidney stone: review of 1,000 cases J urol 1985; 134:1077-81
3. layman R, Castaneda-Zuniga W. Dilatation of the nephrostomy tract. In:Techniques in endourology: a guide to the percutaneous removal of renal and ureteral stones. Dallas (TX):Heritage press; 1985 p107-30
4. Abbas Basiri, Mehrdad Mohammadi Sichani.X-ray free Percutaneous Nephrolithotomy in supine position with ultrasound guidance. World J Urol 2010; 28:239-44
5. Leslie A. Deane, Ralph V. Clayman. Advance in percutaneous Nephrolithotomy: Urologic Clinics of North America 2007; 34:383-95
6. Ng M-T, Sun W-H, Cheng C-W, Chan ES. Supine position is safe and effective for percutaneous nephrolithotomy. J Endourol 2004; 18(5):469-74
7. C. Charles Wen, Stephen Y. Nakada. Treatment Selection and Outcomes: Renal Calculi. Urologic Clinics of North America 2007; 34:409-19
8. Denstedt JC, Razvi HA, Dushinski J,et al. Percutaneous treatment of large and staghorn renal calculi. J Endourol 1996; 10:s140.
9. Lojanapiwat B. Percutaneous Nephrolithotomy(PCNL) in Kidneys with Fusion and Rotation Anomalies. J Med Assoc Thai 2005; 88(10):1426-9
10. Weerasawin T. Efficacy and Safety of Tubeless Percutaneous Nephrolithotomy in Selected Thai Patients. Lampang Med J 2009; 30(3):115-21
11. J. Stuart Wolf, Jr., MD FACS Percutaneous Approaches to the Upper Urinary tract Collecting system. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC. et al editor. Campbell-Walsh Urology 10th ed. Philadelphia: Saunders, 2007: 1324-56.

นานาสาระ

โภชนาการในเด็กปฐมวัย

มลิวัลย์ วงศ์พยัคฆ์

นักโภชนาการชำนาญการ

กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลนครพนม



เด็กปฐมวัย ตามคำนิยามสากล หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ 1 แต่คำนิยามของนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ระยะเวลา พ.ศ.2550 - 2559 หมายถึง เด็กตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน หรืออายุต่ำกว่า 6 ปี

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในปัจจุบัน เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0 - 5 ปี มีจำนวน 4,585,759 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2555) แบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กอายุ 0 - 1 ปี จำนวน 1,509,017 คน ร้อยละ 32.91 ของเด็กทั้งหมด ที่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลและการให้การศึกษาเบื้องต้นจากคนในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ และผู้ดูแล และกลุ่มเด็กอายุ 2 - 5 ปี จำนวน 3,076,742 คน ร้อยละ 67.09 ของเด็กทั้งหมด ที่บางส่วนเริ่มเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่อายุ 2 ปี เด็กในช่วงอายุนี้นับว่าการดูแลในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 912,111 คน ร้อยละ 29.65 ของเด็กในช่วงวัยเดียวกัน และอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาที่มีระดับชั้นอนุบาล จำนวน 1,799,125 คน ร้อยละ 58.48 ของเด็กในช่วงวัย นอกจากนี้พบว่ายังมีเด็กจำนวน 365,506 คน ร้อยละ 11.88 ของประชากรในช่วงอายุ 2 - 5 ปี ยังไม่มีโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมชั้นปฐมวัย

สำหรับเด็กจำนวน 1,799,125 คน ได้รับการศึกษาชั้นปฐมวัยในโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล เป็นเด็กที่อยู่ในโรงเรียนสังกัด กระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด คือ จำนวน 1,598,672 คน ร้อยละ 88.86 จากหน่วยงานหลักภายใต้สังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา นอกนั้นเป็นเด็กในโรงเรียนประถมที่มีชั้นอนุบาลสังกัด อบต. กทม. และหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 200,453 คน ร้อยละ 11.14 นอกจากนี้ยังมีเด็กที่อยู่ในการดูแลของสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยที่ดูแลศูนย์เด็กเล็กกว่า 19,780 แห่ง จำนวนเด็ก 911,143 คน ร้อยละ 99.89 ของศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด ส่วนที่เหลือเป็นศูนย์เด็กเล็กในความดูแลของ พม.และตชด. (รายงานสถิติการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2555)

เนื่องด้วย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้มีการขับเคลื่อนนโยบาย “มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต” เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ให้เด็กไทย สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย เด็กจึงควรได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนในช่วง

ดังกล่าว โดยช่วง 270 วันอยู่ในท้องแม่ แม่ควรกินอาหารที่ดีมีประโยชน์ เช่น ปลา ตับ ไข่ ผัก ผลไม้ และนมสดรสจืด ช่วง 180 วัน (แรกเกิดถึง 6 เดือน) เป็นช่วงที่ลูกควรได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม เพราะนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก จากนั้น 550 วัน (หลัง 6 เดือนถึง 2 ปี) ให้ลูกกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัย เพื่อเป็นการเตรียมสมอง ร่วมกับการพัฒนาทักษะของเด็กโดยกระบวนการกระตุ้นผ่านกิจวัตรประจำวัน ในรูปแบบ กิน กอด เล่น เล่า ที่เหมาะสมจากผู้ปกครอง และชุมชน

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 72.8 โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 19.7 รองลงมาเป็นพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 18.9, 7.5 และ 6.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็น กลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 3-5 ปี พบว่าเด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการรวมสมวัยร้อยละ 78.1 มากกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 66.0 เมื่อพิจารณาพัฒนาการแต่ละด้านในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า เด็กทุกกลุ่มอายุ มีพัฒนาการล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองเท่ากัน แต่เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้า มากกว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ในขณะที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านภาษา มากกว่า เด็กอายุ 0-2 ปี มากกว่า 2 เท่า และหากพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการรวมสมวัยมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 85.6 ส่วนเขตสุขภาพที่มีเด็กพัฒนาการรวมสมวัยน้อยที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 56.6 และเมื่อพิจารณาถึงพัฒนาการรายด้าน ของแต่ละเขตสุขภาพ พบว่า เขตที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านสังคม และการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 ส่วนด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กพบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 7 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่พบเขตที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 8 ส่วนพัฒนาการที่ล่าช้ามากที่สุดคือด้านภาษานั้น เขตสุขภาพที่ 10 มีเด็กพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเขตอื่นๆ

ความสำคัญการดูแลด้านโภชนาการในเด็กปฐมวัย อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ผลการวิจัยต่างๆ ในปัจจุบันบ่งชี้

ว่าภาวะทุพโภชนาการในช่วงขวบปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ทำให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติปัญญาดำ ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย ในระยะเวลายาวนาน และรุนแรง อีกทั้งยังมีผลเสียเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ มากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากร่างกายเคยชินกับการได้รับอาหารน้อยในวัยเด็ก เมื่อเป็นผู้ใหญ่จึงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปที่จะเกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ง่ายกว่าคนทั่วไป การศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า เด็กที่เตี้ยแคระแกร็นรุนแรง (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ <-3 SD) ในช่วง 2 ขวบปีแรก มีคะแนนเชาวน์ปัญญาที่อายุ 9 ปีต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแคระแกร็นถึง 10 จุด เป็นผลให้เด็กกลุ่มนี้มีปัญหาการเรียนทั้งจากการเข้าเรียนช้า หยุดเรียนบ่อย และตกชั้นขึ้น จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทย พ.ศ. 2551-2552 คาดประมาณว่า มีเด็กไทยอายุต่ำกว่า 2 ปี 18,000 คน หรือร้อยละ 2.4 ที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นรุนแรงซึ่งเสี่ยงต่อการมีสติปัญญาดำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะส่วนสูงตามอายุกับระดับสติปัญญาของเด็กอายุ 6-14 ปีพบว่าค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาแปรตามภาวะส่วนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่เตี้ยและเด็กค่อนข้างเตี้ยมีค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาไม่ต่างกัน เด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์มีค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่า 90

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อระดับเชาวน์ปัญญาของเด็ก มี 4 ปัจจัย ได้แก่

- 1) ธาตุเหล็ก
- 2) ไอโอดีน
- 3) ส่วนสูงของเด็ก
- 4) การเลี้ยงดู

จะเห็นว่าโภชนาการมีความสำคัญต่อระดับเชาวน์ปัญญา เนื่องจากธาตุเหล็กและไอโอดีนเป็นเกลือแร่ที่สำคัญที่ช่วยในการสร้างความเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ช่วยในการพัฒนาระบบประสาท นอกจากนี้ สารอาหารจำเป็นอย่างอื่นที่ช่วยในการสร้างความเจริญเติบโต หรือเพิ่มส่วนสูงที่ควรได้รับจากอาหาร ได้แก่ พลังงาน โปรตีน แคลเซียม สังกะสี วิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินบี 12 วิตามินซี และ

โพลเท ดังนั้น ในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าผู้ใหญ่ ผู้ปรุงประกอบอาหาร ตลอดจนผู้ดูแลเด็กจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เพื่อนำไปใช้ในการจัดเตรียมวัตถุดิบ การจัดครัวเรือน หรือห้องครัวในศูนย์เด็กเล็กให้มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย มีการเลือกวัตถุดิบที่สะอาดปลอดภัยและเครื่องปรุงรสที่ถูกต้องได้มาตรฐาน มีการเตรียม ปรุงประกอบอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ

ชนิดและปริมาณของอาหาร กรมอนามัยได้จัดทำคู่มือแนะนำการรับประทานอาหารสำหรับคนวัยต่างๆ “กิน

ตามวัย ให้พอดี” และได้แนะนำอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ทารก (0-5 เดือน และ 6-11 เดือน) และเด็ก (1-3 ปี, 4-5 ปี และ 6-8 ปี) โดยทารกอายุ 0-5 เดือน ได้รับพลังงานทั้งหมดจากน้ำนมแม่ ทารกอายุ 6-11 เดือน ควรได้รับพลังงาน 800 แคลอรี เด็กอายุ 1-3 ปี ควรได้รับพลังงาน 1,000 แคลอรี เด็กอายุ 4-5 ปี ควรได้รับพลังงาน 1,300 แคลอรี และเด็กอายุ 6-8 ปี ควรได้รับพลังงาน 1,400 แคลอรี โดยให้มีการกระจายตัวของพลังงานจากสารอาหาร จากโปรตีน ร้อยละ 8-10 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-60 และไขมัน ร้อยละ 30-40 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน โดยมีปริมาณที่แนะนำสำหรับการบริโภค ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารแนะนำสำหรับเด็กอายุ 1-3 ปี (ความต้องการพลังงาน 1,000 แคลอรี)

ชนิดของอาหาร	ปริมาณอาหาร		
	(ส่วน)	(กรัม)	(หน่วยครัวเรือน)
นมสดรสจืด	1	200-240	กล่อง
ข้าวสวย	3	165	3 ทัพพี
เนื้อสัตว์สุก	1.5	45	3 ช้อนกินข้าว
ผัก	1	70	3-7 ช้อนกินข้าว
ผลไม้	3	แล้วแต่ชนิดผลไม้*	
ไขมัน	3	30	3 ช้อนชา

** ผลไม้แบบผล 1 ส่วน เทียบกับส้มผลกลาง 1 ผล หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล และผลไม้แบบหั่นเป็นชิ้นพอคำ 1 ส่วน เทียบกับ 8-10 ชิ้นคำ เช่น สับปะรด 8-10 ชิ้นคำ

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารแนะนำสำหรับเด็กอายุ 4-5 ปี (ความต้องการพลังงาน 1,300 แคลอรี)

ชนิดของอาหาร	ปริมาณอาหาร		
	(ส่วน)	(กรัม)	(หน่วยครัวเรือน)
นมสดรสจืด	1	200-240	กล่อง
ข้าวสวย	3	165	5 ทัพพี
เนื้อสัตว์สุก	1.5	45	3 ช้อนกินข้าว
ผัก	1	70	3-7 ช้อนกินข้าว
ผลไม้	3	แล้วแต่ชนิดผลไม้*	
ไขมัน	3	30	6 ช้อนชา

** ผลไม้แบบผล 1 ส่วน เท่ากับส้มผลกลาง 1 ผล หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล และผลไม้แบบหั่นเป็นชิ้นพอคำ 1 ส่วน เท่ากับ 8-10 ชิ้นคำ เช่น สับปะรด 8-10 ชิ้นคำ

การจัดบริการอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย

การจัดบริการอาหารให้เด็กปฐมวัยควรคำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหาร เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ต่างๆ ที่ร่างกายต้องการใน 1 วัน การจัดเตรียมอาหารควรมีความหลากหลายมีการจัดทำเมนูอาหารหมุนเวียนในแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้เด็กได้รับอาหารเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการปลูกฝังลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารให้แก่เด็ก และส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพที่ดี

หลักการจัดอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย

1. จัดอาหารให้ครบหลัก 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการเตรียมที่สะอาดปลอดภัย ควรเน้นกรรมวิธีผ่านความร้อนเพื่อฆ่าเชื้อโรคจนแน่ใจว่าสะอาด ผักสดและผลไม้ต้องล้างให้สะอาด เนื้อสัตว์ต้องปรุงสุกเสมอ การเตรียมอาหารไม่ควรนานเกิน 2 ชั่วโมงก่อนให้เด็กรับประทาน อาหารที่ปรุงเสร็จหรือล้างสะอาดแล้ว ควรเก็บในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด

2. ให้ร่างกายได้รับไขมันพอเหมาะ คือประมาณร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ในเด็กอายุ 1-3 ปี ควรเลือกใช้น้ำมันที่ให้กรดไขมันจำเป็นที่ร่างกายสร้างเองไม่ได้ ได้แก่

น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด และน้ำมันจากปลาทะเล

3. ให้รับประทานน้ำตาลแต่พอควร การรับประทานน้ำตาลทรายที่ใสในอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม มากเกินไปจะทำให้เกิดโทษ เช่น ฟันผุ และยังเป็นสาเหตุให้มีการสร้างไขมันไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวานใน

4. ให้รับประทานอาหารที่ให้ใยอาหารสูงเป็นประจำ ได้แก่ ผัก ผลไม้ชนิดต่าง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการกระตุ้นระบบขับถ่ายของร่างกาย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลำไส้โป่งพอง ริดสีดวงทวาร โรคกระเพาะลำไส้ และโรคไขมันในเลือดสูง

5. ให้รับประทานอาหารรสธรรมชาติ งดเว้นอาหารรสจัดทุกชนิด ควรลดการใช้เกลือและ อาหารที่มีไขมันสูง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักดอง อาหารหมักดองอื่นๆ รวมถึงเครื่องดื่มบางชนิดที่มีไขมันสูง เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

6. ให้เด็กรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เนื่องจากระบบทางเดินอาหารของเด็กยังเติบโตไม่เต็มที่ กระเพาะอาหารยังมีขนาดเล็ก ปริมาณอาหารที่ให้ควรพอเหมาะ โดยเฉพาะเด็กเล็กควรแบ่งมื้ออาหารให้มากขึ้น ขนาดของ

อาหารควรหั่นเป็นชิ้นเล็กที่สะดวกในการตักและเคี้ยวกลืนได้ง่าย
เช่น เมนูแนะนำ ดังนี้



ซุปล้มักกะโรนี

ส่วนผสม (ปริมาณ 10 ที่)

มักกะโรนี 150 กรัม
เนื้ออกไก่ 100 กรัม
แครอทหั่นเต๋าเล็ก 45 กรัม
หอมใหญ่หั่นเต๋าเล็ก 55 กรัม
ขึ้นฉ่ายซอย 10 กรัม
ชีอิ้วขาว 30 กรัม

วิธีทำ

1. เทน้ำซุปล้มักกะโรนีใส่หม้อตั้งไฟ ต้มให้เดือด
2. ต้มมักกะโรนีให้สุก หั่นเนื้ออกไก่ หอมใหญ่

แครอท

3. ตั้งน้ำซุปล้มักกะโรนีให้เดือด ใส่แครอท หอมใหญ่ ต้มพอสุก ใส่เนื้ออกไก่ต้มให้สุก
4. ปรงรสด้วยชีอิ้วขาว เกลือป่น พริกไทยป่น พอเข้ากันใส่มักกะโรนี ตั้งไฟให้เดือดอีกครั้ง ตักใส่ถ้วย โรยขึ้นฉ่ายซอย พร้อมจัดเสิร์ฟ

คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 ที่

พลังงาน 25.8 กิโลแคลอรี
โปรตีน 3.1 กรัม
ไขมัน 0.8 กรัม
คาร์โบไฮเดรต 1.3 กรัม
ใยอาหาร 0.5 กรัม
วิตามิน A 2.9 ไมโครกรัม
วิตามิน B1 0.2 มิลลิกรัม
วิตามิน B2 0.1 มิลลิกรัม
วิตามิน C 9.6 มิลลิกรัม

ต้มยำอนุบาล

ส่วนผสม (ปริมาณ 10 ที่)

เนื้ออกไก่ 63 กรัม
นมสด 563 กรัม
ฟักทอง 63 กรัม
แครอท 63 กรัม
มะเขือเทศผลใหญ่ 63 กรัม
ผักชีฝรั่ง 63 กรัม
ข้าว 22.5 กรัม
ตะไคร้ 22.5 กรัม
ใบมะกรูด 22.5 กรัม
เกลือป่น 22.5 กรัม
น้ำมะนาว 22.5 กรัม

วิธีทำ

1. หั่นเนื้ออกไก่ เป็นชิ้นเล็กๆ หั่นฟักทอง แครอท เป็นลูกเต๋าเล็ก มะเขือเทศผ่าครึ่งลูก
2. หั่นข้าว ตะไคร้ เป็นแว่นเฉียงๆ ใบมะกรูดฉีกเอาเส้นกลางใบออก ผักชีฝรั่งหั่นหยาบ
3. นำน้ำซุปล้มักกะโรนี ร่อนเดือด ใส่ ข้าว ตะไคร้ ใบมะกรูด
4. ใส่เนื้ออกไก่ ร่อนเดือด ใส่ฟักทอง แครอท และมะเขือเทศ ที่เตรียมไว้ลงไปต้มจนสุก
5. ใส่นมสดปรุงรสด้วยเกลือป่น น้ำมะนาว ตักใส่ถ้วยพร้อมจัดเสิร์ฟ

คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 ที่

พลังงาน 152.7 กิโลแคลอรี
คาร์โบไฮเดรต 13.4 กรัม
โปรตีน 11.2 กรัม
ไขมัน 5.9 กรัม
ใยอาหาร 1.5 กรัม

วิตามินเอ 100.1 ไมโครกรัม
 วิตามินบี 1 0.1 มิลลิกรัม
 วิตามินบี 2 0.4 มิลลิกรัม
 วิตามินซี 20.5 มิลลิกรัม



ข้าวโพดคลุก

ส่วนผสม (ปริมาณ 10 ที่)
 ข้าวโพด 440 กรัม
 มะพร้าวทึนทึก 88 กรัม
 น้ำตาล 20 กรัม

วิธีทำ

1. ต้มข้าวโพดทั้งฝักให้สุก นำมาฝานเป็นชิ้น วางใส่จานพักไว้
2. ชูดมะพร้าวทึนทึกเป็นเส้นฝอย หรือมะพร้าวขูดขาว
3. ผสมน้ำตาลทราย เกลือป่น และมะพร้าวขูดเข้าด้วยกันจากนั้นใส่ข้าวโพดคลุกให้เข้ากัน ตักเสิร์ฟ

คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 ที่

พลังงาน 44.3 กิโลแคลอรี
 โปรตีน 1.0 กรัม
 ไขมัน 0.7 กรัม
 คาร์โบไฮเดรต 8.3 กรัม
 ใยอาหาร 1.4 กรัม
 วิตามิน A 4.0 ไมโครกรัม
 วิตามิน B1 - มิลลิกรัม
 วิตามิน B2 - มิลลิกรัม
 วิตามิน C 2.5 มิลลิกรัม
 แคลเซียม 1.8 มิลลิกรัม
 เหล็ก 0.4 มิลลิกรัม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

1. ศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ตำบลเดียวกันหากมีจำนวนหลายศูนย์ ทางอปท. ควรบริหารจัดการเป็นครัวกลาง ให้มีการออกแบบโครงสร้างเป็นครัวมาตรฐานที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และมีการกำหนดเมนูกลางที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ผู้ปรุงประกอบอาหารในศูนย์เด็กเล็กทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจเพิ่มอีก 3 รายการ คือ Rectal swab ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี
3. ควรมีการเก็บข้อมูลการบริโภคของเด็ก เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าระวัง และติดตามภาวะโภชนาการ

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจา มุกตพันธุ์. โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
2. ประไพพิศ สิงหเสน, ศักรินทร์ สุรธนะเวหา และ อติญาณ ศรีเกษตริน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4 (3): 226-235.
3. พัชรา เอี่ยมกิจการ. พัฒนาการเด็กปฐมวัย รากแก้วแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2557.
4. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. ตำรับอาหารมาตรฐานสำหรับเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2551.
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2, หน้า 111-123.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยและวัยก่อนเรียน [ออนไลน์] 19 พฤศจิกายน 2555. [อ้างเมื่อ 30 มีนาคม 2561] จาก [http://www.thaihealth.or.th/Content/20231.-โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยและวัยก่อนเรียน% 20.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/20231.-โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยและวัยก่อนเรียน%20.html)
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการดี ปี 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2560.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือบทความที่มีลักษณะการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนั้น ควรเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาหรือเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น
3. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คืองานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยนั้น
4. รายงานคนไข้ที่น่าสนใจ (Interesting case) คือรายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบบ่อย หรือผู้ป่วยที่พบบ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดีขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แก่บุคคลโดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว ในกระดาษขาว ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. รูปแบบของการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ
 - 2.1 ชื่อเรื่อง (Title)
 - 2.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-work)
 - 2.3 บทคัดย่อ
 - 2.3.1 วัตถุประสงค์ (Objectives)
 - 2.3.2 วัสดุและวิธีการศึกษา (Material & Methods)

2.3.3 ผลการศึกษา (Results)

2.3.4 ข้อสรุป (Conclusion)

2.4 ความสำคัญ (Importance)

2.5 วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)

2.6 ผลการศึกษา (Results)

2.7 อภิปราย (Discussion)

2.8 ข้อสรุป (Conclusion)

2.9 คำขอบคุณ (Acknowledgement)

2.10 บรรณานุกรม (References)

3. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal

4. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้

5. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ

6. ส่งต้นฉบับ 2 ชุด ไปยังงานวารสาร (ฝ่ายศึกษาอบรม) โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 48000 พร้อม File ต้นฉบับได้ที่ E-mail : Nkpjournal_9@hotmail.com โทร. (042) 511424 ต่อ 1016,1075 โทรสาร (042) 513193

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป

Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996 Sep-Dec; 13Z3): 123-5

2. หนังสือ

Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

Gordon CH, Simmons P, Wynn G. Plagiarism: what it is, and how to avoid it [online] 2001 [cited 2001 Jul 24]. Available from: <http://www.zoology.ubc.ca/bpg/plagiarism.htm>

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ

3.บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่น ต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน

อัตราค่าตอบแทนตีพิมพ์บทความในวารสารโรงพยาบาลนครพนม

อัตราค่าตอบแทนตีพิมพ์บทความในวารสารโรงพยาบาลนครพนมต่อ 1 บทความ

บุคคลภายนอกโรงพยาบาลนครพนม แต่อยู่ในจังหวัดนครพนม 2,000 บาท

บุคคลภายนอกจังหวัดนครพนม 3,000 บาท

ผู้พิมพ์จะได้รับวารสาร 3 ฉบับ หากต้องการเพิ่มจำนวนฉบับ คิดเพิ่มฉบับละ 500 บาท

ชำระเงินค่าลงบทความ ชื่อบัญชี “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 4080766165