



วารสารโรงพยาบาลนครพนม NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2560
Volume 4 No. 3 September – December 2017

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ยุทธชัย ตรีสกุล			
	พญ.เพ็ญรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภก.ศศ.ดร.แสวง	วัชรธนาภิก	ภญ.ศศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนาศิลป์
	รศ.ดร.สมจิต	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มาริส	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจตะภัย	อ.นพ.ฉัตรพล	สันตระกูล
	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นายบารเมษฐ์	ภิราล้า
	ดร.กฤษฏีพัทธ์	พิชญะเดชอนันต์		
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร	วงศ์สุวรรณ		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์	คุณกุลวัฒน์		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	นพ.ทศพล	นุตระรงค์	พญ.นทวรรณ	หุ้ณพยนต์
	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภักดี	ภก.วิชิต	เหล่าวัฒนาถาวร
	ทพญ.ภาราณี	สกุลคู	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์
	นางสาวอรุณจจิมา	ศรีชนม์		
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะจุลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	อุทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก ส่งคืนฉบับที่	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม นางพรสวรรค์ สาหล้า			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ด.อภิบาลปัญญา ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016 โทรสาร 0-4251-3193 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด เลขที่ 327/9 ด.เพ็ญนคร ด.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

สารบัญ

Original Article

1. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม
อัครวิน เรืองมงคลเลิศ 5
2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์การสอนโดยการบรรยายและการใช้สื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วย
โรคต่อกระຈก
ศติยาภรณ์ เจริญรัตน์ 16
3. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ 24
4. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารที่บ่งสีเข้าหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจษฎา ศรีบุญเลิศ , นางเสงี่ยม ฉัตรภาพงษ์ 34
5. การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี
ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2560
จารุวัฒน์ แจ่มวัง 42

Report

7. การตกค้างของสารโปรตีนจากการล้างเครื่องมือผ่าตัดกระดูกด้วยมือ
โรงพยาบาลนครพนม
ณิชาดา เจริญนามเดชากุล , สิทธิพงษ์ สาดิ 52
8. การตรวจหาการระบาดใช้หัตถ์ใหญ่ตลอดปีของประชากรจังหวัดนครพนม
วิธี Rapid test
จิตรลัดดา คำดี 56

นานาสาระ

9. อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break) กับหลักการรับประทานอาหาร
เพื่อให้มีสุขภาพดี
มลิวัลย์ วงศ์พยัคฆ์



การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม Deep Neck Infection In Nakhon Phanom Hospital

อัศวิน เรืองมงคลเลิศ, พ.บ.

กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพนม ปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก และความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อก่อโรคนับกับลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนครพนม แผนก โสต ศอ นาสิก

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ของผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 จนถึง 31 ธันวาคม 2558 จำนวน 188 ราย โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น เพศ อายุ ตำแหน่งการติดเชื้อ สาเหตุการติดเชื้อ ผลการตรวจเพาะเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อก่อโรคนับกับลักษณะต่างๆของผู้ป่วยด้วยสถิติ Chi-Square test และ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 188 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 อายุ 3 เดือน ถึง 89 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ (S.D.) 23 ปี พบมากที่สุด ช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 19.1) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.1 โดยส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.2 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.6 อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม ส่วนใหญ่พบปวดบวมบริเวณลำคอหรือใบหน้า ร้อยละ 79.8 ตำแหน่งการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก พบมากที่สุดบริเวณ Parotid space ร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ บริเวณ Submandibular space ร้อยละ 19.7 ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 39.9 โดยส่วนที่พบสาเหตุเกิดจากฟัน ร้อยละ 29.8 เชื้อสาเหตุก่อโรคมกที่สุดคือ Klebsiella pneumoniae ร้อยละ 6.0 รองลงมาคือ Burkholderia pseudomallei ร้อยละ 5.1 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ตำแหน่งการติดเชื้อบริเวณ Parapharyngeal space และโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.041 และ 0.037 ตามลำดับ) และพบว่า การติดเชื้อบริเวณ Parotid space มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Burkholderia pseudomallei อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.00) พบภาวะทางเดินหายใจอุดตัน และได้รับการเจาะคอช่วยหายใจ 4 ราย (ร้อยละ 2.1), ติดเชื้อในกระแสเลือด 11 ราย (ร้อยละ 5.9), การอักเสบของ Mediastinum 2 ราย (ร้อยละ 1.1), และเสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 1.1)

สรุป : จากการศึกษาการติดเชื้ออักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากฟัน ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุด คือ Parotid space พบมีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ดังนั้นการให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วอาจลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการป้องกันโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟัน อาจช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโรงพยาบาลนครพนม

บทนำ

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) เป็นการอักเสบติดเชื้อในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางหู คอ จมูก ที่สำคัญ ถึงแม้ว่ายาปฏิชีวนะจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ลักษณะกายวิภาคบริเวณลำคอที่ซับซ้อนทำให้การติดเชื้อในตำแหน่งนี้ถูกวินิจฉัยและหาตำแหน่งการติดเชื้อได้ค่อนข้างยาก¹ ภาวะนี้อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction), ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia), ภาวะติดเชื้อในช่องอก (Mediastinitis), Lemierre's syndrome และ Cavernous sinus thrombosis เป็นต้น ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะจะสูงขึ้น แต่ก็มีรายงานการเสียชีวิต¹⁻⁷ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ติดเชื้อ HIV, เบาหวาน, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, ได้รับยาเคมีบำบัดและสารสเตียรอยด์ จะมีการพยากรณ์โรคที่รุนแรงขึ้น^{1,8} การศึกษาที่โรงพยาบาลอูตรดิตถ์ พบว่า ภาวะเบาหวาน ภาวะโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย และการติดเชื้อใน Parotid space มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ แต่การศึกษาที่โรงพยาบาลนานพบว่าภาวะเบาหวานไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae⁸

หลายการศึกษาพบว่าสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่พบบ่อย^{1-3,6} รองลงมาคือ การติดเชื้อในคอหอยหลังช่องปาก (Oropharynx)¹ ซึ่งอาการและอาการแสดงเริ่มแรก ได้แก่ ปวดและบวมที่คอ, ไข้, กลืนเจ็บ, กลืนลำบาก, ขากรรไกรแข็ง และ หายใจลำบาก เป็นต้น^{1,3,4} การวินิจฉัยที่ถูกต้องถึงสาเหตุ เชื้อก่อโรค ตำแหน่ง และภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งแนวทางการรักษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ประกอบด้วย การป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน, การผ่าตัดระบายหนอง, การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด, การให้สารน้ำเพื่อรักษาภาวะขาดน้ำ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย^{1,8}

การอักเสบติดเชื้อในเยื่อหุ้มคอชั้นลึก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล แผนก โสต ศอ นาสิก ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจ

ที่จะศึกษาอุบัติการณ์ของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของผู้ป่วย ที่นอนโรงพยาบาลนครพนม แผนก โสต ศอ นาสิก โดยศึกษาเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, เชื้อชาติ, อาการ, โรคประจำตัว, ตำแหน่งของการติดเชื้อ, สาเหตุ, การรักษา และ ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อก่อโรคกับลักษณะต่างๆของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ที่นอนโรงพยาบาลนครพนม แผนก โสต ศอ นาสิก ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 จนถึง 31 ธันวาคม 2558 จำนวน 188 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สัญชาติ, โรคประจำตัวของผู้ป่วย และ ข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ประกอบด้วย อาการ, ตำแหน่งที่ติดเชื้อ, สาเหตุ, ผลเพาะเชื้อ, การรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-Square และ Fisher Exact Test

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ได้แก่การติดเชื้อในตำแหน่ง Parotid space, Submandibular space, Peritonsillar space, Ludwig' angina, Sublingual space, Buccal space, Parapharyngeal space, Retropharyngeal space, Canine space, Masticator space เป็นต้น และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อบริเวณผิวหนังชั้นตื้น และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการนอนรักษา ที่แผนก โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลนครพนม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอส่วนลึก (Deep neck infection) จำนวน 188 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 89.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 19.1 โดยมีอายุน้อยที่สุด 3 เดือน อายุมากที่สุด 89 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 44.72 ปี

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.1 โดยส่วนใหญ่เป็นความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 20.2 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.6 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 8 โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ร้อยละ 4.3 และโรคเส้นเลือดในสมองตีบ/แตก พบเท่ากับโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 2.1

อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม ส่วนใหญ่พบปวดบวมบริเวณลำคอหรือใบหน้า ร้อยละ 79.8 รองลงมาคือ ไข้ ร้อยละ 63.8 กลืนเจ็บ ร้อยละ 29.3 กลืนลำบาก ร้อยละ 25.5 อ้าปากได้น้อย ร้อยละ 23.9 ปวดฟัน ร้อยละ 23.4 และหายใจลำบาก พบได้เพียงร้อยละ 5.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
สัญชาติ		
ไทย	169	89.9
ลาว	19	10.1
เพศ		
ชาย	111	59
หญิง	77	41
อายุ		
0-10 ปี	26	13.8
11-20 ปี	13	6.9
21-31 ปี	15	8
31-40 ปี	22	11.7
41-50 ปี	19	10.1
51-60 ปี	39	19.1
61-70 ปี	34	18.1
> 70 ปี	23	12.2
\bar{X} = 44.72 ปี, SD 23.45, Min 3 เดือน, Max 89 ปี		
โรคประจำตัวของผู้ป่วย (n = 66)		
เบาหวาน	33	17.6
ความดันโลหิตสูง	38	20.2
ไตวายเรื้อรัง	15	8

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
เส้นเลือดในสมองตีบ/แตก	4	2.1
ติดเชื้อ HIV	1	0.5
โลหิตจางธาลัสซีเมีย	8	4.3
หลอดเลือดหัวใจตีบ	4	2.1
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	1.6
อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม		
ไข้	120	63.8
กลืนเจ็บ	55	29.3
กลืนลำบาก	48	25.5
ปวดฟัน	44	23.4
อ้าปากได้น้อย	45	23.9
ปวดบวมบริเวณลำคอหรือใบหน้า	150	79.8
หายใจลำบาก	10	5.3

2. ตำแหน่ง สาเหตุ และเชื้อก่อโรคของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

ตำแหน่งการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก พบมากที่สุดบริเวณ Parotid space ร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ บริเวณ Submandibular space ร้อยละ 19.7 Ludwig angina ร้อยละ 18.1 Peritonsillar space ร้อยละ 17 นอกจากนี้ยังพบการอักเสบติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 4.8

สาเหตุของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 39.9 โดยส่วนที่พบสาเหตุเกิดจากฟัน ร้อยละ 29.8 การติดเชื้อจากลำคอหรือทอนซิล ร้อยละ 16 การติดเชื้อจากต่อมน้ำลาย ร้อยละ 12.8 อุบัติเหตุบริเวณคอ ร้อยละ 1.1 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 0.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตำแหน่ง และสาเหตุของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ตำแหน่งของการติดเชื้อ		
Submandibular space	37	19.7
Parotid space	46	24.5
Peritonsillar space	32	17
Ludwig angina	34	18.1
Buccal space	13	6.9
Masticator space	20	10.6
Canine space	7	3.7
Parapharyngeal space	7	3.7
Retropharyngeal space	5	2.7

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
สาเหตุที่ติดเชื้อ		
การติดเชื้อจากฟัน	56	29.8
การติดเชื้อจากลำคอหรือต่อมทอนซิล	30	16
การติดเชื้อจากต่อมน้ำลาย	24	12.8
การแข็งตัวผิดปกติของเลือด	1	0.5
อุบัติเหตุบริเวณคอ	2	1.1
ไม่ทราบสาเหตุ	75	39.9

** ผู้ป่วยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 4.8) พบติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง

ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียจากหนองบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก จำนวน 117 ราย พบว่าส่วนใหญ่ เพาะเชื้อไม่ขึ้น 73 ราย (ร้อยละ 62.4) และ เพาะเชื้อพบแบคทีเรีย 44 ราย (ร้อยละ 37.6) โดยพบ *Klebsiella pneumoniae* มากที่สุด 7 ราย (ร้อยละ 6.0) รองลงมาคือ *Burkholderia pseudomallei* 6 ราย (ร้อยละ 5.1) และ *Streptococcus group D* 5 ราย (ร้อยละ 4.3) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 3. วิธีที่ได้รับ

ตารางที่ 3 เชื้อก่อโรคของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

เชื้อก่อโรค (n=117)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	6.0
<i>Streptococcus spp.</i>	17	14.5
<i>Streptococcus viridans</i>	3	2.6
<i>Streptococcus beta-hemolyticus</i>	3	2.6
<i>Streptococcus alpha-hemolyticus</i>	4	3.4
<i>Streptococcus group D</i>	5	4.3
<i>Streptococcus spp., Not A, B, D</i>	2	1.7
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	3.4
<i>Escherichia coli</i>	4	3.4
<i>Salmonella spp.</i>	1	0.9
<i>Enterobacter cloacae</i>	3	2.6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	0.9
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	6	5.1
<i>Providencia rettgeri</i>	1	0.9
No growth	73	62.4

3. วิธีที่ได้รับการรักษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง ร้อยละ 85.1 รองลงมาคือได้รับยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 12.8 และได้รับการ

รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนองและเจาะคอ ร้อยละ 2.1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย น้อยที่สุด 1 วัน นานที่สุด 29 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล คือ 6.98 วัน

ตารางที่ 3 วิธีที่ได้รับการรักษาการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

วิธีการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ได้รับเพียงยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว	24	12.8
ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง	160	85.1
ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับการผ่าตัดระบายหนอง และเจาะคอ	4	2.1

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อก่อโรคกับลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของเชื้อก่อโรค 2 ชนิด ได้แก่ Klebsiella pneumoniae และ Burkholderia pseudomallei เนื่องจากเป็นเชื้อที่พบได้บ่อยในการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกที่โรงพยาบาลนครพนม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อก่อโรคกับลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ตำแหน่งการติดเชื้อบริเวณ Parapharyngeal space และโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Klebsiella

pneumoniae อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.041 และ 0.037 ตามลำดับ) ส่วนการติดเชื้อบริเวณ Parotid space ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae ดังแสดงในตารางที่ 4.1

การติดเชื้อบริเวณ Parotid space มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Burkholderia pseudomallei อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.00) ส่วนการติดเชื้อบริเวณ Parapharyngeal space โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Burkholderia pseudomallei ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อ Klebsiella pneumoniae กับลักษณะต่างๆของผู้ป่วย

ปัจจัย	Klebsiella pneumoniae		P-value
	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	
โรคเบาหวาน			
ไม่มีภาวะเบาหวาน	3	94	0.084
มีภาวะเบาหวาน	4	16	
โรคความดันโลหิตสูง			
ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง	3	89	0.037
มีภาวะความดันโลหิตสูง	4	21	

ปัจจัย	Klebsiella pneumonia		P-value
	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	
Parotid space			
ไม่มีการติดเชื้อ	5	79	1.00
มีการติดเชื้อ	2	31	
Parapharyngeal space			
ไม่มีการติดเชื้อ	5	106	0.041
มีการติดเชื้อ	2	4	

ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อ Burkholderia pseudomallei กับลักษณะต่างๆของผู้ป่วย

ปัจจัย	Burkholderia pseudomallei		P-value
	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	
โรคเบาหวาน			
ไม่มีภาวะเบาหวาน	6	91	0.59
มีภาวะเบาหวาน	0	20	
โรคความดันโลหิตสูง			
ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง	6	86	0.34
มีภาวะความดันโลหิตสูง	0	25	
Parotid space			
ไม่มีการติดเชื้อ	0	84	0.00
มีการติดเชื้อ	6	27	
Parapharyngeal space			
ไม่มีการติดเชื้อ	6	105	1.00
มีการติดเชื้อ	0	6	

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุที่พบมากที่สุด คือ 51-60 ปี ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบว่า การติดเชื้อในเยื่อหุ้มคอชั้นลึกพบในผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกัน ที่โรงพยาบาลรามาริบัติและลำปาง พบมากในผู้ป่วยที่อายุก่อนข้างน้อย คือ 21-30 ปี และ 31-40 ปี ตามลำดับ^{4,9} ซึ่งการศึกษานี้พบช่วงอายุที่สอดคล้องกับที่โรงพยาบาลน่านและอุดรดิตถ์ ที่พบในผู้ป่วยวัยกลางคนถึงสูงวัย คือ อายุ 41-50 ปีและ 51-60 ปี

ตามลำดับ^{3,5} สันนิษฐานว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ในโรงพยาบาลนครพนมมีการติดเชื้อที่พบบ่อยกว่าช่วงอายุอื่น และมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

อาการและอาการแสดงแรกเริ่มที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ อาการปวดบวมที่ลำคอหรือใบหน้า เช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลลำปาง⁴

จากการศึกษานี้ พบว่า Parotid space เป็นตำแหน่งที่พบการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกมากที่สุด (ร้อยละ 24.5) ซึ่งคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลขอนแก่น และ

สกลนคร ที่อยู่เขตพื้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบการติดเชื้อในตำแหน่งนี้เช่นกัน^{10,11} ส่วนโรงพยาบาลในเขตพื้นที่อื่นๆ คือ โรงพยาบาลน่านและลำปาง พบว่า ตำแหน่งที่ติดเชื้อมากที่สุดคือ Submandibular space^{4,5} ขณะที่โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สุรินทร์และโรงพยาบาลภูมิพล พบการติดเชื้อในตำแหน่ง Peritonsillar space มากที่สุด^{2,3,12}

สาเหตุของการเกิดโรค พบว่า เกิดจากการติดเชื้อจากฟัน ร้อยละ 29.8 เช่นเดียวกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{1-3,6,13,14} และสาเหตุการติดเชื้อจากลำคอและต่อมทอนซิลพบได้รองลงมา ร้อยละ 16 การศึกษานี้ไม่พบสาเหตุของการติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ 39.9 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาโรงพยาบาลอุดรดิตต์ ที่มีเพียงร้อยละ 7.73 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดการบันทึกการซักประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุอย่างละเอียด

เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุด คือ Klebsiellar pneumoniae ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่โรงพยาบาลน่าน อุดรดิตต์ ขอนแก่น ลำปาง ที่พบเชื้อ Streptococcus viridians มากที่สุด³⁻⁵ มีการศึกษาในต่างประเทศพบเชื้อ Streptococcus pyogenes มากที่สุด¹⁵ จากการศึกษาที่มีการเพาะเชื้อไม่พบการติดเชื้อแบคทีเรียค่อนข้างสูง (ร้อยละ 62.4) อาจเป็นเพราะมีข้อจำกัดทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถเพาะเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่พึ่งพาออกซิเจน (Anaerobe bacteria) ได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า Anaerobe bacteria เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกที่พบได้บ่อย¹⁵ และนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมาก่อน (Partial treatment) ดังนั้นหากต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในเบื้องต้น ควรครอบคลุมเชื้อดังกล่าว รวมถึง Anaerobe bacteria จากนั้นอาจพิจารณาปรับยาปฏิชีวนะภายหลังจากได้ผลเพาะเชื้อ

จากการศึกษานี้ พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 7.4 ไกล่เคียงกับการศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น (ร้อยละ 7.3)¹⁰ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตต์ที่พบร้อยละ 3.93 ในขณะที่ต่างประเทศพบร้อยละ 10.4-13.86¹⁴ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ถึง 11 ราย (ร้อยละ 5.9) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลอุดรดิตต์ (ร้อยละ 1.3)³ สำหรับภาวะทางเดินหายใจ ส่วนบนอุดตันพบ 4 ราย (ร้อยละ 2.1) ไกล่เคียงกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย^{3,5,16}

(ร้อยละ 2.4 ถึง 3.5) ในขณะที่ต่างประเทศพบร้อยละ 5.3 ถึง 14.5^{13,17} การอักเสบของ Mediastinum พบร้อยละ 1.1 ไกล่เคียงกับการศึกษาอื่นในโรงพยาบาลน่าน (ร้อยละ 1.6)⁵ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 1.1) จากการติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินหายใจอุดตัน ไกล่เคียงกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย (ร้อยละ 0.8 ถึง 3.4)^{2-5,9,10,12,16} ในขณะที่ต่างประเทศ พบร้อยละ 1.8 ถึง 11.2^{6,18,19}

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า Klebsiellar pneumoniae เป็นเชื้อก่อโรคที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวาน^{3,9,12,13,20} และการติดเชื้อที่ Parotid space³ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลน่าน⁵ แต่พบว่า Klebsiellar pneumoniae มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อบริเวณ Parapharyngeal space อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับ Burkholderia pseudomallei เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด Gram negative bacilli ที่พบในดินและน้ำ ทำให้เกิดโรคmelioidosis (Meliodosis) พบได้ทั่วทุกภาคในประเทศไทย โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้²¹ มีรายงานการพบผีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากmelioidosisในเด็ก 3 รายที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์²² และมีรายงานของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบว่าผีของต่อมน้ำลายพาโรติดในเด็กส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากเชื้อ Burkholderia pseudomallei (ร้อยละ 61.11)²³ สอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่พบว่า Burkholderia pseudomallei มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการติดเชื้อที่ Parotid space อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อ Burkholderia pseudomallei ติดเชื้อในตำแหน่ง Parotid space ทั้งหมด ดังนั้นในผู้ป่วยที่มาด้วยกรติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในตำแหน่งนี้ ควรนึกถึงการติดเชื้อ Burkholderia pseudomallei ไว้ด้วย แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่า Burkholderia pseudomallei มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วน และมีข้อจำกัดทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถเพาะเชื้อแบบพึ่งพาออกซิเจน (Anaerobe bacteria) ได้

สรุป

การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) เป็นการติดเชื้อที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม เนื่องจากอาจเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด และการทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการเริ่มแรกที่พบได้บ่อยคือ ปวดบวมที่ลำคอหรือใบหน้า ซึ่งการศึกษาที่นครพนม พบการติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเกิดในตำแหน่ง Parotid space ได้บ่อยที่สุด โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่ฟัน การรักษานอกจากต้องให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ Aerobe bacteria แล้ว ควรครอบคลุม Anaerobe bacteria การส่งเสริมการดูแลความสะอาดในช่องปาก อาจช่วยป้องกันภาวะการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกได้

เอกสารอ้างอิง

1. Oliver ER, Gillespie MB. Deep neck infections. In : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al, eds. Cummings otolaryngology head & neck surgery, 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p.201-8.
2. รัศมี ซึ่งเถียรตระกูล. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช [งานวิจัยเพื่อพัฒนาระดับความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา]. กรุงเทพฯ;2550.
3. พัชรินทร์ วัชรินทร์ยานนท์. การศึกษาภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 2557;29:32-42.
4. บุศราภรณ์ สิริวิริยะพันธ์. การติดเชื้อในเนื้อเยื่อบริเวณศีรษะและลำคอที่โรงพยาบาลลำปาง. สรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2548;2: 91-100.
5. วิชาญ จงประสาธน์สุข. การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอ 127 รายในโรงพยาบาลน่าน. ลำปางเวชสาร 2554; 32:42-50.
6. Sakarya EU, et al. Clinical features of deep neck infection: analysis of 77 patients. Kulak Buran Bogaz Ihs Derg [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 12];25:102-8. Available from: <http://www.kbbihtisas.org/v02/eng/jvi.php?pdid=kbbihtisas&plng=eng&un=KBBI-76500&look4=>
7. Olejniczak I, et al. Deep neck infections-still important diagnostic and therapeutic problem [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 12];70:25-30. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/27386830>
8. Coticchia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age, site, and time specific differences in pediatric deep neck abscesses. Arch Otolaryngol hneck surgery 2004; 130:201-7
9. จักรพงษ์ คล้ายคลึง, ลลิตา เกษมสุวรรณ, บุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์. Deep neck abscess: clinical review in Ramathibodi Hospital. วารสารหุ คอ จมูก และไพบ้หน้า 2000;1:43-7.
10. ชูเกียรติ วงศ์นิจศีล. การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อและมีฝีหนองของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร 2551;32:5-12.
11. จูติมา วงศ์วิจิต. การติดเชื้อในเนื้อเยื่อบริเวณศีรษะ และคอในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2551; 11:5-11.
12. บุญชัย วิรบุญชัย. การติดเชื้อบริเวณลำคอส่วนลึก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2552;1:173-80.
13. Yan Qing Lee, Jeevendra K. Deep neck abscesses: the Singapore experience. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 14];268:609-14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00405-010-1387-8>
14. Salih B., et al. Deep neck infections: a retrospective review of 173 cases. American Journal of Otolaryngology [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 14];33:56-63. Available from: [http://www.amjoto.com/article/S0196-0709\(11\)00025-1/fulltext](http://www.amjoto.com/article/S0196-0709(11)00025-1/fulltext)
15. Celakovsky P, et al. Bacteriology of deep neck infections: analysis of 634 patients. Australian Dental Journal [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 14];60:212-5. Available from: <http://onlinelibrary.wiley>.

com/doi/10.1111/adj.12325/abstract;jsessionid=35A89319302AE2DEDB042090F6DCBD22.f04t01

16. สาธิต ก้านทอง. การศึกษาย้อนหลังอุบัติการณ์ และผลการรักษาการติดเชื้อเป็นฝีหนองที่คอและช่องโหว่หน้าผู้ป่วย 491 รายที่โรงพยาบาลชัยภูมิตั้งแต่ พ.ศ. 2542 – 2550. ขอนแก่นเวชสาร 2551;32:153-64.

17. Kataria G. Deep Neck Space Infections: A Study of 76 Cases. Iran J Otorhinolaryngo [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 16];27:292-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12325/abstract;jsessionid=35A89319302AE2DEDB042090F6DCBD22.f04t01>

18. Suehara AB, et al. Deep neck infection - analysis of 80 cases. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5286791_Deep_neck_infection_-_Analysis_of_80_cases

19. Ali Eftekharian, et al. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 25];266:273-7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-008-0734-5>

20. Hidaka H, et al. Clinical and bacteriological influence of diabetes mellitus on deep neck infection: Systematic review and meta-analysis. Head neck [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 25];10:1536-46. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.23776/abstract?globalMessage=0>

21. Limmathurotsakul D, Golding N, Dance D AB, Messina JP, Pigott DM, Moyes CL, et al. Predicted global distribution of Burkholderia pseudomallei and burden of melioidosis. Nature Microbiology 2016; 1(1): 15008. doi:10.1038/nmicrobiol.2015.8

22. สกฤษรัตน์ ศรีโรจน์. ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดจากเมลิอยโดสิสในเด็ก: รายงานผู้ป่วย 3 ราย ที่พบในโรงพยาบาลภาพสิริขันธ์. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2015 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย.2560];21. เข้าถึงได้จาก: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1159

23. ลัดดา ดำริการเลิศ. ฝีของต่อมน้ำลายพาโรติดในโรงพยาบาล บุรีรัมย์. วารสาร หู คอ จมูก และ ไบโหน้า 2532;4:167-175.

การเปรียบเทียบผลลัพธ์การสอนโดยการบรรยายและการใช้สื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

นางศุภิษากรณ์ เจริญรัตน์.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการสอนผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสอนแบบบรรยายและการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระดูกมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูกจำนวน 98 คน คือกลุ่มการสอนแบบบรรยาย จำนวน 49 คนและกลุ่มการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient +Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคต่อกระดูก เท่ากับ 0.72 เก็บรวบรวมข้อมูล ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ช่วงระหว่าง เดือน มีนาคม 2559 ถึง เดือน พฤษภาคม 2559 เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ dependent t-test และ Independent t-test

คะแนนความรู้หลังการสอนทั้งสองแบบคือแบบบรรยายและแบบใช้สื่อวีดิทัศน์เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและหลังการสอนคะแนนความรู้ระหว่างการสอนทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ข้อสรุปผลการวิจัยจากการสอนโดยการบรรยายและการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อกระดูกพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยจึงใช้วีดิทัศน์ที่สร้างขึ้นนี้มาใช้ในการสอนให้ความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อกระดูกแทนการสอนโดยการบรรยาย เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการสอนผู้ป่วยโดยใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

A COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF TEACHING METHODS IN CATARACT PATIENT : LECTURES AND VIDEOS

TIYAPORN CHAROENRAT

Registered Nurse Professional Level Nakhon phanom hospital

Abstract

The quasi experiment research is done to improve the teaching techniques in cataract patients of Eye Ear Nose Throat ward in Nakhon Phanom hospital. The goal of this research is to compare the effectiveness between 2 teaching techniques: lecturing and video learning. The sample group includes male and female patients of 40 years old and above who were diagnosed with cataract and were admitted to Eye Ear Nose Throat ward in Nakhon Phanom hospital. The method used to find the sample size is Two independent means formula from n4Studies programme. The total sample size is 98 cataract patients. 49 patients were assigned for lecturing and the rest for self-video learning. All test subjects were required to fill up 2 questionnaires. One was general information about themselves and the other was about basic knowledge of cataract.

The confidence of the knowledge proven by Cronbach's coefficient +alpha is 0.72. The data were sampling purposively in Eye Ear Nose Throat ward from March 2016 to May 2016. And were analysed by using descriptive statistics e.g. percentage, mean and standard deviation and inferential statistics e.g. dependent t-test and independent t-test.

The result shows increased score statistically and significantly after test subjects received both lecturing and video learning. However, the scores of both teaching techniques show no significant difference. Thus, the result suggests that video learning can be used for giving knowledge and improving self-treatment in cataract patients after surgery.

บทนำ

จากแนวโน้มโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยในปี 2548 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 6.4 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึง 12.9 ล้านคนรวมทั้งสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับสัดส่วนของประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.3 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวเป็นร้อยละ 19.8 ในปี พ.ศ. 2568 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำลังนำประเทศไทยไปสู่ภาวะที่เรียกว่า ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 15)

ต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคทางจักษุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาดูเลือนรางทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ประมาณการณ์ว่ามีประชากรทั่วโลกตาบอด ประมาณ 37 ล้านคนและสายตาดูเลือนราง 124 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยผู้ที่ตาบอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบมากถึงประมาณ 11.6 ล้านคน โดยร้อยละ 50 ของผู้ที่ตาบอด มีสาเหตุสำคัญมาจากโรคต้อกระจก สำหรับสถานการณ์ตาบอดในประเทศไทย คาดว่าจะมีคนตาบอดสนิทประมาณ 200,000 คนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยสาเหตุหลักมาจากโรคต้อกระจกมากถึงร้อยละ 70 (สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สำหรับผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก มากเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคทางตา โดยเฉพาะการรักษาโดยการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เมื่อปีงบประมาณ 2558 ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม จำนวน 1,364 ราย (เฉลี่ย 5-10 รายต่อวัน) คิดเป็นร้อยละ 80 - 85 ของผู้ป่วยโรคตาทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยและยังพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาอีกครั้ง เนื่องจากการติดเชื้อภายในลูกตาขั้นรุนแรง จำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.07 % จากการศึกษาของ Kanski (1994 : 299) ที่พบว่าภายหลังจากผ่าตัดต้อกระจกหากมีปัญหาดังกล่าวและไม่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน จะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ถึงร้อยละ 50

การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยเมื่อได้รับความรู้และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดต้อกระจกแล้วจะสามารถนำเอาความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเพื่อนำ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ความรู้ และคำแนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง ผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตาหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแล้ว ซึ่งหากมีการติดเชื้อภายในลูกตาขั้นรุนแรง อาจทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ และเพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การสอนโดยบรรยาย และการใช้สื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการสอนกลุ่มบรรยายและกลุ่มใช้สื่อวีดิทัศน์

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนาวิธีการสอนผู้ป่วยโรคต้อกระจกในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก
2. เพื่อจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงระหว่าง เดือนมีนาคม 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม 2559 โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 98 คน โดยใช้วิธีการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Two independent means โดยใช้โปรแกรม n4Studies ได้กลุ่มตัวอย่างละ 49 คน คือ กลุ่มสอนแบบบรรยาย จำนวน 49

คนและกลุ่มสอนโดยสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 49 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากร ที่ศึกษาตามเกณฑ์ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า
 - ผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อกระดูกมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดต่อกระดูกในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลนครพนม
2. เกณฑ์คัดออก
 - เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร การได้ยิน
 - ไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ได้รับความรู้โดยวิธีการสอนแบบบรรยายและการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบ 3 ตัวเลือก โดยตอบ ใช่ ,ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. โดยการศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. รวบรวมเพื่อสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก
3. ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจักษุวิทยา
4. ทดลองใช้เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
5. ปรับปรุงเครื่องมือเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำไปปรับปรุงคำถามตาม that ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรที่ศึกษา แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0. 72 และปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการคัดเลือกประชากรที่จะมาศึกษาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงระหว่าง เดือนมีนาคม 2559 ถึง เดือนพฤษภาคม 2559 โรงพยาบาลนครพนม โดยคัดแยกให้เรียนรู้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่สอนแบบบรรยาย และการสอนกลุ่มโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังทำการสอนทั้ง 2 กลุ่ม แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ สอบความถูกต้องของแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์จำนวน 98 ชุด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังทำการสอนของทั้ง 2 กลุ่ม มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่

Independent t test และ dependent t test

ต่อกระจกระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยวิธีการสอน

แบบบรรยายและการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ทั่วไป

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยโรค

ต่อกระจกของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยวิธีการสอนแบบบรรยายและการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยโรค

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่สอนแบบบรรยายและกลุ่มที่สอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีข้อมูลที่คล้ายคลึงกันโดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 36 และ 30 , อายุ ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนมากมีอายุเฉลี่ย 65.1 และ 66.1, การศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.2 และ 69.4 ส่วนอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 63.3 และ 71.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของกลุ่มที่สอนแบบบรรยาย และกลุ่มที่สอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสอนแบบบรรยาย		กลุ่มสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	13	26.5	19	38.8
- หญิง	36	73.5	30	61.2
อายุ				
- 40- 60ปี	14	28.6	10	20.4
- 60-69 ปี	23	46.9	26	53.1
- 69 ปี ขึ้นไป	12	24.5	13	26.5
\bar{X} = 65.1, S.D.=9.2, Min= 48, Max= 84	\bar{X} = 66.1, S.D.= 10.0, Min= 41, Max= 87			
การศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	6	12.2	2	4.1
- ประถมศึกษา	29	59.2	34	69.4
- มัธยมศึกษา/ปวช.	9	18.4	8	16.3
- อนุปริญญา/ปวส.	1	2.0	-	-
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	8.2	4	8.2
- สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	2.0
อาชีพ				
- เกษตรกรรม	31	63.3	35	71.4
- รับจ้าง	5	10.2	4	8.2
- ค้าขาย	8	16.3	3	6.1
- ข้าราชการ	4	8.2	4	8.2
- อื่นๆ	1	2.0	3	6.1

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยโรคต่อกระจกของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยวิธีสอนแบบบรรยายและสอนโดยสื่อวีดิทัศน์

เมื่อพิจารณา ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยการสอนแบบบรรยาย พบว่าความรู้หลังการสอน สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ความรู้ก่อนการสอน $\bar{X} = 10.45$, $SD=1.68$ และความรู้หลังการสอน $\bar{X} = 18.694$,

$SD=.619$) และ ความรู้ในกลุ่มที่สอนโดยสื่อวีดิทัศน์ พบว่าความรู้หลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ความรู้ก่อนการสอน $\bar{X} = 15.53$, $SD=2.92$ และความรู้หลังการสอน $\bar{X} = 18.694$, $SD=.683$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้แบบบรรยาย และแบบใช้สื่อวีดิทัศน์

ความรู้	\bar{X}	SD	t	P value
ก่อนการสอนแบบบรรยาย	10.45	1.68	-37.277	.000
หลังการสอนแบบบรรยาย	18.694	.619		
ก่อนการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์	15.53	2.92	-7.444	.000
หลังการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์	18.694	.683		

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยวิธีการสอนแบบบรรยายและการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์

ผลการ เปรียบเทียบความรู้การสอนแบบบรรยาย

กับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่าความรู้หลังการสอนแบบบรรยาย ($\bar{X}= 18.694$, $SD=.619$) กับความรู้หลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ($\bar{X}= 18.694$, $SD=.683$) ไม่มีความแตกต่าง

กันทางสถิติ (P value =.000) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายกับผลการสอนโดยสื่อวีดิทัศน์

รูปแบบการให้ความรู้	\bar{X}	SD	t	P value
แบบบรรยาย	18.69	.61	1.000	.000
แบบวีดิทัศน์	18.69	.68		

การอภิปรายผล

คะแนนความรู้หลังการสอนทั้งสองแบบคือแบบบรรยายและแบบใช้สื่อวีดิทัศน์ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ หลังการสอน คะแนนความรู้ระหว่างการสอนทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหลังการสอนแบบบรรยายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการเช็ดตัวลดไข้ของ กมลทิพย์ ด่านซ้าย (2548) ที่ศึกษาผลของการสอนวิธีเช็ดตัวลดไข้แบบ Tepid sponge ตามแผนการสอนที่ได้เตรียมไว้ทั้ง

บรรยายและสาธิต โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้วิธีเช็ดตัวลดไข้แบบ Tepid Sponge ของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ภายหลังได้รับการสอนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและหลังการสอนแบบใช้สื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสอนสอดคล้องกับบูรุม และคณะ (Broome et al., 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ในการจัดการเมื่อเด็กมีไข้โดยให้ผู้ดูแลชมวีดิทัศน์และรับเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีไข้ พบว่า หลังให้ความรู้ด้วยวิธีดังกล่าว ผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการเมื่อเด็กมีไข้เพิ่มขึ้น

สำหรับการเปรียบเทียบผลการสอนระหว่างการสอนแบบบรรยายและการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาต่อกระจก พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติแสดงว่าการให้ความรู้โดยการสอนแบบบรรยายหรือการให้ความรู้การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ฟังมีความรู้

ไม่แตกต่างกันตั้งนั้นทางหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูกจึงใช้สื่อวีดิทัศน์สอนผู้ป่วยและญาติ แทนการสอนโดยการสอนแบบบรรยายได้ เพื่อจัดทำให้เป็นแนวทางปฏิบัติในการสอนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการสอนโดยการบรรยายและการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่สร้างขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาต่อกระจกในการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานตา หู คอ จมูก และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้

อย่างไรก็ตามการสอนโดยการบรรยายและสาธิตมีข้อดีที่ช่วยส่งเสริมและสร้างการเรียนรู้เป็นการสอนที่มีการเตรียมเนื้อหาไว้อย่างเป็นระเบียบ ได้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ ให้ความรู้แก่ผู้เรียนได้ทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ผู้สอนสามารถย้ำหรือสรุปส่วนที่ต้องการได้ ส่วนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีจุดเด่นที่สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนจากการใช้เทคนิคพิเศษในการตัดต่อและลำดับภาพ ผู้เรียนได้เห็นสิ่งที่ต้องการเน้นได้จากเทคนิคการถ่ายทำ ทำให้บทเรียนน่าสนใจยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ ต่านซ้าย. (2548). ผลของการสอนวิธีเช็ดตัวลดไข้แบบ Tepid Sponge ต่อความรู้ของ ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา
 2. กิตานันท์ มลิทอง. (2543). เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์
 3. เขียรศรี วิวิธสิริ. (2541) จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
 4. ชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคนอื่นๆ. เอกสารการสอนชุดวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษาเล่มที่ 1 หน่วยที่ 1-5. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2543 : 731-6
 5. ลัดดา ศุขปรีดี. (2543). เทคโนโลยีการเรียนการสอน. ชลบุรี: ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา, มหาวิทยาลัยบูรพา. เอกสารการสอน
 6. สมจิต หนูเจริญกุล (2534). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิตหนูเจริญกุล(บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิถีสัน
 7. สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิถีสัน จำกัด.
 8. สมเชาว์ เนตรประเสริฐ. (2543). ความสำคัญของสื่อการสอน. วันที่ค้นข้อมูล 10 ตุลาคม 2547, เข้าถึงจาก <http://www.edu.chula.ac.th/vijai Som.htm>
 9. สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ. 2539. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. กรุงเทพมหานคร: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 10. สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ, ปราณีชั้นศิริ , สุมาลา ทักษานุกรม ะ, กาญจนภรณ์ ไสมรรคา, ยุวดี เกตสัมพันธ์, สิริวดี อันทรกำแหง ณ ราชสีมา, นุชนาถ บรรทมพร. 2542. ประสิทธิภาพของการให้ความร่วมมือกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. แผนกจักษุวิทยา, ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช.
 11. สุรพล เวียงนนท์ และคณะ. ผลของการให้ความรู้ด้วยซีดีวีดีทัศน์ เรื่องการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมีย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น; 2547.
 12. สุณิพร ชัยมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคต่อกระฉกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2543: 25(1): 26–9.
- Bloom, A. 1975. Taxonomy of Education Objectives. New York: David McKay Company.
- Broome, M.E, Doken, D.L., Broome, C.D., Woodruff, B., & Stegeman, M.F. (2003). A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach. Journal of Pediatric Health Care, 17(4), 176 – 183.
- Orem, D.E. (1991). Nursing concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์*, บุษยา สีนวล**

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโชคอำนวย

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น จังหวัดนครพนม ใช้กระบวนการพัฒนาตามหลักการของ Deming ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านขั้นตอน PDCA (Plan-Do-Check-Act) มี 4 ขั้นตอน ศึกษาในผู้พิการทางการเห็น ของจังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนดไว้ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility หรือ O&M) และแบบประเมินที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2558 - พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.88 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 54.82 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 82.46 ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 70.17 และพบเป็นผู้มีความพิการทางการเห็นภายหลังกำเนิด ร้อยละ 88.60 โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากต้อหิน ต้อกระจก ร้อยละ 92.54

ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการทางการเห็น พบว่า ภายหลังจากเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการทางการเห็น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.32$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความพึงพอใจของผู้พิการทางการเห็นหลังเข้ารับการอบรม โดยภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.14$) และด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 1.49$)

อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้พิการทางการเห็นได้จริง ลดภาระครอบครัวชุมชน และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตามบริบทการให้บริการจึงจะประสบผลสำเร็จและเกิดความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ, ผู้พิการทางการเห็น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยทั่วโลกพบจำนวนมากถึง 600 ล้านคน คิดเป็น 10% ของจำนวนประชากรทั่วโลก ซึ่งจำนวนเหล่านี้เท่ากับจำนวนประชากรของคนในอาเซียนทั้งหมด พบอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ประเทศไทยมีจำนวนผู้พิการประมาณ 1.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งพบว่าเป็นผู้ที่มีความลำบากและมีปัญหาสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 97.9 ของประชากรพิการ¹ ความพิการของคนหนึ่งคนในครอบครัว ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพครอบครัวโดยรวมด้วยในทุกด้านทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบเป็นกลุ่มคนที่ยากจนที่สุด ขาดการเหลียวแลของสังคม มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการศึกษา การจ้างงานที่อยู่อาศัย การคมนาคมขนส่ง และบริการด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การถูกกีดกันออกไปจากสังคมและเศรษฐกิจทำให้การใช้ชีวิตในสังคมหรือชุมชนของผู้พิการถูกมองข้าม และถูกทอดทิ้ง² สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ภาครัฐควรเร่งแก้ไข

การส่งเสริมสุขภาพอนามัยถือเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรที่รัฐได้ให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อพิจารณาถึงงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มย่อยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้พิการ กลับพบว่าโครงสร้างและการดำเนินงานในกระบวนการพัฒนาของงานดังกล่าวยังละเลยต่อการเชื่อมต่อให้ประชากรกลุ่มนั้นๆ ได้มีโอกาสอย่างเต็มที่ในการร่วมรับรู้ประโยชน์และการได้รับการอย่างเสมอภาคกับประชากรกลุ่มอื่นๆ³ เนื่องจากผู้พิการทางการเห็นถือเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยจะเห็นได้จากความขาดแคลนในงานด้านการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และงานการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันพบว่าสังคมไทยจำเป็นต้องเร่งสร้างความพร้อมและสร้างศักยภาพในการจัดบริการและส่งเสริมให้กลุ่มผู้พิการทางการเห็นให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายหลักในการดูแลผู้พิการเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างมีอิสระ ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้พิการให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการป้องกันการเสื่อมสภาพ

ของอวัยวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมุ่งเน้นการสร้างอาชีพของผู้พิการ³ การพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการเน้นให้ผู้พิการทุกประเภทสามารถเข้าถึงและมีความรู้ความสามารถในด้านการดูแลสุขภาพคนพิการและป้องกันความพิการจะทำให้ผู้พิการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากข้อมูลประชากรกลางปี 2558 จังหวัดนครพนม มีประชากรทั้งสิ้น 704,730 คน พบสถิติผู้พิการเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยในปี 2557-2559 มีผู้พิการทั้งสิ้นจำนวน 14,180, 16,871 และ 11,590 คน คิดเป็นร้อยละ 2.01, 2.39 และ 1.64 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ พบสถิติเป็นผู้พิการทางการเห็นเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน โดยในปี 2557-2559 พบจำนวน 1,709, 1,970 และ 2,031 คน คิดเป็นร้อยละ 14.84, 17.11 และ 17.64 ของผู้พิการทั้งหมดตามลำดับ⁴ แนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นของจังหวัดนครพนมเดิมคือ เมื่อแพทย์วินิจฉัยพบความพิการทางการเห็นจะส่งขึ้นทะเบียนที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครพนม เพื่อขึ้นทะเบียนแก่โรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผู้พิการอาศัยอยู่ และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการจะออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้พิการทางการเห็นและญาติ และให้การดูแลเป็นรายกรณี แต่ก็ยังพบว่าผู้พิการบางรายไม่ได้รับบริการดังกล่าว บางรายได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง บางรายเกิดปัญหาทางสุขภาพเพิ่มเติม บางรายถูกทอดทิ้ง ไม่สามารถดูแลตนเองขั้นพื้นฐานได้ เป็นภาระแก่ญาติ จากการวิเคราะห์ห้องคัดกรองทั้งหน่วยบริการทางสาธารณสุขในภาพรวมของจังหวัด พบว่า จังหวัดนครพนมยังไม่มีแนวทาง หรือระบบการดูแลผู้พิการในด้านการส่งเสริมสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการขาดทักษะการให้บริการ ส่วนใหญ่ให้บริการตามประสบการณ์และองค์ความรู้เดิม หน่วยงานราชการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงสภาพปัญหาของผู้พิการทางการเห็น พบว่า ผู้พิการทางการเห็นส่วนใหญ่มีปัญหาการเคลื่อนไหว มีปัญหาสุขภาพอยู่ห่างไกล มีฐานะยากจน เข้าไม่ถึงความช่วยเหลือจากภาครัฐ ข้ำยังขาดการช่วยเหลือจากสังคม อย่างไรก็ตามผู้พิการบางคนอาจมีความสามารถหลายๆ ด้านซึ่งถ้าได้รับการพัฒนาให้มี

ศักยภาพอาจทำประโยชน์และช่วยสังคมได้⁵ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวจึงถือเป็นสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ผู้พิการทางการเห็นพึงมี เพราะจะทำให้ผู้พิการสามารถไปไหนมาไหนได้ รู้สภาพแวดล้อมในที่ต่างๆ คือ รู้ว่าขณะนี้อยู่ที่ไหน ต้องการจะไปที่ไหนและจะไปได้อย่างไร ควบคู่กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมให้กลับคืนสู่สภาพที่เหมาะสม และใกล้เคียงปกติเดิมให้มากที่สุด โดยยึดหลักให้สามารถพึ่งพาตัวเองดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility : O&M) เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเห็นโดยจะช่วยส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นในการเดินทาง การทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ และการประกอบอาชีพ อันจะส่งผลถึงการพึ่งพาตนเอง มีอิสระ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพการเพิ่มความสามารถและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเห็นในการดำรงชีวิตประจำวันสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสังคมทั่วไปได้อย่างปกติสุข ลดภาวะพึ่งพิงของญาติ และผู้ดูแล ลดภาระครอบครัว ชุมชน สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่นำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวมาใช้พบว่าสามารถส่งเสริมสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นได้จริง พิจารณาการไปไหนมาไหนได้ รู้สภาพแวดล้อมในที่ต่างๆ คือ รู้ว่าขณะนี้อยู่ที่ไหน ต้องการจะไปที่ไหนและจะไปได้อย่างไร^{6,7,8}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโชคอำนวย อำเภอมือง จังหวัดนครพนม ได้เห็นความสำคัญของปัญหาผู้พิการทางการเห็น จึงได้นำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility หรือ O&M) มาใช้ในการจัดรูปแบบบริการของผู้พิการทางการเห็น จังหวัดนครพนมขึ้น โดยนำกระบวนการทำงาน เริ่มจากการค้นหากลุ่มเป้าหมายร่วมกันของครูฝึกและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ทั้งสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ผู้พิการได้รับการตรวจสุขภาพตา ประเมินความสามารถทางการเห็น

และคัดกรองเข้าร่วมโครงการตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ลักษณะการอบรมเป็นการอบรมเป็นกลุ่มแบบเข้าไป เย็นกลับ 15 วันต่อเนื่องเว้นวันอาทิตย์ มีการฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติจริง และประเมินผลทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติจากแบบทดสอบจากส่วนกลาง ประกอบด้วย การสำรวจที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ใหม่ ๆ ที่ไม่คุ้นเคย การเดินทางกับผู้นำทางในกิจกรรมประจำวัน เทคนิคป้องกันตัวเอง การเดินทางโดยใช้ไม้เท้าขาวและจุดสังเกต การใช้ไม้เท้าขาวนอกอาคารสถานที่ การขึ้น-ลง บันได หรือรถ การเดินข้ามสิ่งกีดขวาง การตรวจสอบรถบัส การฝึกการใช้ชีวิตประจำวัน การใช้ประสาทสัมผัสช่วยในการเดินทาง ได้แก่ การไต่บันได การสัมผัสและการดมกลิ่น มารยาททางสังคม เพื่อให้ผู้พิการทางการเห็นสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้ข้อจำกัดทางด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอมือง จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอมือง จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น จังหวัดนครพนม ศึกษาในผู้พิการทางการเห็น จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติและลักษณะตามที่กำหนดไว้ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) จำนวน 12 แห่ง ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง 3 อำเภอ คือ อำเภอมือง อำเภอปลาปาก และอำเภอศรีสงคราม และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple sampling) ได้จำนวนทั้งสิ้น 228 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้พิการทางการเห็น แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น แบบประเมิน

ความพึงพอใจของผู้พิการทางการเห็น และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation & Mobility หรือ O&M) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามหลักการของ Deming ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านขั้นตอน PDCA (Plan-Do-Check-Act) มี 4 ขั้นตอน ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2558 - พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้พิการทางการเห็นที่เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.88 เพศชาย จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 49.12 ผู้พิการทางการเห็นส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 54.82 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 82.46 ด้านการประกอบอาชีพ พบส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 70.17 และพบเป็นผู้มีความพิการทางการเห็นส่วนใหญ่เกิดภายหลังกำเนิด ร้อยละ 88.60 โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากต้อหิน ต้อกระจก ถึง ร้อยละ 92.54 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=228 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	49.12
หญิง	116	50.88
อายุ		
อายุต่ำกว่า 15 ปี	2	0.88
15 – 59 ปี	101	44.30
60 ปี ขึ้นไป	125	54.82
การอาศัย		
อยู่กับครอบครัว	188	82.46
อยู่ตามลำพัง	40	17.54
อาชีพ		
รับจ้าง	22	9.65
เกษตรกร	46	20.18
ไม่มีอาชีพ	160	70.17
ความพิการทางตา		
ตั้งแต่กำเนิด	26	11.40
ภายหลังกำเนิด	202	88.60
สาเหตุความพิการทางตา		
ต้อหิน ต้อกระจก	211	92.54
อุบัติเหตุ	17	7.46

ความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น

ความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นก่อนการอบรม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.31$) ภายหลังการเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.32$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นเพิ่มขึ้นทุกคน โดยพบด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงสุดคือ ด้านมารยาททางสังคม พบว่าก่อนการอบรม

มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.52$, $SD = 0.35$) ภายหลังการเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 0.14$) รองลงมาคือ ด้านความรู้เรื่องประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่าก่อนการอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.29$, $SD = 0.16$) ภายหลังการเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.12$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน พบว่าก่อนการอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.13$, $SD = 0.29$) ภายหลังการเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.30$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น ก่อนและหลังการอบรม (n=228 คน)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	\bar{X}	SD	การแปลผล	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ความรู้ความเข้าใจในความหมายหลักสูตรเนื้อหาการฝึกอบรม	2.09	0.21	ต่ำ	3.79	0.16	สูง
2. ความรู้เรื่องประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	2.29	0.16	ต่ำ	4.42	0.12	สูง
3. ความรู้เรื่องประสาทสัมผัสทั้ง 5	2.18	0.20	ต่ำ	3.79	0.33	สูง
4. การเดินทางกับผู้นำทาง	2.18	0.20	ต่ำ	3.79	0.33	สูง
5. การเดินทางโดยใช้ไม้เท้าขาว	2.10	0.31	ต่ำ	3.73	0.27	สูง
6. การป้องกันอันตราย การหาของตก	2.02	0.24	ต่ำ	3.72	0.29	สูง
7. การช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน	2.13	0.29	ต่ำ	3.63	0.30	ปานกลาง
8. มารยาททางสังคม	2.52	0.35	ต่ำ	4.43	0.14	สูง
โดยรวม	2.19	0.31	ต่ำ	3.91	0.32	สูง

ความพึงพอใจของผู้พิการทางการเห็น หลังการเข้าร่วมอบรม

ความพึงพอใจของผู้พิการทางการเห็นโดยภาพรวม หลังเข้ารับการอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.14$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีเพื่อนมากขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.54$) รองลงมาคือมีโอกาสได้รับการตรวจ

สุขภาพตา และได้รับคำแนะนำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.63$) และการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองมากขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.54$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการมีโอกาสเรียนหนังสือ โดยพบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.15$, $SD = 1.30$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น ก่อนและหลังการอบรม (n=228 คน)

รายการ	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	SD	การแปรผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)			
1. ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองมากขึ้น	123 (53.9)	100 (43.9)	5 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.52	0.54	มาก
2. เคลื่อนที่ในบ้านด้วยตัวเองได้มากขึ้น	78 (34.2)	108 (47.4)	42 (18.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.16	0.71	มาก
3. เดินทางออกนอกบ้านด้วยตัวเองได้มากขึ้น	49 (21.5)	80 (35.1)	73 (32.0)	26 (11.4)	0 (0.0)	3.67	0.94	ปานกลาง
4. มีโอกาสไปร่วมงานในสังคมได้พบปะผู้คนมากขึ้น	14 (6.1)	22 (9.6)	50 (21.9)	91 (39.9)	51 (22.4)	2.37	1.12	ปานกลาง
5. มีโอกาสฝึกอาชีพ ทำงาน มีรายได้เป็นของตัวเอง	15 (6.6)	22 (9.6)	45 (19.7)	96 (42.1)	50 (21.9)	2.37	1.13	ปานกลาง
6. มีโอกาสเรียนหนังสือ	19 (8.3)	16 (7.0)	49 (21.5)	41 (18.0)	103 (45.2)	2.15	1.30	น้อย
7. มีโอกาสได้รับการตรวจสุขภาพตาและได้รับคำแนะนำ	133 (58.3)	87 (38.2)	4 (1.8)	4 (1.8)	0 (0.0)	4.53	0.63	มาก
8. มีเพื่อนมากขึ้น	139 (61.0)	84 (36.8)	5 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.59	0.54	มาก
9. มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น	79 (34.6)	82 (36.0)	54 (23.7)	13 (5.7)	0 (0.0)	4.00	0.90	มาก
10. รู้สึกว่าสุขภาพดีขึ้นเพราะได้เดิน/เคลื่อนไหว	69 (30.3)	79 (34.6)	55 (24.1)	19 (8.3)	6 (2.6)	3.82	1.04	มาก
โดยรวม						3.62	1.14	มาก

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน
ที่รวมถึงการเคลื่อนไหวภายในบ้าน (Basic Activity of Daily Living, BADL) และความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆในครัวเรือน (Instrumental Activity of Daily Living, IADL)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่รวมถึงการเคลื่อนไหวภายในบ้าน และความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆ ในครัวเรือนโดยภาพรวมพบว่า มีค่าคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42, SD = 1.49$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานอาหาร อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96, SD = 0.31$) รองลงมาคือ การแต่งตัว อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.79, SD = 0.43$) และการอาบน้ำ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.76, SD = 0.43$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การทำสวนครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50, SD = 1.67$) และการซื้อของ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57, SD = 1.54$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่รวมถึงการเคลื่อนไหวภายในบ้าน และความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆในครัวเรือน (n=228)

กิจวัตร/กิจกรรม	ระดับความสามารถ		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การอาบน้ำ	4.76	0.43	มากที่สุด
2. การแต่งตัว	4.79	0.43	มากที่สุด
3. การรับประทานอาหาร	4.96	0.31	มากที่สุด
4. การเคลื่อนที่ในบ้าน	4.71	0.37	มากที่สุด
5. การขึ้นลงบันได	4.47	0.53	มากที่สุด
6. การทำอาหาร	4.28	0.70	มาก
7. การล้างจาน	4.45	0.82	มาก
8. การซักเสื้อผ้า	4.64	1.14	มากที่สุด
9. การปูที่นอน	4.63	0.98	มากที่สุด
10. การทำความสะอาดบ้าน	4.08	1.36	มาก
11. การทำสวนครัว	3.50	1.67	ปานกลาง
12. การซื้อของ	3.57	1.54	ปานกลาง
13. การเคลื่อนที่นอกบ้าน (มีอุปกรณ์)	4.65	1.36	มากที่สุด
โดยรวม	4.42	1.49	มาก

การอภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น พบว่าหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.32$) ซึ่งมากกว่าก่อนการอบรม พบค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.31$) ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า กิจกรรมในแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นส่วนใหญ่จะเน้นความรู้ความเข้าใจ และการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันจริง จึงทำให้ผู้พิการทางการเห็นสนใจ และตั้งใจในการอบรมเพื่อนำกลับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การสังเกต การเก็บของ ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเห็นโดยจะช่วยเหลือส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นในการเดินทาง การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการประกอบอาชีพ อันจะส่งผลถึงการพึ่งพาตนเอง มีอิสระปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพิ่มความสามารถและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเห็นในการดำรงชีวิตประจำวันสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสังคมทั่วไปได้อย่างปกติสุข ลดภาวะพึ่งพิงของญาติ และผู้ดูแล ลดภาระครอบครัว ชุมชน ตามบริบทของผู้พิการจึงจะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรกร ภิมาลย์ และคณะ ได้ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว โรงพยาบาลท่าวังผา จ.น่าน พบว่า คนพิการด้านการมองเห็นภายหลังจากเข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจ และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25⁷ และการศึกษาของถนอม วัฒนานิยม ศึกษาโปรแกรมฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการมองเห็น พบว่าการให้โปรแกรมฝึกอบรมทักษะการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการมองเห็น มีผลทำให้คนพิการทางการมองเห็น กลุ่มทดลอง มีระดับความสามารถและความพึงพอใจในการเดินสูงกว่าก่อนการ

อบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)⁶ สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่จะเพิ่มศักยภาพตนเองของผู้พิการทางการเห็น ซึ่งเจ้าหน้าที่ควรที่จะส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเอง ในกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันถือเป็น ความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ความพึงพอใจของผู้พิการทางการเห็น พบว่าหลังเข้ารับการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.14$) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ชุดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจะเน้นทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน การนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้จริง รวมทั้งมีการฝึกทักษะต่างๆ ผ่านการทดลองใช้จริง มีการติดตามออกนิเทศ สอนจนผู้พิการมีความชำนาญ จึงทำให้ผู้พิการมีความมั่นใจ และเกิดทักษะความชำนาญ มีความมั่นใจ จึงพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ดึงการศึกษาของถนอม วัฒนานิยม ศึกษาโปรแกรมฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการมองเห็นพบว่าการให้โปรแกรมฝึกอบรมทักษะการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการมองเห็น มีผลทำให้คนพิการทางการมองเห็น กลุ่มทดลอง มีระดับความสามารถและความพึงพอใจในการเดินสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)⁶ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้พิการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ควรส่งเสริมสมรรถนะด้านการเรียนรู้ ความรู้ขั้นพื้นฐานแก่ผู้พิการต่อไป

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน พบว่า หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 1.49$) ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า กิจกรรมในแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็นส่วนใหญ่จะเน้นความรู้ความเข้าใจ และการนำทักษะไปใช้ในชีวิตรประจำวันจริง จึงทำให้ผู้พิการทางการเห็นสนใจ และตั้งใจในการอบรมเพื่อนำกลับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การสังเกต การเก็บของ ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรกร ภิมาลย์ และคณะ ได้ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหว สำหรับคนพิการทางการมองเห็น มีผลทำให้คนพิการทางการมองเห็น กลุ่มทดลอง มีระดับความสามารถและความพึงพอใจในการเดินสูงกว่าก่อนการ

นอกบ้านได้ คนพิการวัยสูงอายุสามารถไปวัด ฟังธรรมะ และ เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม คนพิการด้านการมองเห็นมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25⁷

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการเห็น อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้พิการทางการเห็นได้จริง ลดภาระครอบครัว ชุมชน และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตามบริบทการให้บริการจึงจะประสบผลสำเร็จและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้พิการทางการเห็นที่เข้าร่วมโครงการส่วนมากเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านการมองเห็นมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการจัดกิจกรรมบางครั้งควรขยายเวลาในแต่ละกิจกรรมจนผู้พิการเข้าใจและสามารถทำได้แล้วจึงเปลี่ยนกิจกรรมต่อไป
2. การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ควรที่จะมีการวางแผนทางการฝึกและประเมินคัดกรองและตั้งเป้าหมายรวมทั้งการออกแบบเนื้อหาการฝึกเฉพาะกลุ่มที่ชัดเจน หรือเป็นรายกรณีจะเกิดประสิทธิผลมากที่สุด
3. ควรขยายผลแก่ผู้พิการทางการเห็นให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดนครพนม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้พิการทางการเห็นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถามในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ณ วันที่ 31 มีนาคม 2554; 2554.
2. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย. (ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2547.
3. ศศิธร ศรีภัทรพงษ์. กระบวนการสร้างคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชนสุขภาวะ (รายงานการค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติคนพิการปี 2550 สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2553. 2552. จาก http://www.braille-cet.in.th/Braille-CET/index.php?option=com_content&view=article&id=401%3A2552&catid=41%3A2009-07-26-11-12-13&Itemid=69
5. WHO. CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities . Joint Position Paper: 2004; 1-3.
6. ฌอนอม วัฒนานิยม. โปรแกรมฝึกการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการเห็น (รายงานการค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
7. วชิรกร ภิมาลย์ และคณะ. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (รายงานการค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
8. สุริยันต์ ปัญหาราช. ประสิทธิภาพการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการทางการเห็นในจังหวัดหนองบัวลำภู. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2558: 52(2); 60-64.
9. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ข้อมูลสถิติการจดทะเบียนคนพิการ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
10. American Foundation for the Blind (AFB). เทคนิคการปฐมนิเทศและการเคลื่อนไหว: คู่มือสำหรับครูสอนคนตาบอด [Orientation and mobility techniques: Handbook for the teacher of the blind]. Bangkok: American Foundation for the Blind; 1998.

การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นางเจษฎา ศรีบุญเลิศ*, นางเสงี่ยม ฉัตรราชษ์*

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ห้องตรวจรังสีวินิจฉัย แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองครั้งแรก ณ หน่วยรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกหรือสมัครใจ (Convenient sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อนและหลัง ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความร่วมมือ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม $\bar{X} = 29.43$, S.D. = 3.33 น้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม $\bar{X} = 67.43$ S.D. = 4.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความร่วมมือการตรวจรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการร่วมมือในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 90

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองสามารถลดความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองได้จริง

คำสำคัญ : การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม, ความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วย, โรคหลอดเลือดสมอง, การทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากรายงานสถานการณ์พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยในปี 2548 มีผู้ป่วยเสียชีวิตในแต่ละปีประมาณ 5.7 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2558 จะพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน¹ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ที่สำคัญของผู้สูงอายุ บางรายมีความพิการหลงเหลือซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว รวมทั้งภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในจำนวนมาก สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่ภาครัฐควรแก้ไขเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง อาจเกิดจากการตีบ อุดตันหรือแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง จะทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง หรือที่เรียกว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยที่อัมพาตนั้นจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างทันทีทันใดกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมตามมา การป้องกัน การเฝ้าระวังสังเกตอาการ และการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีจะช่วยทำให้วินิจฉัยโรคและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ลดผลกระทบดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นตามมา

หัตถการรังสีร่วมรักษาระบบประสาทโดยวิธีฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiography) หรือที่เรียกกันว่า การฉีดสีหลอดเลือดสมอง เป็นการตรวจหลอดเลือดสมองโดยตรง (Cerebral catheter angiography) เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์สมัยใหม่ทำให้สามารถวินิจฉัยรอยโรคได้แม่นยำ สามารถตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติได้ทั้งระบบหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของสมอง การทำหัตถการนี้รังสีแพทย์และทีมบุคลากรกระทำในห้องรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษา โดยการสอดใส่สายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กเข้าทางหลอดเลือดบริเวณขาหนีบหรือรักแร้ และฉีดสารทึบรังสีร่วมกับการเอ็กซเรย์เป็นระยะๆ แม้ว่าหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ก็นับว่าเป็นเหตุการณ์คุกคามต่อชีวิตอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้² จากการสอดใส่เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ แทะผ่านเข้าไปในเนื้อเยื่อ

ของร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอน คลุมเครือต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งคาดเดาเหตุการณ์ที่จะมาคุกคามไปต่างๆ นานา ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น อุดมภูมิเปลี่ยนแปลง ม่านตาขยาย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออก ตัวเย็นผิวแห้งหงุดหงิด การรับรู้แคบลง จุดสำคัญจะถูกมองข้าม และไม่สามารถเชื่อมโยงเรื่องราวได้ สับสนไม่ยอมเผชิญปัญหาใดๆ ควบคุมตนเองไม่ได้ ประสิทธิภาพในการจำลดลง⁴ นอนไม่หลับ⁵ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยขัดขวางแผนการรักษาแทบทั้งสิ้น การลดผลกระทบดังกล่าวโดยมีกระบวนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจ ไม่มีวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการตามมา

หน่วยรังสีวินิจฉัย ภาควิหารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการรังสีร่วมรักษาระบบประสาทด้วยวิธีฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiography) พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวน 189, 200 และ 428 คนตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจรักษาทางรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาเฉลี่ยวันละ 7-8 คน ผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาตรวจรักษาประมาณ 2-4 ชั่วโมง ซึ่งจะมีบุคลากรหมุนเวียนกันปฏิบัติงาน ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำห้อง โดยพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมินคัดกรองผู้ป่วยก่อนตรวจรักษา ดูแลผู้ป่วยขณะตรวจรักษา เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และช่วยรังสีแพทย์ทำหัตถการตรวจรักษา ดูแลผู้ป่วยหลังตรวจรักษาพร้อมมอบใบนัดให้คำแนะนำเตรียมตรวจรักษาครั้งต่อไป พบปัญหาเกี่ยวกับการทำหัตถการคือ ด้านบุคลากรพบว่าพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมเนื้อหาสิ่งที่จำเป็นตามคู่มือที่จัดให้ ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลนอนไม่หลับในคืนก่อนตรวจรักษา เมื่อสัมภาษณ์ความรู้สึกขณะตรวจรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบอกว่ารู้สึกกังวล อึดอัด หวาดกลัว กลัวการทำหัตถการจะทำให้เจ็บปวด กลัวอันตรายจากสารทึบรังสี รังสีเอ็กซ์ กลัวการติดเชื้อ กลัวอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดแทงทะลุ้วยวะระสำคัญของร่างกาย บอกว่าคาดเดาการตรวจรักษาไปต่างๆ นานา และจากการตรวจร่างกายและจากการสังเกตผู้ป่วยทั้งก่อนทำหัตถการและระหว่างทำหัตถการพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความดัน

โลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งทำให้แพทย์ฉีดยาชาหรือแทงเข็มใส่สายสวนหลอดเลือดลำบาก บางรายคลื่นไส้อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม นอนร้องไห้บนเตียงตรวจ ปฏิเสธและขอเลื่อนการตรวจรักษา บางรายกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ ไม่รวมมือขณะตรวจรักษาก่อให้เกิดปัญหาตามมา เช่น การปนเปื้อนจากผู้ป่วยในการตรวจรักษา การเอกซเรย์ซ้ำใหม่และต้องฉีดสารทึบรังสีเพิ่ม การนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น การไม่สบายใจของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย รวมทั้งความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสียหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากบุคลากรเนื่องจากกลัวขัดขวางการปฏิบัติงาน พฤติกรรมการแสดงออกและการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยมีดังนี้ 1) คาดเดากการตรวจรักษาไปต่างๆ นานา ร้อยละ 90 เช่น คาดเดาว่าต้องดมยาสลบ ลักษณะแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ สายสวนหลอดเลือดขนาดใหญ่เท่านี้ก็อึดเป็นต้น 2) เสาะแสวงหาข้อมูลจากผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีอื่นและเชื่อคำเล่าลือที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60 3) นอนไม่หลับในคืนก่อนตรวจรักษา ร้อยละ 30 4) ปฏิเสธและขอเลื่อนการตรวจรักษาเนื่องจากวิตกกังวลกลัว ร้อยละ 20 5) แพทย์ต้องเปลี่ยนวิธีการให้ยาสงบระงับจากการฉีดยาชาเฉพาะที่เป็นการดมยาสลบ 10 ขณะตรวจรักษาพบว่า 1) ผู้ป่วยวิตกกังวลในระดับสูง กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะบริเวณแทงเข็มใส่สายสวนหลอดเลือด ร้อยละ 100 2) นอนร้องไห้ ร้อยละ 10 3) หัวใจเต้นแรง ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 90 4) เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังชืด ร้อยละ 30 5) ไม่รวมมือขณะตรวจรักษา ได้แก่ ขยับตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ไม่นิ่ง ร้อยละ 90 ไม่สามารถหายใจและกลืนใจตามคำแนะนำ ในขณะที่ฉีดสารทึบรังสี ร้อยละ 90 ผู้ป่วยต้องเอกซเรย์ซ้ำทำให้ได้รับปริมาณรังสีเอ็กซ์และสารทึบรังสีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 90 ผู้ป่วยยกมือขึ้นมาทำให้พื้นที่ที่ใช้ในการตรวจรักษาเกิดการปนเปื้อนไม่สะอาดปราศจากเชื้อโรค ร้อยละ 60 และเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจรักษาพบว่าผู้ป่วยพับหรือองขาข้างที่แทงเข็มใส่สายสวนหลอดเลือดก่อนครบกำหนด ร้อยละ 80 ผู้ป่วยไม่ตม้น้ำเพื่อส่งเสริมการขับสารทึบรังสีออกจากร่างกาย ร้อยละ 100 เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญเป็นต้น จากปรากฏการณ์ดังกล่าว

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัญหาสำคัญจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความร่วมมือขณะตรวจรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

จากปัญหาและผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลเป็นบุคลากรแรกที่ต้องเผชิญหรือสัมผัสกับความรู้สึกของผู้ป่วย จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการค้นหาวิธีการในการลดความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลผู้ป่วยได้ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ กลุ่มบำบัดเชิงพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ การสัมผัสร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการให้ข้อมูลเป็นต้น ซึ่งล้วนแล้วแต่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่กำหนดขึ้นโดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความจริงที่จำเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจะเกิดแบบแผนความรู้และความเข้าใจ ทำให้สามารถเตรียมใจรับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ผลตามมาก็คือผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง^{4,6,8,9,10} โดยการนำสื่อมาประกอบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสื่อเป็นตัวช่วยในการถ่ายทอดข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น สื่อที่ใช้มีความหลากหลายตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและบริบทพื้นที่ เช่น เทปบันทึกเสียง ภาพพลิก เทปโทรทัศน์ เป็นต้น นอกจากประโยชน์ดังกล่าวแล้ว สื่อยังช่วยประหยัดเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาล เพราะสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหลายคนในเวลาเดียวกัน และในขณะที่ให้ข้อมูลพยาบาลยังสามารถไปปฏิบัติงานอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้การถ่ายทอดข้อมูลมีแนวทางเดียวกัน เนื่องจากใช้เนื้อหาที่เหมือนกัน^{6,7} สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาวิจัยที่นำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวมาใช้พัฒนาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้⁷

งานรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษา หน่วยรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal และ Johnson ซึ่งครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral instruction) และข้อมูลเกี่ยวกับวิธีในการเผชิญความเครียด (Coping skills instruction) ผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจและสภาพจริงที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบบังคับผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาจากการทำหัตถการฉีดสีหลอดเลือดสมอง และทำให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-Regulation Model) ของจอห์นสันและลิเวนทาล (Leventhal & Johnson) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองครั้งแรก หน่วยงานรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกหรือสมัครใจ (Convenient sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด การศึกษานี้ได้ผ่านคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความร่วมมือ โดยแบบประเมินความวิตกกังวลทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้แบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 แบบประเมินความร่วมมือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้ตรวจสอบหาความเที่ยงโดยใช้คูเดอร์ ริชาร์ดสัน KR - 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมและสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีในการเผชิญความเครียด และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.67 อายุอยู่ระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.67 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 53.33 ค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 46.67 ระยะเวลาทำหัตถการตรวจรักษาอยู่ในช่วงระหว่าง 30-60 นาที ร้อยละ 93.33 ใช้สารทึบรังสีชื่อ Hexabrix 320 ร้อยละ 96.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้

ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล $\bar{X} = 67.43$, S.D. = 4.18 ภายหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล $\bar{X} = 29.43$,

S.D. = 3.33 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	67	35	32
2	73	30	43
3	64	29	35
4	67	34	33
5	71	32	39
6	67	29	38
7	60	30	30
8	64	27	37
9	73	22	51
10	68	26	42
11	73	29	34
12	63	33	30
13	62	30	32
14	65	32	33
15	69	30	39
16	70	31	39
17	73	39	34
18	59	25	34
19	58	26	32
20	72	32	40
21	70	29	51
22	67	26	41

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
23	69	28	41
24	69	27	42
25	70	30	40
26	67	29	38
27	68	27	41
28	72	31	41
29	65	27	38
30	68	28	40
\bar{X}	67.43	29.43	38.0
S.D.	4.18	3.33	5.22

ความร่วมมือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ ทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียม
ความพร้อมในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

มีพฤติกรรมความร่วมมือในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้า
หลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 90 ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ระดับความร่วมมือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความร่วมมืออยู่ในระดับสูงมากที่สุด (4 คะแนน)	27	90
ความร่วมมืออยู่ในระดับสูง (3 คะแนน)	3	10
ความร่วมมืออยู่ในระดับปานกลาง (2 คะแนน)	-	-
ความร่วมมืออยู่ในระดับน้อย (1 คะแนน)	-	-
ความร่วมมืออยู่ในระดับน้อยที่สุด (0 คะแนน)	-	-
รวม	30	100

การอภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียม ความพร้อมในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูล
เตรียมความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล \bar{X} =
67.43, S.D. = 4.18 ภายหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียม
ความพร้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล \bar{X} = 29.43,
S.D. = 3.33 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน

เฉลี่ยของความวิตกกังวล พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบการให้
ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ
ความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียม
ความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้อง
กับการศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้
ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่
ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความวิตกกังวลน้อยกว่า

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .059 และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแผลที่เท้าต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0511 เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม¹²

ความร่วมมือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ ทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีค่าคะแนนความร่วมมืออยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .059

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองสามารถลดความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมองได้จริง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความร่วมมือในการทำหัตถการซึ่งเอื้อต่อแผนการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อการทำหัตถการของผู้ป่วยโรคอื่นๆ

2. ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรพัฒนานวัตกรรม สื่อการให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย และให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งแต่ละกลุ่มโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Imsuk K. Effect of Multidisciplinary Development Care Model in Patients with Stroke at Chao Phya Abhaibhubejhr. Journal of Nurse Association of Thailand. North-Eastern Devision 2011; 29(3): 15-24.
2. Christman, N.J., Faan, Oakley, M.G., & Cronin, S.N. Developing and Using Preparatory Information for Women Undergoing Radiation Therapy for Cervical or Uterine Cancer. ONF 2001; 28(1): 93-98.
3. McDonnell, A. A systematic review to determine the effectiveness of preparatory information in improving the outcomes of adult patients undergoing invasive procedures. Clinical Effectiveness in Nursing 1999; 8(3): 4-13.
4. ลดาวัลย์ อางหาญ. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
5. สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
6. อูราวดี เจริญไชย. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
7. ลิกิจ โหระฤทธิ์. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหาร (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. งามพิศ ธนไพศาล. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวางสายล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
9. มัณฑนา สังคมกำแหง. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. Christman, N.J., Faan, & Cain, L.B. The Effects of Concrete Objective Information and Relaxation on Maintaining Usual Activity During Radiation Therapy. Oncology Nursing Forum 2004; 31(2): 39-45.
11. เยาวลักษณ์ สีหะวิมล. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแผลที่เท่าต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
12. Philippe, F., Meney, M., Larrazet, F., Ben, A., F., Dibie, A., & Meziane, T. et al. Effects of video information in patients undergoing coronary angiography. Arch Mal Coeurvais 2006; 99(2): 95-101.

การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2560

นพ.จารุวัฒน์ แจ่มวัง* พ.บ.
 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

Dr.Jaruwat Jangwang
 Surgery HongKhai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรี กลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง มะเร็งเต้านม จำนวน 166 ราย การคัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการเดือน มกราคม 2560 - กุมภาพันธ์ 2560 ขั้นตอนการศึกษาครั้งนี้ สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วสงสัยพบ อสม.หรือ นสค. ตรวจเต้านมซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบความผิดปกติ ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการตรวจคัดกรองที่ซับซ้อนมากขึ้นด้วยวิธีด้วยแมมโมแกรม ร่วมกับอัลตราซาวด์ ประกอบการตัดสินใจและจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการต่อไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.78 มีอาชีพรับราชการร้อยละ 57.83 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.90 มีรายได้เฉลี่ย 360,843 บาทต่อปี มีประจำเดือนร้อยละ 53.61 หมดประจำเดือน ร้อยละ 46.39 สถานะภาพสมรสร้อยละ 71 โสด ร้อยละ 16.87 มีประวัติการผ่าตัดบริเวณเต้านมร้อยละ 24.10 มีประวัติ ในครอบครัวหรือเครือญาติเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 7.83 มีประวัติการรับฮอร์โมนร้อยละ 3.61จากการตรวจคัดกรองด้วย วิธีแมมโมแกรม (Mammography) ตรวจพบสิ่งที่มีได้ตามปกติธรรมชาติในเต้านมมนุษย์(BIRADS 2) คิดเป็นร้อยละ 56.02 จำแนกเป็นหินปูนจำนวน 78 ราย และ เป็นถุงน้ำจำนวน 15 ราย ตรวจพบสิ่งที่สงสัยว่าผิดปกติ(BIRADS 4) จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.21ระดับความพึงพอใจต่อการบริการครั้งนี้อยู่ในระดับสูงมาร้อยละ 85.54

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้นำมาสู่การพัฒนา กำหนดวิธีปฏิบัติในการจัดบริการสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านมให้ได้รับ บริการที่เป็นมาตรฐานสากล ช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

The results of breast cancer screening in high risk women aged 30-70 years by mammogram and breast ultrasound in Muang district, Nong khai province in 2017.

Abstract

Objective : To study the results of breast cancer screening in high risk women aged 30-70 years by mammogram and breast ultrasound in Muang district, Nong khai province.

Material and methods : This study was a descriptive design. The data was collected from 166 women with high risk for breast cancer since January – February 2017. Women who found abnormality by breast self-examination would be re-examined by health officers. After that, mammogram and breast ultrasound were done for appropriate management planning. Data was analyzed by descriptive statistics, mean, percentage, minimum and maximum and standard deviation.

Results : Women with high risk for breast cancer were aged 41-50 years old, 45.78%, those were government officers 57.83% and merchants 25.90%. Average yearly income was 360,843 bath. Women with menstruation period were 53.61% and women with menopausal period were 46.39%. Marriage women were 71% and single women were 16.87%. 24.10% of participants had previous breast operation. 7.83% of participants had a family history of breast cancer. 3.61% of participants had a history of hormonal supplement. The results of mammogram showed BIRADS 2 were 56.02% ,including 78 were benign calcification and 15 were cyst, and BIRADS 4 were 2 (1.21%). The satisfaction with services was very high at 85.54%.

Conclusion : Breast cancer screening services for women with high risk should be developed to make breast cancer detection earlier.

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งในผู้หญิงที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ พบผู้ป่วยหญิงอเมริกันรายใหม่ที่มีการแพร่ของมะเร็งเต้านมจำนวน 246,660 คน¹ และที่ยังไม่มีการแพร่ของมะเร็งประมาณ 61,000 คน จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ² ระบุว่าผู้หญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 20,000 คนต่อปีหรือ 55 คนต่อวัน ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี³ คาดการณ์ว่าเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมราว 40,450 คนในปี พ.ศ. 2015 ส่วนในปี พ.ศ.2016 จังหวัดหนองคาย⁴ พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของเพศชายอันดับ 1 คือโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิงพบว่าอันดับ 1 มะเร็งเต้านม

สาเหตุการเกิดของมะเร็งเต้านม² ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด หากแต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น มีอายุมากกว่า 50 ปี ปัจจัยทางพันธุกรรม⁵ โดยเฉพาะหากครอบครัวมีญาติสายตรง เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมหลายคน หรือมีญาติเคยเป็นมะเร็งเต้านมพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ปัจจัยด้านฮอร์โมนเพศคือเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปีหรือประจำเดือนหมดช้าหลังอายุ 55 ปี ผู้หญิงที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี นอกจากนี้ผู้หญิงที่กินยาฮอร์โมนทดแทนหลังวัยทองเป็นระยะเวลานานเกิน 5 ปี รวมทั้งการดื่มสุราและการกินยาคุมกำเนิด (WHO) ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนบ้าง แต่ไม่ชัดเจนนักระยะอาการของมะเร็งเต้านมและโอกาสรักษาให้หายอาจเรียกว่าเป็นโรคร้ายที่แฝงมาอย่างเงียบๆ เพราะอาการเริ่มต้นของมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่่มักจะไม่มีรู้สึกเจ็บ จนกระทั่งก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น เมื่อนั้นผู้ป่วยจึงจะเริ่มรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น การป้องกันและการรักษา การตรวจเช็คเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นประจำทุกเดือน และเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ควรเข้ารับการตรวจทางรังสีด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ร่วมกับอัลตราซาวด์^{5,6} (ultrasound) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้น หรือระยะก่อนลุกลามเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หาย ถ้าก้อนที่ตรวจเจอจากแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ มีลักษณะที่บ่งบอกว่ามีโอกาสเป็นมะเร็ง การดูแลตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง

เต้านม และการค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะที่ก้อนมีขนาดเล็ก และก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านม ยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง จึงเป็นเรื่องสำคัญ

จากการศึกษา⁷ มะเร็งเต้านม:ระดับวิทยา การป้องกันและแนวทางการคัดกรอง จากการณ์รณรงค์การตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammogram) การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ แต่ใช้ปริมาณรังสีน้อยกว่าเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป 30-60 % มีประสิทธิภาพในการตรวจหามะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่วัยแรกๆ เนื่องจากภาพที่ได้จากการตรวจมีความละเอียดสูง ทำให้สามารถเห็นจุดหินปูนหรือเนื้อเยื่อที่ผิดปกติขนาดเล็ก⁸ ทำให้สามารถระบุตำแหน่งและค้นหาความผิดปกติของเต้านมได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น ทำให้ในปัจจุบันแพทย์ สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่วัยแรกสำหรับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม หลักๆ คือการผ่าตัดสำหรับมะเร็งระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย การให้เคมีบำบัด การฉายแสง การให้ยาต้านฮอร์โมนและให้ยาออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็ง ถ้ามะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เราจะให้ยาเคมีบำบัดเป็นตัวหลักเพราะการผ่าตัดอาจไม่ช่วยในเรื่องที่มะเร็งแพร่กระจาย อย่างไรก็ตาม หากมะเร็งแพร่ไปยังอวัยวะที่ไม่สำคัญ เช่น ผิวหนัง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อีกนาน แต่ถ้ากระจายไปที่ตับ ปอดหรืออวัยวะภายใน อัตราการรอดชีวิตก็จะลดลง ทั้งนี้การรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

จากเหตุผลดังกล่าวผู้ทำการวิจัยจึงได้การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคายโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ปี 2559

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย CUP โรงพยาบาลหนองคายจำนวน 166 คน โดยกำหนดคุณสมบัติมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและตอบคำถามได้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive) เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ที่ผ่านการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย เป็นระยะเวลา 1 ปี (2559)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 แบบบันทึกข้อมูลในการตรวจ Mammography

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการของ กพร.⁸

2.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาชีพ การศึกษาและรายได้

1.1 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านมมีอายุอยู่ในระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.78 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 59.5 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 158.3 เซนติเมตร ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการร้อยละ 57.83 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.90 และมีรายได้เฉลี่ย 360,843 บาทต่อปี แสดงใน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง (n = 166 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
31-40 ปี	21	13.25
41-50 ปี	76	45.78
51-60 ปี	56	33.74
61-70 ปี	12	7.23
\bar{X} = 48.37 ปี ,SD =7.92, min = 31 ปี , max = 70 ปี รวม	166	100
อาชีพ		
เกษตรกร	18	10.84
รับจ้าง	3	1.81
ค้าขาย	43	25.90
แม่บ้าน	6	3.62
รับราชการ	96	57.83
รวม	166	100
รายได้/ปี		
50,000-100,000 บาท/ปี	25	15.06
100,001-200,000 บาท/ปี	26	15.67
200,001-300,000 บาท/ปี	24	14.46
300,001-400,000 บาท/ปี	18	10.84
400,001-500,000 บาท/ปี	35	21.08
500,001-600,000 บาท/ปี	32	19.28
600,001-700,000 บาท/ปี	6	3.61
\bar{X} = 360,844 บาท ,SD =1.37 , min = 50,000บาท , max = 700,000 บาท		
รวม	166	100

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของสตรีกลุ่มเสียงสูงต่อมะเร็งเต้านม

ผลการสัมภาษณ์ตามแบบของสตรีกลุ่มเสียงสูงต่อมะเร็งเต้านม จำนวน 166 ราย พบว่า มีประจำเดือนมากที่สุดจำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.61 และหมดประจำเดือนแล้วจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 46.39 พบว่าสถานะภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 71 รองลงมา โสด จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.87 ยังพบว่าสตรีกลุ่ม

เสียงสูงส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คนจำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.08 รองลงมาไม่มีบุตรจำนวน 1 คน จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.07 และพบว่าสตรีกลุ่มเสียงสูงมีประวัติการผ่าตัดจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.10 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองพบผิดปกติ ทุกราย มีประวัติในครอบครัวหรือเครือญาติเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 7.83 มีประวัติการรับฮอร์โมน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.61 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม	สตรีกลุ่มเสียงสูง (n = 166ราย)	
	จำนวน /ราย	ร้อยละ
ประจำเดือน		
มี	88	53.61
ไม่มี	78	46.39
สถานะภาพ		
โสด	28	16.87
สมรส	118	71.08
หย่าร้าง/หม้าย	20	12.05
จำนวนบุตร		
0	36	21.68
1 คน	30	18.07
2 คน	75	45.18
3 คน	20	12.05
4 คน	5	3.01
ประวัติการเคยผ่าตัดเกี่ยวกับบริเวณเต้านม		
เคย	40	24.10
ไม่เคย	126	75.90
ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบความผิดปกติ		
ปกติ	0	0
ผิดปกติ	166	100

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งเต้านม	สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง (n = 166ราย)	
	จำนวน /ราย	ร้อยละ
ประวัติคนในครอบครัว หรือเครือญาติเป็นมะเร็งเต้านม		
มี	13	7.83
ไม่มี	153	92.17
ประวัติการรับการรักษาด้วยฮอร์โมน		
เคย	6	3.61
ไม่เคย	160	96.39

ตารางที่ 3 ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงด้วยวิธีแมมโมแกรม (Mammography) ร่วมกับอัลตราซาวด์⁵

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง ด้วยวิธีแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์	สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง (n = 166ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
BIRADS 1 = ปกติ	42	25.30
BIRADS 2 = ตรวจพบสิ่งที่มีได้ตามปกติธรรมชาติในเต้านม มนุษย์		
1.ทึนปูน	78	46.98
2.ถุงน้ำ	15	9.04
BIRADS 3 = ตรวจพบสิ่งที่คาดว่าน่าจะปกติ F/U อีก 6 เดือน		
1.ทึนปูน	22	13.25
2.ถุงน้ำ	7	4.22
BIRADS 4 = ตรวจพบสิ่งที่สงสัยว่าผิดปกติ	2	1.21
BIRADS 5 = ตรวจพบมะเร็ง	0	0

ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลจากการสำรวจความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง มะเร็งเต้านม ก่อนเข้าร่วมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมวิธีแมมโมแกรม (Mammography) ร่วมกับอัลตราซาวด์มีความพึงพอใจต่อบริการ อยู่ในระดับน้อยจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.48 รองลงมา มีความพึงพอใจต่อบริการ

อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.67 ภายหลังสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าร่วมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมวิธีแมมโมแกรม(Mammography)ร่วมกับอัลตราซาวด์พบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการมากที่สุด จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.54 รองลงมา มีความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.46 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมวิธีแมมโมแกรม (Mammography) ร่วมกับอัลตราซาวด์

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ก่อน (N=166 ราย)		หลัง (N=166 ราย)	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยที่สุด (0 –20 คะแนน)	18	10.84	0	0
น้อย (21-40คะแนน)	117	70.48	0	0
ปานกลาง (41-59 คะแนน)	31	18.67	0	0
มาก (60-79 คะแนน)	0	0	24	14.46
มากที่สุด (80-100 คะแนน)	0	0	142	85.54

สรุปวิจารณ์และอภิปรายผล

สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งเต้านม สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด หากแต่มีปัจจัยเสี่ยง หลายประการที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น มีอายุมากกว่า 50 ปี พันธุกรรม มีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีประจำเดือน เมื่ออายุน้อยหรือประจำเดือนหมดช้า สตรีที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตร คนแรกอายุมาก สตรีที่กินยาฮอร์โมนทดแทนหลังวัยทองเป็น ระยะเวลาเกิน 5 ปี รวมทั้งการดื่มสุราและการกินยาคุม กําเนิด การดูแลตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงถือเป็นเรื่องสำคัญ มากอันดับ 1 การรู้จักวิธีเฝ้าระวังและการป้องกันโดยการตรวจ เต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ พบความผิดปกติ เกิดขึ้นที่เต้านมตนเอง มารับการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ ประจำชุมชน/หมู่บ้าน (นสค.) หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ มีการ ส่งต่อโรงพยาบาลหนองคายเพื่อรับการคัดกรองที่มีความยุ่งยาก มากขึ้น การตรวจคัดกรองเต้านมโดยวิธีการคลำ ไม่สามารถพบ ความผิดปกติที่เต้านมที่มีก้อนขนาดเล็กๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ การตรวจหา มะเร็งในระยะเริ่มต้น หรือระยะก่อนลุกลามเพื่อเพิ่มอัตรา การรอดชีวิตหรืออัตราการรักษาให้หาย ถ้าก่อนที่ตรวจเจอ จากแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ มีลักษณะที่บ่งบอกว่ามีโอกาส เป็นมะเร็ง การดูแลตัวเองเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง เต้านม และการค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะ ที่ก้อนมีขนาดเล็ก และก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านม ยังไม่ แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อนำผล มาประกอบการดูแลและรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงตามมาตรฐานสากล^{2,5,6,7}

ผลจากการศึกษาผลของตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับ อัลตราซาวด์ ข้อมูลทั่วไปพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านม มีอายุอยู่ในระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.78 มีอาชีพ รับราชการร้อยละ 57.83 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายคิดเป็น ร้อยละ 25.90 และมีรายได้เฉลี่ย 360,843 บาทต่อปี ปัจจัยเสี่ยง

พบว่า มีประจำเดือนร้อยละ 53.61 และหมดประจำเดือนจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 46.39 สถานะภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71 โสด ร้อยละ 16.87 มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 71.08 รองลงมาไม่มีบุตรจำนวน 1 คนร้อยละ 18.07 และพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงมีประวัติการผ่าตัดจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.10 มีประวัติในครอบครัวหรือเครือญาติเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 7.83 มีประวัติการรับฮอร์โมน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.61 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{9,10,11,12,13} ในเรื่องผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง จากการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันมะเร็งเต้านมในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดอบรมความ อสม. เชี่ยวชาญตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ครอบครัวทุกชุมชน/หมู่บ้าน ทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติ และนำมาจัดกลุ่ม ปกติ และกลุ่มเสี่ยงสูงกลุ่มเสี่ยงสูง ส่งเข้ารับการตรวจคัดกรองในสถานบริการแม่ข่ายทางผู้วิจัยซึ่งในฐานะผู้ดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ออกแบบจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีการให้ความรู้ และตรวจเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงด้วยวิธีการคลำ เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจในการวินิจฉัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจึงส่งตรวจคัดกรอง แมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้นพบว่าตรวจพบสิ่งที่มีได้ตามปกติธรรมชาติใน เต้านมนมมนุษย์ (BIRADS 2) มากที่สุด จำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.02 จำแนกเป็นหีนปูนจำนวน 78 ราย และ เป็น ถุงน้ำจำนวน 15 ราย นอกจากนั้นยังตรวจพบสิ่งที่สงสัยว่าผิดปกติ (BIRADS 4) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.21 สอดคล้องกับการศึกษาและแนวทางการคัดกรอง จากการรณรงค์การตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammogram) ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจ ่ต่อบริการมากที่สุดถึงร้อยละ 85.54 จากการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง “ประทับใจในการจัดบริการครั้งนี้มาก ปกติจะเห็นการจัดบริการแต่ในโรงพยาบาลศูนย์ฯ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย” “ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธา” “มีความมั่นใจในการให้บริการโรงพยาบาลหนองคาย และไม่คิดจะย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น”

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้เห็นแนวทางการจัดบริการสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านม ที่มีความชัดเจนขึ้น ทำให้ได้

นำมาจัดเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบครบวงจร ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เดือนละครั้ง ถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่ประชาชนทุกคนต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. การสร้างความเชื่อมั่น และคุณภาพบริการของโรงพยาบาลหนองคายและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีระบบการทำงานแบบไร้รอยต่อ ในการดูแลผู้รับบริการ
3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรทำให้ท้องถิ่นร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อมะเร็งเต้านมต่อไป

สรุป

การศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30-70 ปี ด้วยแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ พบหีนปูนมากที่สุดซึ่งถ้าปล่อยไว้นานๆ มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งเต้านม และได้นำมาจัดการโดยการผ่าตัด เพื่อกำจัดต้นตอของโรคมะเร็งเต้านม ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานๆ การรักษาจะมีความซับซ้อน และมีความยุ่งยากมากขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยก็สูงมากขึ้นด้วยเช่นกัน

บรรณานุกรม

1. America Cancer society. Breast Cancer Facts & Figures; 2015-2016. P 3.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ 2556-2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์;2556.p 11,35,40,45.
3. Hospital – Based Cancer Registry. กรุงเทพฯ. บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด 91/24 หมู่ 4 ซอยรามอินทรา 21 ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพฯ; 2560.p 31.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ; หนองคาย : สำนักงานสาธารณสุข.2559.
5. World health organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics Tumours of the Breast and Female genital organs. IARC Press Lyon; 2003. p.14,17.
6. วิชัย เอกพลากร.(2559). การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม.วารสารสาธารณสุข; 25(4):p 583.
7. ภรณ์ เหล่าอิทธิ, นภา ปริญญานิติกุล. (2016). มะเร็ง: ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการคัดกรอง. Chula MedJournal 2560; 60(5) :p 498-505.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของจังหวัด งานบริการผู้ป่วยนอก.[ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 25มกราคม 2560]:แหล่งข้อมูลจาก www.opdc.go.th/uploads/files/M_E/Questional_hospital.doc
9. จารุวรรณ ป้อมกลาง, รัตน์ศิริ ทาโต. (2557).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ. วารสารกิจการรุณย์ 2557; 21(3) :p 155-167.
10. พັນภา ศรีเครือดำ และคณะ. (2556). ผลของโปรแกรม การพัฒนาศักยภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนสุรินทร์. วารสารการพยาบาลสาธารณสุขชุมชน 2556; 27(3) :p 71-82.
11. ปิยะนุช จิตตบุญท์ และคณะ. (2557).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเขตเทศบาลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร 2557; 27(2) :P 153-163.
12. พิมพ์พรรณ สุวรรณลิขิต. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นมะเร็งเต้านม จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 ; 29(2) :p 277-288.
13. มาลีณี ไพบุญย์ และคณะ.(2556). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสตรี แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์.ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 82(1) :115-119.

การตกค้างของสารโปรตีนจากการล้างเครื่องมือผ่าตัดกระดูกด้วยมือ โรงพยาบาลนครพนม

ณิชาดา เจริญนามเดชากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,
สิทธิพงษ์ สาคี พนักงานประจำตึก
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความสำคัญ : การล้างเครื่องมือแพทย์ด้วยมือ เป็นขั้นตอนแรก และมีความสำคัญ ก่อนจะนำไปสู่ขั้นตอนการทำให้ปราศจากเชื้อ หากมีคราบสกปรก หรือสารโปรตีนตกค้างในขั้นตอนการล้างเครื่องมือ อาจทำให้ประสิทธิภาพของการนำไปทำให้ปราศจากเชื้อลดลง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาร้อยละของเครื่องมือผ่าตัดกระดูกที่ไม่พบสารโปรตีนตกค้าง หลังจากผ่านการล้างทำความสะอาดด้วยมือ

รูปแบบศึกษา สถานที่ และผู้ป่วย : เป็นการศึกษา descriptiveresearch ที่งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม วัสดุที่ศึกษา เป็นเครื่องมือผ่าตัดกระดูก ได้แก่ set ใส่ screw, set ผ่า tibia-femoral, set ผ่าตัดเล็ก และ set ใส่ mini-plate (maxillofacial) จำนวน 57 ชิ้น ศึกษาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2560

การวัดผล และวิธีการ : ทดสอบประสิทธิภาพการทำความสะอาดเครื่องมือทางการแพทย์ หลังล้างด้วยมือ โดยใช้ชุดทดสอบโปรตีนตกค้าง (protein detection test)วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ

ผล : เครื่องมือผ่าตัดกระดูกทั้งหมด 57 ชิ้น ผ่านการทดสอบร้อยละ 28.1 เมื่อจำแนกเป็นแต่ละ set เครื่องมือผ่าตัดพบว่า set ผ่าตัดเล็ก และ set mini-plate (maxillofacial) ผ่านร้อยละ 71.4 set ใส่ set screw ไม่ผ่านการทดสอบทั้งหมด

Set เครื่องมือผ่าตัดกระดูก	จำนวน (ชิ้น)	ผ่าน	
		ชิ้น	ร้อยละ
Set ใส่ screw	22	0	0
Set ผ่า Tibia-Femoral	14	1	7.1
Set ผ่าตัดเล็ก	14	10	71.4
Set ใส่ mini-plate (maxillofacial)	7	5	71.4
รวม	57	16	28.1

ข้อยุติ และการนำไปใช้ : การล้างเครื่องมือด้วยมือ ยังพบว่ามีการโปรตีนตกค้างอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม ในการวัดประสิทธิภาพของเครื่องมือแพทย์โดยใช้ผลการวัดประสิทธิภาพทางชีวภาพหลังทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่าผ่านทั้งหมดควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อหาวิธีการล้างเครื่องมือให้ปราศจากสารโปรตีนตกค้างด้วยวิธีอื่น เช่น การล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ

คำสำคัญ : Contamination, Residual Protein, Operational Instruments, Manual Cleaning

ความสำคัญ

การล้าง (Cleaning) เครื่องมือแพทย์ทุกประเภทนับเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญที่สุด(1)คิดเป็นร้อยละ 80-90 ของกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ(2) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดคราบสกปรกที่ติดอยู่ ได้แก่ เลือด เยื่อเมือก สารคัดหลั่ง น้ำมัน หรือสารต่าง ๆ เป็นการลดจำนวนเชื้อจุลชีพและสารก่อโรคออกจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งการล้างทำความสะอาดที่มีประสิทธิภาพสามารถกำจัดเชื้อจุลชีพได้ถึงร้อยละ 80(3) หากไม่สามารถกำจัดคราบสกปรกเหล่านี้ ให้หลุดออกไปได้เชื้อจุลชีพจะถูกปกคลุมด้วยคราบเหล่านี้ จะทำให้ยากต่อการทำให้ปราศจากเชื้อเนื่องจากคราบสกปรกเหล่านี้จะขัดขวางปฏิกิริยาของสารทำให้ปราศจากเชื้อ(4) ส่งผลให้กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อไม่มีประสิทธิภาพและเป็นแหล่งเชื้อโรคนำเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยได้(5) ผลกระทบจากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ล้างไม่สะอาดก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่า ทำให้เกิดอัตราการติดเชื้อในข้อเข่าจากการส่องกล้องในข้อ (Arthroscopy) 1.5 ครั้งต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง(6) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มารักษาด้วยการส่องกล้องในข้อโดยใช้กล้องที่ล้างไม่สะอาดก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ ทำให้ผู้ป่วย 27 รายติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และ 24 ราย ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อทำการผ่าตัดซ้ำและต้องสูญเสียเงินในการรักษาเพิ่มขึ้นเฉลี่ยรายละ 9,154.84 เหรียญสหรัฐ(7)

สาเหตุของการล้างเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดจากบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการล้างขาดความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในการขัดล้างเครื่องมือที่เข้าถึงซอกมุมได้ยาก หรือแม้แต่ความตั้งใจในการทำงานให้ถูกหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออาจทำให้การล้างเครื่องมือแพทย์ขาดประสิทธิภาพได้ นงเยาว์ เกษตรภิบาล ทำการศึกษาทักษะของบุคลากรในการทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่า ขั้นตอนการทำความสะอาดก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อไม่ถูกต้องร้อยละ 44.8(8) การล้างที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้พบคราบสกปรกหรือคราบอินทรีย์สารตกค้าง ถึงร้อยละ 84.3 ของอุปกรณ์ผ่าตัดทั้งหมดที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ(9) เช่นเดียวกับการล้างเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 63 ชุด พบเครื่องมือที่ยังคงพบสิ่งตกค้างอยู่ในหลังการล้างร้อยละ

22(10) ดังนั้นขั้นตอนการล้างจึงต้องมีวิธีการตรวจสอบหลังทำการล้างไม่ว่าจะเป็นการล้างด้วยมือหรือใช้เครื่องล้างเพื่อตรวจสอบสิ่งตกค้างที่ฝังลึกอยู่ในเครื่องมือแพทย์(11)

การตรวจสอบประสิทธิภาพการล้างเครื่องมือแพทย์สามารถตรวจสอบได้ด้วยตาซึ่งเป็นขั้นพื้นฐานและขั้นตอนแรกของการตรวจสอบทั้งนี้อาจมีบางส่วนที่มองด้วยตาไม่เห็น เช่นเชื้อ prion ซึ่งมีโครงสร้างเป็นสายใยโปรตีนที่ทนทาน ความร้อนและสามารถติดแน่นบนพื้นผิวเครื่องมือแพทย์(11) หรือคราบเลือดที่อาจตกค้างในส่วนที่ขัดล้างได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นอาจต้องใช้วิธีอื่นที่สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพได้

โรงพยาบาลนครพนมใช้วิธีการล้างเครื่องมือแพทย์ด้วยมือ (หมายถึง การทำความสะอาดเครื่องมือทีละชิ้นโดยเจ้าหน้าที่ขัดล้างเครื่องมือใช้แปรงขัดถูและขัดถูได้น้ำ) และยังไม่เคยมีการตรวจสอบคุณภาพในขั้นตอนของการล้างเครื่องมือ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการล้างเครื่องมือผ่าตัดกระดูกซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีซอกและซอต่อมากมายโดยใช้วิธีการตรวจสอบหาสารโปรตีนตกค้าง ซึ่งสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพได้อย่างทั่วถึงมากกว่า การตรวจสอบด้วยตาและผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจสอบประสิทธิภาพครั้งนี้เป็นการแสดงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพในกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อของหน่วยงานจ่ายกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพและชัดเจน

แนวคิด

ความสามารถในการล้างจัดสารอินทรีย์ สิ่งสกปรก ฝุ่นละอองและสิ่งปนเปื้อนออกจากเครื่องมือผ่าตัดด้วยมือ และประเมินความสะอาดหลังการล้างด้วยมือโดยการตรวจสอบโปรตีนตกค้าง (Protein Detection Test)

วิธีการ

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการล้างเครื่องมือผ่าตัดกระดูกด้วยมือ ขนาดศึกษากำหนด 10% ของจำนวน set เครื่องมือผ่าตัดกระดูกของแต่ละ set ที่ใช้ใน 1 เดือน ดังนั้นขนาดศึกษา (จำนวนชิ้น) จำแนกตามชนิดของแต่ละ set ทดสอบประสิทธิภาพการทำความสะอาดเครื่องมือทางการแพทย์

หลังล้างด้วยมือ โดยใช้ชุดทดสอบโปรตีนตกค้าง (protein detection test) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ

ผล : เครื่องมือผ่าตัดกระดูกทั้งหมด 57 ชิ้น ผ่านการทดสอบร้อยละ 28.1 เมื่อจำแนกเป็นแต่ละ set เครื่องมือผ่าตัด พบว่า set ผ่าตัดเล็ก และ set mini-plate (maxillofacial) ผ่านร้อยละ 71.4 set ใส่ set screw ไม่ผ่านการทดสอบทั้งหมด

อภิปราย

เครื่องมือที่ล้างคราบโปรตีนออกยากเกิดจากเครื่องมือสัมผัสกับเลือด สารคัดหลั่ง น้ำเมือก น้ำมัน หรือสารต่าง ๆ นานาเกินไป และมี ท่อ ข้อต่อ รอยหยัก รูสึก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกันคุณภาพงานบริการของหน่วยจ่ายกลาง และแสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นตามตัวชี้วัดคุณภาพการปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อในหน่วยจ่ายกลางในเรื่องของประสิทธิภาพการทำความสะอาดเครื่องมือทางการแพทย์โดยไม่พบสารโปรตีนตกค้างร้อยละ 0

ข้อยุติ และการนำไปใช้

การล้างเครื่องมือด้วยมือ ยังพบว่ามีสารโปรตีนตกค้างอยู่แต่อย่างไรก็ตาม ในการวัดประสิทธิภาพของเครื่องมือแพทย์โดยใช้ผลการวัดประสิทธิภาพทางชีวภาพหลังทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่าผ่านทั้งหมดควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อหาวิธีการล้างเครื่องมือให้ปราศจากสารโปรตีนตกค้างด้วยวิธีอื่น เช่น การล้างด้วยเครื่องล้างอัตโนมัติ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม นายแพทย์เกรียงไกร ประเสริฐ และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม ศ.ดร.นพ. ชัยนรินทร์ ปรทุมานนท์ ภาควิชาระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลนครพนม

เอกสารอ้างอิง

1. CSSD-gotoknow.org [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ขั้นตอนการทำความสะอาดอุปกรณ์; 2555 [เข้าถึงเมื่อ15 ก.ย. 2559].เข้าถึงได้จาก:<http://www.cssd-gotoknow.org/2014/02/cleaning.html>.
2. ชมรมศูนย์กลางงานปราศจากเชื้อแห่งประเทศไทย(Central Sterilizing Services Association of Thailand: CSSA). แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาด. จุลสาร CSSA สัมพันธ์ 2551;11:1-4
3. Gardener JF, Peel MM. Introduction to sterilization, disinfection and infection control. Melbourne: Churchill Livingstone;1991.
4. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Good Hospital Practice: Ethylene oxide sterilization and sterility assurance. Arlington;1992.
5. Greene VW. Reuse of disposable devices.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;1999.
6. Hanzen S, Bren V, Hargraves J. Arthroscopic knee infection: A red flag for errors in instrument reprocessing. Poster session presented at the APIC 29th annual education conference and international meeting. Nashville;2002.
7. Babcock HM, Carroll C, Matava M, L'ecuyer P, Fraser V. Surgical site infections after arthroscopy: Outbreak investigation and case control study. Arthroscopy The Journal of Arthroscopic & Related Surgery 2003;19:172-181.
8. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล:การประเมินการทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีนี้้งด้วยไอน้ำในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย, 2539.
9. Des Co teaux JG, Poulin EC, Julien M, Guidoin R. Residual organic debris on processed surgical instruments. Association of Operating Room Nurses Journal 1995;62:23-30.
10. Leslie T, Aitken DA, Barrie T, Kirkness CM. Residual debris as a potential cause of postphacoemulsificationendophthalmitis. Eye 2003;17:506-512.
11. สมศักดิ์ วัฒนศรี. พลิกหน่วยงานจ่ายกลางให้ทันสมัย. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2548;36:517-522.

การตรวจหาการระบาดไข้หวัดใหญ่ตลอดปีของประชากรจังหวัดนครพนม วิธี Rapid test

นางสาวจิตรลัดดา คำดี

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

หลักการและเหตุผล

โรคของระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหลากหลายชนิด อาการแสดงของโรค มีความแตกต่างกันไป ไข้หวัดใหญ่เป็นหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เป็นการติดเชื้อไวรัส Influenza พบเป็นการติดเชื้อทางเดินระบบหายใจได้ตลอดปี ผู้ป่วยจะพบมากทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในเด็กจะพบมากเป็นพิเศษ ในปัจจุบันกลไกการเกิดโรค หรือ พยาธิสภาพของโรคเปลี่ยนไป ด้วยคุณสมบัติของตัวเชื้อเอง และพบมีการติดเชื้อในคนสุขภาพดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในอดีตการวินิจฉัยโรคในฤดูระบาดการวินิจฉัยทางวิทยาศาสตร์ยังไม่เป็นที่รู้จักและนิยม จะวินิจฉัยโรคทางด้านวิทยาศาสตร์ในกรณีมีการระบาดใหญ่ และรุนแรง ด้วยชุดตรวจหลักการขั้นสูง PCR (Polymerase Chain Reaction) ซึ่งใช้ระยะเวลาตรวจนาน ราคาแพง และ ในการวินิจฉัยโรคในปัจจุบันแพทย์จะวินิจฉัยจาก ลักษณะอาการเพียงอย่างเดียว อาจยากที่จะบอกผู้ป่วยรายใด เป็นไข้หวัดใหญ่ รายใดเป็นไข้หวัดธรรมดา จากการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ ในช่วงที่มีการระบาด อาจจะช่วยให้อาการดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า ไข้หวัดใหญ่มีการพบการติดเชื้อได้ตลอดทั้งปี อาการแสดงไม่จำเพาะเพื่อเป็นการช่วยยืนยัน สนับสนุนโรค โดยอาศัยผลการตรวจวิเคราะห์ ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทราบผลเร็ว และ ตรวจจับเชื้อได้ถูกต้อง (rapid test : Immunochromatography) และจากการศึกษาพบว่า โรคนี้มีอัตราเสียชีวิตสูง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว ถึงแม้ว่า การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ จะเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด แต่วัคซีนยังไม่มีปริมาณมากเพียงพอ ที่จะนำมาให้กับประชาชนทั่วไปทุกคน อีกทั้งในปัจจุบัน ยาที่ใช้ในการทำลายเชื้อโรค เช่น ยาโอเซล

ทามิเวียร์ (Oseltamivir) ซึ่งเป็นยาที่ใช้จำเพาะกับโรคยังเป็นยาที่ควบคุมต้องจ่ายยานี้

โดยแพทย์เท่านั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา และเรียนนำเสนอการตรวจหาเชื้อก่อโรค ที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการวิเคราะห์ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทราบผลเร็ว และ ตรวจจับเชื้อได้ถูกต้องด้วยวิธี Rapid test เก็บตัวอย่างที่จำเพาะ Nasopharyngeal swab ต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่สงสัย โดยจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ การวินิจฉัยเบื้องต้นที่ถูกต้อง แม่นยำผู้ป่วยได้รับยารักษาที่ตรงกับชนิดของโรค ลดอัตราการติดเชื้ออีกทั้งได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อที่ตรงกับเชื้อและยังสามารถลดอัตราการแพร่กระจายของเชื้อ ลดการนอนโรงพยาบาล ลดโรคแทรกซ้อน ลดการหยุดงาน หยุดเรียน และ ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้

วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

1. การตรวจจับเชื้อและแยกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากโรคติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดนครพนมพบมีการระบาดตลอดปี ออกจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อโรคติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสชนิดอื่นๆ
2. แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยรายสงสัย และ นิยามเข้ากับโรคติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ทุกแผนกมีการส่งตรวจ rapid test : Immunochromatography ร่วมในการวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ในรายสงสัยก่อนจ่ายยาต้านไวรัส โอเซลทามิเวียร์ (Oseltamivir)

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลนครพนม อาศัยการซักประวัติและจากอาการทางคลินิกก็เพียงพอ แต่ในปัจจุบันเชื้อก่อโรกระบบทางเดินหายใจโดยทั่วไปที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสแตกต่างกันและอาการแสดงของโรคที่มีความหลายหลายการจะจำแนกไข้หวัดจากเชื้อชนิดอื่นๆ ออกจากไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีอาการคล้ายๆ ไข้หวัดใหญ่ แต่มีข้อแตกต่างกันนั้นต้องมีการทดสอบวิเคราะห์ที่สามารถบ่งชี้ชนิดของเชื้อก่อโรคได้ ความสำคัญที่จะต้องแยกไข้หวัดใหญ่ ออกจากโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ นั้นเนื่องจาก ไข้หวัดใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่า และโดยทั่วไป อาการจะรุนแรง และยาวนานกว่า แต่ไข้หวัดใหญ่โดยเฉพาะ ในกลุ่มเสี่ยง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิตได้ เช่น ปอดบวม ดังที่พบในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพนม ดังนั้น หากสามารถแยกเชื้อไข้หวัดใหญ่ออกได้ ก็จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ดีขึ้น การจะวินิจฉัยไข้หวัดใหญ่ได้ จากลักษณะอาการเพียงอย่างเดียวอาจยากที่จะบอกว่าผู้ป่วยรายใด เป็นไข้หวัดใหญ่ รายใดเป็นไข้หวัดธรรมดา จากการติดเชื้อไวรัส อื่นๆ ในช่วงที่มีการระบาด อาจจะช่วยให้นิวินิจฉัยได้ง่ายขึ้น การวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการทำได้โดย แยกเชื้อไวรัส จากไม้ป้ายคอ (throat swab) หรือ น้ำที่ดูดจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal aspirate) ซึ่งกินเวลาอย่างน้อยประมาณ

1 สัปดาห์ หรือ ด้วยการตรวจหาโปรตีนแอนติเจนของไวรัส ในสิ่งส่งตรวจนั้นซึ่งได้ผลเร็วในไม่กี่ชั่วโมง อย่างไรก็ตามการตรวจ ทั้ง 2 แบบนั้นยุ่งยาก และทำได้ในห้องปฏิบัติการบางแห่ง เท่านั้น และ ใช้ในการศึกษาติดตามการระบาดของไวรัส มากกว่าที่จะนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วย แต่ละราย จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเริ่มต้นคิด นำเสนอ การนำชุดตรวจการคัดกรองหาเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ และ จัดหา ชุดตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่ เข้ามาช่วยในการ ตรวจจับเชื้อ แยกชนิดของเชื้อไวรัสออกจากโรคติดเชื้ออื่นๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยรักษาร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ด้วยชุดตรวจที่การตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ทราบ ผลเร็ว และตรวจจับเชื้อได้ถูกต้อง วิธี rapid test ด้วยการเก็บ ตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ทำการศึกษาข้อมูลย้อน หลัง (Retrospective study) ในกลุ่มผู้ป่วย ที่เข้ามารับการ รักษาตรวจวินิจฉัย โรคไข้หวัดใหญ่ ในผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน เป็นระยะเวลา 12 เดือน เทียบกับ การศึกษา ไปข้างหน้า (Prospective study) ในผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในในเป็นระยะเวลา 12 เดือน วิธีที่ใช้ทดสอบ คือ ชุดตรวจ SD Bioline Influenza Antigen ใช้หลักการ Immunochromatography เพื่อใช้ตรวจแยกเชื้อ ไวรัส Influenza type A และ B ออกจากสิ่งส่งตรวจที่เป็นไม้ป้ายคอ (nasal swab, throat swab) หรือ ไม้ป้ายน้ำจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab)

กรอบแนวคิด

การตรวจหาการระบาดของไข้หวัดใหญ่ตลอดปีของประชากรจังหวัดนครพนม วิธี Rapid test

ตัวแปรต้น

- เพศ
- อายุ
- โรคประจำตัว

ตัวแปรตาม

โรคติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A,B
ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ
รุนแรง (severe pneumonia) แยกออกจาก
การติดเชื้อแบคทีเรีย และไวรัสชนิดอื่นๆที่ไม่ใช่
ไข้หวัดใหญ่

หลักการ (principle)

ชุดตรวจ SD bioline Influenza Antigen test strip จะถูกตรึงตำแหน่ง (Immobilize) ด้วย mouse monoclonal influenza A (แอนติบอดี อินฟลูเอนซา ชนิด เอ) และ mouse monoclonal influenza B (แอนติบอดี อินฟลูเอนซา ชนิด บี) ตามลำดับ และ แอนติบอดี ที่เคลือบไว้ดังกล่าว จะถูกใช้เป็นตัวตรวจจับแอนติเจน (Antigen) ซึ่งจะทำให้ชุดตรวจ SD Bioline Influenza Antigen สามารถตรวจแยกชนิดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ (type Influenza A) และไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด บี (type Influenza B) ได้โดยตรงจากตัวอย่าง (specimen) ที่เป็นไม้ป้ายคอ (nasal swab), (throat swab) หรือ ไม้ป้ายน้ำจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) ทำให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง และแม่นยำสูง

สิ่งส่งตรวจ

ไม้ป้ายคอ (nasal swab), (throat swab) หรือ ไม้ป้ายน้ำจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab)

การเก็บสิ่งส่งตรวจ

1.1 กรณีสิ่งส่งตรวจไม้ป้ายเชื้อ (swab) เก็บรักษาไว้ในอาหารเลี้ยงเชื้อ (viral transport media) ให้ใช้ปิเปตดูดเอาสารสกัดที่อยู่ในหลอด viral transport media ปริมาตร 100 ul และดูดสารน้ำ diluent media ปริมาตร 100 ul ลงในหลอดทดลอง หลังจากนั้นผสมให้เข้ากัน แล้วนำไปทดสอบในขั้นตอนต่อไป

1.2 กรณีสิ่งส่งตรวจ swab ไม่ได้เก็บรักษาไว้ใน viral transport media ให้ทำการสกัดตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.2.1 วางแถบทดสอบ (strip) และน้ำยาสกัด (Assay diluent) ไว้ในอุณหภูมิห้องก่อนทดสอบ

1.2.2 ถู dropper (หลอดหยด) ให้ตั้งตรงแล้วดูด Assay diluents ออกจากขวดโดยดูด ปริมาตรให้ถึงตำแหน่งขีดบนหลอดหยด (ประมาณ 300 ul) แล้วใส่ลงในหลอดทดลอง

1.2.3 ใส่ swab ที่เก็บตัวอย่างแล้วลงไปลงในหลอดที่บรรจุ diluents ที่เตรียมไว้และหมุน swab ไปมาอย่างน้อย 5 ครั้ง ขณะเดียวกันก็กดให้ swab ชนกับก้นหลอดและด้านข้างของผนังหลอดด้านใน อาจเอียงหลอดหมุนเพื่อให้ swab สัมผัสกับ diluents ได้ทั้งหมด

1.2.4 ก่อนดึง swab ออก ต้องหมุน swab ไปมา โดยต้องกดให้บริเวณของ swab ชนกับผนัง ด้านในหลอดโดยรีดน้ำยาสกัดใน swab ออกแล้วจึงดึงออก และทิ้งลงในถังขยะติดเชื้ออันตรายสูง (biohazard waste)

2. ขั้นตอนการตรวจ

2.1 ให้นำแถบทดสอบ (strip) ออกจากซอง

2.2 ใส strip ลงในหลอดทดสอบตามที่หัวลูกศรที่แสดงออกบนแถบทดสอบ อย่าจับหรือดึง strip ออกจนกว่าการทดสอบจะสมบูรณ์ และพร้อมที่จะอ่านผล

2.3 อ่านผลการทดสอบภายในเวลา 10-15 นาที

การรายงานผล

1. ผลลบ (negative): จะปรากฏแถบสี 1 แถบ ตรงบริเวณแถบควบคุมภายใน (อักษร C)

2. ผลบวก (positive)

2.1 ผลบวกกับ Influenza type A: จะปรากฏแถบสี 2 แถบ ตรงบริเวณแถบควบคุมภายใน (อักษร C) กับบริเวณที่ถูกตรึงตำแหน่ง (immobilize) ด้วย mouse monoclonal anti-Influenza A (แอนติบอดี ชนิด เอ (อักษร A))

2.2 ผลบวกกับ Influenza type B: จะปรากฏแถบสี 2 แถบ ตรงบริเวณแถบควบคุมภายใน (อักษร C) กับบริเวณที่ถูกตรึงตำแหน่ง (immobilize) ด้วย mouse monoclonal anti-Influenza B (แอนติบอดี ชนิด บี) (อักษร B)

3. ไม่สามารถแปลผลได้ (invalid): ไม่ปรากฏแถบสีใด ๆ บน strip เมื่อถึงเวลาอ่านผลแล้วให้ถือว่าเป็นการแปลผลไม่ได้ อาจแสดงว่าทำการทดสอบผิดขั้นตอนและควรทำการทดสอบซ้ำ

ข้อจำกัดของวิธีการทดสอบ

ชุดทดสอบนี้ใช้สำหรับการตรวจหาและแยกแอนติเจน Influenza A กับ influenza B จากตัวอย่าง ไม้ป้ายคอ (nasal swab, throat swab) หรือไม้ป้ายน้ำจากหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) ซึ่งสามารถแยกชนิด ระหว่างเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ (Influenza A) และเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด บี (Influenza B) ความผิดพลาดจากขั้นตอนการทดสอบ และการแปลผลผิด จะทำให้ผิดพลาดได้ ผลการทดสอบควรนำไปเชื่อมต่อกับข้อมูลทางคลินิก การตรวจได้ผลลบนั้น อาจเกิดได้จากกรณีที่ระดับของ แอนติเจน (antigen) ของเชื้อมีระดับต่ำกว่าที่ชุดทดสอบจะตรวจสอบได้ หรือ เกิดจากขั้นตอนที่เราเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ดังนั้นการที่ชุดทดสอบให้ผลลบไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการติดเชื้อไวรัส Influenza type อื่นๆ

ข้อควรระวัง

1. ใช้สำหรับการทดสอบภายในหลอดทดลองเท่านั้น
2. ห้ามรับประทานหรือสูบบุหรี่ขณะเก็บสิ่งส่งตรวจ
3. ใส่ถุงมือทุกครั้งขณะเก็บสิ่งส่งตรวจ และ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังจากตรวจเสร็จแล้ว
4. ถ้าทำสิ่งส่งตรวจตกหล่นควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
5. ควรทิ้งและทำลายสิ่งส่งตรวจ และชุดทดสอบ ที่ผ่านการตรวจแล้วทันที รวมทั้งสิ่งของซึ่งปนเปื้อน โดยทิ้งที่ขยะติดเชื้ออันตรายสูง
6. อย่าทำการทดสอบ ถ้าพบว่ากล่องสินค้า หรือ ของบรรจุสินค้าชำรุดเสียหาย หรือมีรอยฉีกขาด

การเก็บสิ่งส่งตรวจ

1. การเก็บสิ่งส่งตรวจ

1.1 เก็บจาก nasal swab (ช่องจมูก) โดยใช้ sterile swab ที่ให้มาในชุดป้ายบริเวณที่มีน้ำมูกหรือบริเวณที่มีสารคัดหลั่ง โดยการหมุนเบา ๆ ให้ดิน swab เข้าไปให้ลึกจนชนเยื่อจมูก (ประมาณน้อยกว่า 1 นิ้ว ภายใน จมูก) หมุน swab ไปมาบริเวณผนังจมูกประมาณ 5 ครั้ง ถ้าคนไข้มีน้ำมูก

แห้งให้ใช้ sterile Swab จุ่ม normal saline ก่อนทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ

1.2 เก็บจาก throat swab (ช่องลำคอ) โดยใช้ swab ป้ายแรงบริเวณผิวต่อมทอนซิลทั้ง 2 ข้าง และ บริเวณหลังกล่องเสียง หลังจากนั้นให้ดึง swab ออกจากปาก (ห้ามป้ายบริเวณลิ้น) แล้วนำไปทดสอบต่อไป

1.3 เก็บจากnasopharyngeal swab โดยการใช้ swab สำลี, โหม่งสังเคราะห์, โฟมหรือ swab โพลี เอสเทอ

สำหรับใช้ในการเก็บ nasopharyngeal swab โดยเฉพาะ swab แกนนุ่ม Nasopharyngeal swab เป็นวิธีการเก็บตัวอย่างที่ให้ผลการตรวจขั้นสุดที่ได้Yieldค่อนข้างสูง (วิธีการเก็บตัวอย่างอาจทำได้ยาก)

วิธีการเก็บ

1. ผู้เก็บตัวอย่างต้องป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และการแพร่เชื้อสู่ชุมชน
2. ต้องเตรียมผู้ป่วย โดยให้แหงหน้าขึ้นประมาณ 45 องศา อธิบายให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
3. วัดไม้สวอบ (Nasopharyngeal swab) จากปลายจมูกถึงติ่งหูของผู้ป่วย แล้วหักครึ่งให้ไม้สวอบทำมุม 90 องศา
4. ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกยาวๆ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยกลืนหายใจ
5. ผู้เก็บตัวอย่างควรเข้าเก็บตัวอย่างจากด้านหลังของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อมาสู่ผู้เก็บตัวอย่าง
6. สอดไม้สวอบ (Nasopharyngeal swab) เข้าจนสุดของครึ่งที่ได้หักไว้ (ถ้าสอดเข้าไม่ได้จนสุด แสดงว่าปลายสวอบเข้าไม่ถึงบริเวณ Nasopharynx) ให้พยายามขยับทิศทางของไม้เล็กน้อยจนสอดเข้าได้ การสอดไม้สวอบควรสอดในทิศทางตั้งฉากกับใบหน้าของผู้ป่วย จะทำให้สามารถสอดไม้สวอบเข้าจนสุดได้
7. หมุนไม้สวอบโดยรอบประมาณ 3 วินาที แล้วดึงไม้สวอบออก
8. จุ่มปลายสวอบลงใน Viral Transport Media และตัดปลายสวอบส่วนที่เกิดจากหลอดเก็บตัวอย่าง

9. ปิดฝาและนำส่ง ตัวอย่างส่งตรวจเหล่านี้ต้องปิดจุกให้สนิท พันด้วยเทป ปิดฉลาก แจ้งชื่อผู้ป่วย ชนิดของตัวอย่าง วันที่เก็บ บรรจุใส่ถุงพลาสติก รัดยางให้แน่น แช่ในกระติกน้ำแข็ง ให้นำส่งทันที ถ้าจำเป็นต้องรอ ควรเก็บไว้ในตู้เย็น (4 ช) ห้ามแช่ในช่องแช่แข็งของตู้เย็น ถ้าต้องการเก็บนานเกิน 72 ชั่วโมง ให้เก็บที่อุณหภูมิ -70 ช

หมายเหตุ Viral Transport Media ขอได้ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นหาว่าข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับเชื้อไวรัสก่อโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ และโรคไข้หวัดใหญ่
2. นำข้อมูลที่ได้ขอเข้าพบแพทย์ เพื่อปรึกษาเรื่องการใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ ในการตรวจจับเชื้อไวรัสก่อโรคทางเดินหายใจเพื่อวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่
3. แพทย์ส่งผู้ป่วย ในรายสงสัยอาการเข้ากับนิยามโรคตรวจ rapid test เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab เพื่อตรวจวิเคราะห์หาโรคไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่

เดือน ปี2559	จำนวน	Negative	FLU A	FLU B
มค	2	1		1
กพ	30	14	4	12
มีค	23	12	0	11
เมย	8	5	0	3
พค	26	25	0	1
มิย	17	16	0	1
กค	15	14	1	0
สค	10	10	0	0
กย	10	10	0	0
ตค	23	15	6	2
พย	16	11	4	1
ธค	11	11	0	0

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยแยกตามอายุที่ได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่

อายุ	จำนวน (ราย)
1mo.11mo.	5
1-4 yr	61
5-14yr	57
15-24yr	20
25-64yr	46
65+yr	13

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่ มค.-ธค.2559

	FLU A	FLU B	Negative
total	13	30	157
(H1N1)2009	6		
A3	12		

แนวโน้มของการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยจังหวัดนครพนมพบมากใน เดือน กพ. (30 ราย,14.56%) และมีแนวโน้มลดต่ำลงและระบาดเพิ่มสูงอีกใน เดือน พค. (26 ราย,12.62%) ถึงมิย.(17ราย,%) และใน เดือน ตค. (23 ราย,11.16%) ถึงพย.(16ราย,7.76%) จากผู้ป่วยที่มีอาการเข้านิยามโรคจำนวน 206 คน เพศชาย 98 คน (47.57%) เพศหญิง 102 คน (49.51%) ตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด B 30 ราย (62.5%) และไข้หวัดใหญ่ชนิด A 18 ราย (37.5%) จำแนกเป็นชนิด H3 12 ราย(66.6%) และ ชนิด A(H1N1)2009 5 ราย (27.7%) จำแนกตามกลุ่มอายุพบอายุตั้งแต่ 4 เดือนถึง 96 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 1 ปีถึง 4 ปี 61 ราย (29.61%) อายุระหว่าง5-14ปี 57 ราย (27.66%) ในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป 13 ราย (6.31%) พบมี 3 ราย ที่มีอาการรุนแรงโดยการเก็บตัวอย่าง suction พบให้ผลบวกชนิด A(H1N1)2009 ด้วยชุดตรวจRapid test และมีอาการรุนแรงดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและเรียนนำเสนอการตรวจหาเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพตรวจจับเชื้อ Influenza A virusในตัวอย่าง nasopharyngeal swab

ด้วยวิธี Rapid test ได้ถูกต้องต่อแพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยที่สงสัยและมีอาการเข้ากับนิยามที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพนม เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดและช่วยรักษาอาการของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง

ผลที่คาดว่าจะได้รับการจัดหาชุดตรวจวิเคราะห์ให้มีจำนวนเพียงพอเพื่อรองรับการตรวจวินิจฉัยโรคในแต่ละช่วงเดือนที่มีการระบาดของโรคในผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับนิยามโรคและอาการไม่จำเพาะได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่วิธี Rapid test ที่ถูกต้อง แม่นยำ ขั้นตอนการวิเคราะห์ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ทราบผลเร็วและ ตรวจจับเชื้อได้ถูกต้อง เพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ถูกต้อง แม่นยำ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับชนิดของโรคลดอัตราการติดเชื้ออีกทั้งได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อที่ตรงกับเชื้อ และสามารถลดอัตราการแพร่กระจายของเชื้อ ลดโรคแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จความสำเร็จ แพทย์จากหลายสาขา ทั้งแพทย์อายุรกรรม แพทย์เด็ก และแพทย์อื่นๆ ที่พบผู้ป่วยให้การตรวจวินิจฉัยโรค ผลการตรวจถูกต้องแม่นยำรวดเร็ว

ในเบื้องต้น แพทย์ใช้ผลการตรวจเบื้องต้นนี้ในการรักษาผู้ป่วย
ทันทีที่ทราบผลตรวจ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสใช้หวัดใหญ่
มีอาการดีขึ้นหลังได้รับยา ลดการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
และแล็บโรงพยาบาลนครพนมได้รับความอนุเคราะห์การ
ยืนยันผลการตรวจด้วยหลักการขั้นสูง PCR (polymerase
chain reaction) จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ เพื่อควบคุม
การแพร่ระบาดและช่วยรักษาอาการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
ซึ่งอัตราความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวินิจฉัยรักษาวัดจาก
แพทย์หลากหลายสาขามีการส่งตรวจคัดกรองเชื้อเพิ่มขึ้นใน
ทุกๆ ปี 1



เอกสารอ้างอิง

1. หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. “ไข้หวัดใหญ่ (Influenza/Flu)”. (นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ). หน้า 393-396.
2. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่-H1N1 (1 มกราคม – 26 ธันวาคม 2558)”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : beid.ddc.moph.go.th. [15 ก.ค. 2016].
3. คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. “ไข้หวัดใหญ่”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.tm.mahidol.ac.th. [16 ก.ค. 2016].
4. หาหมอต่อทคอม. “ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)”. (ศ.เกียรติคุณ พญ.พวงทอง โกพิบูลย์). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : haamor.com. [16 ก.ค. 2016].
5. Siamhealth. “ไข้หวัดใหญ่”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.siamhealth.net. [16 ก.ค. 2016].
6. ไข้หวัดใหญ่ อาการ สาเหตุ และการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ 10 วิธี !!
POSTED: เวลา 9:11 น. 16 กรกฎาคม 2016, UPDATED: 05 กันยายน 2016
7. <file:///C:/Users/user/Desktop/Siriraj%20E-Public%20Library.html> นพ.ประเสริฐ เอื้อวรากุล ภาควิชา จุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break) กับหลักการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี

มลิวลัย วงศ์พยัคฆ์

นักโภชนาการชำนาญการ

กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลนครพนม



อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break) ที่หลายท่านได้ยิน และอาจสงสัยว่ามีด้วยหรือ คืออะไร ทำอย่างไร และจะจัดอย่างไรให้เป็นอาหารว่างเพื่อสุขภาพ อาหารว่าง หมายถึง อาหารระหว่างมื้อ เป็นอาหารประเภทเบาๆ มีปริมาณอาหาร และพลังงานน้อยกว่าอาหารมื้อหลัก มีทั้งชนิดคาวและหวาน หรือทั้ง 2 อย่าง เป็นอาหารชิ้นเล็กๆ ขนาดพอคำ หยิบรับประทานได้ง่าย รับประทานกับเครื่องดื่ม - เครื่องขงชนิดร้อนหรือเย็น น้ำผลไม้ หรือน้ำเปล่าอย่างใดอย่างหนึ่ง เวลาสำหรับการรับประทานอาหารว่าง คือ 10.00 น. - 11.00 น. ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน และช่วงเวลา 14.00 น. - 15.00 น. ก่อนรับประทานอาหารเย็น

หลักในการเลือกอาหารว่างเพื่อสุขภาพ

1. มีคุณค่าทางโภชนาการ
2. ให้พลังงานไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน ประมาณ 150-200 แคลอรี
3. มีลักษณะหวานน้อย มันน้อย และเค็มน้อย

4. อาจมีส่วนประกอบของผักสดเพื่อเสริมเกลือแร่ และผลไม้สดสุกรสไม่หวานจัด เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามิน นอกจากนี้ยังช่วยให้ได้รับใยอาหาร

5. ควรเลือกเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้อยระบุปริมาณน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 5 เลือกนมพร่องมันเนย นมขาดมันเนย แทนนมเปรี้ยว หรือนมปรุงแต่งกลิ่นรสชนิดต่างๆ และดีที่สุดคือน้ำเปล่า

6. ประเภทเบเกอรี่ ควรเลือกขนมปังชนิดที่ทำจากโฮลวีท คุกกี้ควรมีส่วนผสมของธัญพืช เช่นข้าวโอ๊ต งาขาว งาดำ เมล็ดฟักทอง เมล็ดดอกทานตะวัน เป็นต้น เน้นลดไขมัน ลดหวานจัด และลดรสเค็ม

7. ประเภทขนมไทย ส่วนใหญ่มีประโยชน์ และมีส่วนประกอบของธัญพืช ผักและผลไม้ เช่น ถั่วแปบ ขนมกล้วย ขนมฟักทอง ลูกชุบ สาคุไส้หมู ข้าวเกรียบปากหม้อ เป็นต้น ควรเลือกรสอ่อน ไขมันน้อยและเลือกขนมไทยที่มีรสหวานมันจัด เช่น ขนมหม้อแกง ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด เป็นต้น

8. อาหารว่างที่ให้พลังงานสูง ควรลดปริมาณให้มีขึ้นเล็กน้อยไม่เกิน 2-3 คำ อาจมีผลไม้เสริมด้วย และรับประทานกับเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้อย หรือน้ำเปล่า

การจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์ สามารถช่วยผ่อนคลายอาการง่วงระหว่างการประชุม สัมมนา หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ การรับประทานอาหารว่างเพื่อสุขภาพมีอะไรบ้าง จะช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดคุณภาพของอาหารว่าง เวลาในการรับประทาน และความถี่ด้วย

“อาหารว่างที่ดีมีประโยชน์ จึงควรเป็นอาหารที่กินง่ายๆ เช่น ผลไม้ที่หวานน้อย เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ โยเกิร์ตจะช่วยให้การขับถ่ายด้วย และควรเลือกที่มีน้ำตาลน้อย ส่วนเครื่องดื่มจะช่วยชะล้าง เศษอาหารที่ตกค้างในช่องปาก ทำให้ปากไม่แห้ง ลดปัญหากลิ่นปาก และเป็นผลดีต่อสุขภาพฟัน การดื่มน้ำเปล่าถือว่า ดีที่สุด แต่หากต้องการเครื่องดื่มชนิดอื่นๆ ให้เลือกดื่มนมไขมันน้อยและไม่ปรุงแต่งรส ส่วนเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ ให้เลือกใช้น้ำตาลของขนาด 4 กรัม เพื่อลดการบริโภคหวาน” ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าว

ความสำคัญของอาหารว่าง

1. ช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหารนานที่นานเกินไปจะทำให้รู้สึกหิวมาก และทำให้รับประทานอาหารมื้อหลักมากเกินไป ร่างกายต้องการ การรับประทานอาหารว่างในระหว่างมื้อจึงช่วยไม่ให้เรารู้สึกหิวมากเกินไป และเป็นการช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่

2. ช่วยลดปริมาณพลังงานจากอาหารทั้งหมดที่เรารับประทานในแต่ละวันได้ อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพจะช่วยทำให้รับประทานอาหารมื้อหลักในปริมาณที่น้อยลง มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวให้เป็นปกติได้

3. ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากในอาหารมื้อหลัก บางครั้งอาจไม่มีส่วนประกอบของธาตุพืชชนิดต่างๆ รวมถึงเกลือแร่ วิตามิน และใยอาหาร ซึ่งมีในอาหารว่างเพื่อสุขภาพ

หลักการรับประทานอาหารให้มีสุขภาพดี

เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยควรบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว คือ ควรบริโภค อาหารชนิดต่างๆ ให้ได้วันละ 15-25 ชนิด และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ซึ่งถ้าเป็นไปได้ควรบริโภคข้าวกล้อง หรือ ข้าวซ้อมมือ ควบคู่ไปกับอาหารประเภทแป้ง โดยหมวดข้าวแป้งนี้ควรบริโภควันละ 8-12 ทัพพี

3. กินพืช ผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พยายามเลือกซื้อและบริโภคพืช ผัก และผลไม้ตามฤดูกาล โดยพืชผักควรกินประมาณ วันละ 4-6 ทัพพี ส่วนผลไม้กินประมาณ 3-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน เช่น กล้วยน้ำว้า 1 ผล, เงาะ 4 ผล, ส้ม 2 ผลกลาง, มะละกอ 10 คำ, ฝรั่ง 1 ผลเล็ก)

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งให้โปรตีน โดยให้บริโภควันละ 6-12 ช้อน กินข้าวสำหรับไข่ก็สามารถบริโภคได้สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งวัยทำงานนี้ สามารถดื่มนมได้วันละ 1-2 แก้ว

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร เพราะถ้าได้รับไขมันมากเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง และเป็นปัญหาโรคอ้วน และถ้ากินพืชผัก และผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย จะทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น จนเกิดการแข็งตัว นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสจัดและเค็มจัด เพราะจะทำให้เกิดโรคอ้วนและความดันโลหิตสูงได้

8. กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน เพราะสิ่งปนเปื้อนต่างๆ สามารถทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง หรืออาหารเป็นพิษ รวมทั้งอาจจะทำให้เกิดโรคพยาธิ และมะเร็งบางประเภทได้

9. งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเป็นสารเสพติด และถ้าดื่มจนติดแล้วจะทำให้ร่างกายขาดวิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ รวมทั้งอาจจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่ไปด้วย

หลักในการกินอาหารทั้ง 9 ข้อนี้ ถ้าสามารถปฏิบัติได้ ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

หลายท่านคงเข้าใจแล้วว่า อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break) มีลักษณะอย่างไร มีหลักการจัดแบบไหน มีความสำคัญต่อสุขภาพเพียงใด แต่เน้นย้ำสิ่งสำคัญที่หลายๆ ท่านยังไม่เข้าใจในหลักการบริโภคอาหารตามพลังงานที่ร่างกายควรได้รับต่อวันว่า ถ้าเรารับประทานอาหารว่างเพื่อสุขภาพแล้ววันละ 1-2 มื้อ เราจะเหลือโควตาสำหรับพลังงานที่ควรได้รับจากอาหารมื้อหลักทั้ง 3 มื้อ ในปริมาณที่จำกัดและเหลือลดลงจากพลังงานจริงทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวัน ไม่ใช่ท่านจะมีโอกาสรับประทานอาหารมื้อหลักได้เต็มที่ตามปริมาณเดิมตามปกติที่เคยรับประทานนะค่ะ ลองติดตามอีกสักนิดจากกรณีตัวอย่าง เช่น คุณณณวีวรรณ อายุ 35 ปี เป็นหญิงวัยทำงานที่มีส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ค่า BMI เท่ากับ 25 ก.ก./ม² ถือว่าค่อนข้างน้ำหนักตัวเกิน เริ่มท้วม เส้นรอบเอว 82 เซนติเมตร รอบเอวมาตรฐานผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร ถือว่ารอบเอวเกินเล็กน้อย ภาวะสุขภาพอื่นๆ จากผลการตรวจเลือดปกติทุกอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว แต่สิ่งที่เริ่มเฝ้าระวัง คือ ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หากไม่ระมัดระวังในการควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารอาจมีแนวโน้มเกิดโรคอ้วนได้ ดังนั้นหลักการจัดอาหาร คือ เมื่อประเมินภาวะโภชนาการทราบว่า คุณณณวีวรรณเริ่มมีภาวะน้ำหนักตัวเกินแล้ว นักโภชนาการจะมีแนวทางการให้คำแนะนำ ดังนี้

1. ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน

1.1 น้ำหนักตัวปกติ คุณด้วยพลังงาน 30 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อช่วยคงสมดุลน้ำหนักตัวให้คงที่

1.2 น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ คุณด้วยพลังงาน 35-40 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อช่วยปรับปรุงภาวะโภชนาการให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

1.3 น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ คุณด้วยพลังงาน 20-25 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อปรับลดปริมาณอาหาร และจำกัดพลังงาน ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวให้ลดลง คุณณณวีวรรณ น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม คุณด้วย 25 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เท่ากับ พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน

คือ 1,500 แคลอรี

2. กำหนดสัดส่วนพลังงานในอาหารที่ควรได้รับแต่ละมื้อ

2.1 อาหารว่างเช้า 10.30 น. 1 มื้อ พลังงาน 10% ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน คือ 150 แคลอรี

2.2 อาหารว่างบ่าย 14.30 น. 1 มื้อ พลังงาน 10% ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน คือ 150 แคลอรี

2.3 อาหารหลัก 3 มื้อ คงเหลือพลังงานที่หักออกจากอาหารว่าง 2 มื้อ 300 แคลอรี อยู่เพียง 1,200 แคลอรี ดังนั้น สามารถรับประทานอาหารได้อีกมื้อละ 400 แคลอรี จากนั้นลองคำนวณพลังงานในอาหารตามรายการอาหาร แลกเปลี่ยนที่ให้มานะค่ะ จะทำให้ทราบว่าท่านจะรับประทานได้จริงปริมาณเท่าใดในแต่ละมื้อ



อาหารแลกเปลี่ยน



หมวดข้าว - แป้ง

ข้าว-แป้ง 1 ส่วน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี ได้แก่

ข้าวสวย 5 ช้อนโต๊ะ ข้าวซ้อมมือ 5 ช้อนโต๊ะ ขนมจีน 1 จับ
ข้าวเหนียวสุก 3 ช้อนโต๊ะ ก๋วยเตี๋ยวลวก 9 ช้อนโต๊ะ
บะหมี่ลวก 1 ก้อน ขนมปังโฮลวีท 1 แผ่น



หมวดผัก

ประเภท ก ผัก 1 ส่วนคือ ผักสุก 50-70 กรัม
หรือ ผักดิบ 70-100 กรัม

ผักกาดขาว ผักกาดสลัด ผักบุ้งไฟแดง ผักแว่น ผักกาดเขียว
สายบัว ยอดผักทองอ่อน ใบโหระพา กะหล่ำปลี ดอกกะหล่ำ
มะเขือเทศ แตงกวา ขมิ้นขาว ฟักเขียว พริกหยวก ตั้งโอ๋

ประเภท ข ผัก 1 ส่วนคือ ผักสุก 50-70 กรัม
หรือ ผักดิบ 70-100 กรัม

ฟักทอง หอมหัวใหญ่ ผักหวาน ถั่วลันเตา ถั่วพู ดอกขจร
ยอดแค ใบยอ รากบัว ข้าวโพดอ่อน มะระจีน มะละกอดิบ



หมวดผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

กล้วยน้ำว้า 1 ผลกลาง กล้วยไข่ 1 ผลกลาง เงาะ 4 ผลใหญ่
ชมพู่ 4 ผลใหญ่ มะละกอสุก 8 ชิ้นขนาดพocado ส้มโอ 2 กลีบใหญ่



อาหารแลกเปลี่ยน

หมวดเนื้อสัตว์

ประเภทที่ 1

ไขมันต่ำมาก เนื้อสัตว์ 1 ส่วน คือเนื้อสัตว์สุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ)

ให้พลังงาน 35 กิโลแคลอรี

ปลาช่อน ปลาตาเดียว ปลาเก๋า ปลาทุบ ปลาหางเหลือง
เนื้อปูทะเล กุ้งฝอย สันในไก่ ออกไก่ ไก่อ่อน กุ้งทะเล



ประเภทที่ 2

ไขมันต่ำมาก เนื้อสัตว์ 1 ส่วน คือเนื้อสัตว์สุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ)

ให้พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

เปิดอย่างไม่มีหนัง นมถั่วเหลืองไม่หวาน 240 มล. ไก่อ่อน-ปีก
ไก่อ่อน-เนื้อต้นขาอ่อน ไก่อ่อนเนื้อ



ประเภทที่ 3

ให้พลังงาน 75 กิโลแคลอรี

ไขมันปานกลาง เนื้อสัตว์ 1 ส่วน คือเนื้อสัตว์สุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ)

เนื้อหมูป่า หมูย่างไม่มีหนัง ซีโรงหมูไม่มีมัน
เต้าหู้แข็ง ไข่เป็ด ไข่ไก่ เปิดเนื้อไม่มีหนัง



ประเภทที่ 4

ไขมันสูง เนื้อสัตว์ 1 ส่วน คือเนื้อสัตว์สุก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ)

ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ปลาซวาย หมูแผ่น หนังหมู เนื้อวัวติดมัน กุนเชียง
หมูยอ แฮม แหนม หมูบด ไส้กรอกหมู/ไก่



อาหารแลกเปลี่ยน

หมวดนม

นม 1 ส่วน หรือ 240 มล หรือ 1 ถ้วยตวง ให้พลังงาน 90-150 กิโลแคลอรี
นมสด 240 มล นมพร่องมันเนย 240 มล นมไม่มีไขมัน 240 มล
นมผง 4 ช้อนโต๊ะ นมผงไม่มีไขมัน 4 ช้อนโต๊ะ



หมวดไขมัน

ไขมัน 1 ส่วน คือไขมันหรือน้ำมันที่มีน้ำหนัก 5 กรัม หรือ 1 ช้อนชา
ให้ไขมัน 5 กรัม พลังงาน 45 กิโลแคลอรี

ประเภทที่ 1 ไขมันอิ่มตัวที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว

น้ำมันมะกอก 1 ช้อนชา น้ำมันรำข้าว 1 ช้อนชา
น้ำมันถั่วลิสง 1 ช้อนชา เนยถั่วลิสง 1 ช้อนชา
ถั่วลิสง 10 เม็ด เม็ดมะม่วงหิมพานต์ 6 เม็ด



ประเภทที่ 2 ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง

น้ำมันถั่วเหลือง 1 ช้อนชา น้ำมันดอกทานตะวัน 1 ช้อนชา
มายองเนส 1 ช้อนชา น้ำสลัด 1 ช้อนโต๊ะ เม็ดฟักทอง 1 ช้อนโต๊ะ

ประเภทที่ 3 กลุ่มไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว

น้ำมันหมู 1 ช้อนชา น้ำมันไก่ 1 ช้อนชา เบคอน 1 ชิ้น
เนยขาว 1 ช้อนชา เนยสด 1 ช้อนชา ครีมนมสด 2 ช้อนโต๊ะ



เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Healthy Meeting. กรุงเทพฯ: บริษัท บอส์การพิมพ์ จำกัด; 2550.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลักการกินอาหารให้มีสุขภาพดี [ออนไลน์] 11 กรกฎาคม 2553. [อ้างเมื่อ 12 ธันวาคม 2560] จาก http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=1736
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). จัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ [ออนไลน์] 6 กรกฎาคม 2558. [อ้างเมื่อ 12 ธันวาคม 2560] จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/28813.html>
4. อภาวรรณ โสภณธรรมรักษ์. รู้อาหารแลกเปลี่ยน ดีต่อใจได้สุขภาพดี [ออนไลน์] 30 มกราคม 2560. [อ้างเมื่อ 12 ธันวาคม 2560] จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/35191-รู้อาหารแลกเปลี่ยน+ดีต่อใจได้สุขภาพดี.html>

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

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 ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบป่วย หรือผู้ป่วยที่พบไม่บ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์แก่บุคคล โดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดี่ยว พิมพ์ชิดด้านซ้าย ในกระดาษขา ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. หน้าแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (บางกรณีอาจ ใช้รูปถ่ายร่วมด้วย) เบอร์โทรติดต่อ, E.mail
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้
4. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal
6. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมเขียนข้อมูลลง CD 1 แผ่น ส่งไปยังงานศึกษาอบรม โรงพยาบาล นครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร. (042) 513193, (042) 511422 หรือ 511424 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 513193 E-mail : Nkjournal_9@hotmail.com

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป

ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
พลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลสาขากะทันหันออกเฉียงเหนือ 2556; 31(3): 186-194.
Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996 Sep-Dec; 13Z3): 123-5

2. หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
ประเสริฐ ทองเจริญ. เอ็ดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2531.
Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ออนไลน์]ปีพิมพ์[cited วันเดือนปีที่อ้าง]. Available from: URL
ครรชิต มาลัยวงศ์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการมาตรฐานไอซีที. [ออนไลน์]10 มีนาคม 2546. [อ้างเมื่อ 6 กรกฎาคม 2550] จาก http://www.drkanchit.com/ictstandard/ict_content/introict.pdf.
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 ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน