



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2559
Volume 3 No. 3 September – December 2016

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ยุทธชัย	ตรีสกุล		
	พญ.เพ็ญรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภก.ผศ.ดร.แสวง	วัชรชนกิจ	ภญ.ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนศิลป์
	รศ.ดร.สมจิต	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มารีสา	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจดะภัย	อ.นพ.ณัฐพล	สันตระกูล
	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นายบารเมษฐ์	ภิราล้า
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร	วงศ์สุวรรณ		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์	คูสกุลวัฒนา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรำมัย	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	พญ.นันทยา	ก้องเกียรติกมล	นพ.ทศพล	นุศตะรังค์
	พญ.นทวรรณ	หุ่นพยนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภักดี
	ภก.วิชิต	เหล่าวัฒนาถาวร	ทพ.สุรจิตร	คูสกุล
	นายวรพงษ์	จินบุตร	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์
	นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์		
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะธูลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	ฤทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งต้นฉบับที่	นางพรสวรรค์ สาหล้า			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ถ.อภิบาลบัญชา			
	ด.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016			
	โทรสาร 0-4252-1349 E-mail Training1016@hotmail.com			
พิมพ์ที่	บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด			
	เลขที่ 327/9 ถ.เพ็ญนคร ด.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

สารบัญ

Original Article

1. การศึกษาผลของการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ..... 5
กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression
with interbody fusion and plate fixation ปี 2558
นพ.ฉัตรชัย บุญประชากรรัตน์
2. การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุม..... 12
โรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม
วีระศักดิ์ อุดมเดชาเวช
3. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชาชน จังหวัดนครพนม..... 24
แสงอุษา ทศคร,มารตี วิทยาดำรงชัย,อุษณีย์ งามฤทธิ์,วรลณี วงศ์ศรีชา,ดร.พัชรา หิรัญวัฒนกุล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม,โรงพยาบาลเรณูนคร
โรงพยาบาลนาแก,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย..... 36
สลักจิต สิทธิเทียมทอง, สุนิดา สุวรรณไกรสร, สมโชค กันยาวาว
5. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ 45
ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม
ไกรลาศ โกษาแสง

Case Study

6. Pleomorphic adenoma..... 57
ทพ. อวิรุทธ์ ดาวราย
7. Case Submandibular space infection.....61
ทพ. อวิรุทธ์ ดาวราย

นวัตกรรม

8. นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ..... 64
ห้องผู้ป่วยหนักเด็กโรงพยาบาลนครพนม
 9. นวัตกรรมการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน.....68
นางสาวสิริลักษณ์ ยะภักดิ์,นางศิริประภา บุญเสนอ
-

นานาสาระ

10. บทความเรื่อง กฎหมายการแพทย์กับงานชุมชน (ตอนที่ 1).....74
หทัยรัตน์ จูรีมาศ





Original Article

การศึกษาผลของการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression with interbody fusion and plate fixation ปี 2558

นพ.ฉัตรชัย บุญประชารัตน์* พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท หรือ cervical spondylosis with radiculopathy เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในหมู่ประชากรที่ใช้แรงงาน, กลุ่มเกษตรกร และ ผู้สูงอายุ สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การทำงานหนัก ก้มๆ เงยๆ สะสมมาเป็นระยะเวลานาน จนเกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการหลายแบบ เช่น ปวดคอ ปวดร้าวลงสะบัก ปวดร้าวลงไหล่-แขน ขาแขน-มือ เป็นต้น ในกรณีที่มีการรักษาด้วยยา และ กายภาพบำบัด ไม่ทุเลา การผ่าตัดรักษาจึงเป็นวิธีที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาที่ต้นเหตุของอาการดังกล่าว นั่นคือการเข้าไปแก้ไขการถูกกดเบียดของเส้นประสาท (decompression) และยึดตรึงกระดูกสันหลังให้แข็งแรง (fusion and fixation) ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจต่อโรคหรือภาวะดังกล่าว รวมทั้งยังมี ความเชื่อผิดๆ ต่อการผ่าตัดรักษากระดูกสันหลัง เช่นมีความเชื่อว่าถ้าผ่าตัดแล้วจะพิการ เดินไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไปกินยาหม้อ ยาต้ม ยาลูกกลอน ไปนวดแบบที่ไม่ถูกต้องตามหลักการ แพทย์แผนไทย เป็นต้น ทำให้เสียโอกาส เสียเงิน และ อาการที่เป็นมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ทำให้การผ่าตัดรักษาที่ยากและมีความเสี่ยงสูงขึ้น

ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น cervical spondylosis with radiculopathy ซึ่งได้เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย มาศึกษาถึงสาเหตุปัจจัย และผลของการผ่าตัดรักษา โดยได้ติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัดเป็นเวลายาวนานน้อย 1 ปี โดยหวังว่า สามารถนำผลการศึกษาไปแนะนำ และสร้างความเชื่อที่ถูกต้องแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression with interbody fusion and plate fixation ณ ช่วงเวลา 7 วัน , 1 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี หลังทำการผ่าตัด โดยพิจารณาทั้งในแง่ของสถานะของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด , อาการหลังผ่าตัด , ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เพื่อนำไปสู่เหตุแห่งปัญหา และนำไปปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้งก่อน และหลังผ่าตัดต่อไป

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) วิจัยหาอุบัติการณ์การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression with interbody fusion and plate fixation โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น cervical spondylosis with radiculopathy ที่ได้เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ในช่วง กรกฎาคม 2556

ถึง มิถุนายน 2558 ทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทำการศึกษาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 47 ราย โดยวิธีการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression with interbody fusion and plate fixation

โดย เป็น ชาย 32 คน ช่วงอายุเฉลี่ย 51.16 ปี และ หญิง 15 คน ช่วงอายุเฉลี่ย 51.93 ปี โดยได้ทำการประเมินความรู้ความเข้าใจด้วยการตอบคำถาม และประเมินผลการผ่าตัดรักษา ที่ 7 วัน , 1 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี หลังทำการผ่าตัด โดยใช้ The scale of Finneson and Cooper ในการประเมิน Clinical Result

ผู้ป่วยจำนวน 47 ราย มีอาการดีขึ้นหลังจากผ่าตัดเมื่อประเมินที่ 7 วัน โดยทั้ง 47 คน ยังคงมีอาการที่ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดเมื่อเข้ารับการประเมินผลที่ 1 ปี มี 45 คน ผู้ป่วยจำนวน 47 ราย ดังกล่าวได้รับการ ประเมินในช่วง excellent ถึง good อุบัติการณ์เกิด complication อยู่ที่ 2.12 % เป็น wound infection 1 ราย

บทนำ

ปัจจุบันความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังเป็นโรคที่พบได้บ่อยขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนในวัยทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดแล้ว แต่ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงาน หรือใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่และมีความสุข ภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (Unstable of spine) หรือปวดหลังจากกระดูกสันหลังไม่มั่นคง เมื่อกระดูกสันหลังเกิดความไม่มั่นคงก็จะทำให้เกิดปัญหาตามมา เพราะหน้าที่หลักของมันมี 2 อย่าง คือ 1) ช่วยปกป้องเส้นประสาทที่ออกมาจากสมอง และ 2) ช่วยรับน้ำหนัก ทำให้เราบิดตัวได้ ก้มได้ ยืนได้โดยไม่เจ็บปวด จากผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยทั้ง 47 ราย ที่ได้ติดตามการรักษาโดยตลอดระยะเวลา 1 ปี พบว่า 97.9% ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินว่าอาการดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษา และ 91.5% ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์อาการดีขึ้นมากถึงมากที่สุดมี 3 รายที่ต้องได้ทานยาแก้ปวดเป็นบางครั้ง แต่อาการปวดก็ยังดีกว่าก่อนผ่าตัด และ 1 ราย ที่ต้องกินยาตลอดเนื่องจากหลังผ่าตัดยังมีการทำงานหนักไม่ระมัดระวัง ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น cervical spondylosis with radiculopathy ซึ่งได้เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย มาศึกษาถึงสาเหตุปัจจัย และผลของการผ่าตัดรักษา การผ่าตัดมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและแก้ไขการกดทับเส้นประสาท ซึ่งการกดทับเส้นประสาทนั้นอาจจะมาจากกระดูกส่วนที่ตึงงอหรือหักเข้าไปกดทับเส้นก็ได้ หรือในการติดเชื้อมันโรคจะทำให้กระดูกเป็นหนอง เหลวตัวลงกลายเป็นของเหลว ไปเบียดเส้นประสาท

กินยาก็หายได้ แต่คนไข้ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัว เพราะฉะนั้นเราจะผ่าตัดเมื่อมีภาวะของการกดทับเส้นประสาท และผ่าตัดเพื่อให้คนไข้กลับไปลุก เดิน และทำงานได้ เช่น ในคนไข้ที่กระดูกติดเชื่อมหนอง เขาจะนั่งไม่ได้ นั่งแล้วปวด และมีโอกาสกระดูกทรุดมากขึ้น

วิธีการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทำการศึกษาวิเคราะห์ เปรียบเทียบ อุบัติการณ์ของผลสำเร็จของการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ กดทับเส้นประสาท ที่เกิดจากความเสื่อม ด้วยวิธี anterior cervical decompression with interbody fusion and plate fixation โดยศึกษาเปรียบเทียบตัวแปร ทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 47 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

- รวบรวมข้อมูล
- เสนอโครงการวิจัย
- ดำเนินการวิจัย
- วิเคราะห์ข้อมูล
- รายงานผลงาน

ผลการศึกษา

ได้ทำการศึกษาแบบ retrospective clinical follow-up review ในผู้ป่วย cervical spondylosis with radiculopathy จำนวน 47 คน ที่ได้เข้ารับการผ่าตัด anterior cervical decompression with interbody fusion with plate fixation ที่โรงพยาบาลหนองคาย ในช่วงเวลาดังแต่ เดือน กรกฎาคม 2556 ถึง มิถุนายน 2558

โดย เป็นชาย 32 คน ช่วงอายุเฉลี่ย 51.16 ปี และหญิง 15 คน ช่วงอายุเฉลี่ย 51.93 ปี ผู้ป่วยทุกรายมาด้วย typical clinical sign and symptom of Cervical radiculopathy (e.g. radicular pain related to exercise and radiculopathic neurological deficits) ทุก ราย ได้ ทำ plain film x-ray ทำ AP, Lateral, Flexion, Extension , both oblique และ ทำ MRI แล้ว พบว่า เป็น cervical spondylosis with radiculopathy ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาแบบ non-surgical treatment เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด และพบว่าอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วย

ทุกรายได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อโรค และแนวทางการรักษา ก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษาในระหว่าง follow-up ผู้ป่วยได้รับการตรวจ physical examination , x-ray ที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังรับการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมิน outcome โดย Finneson and Cooper modified grading system (ตารางที่ 1) เพื่อบ่งชี้ถึงผลของการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยทุกรายได้ให้อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกที่เป็นโลหะไททาเนียมที่เป็นรุ่นเดียวกันจากบริษัทเดียวกัน

ตารางที่ 1 Follow-up patient outcome : rating scale of Finneson and Cooper

Rating	Definition	7 days	1 month	6 months (n = 47)	1 year
Excellent	Pain free and able to function well	35	33	30	25(53.2%)
Good	Pain improve and able to function well	12	14	15	18(38.3%)
Fair	Pain improve, but occasional medication and time off from activities	0	0	2	3(6.4%)
Marginal	Pain improve, but considerable discomfort that requires medication and time off from activities	0	0	0	1(2.1%)
Poor	Pain unimproved or worse	0	0	0	0(0%)

ตารางที่ 2 Distribution of preoperative clinical findings

Symptoms	No.of patients (n = 47)	% of patients
Radicular pain	47	100
Sensory dysfunction	40	85
Neck complaints	34	72
Motor dysfunction	15	32

จากตาราง 2 อาการของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์มากที่สุดคือ Radicular pain (100%) รองลงมา คือ Sensory dysfunction (85%) และ Neck complaints (72%)

- ระยะเวลาของอาการที่เจ็บป่วยก่อนมาพบแพทย์ อยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 20 ปี
- จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 47 ราย แยกตามประเภทระดับของ
กระดูกสันหลัง ผ่าตัด 1 ระดับ จำนวน 37 ราย
ผ่าตัด 2 ระดับ จำนวน 10 ราย
- ระดับของกระดูกสันหลังที่พบว่าเกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือระดับ C 4-5 จำนวน 28 ราย
- ทุกรายผลการตรวจเอกซเรย์ที่ 1 ปี ไม่พบว่ามี การเคลื่อนของโลหะยึดตรึงกระดูก
- Distribution of level of Cervical Spondylosis (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 Distribution of spinal levels of Cervical Spondylosis

Level (n = 47)	No. of patients	% of patients
C3-C4	5	10.6
C3-C4-C5	3	6.4
C4-C5	20	42.6
C4-C5-C6	5	10.6
C5-C6	7	14.9
C5-C6-C7	2	4.3
C6-C7	5	10.6

ตารางที่ 4 Distribution of preoperative comorbidity

comorbidity (diseases)	No. of patients (n = 47)	% of patients
None	38	80.9
Cardiovascular	2	4.2
Neurological	0	0
Metabolic/nutritional	6	12.8
Renal	1	2.1
Respiratory problem	0	0

ตารางที่ 5 อาชีพของผู้ป่วย และชนิดของ spondylolisthesis

อาชีพ	Degenerative	Traumatic	Pathologic
เกษตรกรและผู้ใช้แรงงาน	40 (92%)		
รับจ้างทั่วไป(งานเบา)	4		
ข้าราชการ	3		
ช่วงอายุผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด			
31-40 ปี	จำนวน	6 คน	
41-50 ปี	จำนวน	20 คน	
51-60 ปี	จำนวน	16 คน	
61 ปีขึ้นไป	จำนวน	5 คน	
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ			
น้อยกว่า 1 เดือน	จำนวน	3 ราย	
1 เดือน - 3 เดือน	จำนวน	6 ราย	
3 เดือน - 6 เดือน	จำนวน	10 ราย	
6 เดือน - 1 ปี	จำนวน	18 ราย	
มากกว่า 1 ปี	จำนวน	10 ราย	

สรุปวิจารณ์กรณีศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ภาวะ Cervical Spondylosis พบมากในกลุ่มเกษตรกรและผู้ใช้แรงงานถึง 92% เป็นเพศชาย ถึง 68% ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี ที่ 68% ส่วนใหญ่พบว่าเริ่มมีอาการผิดปกติจนทำให้มาพบแพทย์ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ในช่วงระยะ 6 เดือน ถึง มากกว่า 1ปี (รวม 62%)

ซึ่งพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของจังหวัดหนองคาย มีอาชีพเกษตรกรและใช้แรงงาน จึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะดังกล่าว

ส่วนสาเหตุที่พบว่า เป็นผู้ป่วยชายวัยกลางคน มากกว่ากลุ่มอื่น น่าจะเป็นเพราะผู้ชายส่วนใหญ่ในพื้นที่ทำงานเกษตรกรและก่อสร้าง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจต่อโรคหรือภาวะหมอนรองกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาท จากคำตอบของแบบสอบถามที่ตอบว่าไม่รู้จักรูปร่างดังกล่าวถึง 81% ส่วนใหญ่จะตอบว่าเป็นกล้ามเนื้ออักเสบจากแพทย์ที่ไปรักษาตามคลินิก ซึ่งไม่ได้อธิบายรายละเอียด หรือ ฟิสิกส์เอกซเรย์ดูเลย และมักจะมีความเชื่อผิดๆ ที่ว่าผ่าตัดแล้วจะเดินไม่ได้จะพิการ ซึ่งผู้ป่วยเคยได้ยิน

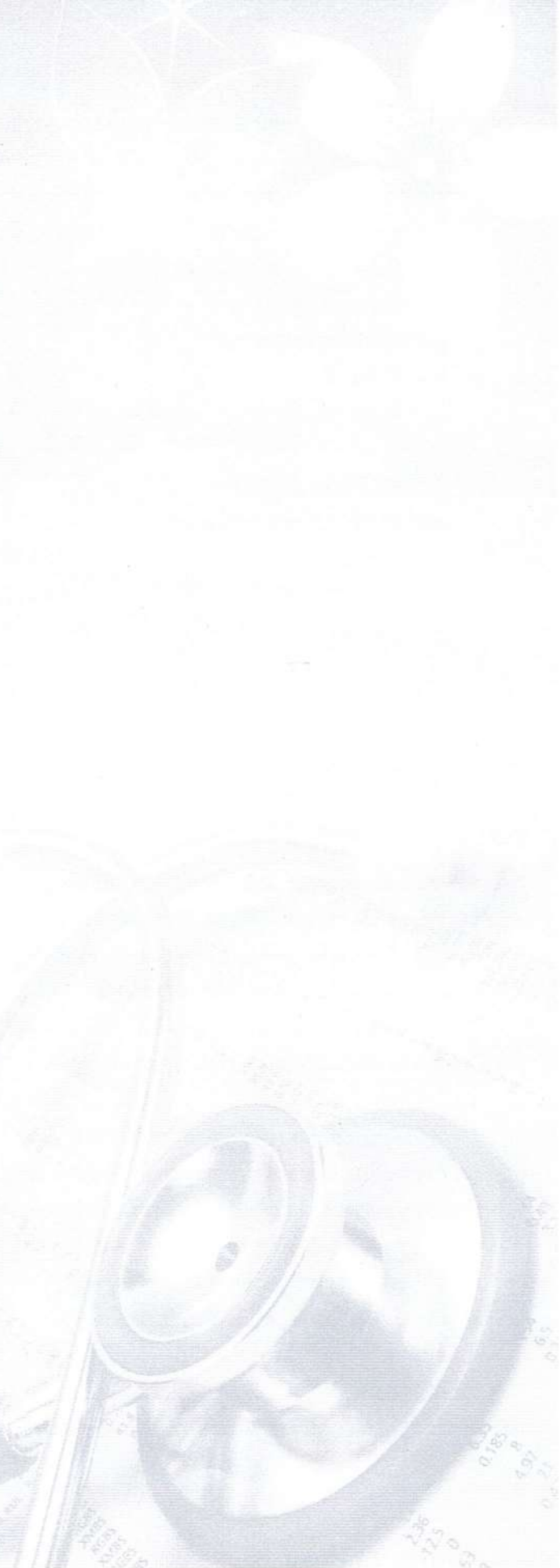
คำพูดดังกล่าวถึง 74.5% ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเสี่ยงไปรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น กินยาฉีดยา นวดแผนโบราณ ส่วนด้านกายภาพบำบัดนั้นผู้ป่วยมักจะคิดว่ามีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น

จากผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยทั้ง 47 ราย ที่ได้ติดตามการรักษาโดยตลอดระยะเวลา 1 ปี พบว่า 97.9% ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินว่าอาการดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษา และ 91.5% ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์อาการดีขึ้นมากถึงมากที่สุดมี 3 ราย ที่ต้องได้ทานยาแก้ปวดเป็นบางครั้งแต่อาการปวดก็ยังดีกว่าก่อนผ่าตัด และ 1 รายที่ต้องกินยาตลอดเนื่องจากหลังผ่าตัดยังมีการทำงานหนักไม่ระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะหมอนรองกระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาทที่โรงพยาบาลหนองคาย ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2558 จะพบในผู้ชายถึง 68 % ช่วงอายุที่พบมากอยู่ในช่วง 41-60 ปี มีประวัติทำงานหนัก อาชีพเกษตรกรและใช้แรงงาน มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการรักษาน้อย และ มีความเชื่อที่ผิดต่อการผ่าตัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยชื่อยารับประทานเอง รักษาด้วยการบิบนวดตามบ้านที่ไม่ถูกวิธี หรือปล่อยให้เกิดอาการเรื้อรังจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รุนแรงยิ่งขึ้น จึงได้มีการศึกษาหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษา ในรายที่มีความจำเป็นที่ต้องทำการผ่าตัดทำให้ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดลง

ผลการผ่าตัดรักษาภาวะ Cervical Spondylosis ด้วยวิธีการ Anterior Cervical Decompression with Interbody Fusion with Plate Fixation เพื่อลดการกดเบียดต่อเส้นประสาท ร่วมกับการยึดตรึงกระดูกสันหลัง เป็นวิธีที่ได้ผลดี จากผลการรักษาที่ 1 ปี ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีอาการดีขึ้นถึง 97.9% แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจต่อโรคที่เป็น และยังมีความเชื่อผิดๆ ต่อการผ่าตัดรักษาโรคทางกระดูกสันหลังอยู่มาก รวมทั้งการที่เมื่ออาการดีขึ้นก็กลับไปทำงานหนักตามอาชีพเดิม ทำให้บางส่วนอาจมีอาการแย่ลงกว่าช่วงแรกๆ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นส่วนประกอบในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ซึ่งยังมีอีกเป็นจำนวนมากที่รอรับการรักษา



บรรณานุกรม

1. จเร ผลประเสริฐ. ประสาทศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เย์ร์บุ๊กพับลิชเชอร์ จำกัด; 2535.
2. ชาญวิทย์ ตันตีพัฒน์ และธนิต วัชรพุดก. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ:บริษัทด้านสุนทรภาพการพิมพ์จำกัด; 2542.
3. วุฒิชัย ธนาพงศธร และคณะตำราศัลยศาสตร์: พื้นฐานศัลยศาสตร์และอาการของโรคศัลยกรรมสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ; 2552.
4. REVIEW ARTICLE: Anterior cervical plating V Gonugunta, AA Krishnaney, EC Benzel Neurology India, Year 2005, Volume 53, Issue 4 [p. 424-432]
5. REVIEW ARTICLE: Indications and techniques for anterior cervical plating John M Rhee, Jong-Beom Park, Jun-Young Yang, Daniel K Riew Neurology India, Year 2005, Volume 53, Issue 4 [p. 433-439]
6. Anterior cervical fusion: outcome analysis of patients fused with and without anterior cervical plates. Connolly PJ, Esses SIKostuik JP Department of Orthopaedic Surgery, SUNY Health Science Center-Syracuse 13202, USA. Journal of Spinal Disorders[1996, 9(3):202-206]
7. Chen J, Wang X, Bai W, Shen X, Yuan W. Prevalence of heterotopic ossification after cervical total disc arthroplasty: a meta-analysis. Eur Spine J 2012a; 21(4): 674-80.
8. Dasenbrock HH, Juraschek SP, Schultz LR, Witham TF, Sciubba DM, Wolinsky JP, et al.. The efficacy of minimally invasive discectomy compared with open discectomy: ameta-analysis of prospective randomized controlled trials. J Neurosurg Spine 2012; 16(5):452-62.
9. Dean CL, Rhee JM. Nonoperative management of cervical disc and degenerative disorders. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR, Balderston RA. (eds). The Spine. 6th ed. Vol I. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 720-7.
10. Hadjipavlou AG, Tzermiadianos MN, Bogduk N, Zindrick MR. The pathophysiology of disc degeneration: a critical review. J Bone Joint Surg Br 2008; 90(10): 1261-70.

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

วีระศักดิ์ อุดมเดชาเวทย์¹

Virasak Udomdachawet

บทคัดย่อ

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกสภาท้องถิ่นทุกคนในอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 212 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 6 ตอน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า สมาชิกสภาท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับดี (ร้อยละ 68.40)
2. ผลการศึกษาระดับเจตคติของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 (S.D.= .162)
3. ผลการศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.515 (S.D. = .305)
4. ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.549 (S.D.= .425)

¹สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Department of Health Science, Tha Uthen District Health Office, Nakhonphanom Province.

ผลการวิจัยพบว่า

5. ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่น ในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า โดยรวม มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.462 (S.D. = .326) โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

5.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.462 (S.D. = .326)

5.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.360 (S.D. = .344)

5.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.414 (S.D. = .241)

5.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.376 (S.D. = .336)

คำสำคัญ : ระดับการมีส่วนร่วม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สมาชิกสภาท้องถิ่น

A STUDY OF THE LEVELS OF PARTICIPATION OF LOCAL COUNCIL MEMBERS OF SUBDISTRICT ADMINISTRATION ORGANIZATION TO PREVENTING AND CONTROLLING DEGUE HEMORRHAGIC FEVER in THA UTHEN DISTRICT, NAKHORNPHANOM PROVINCE

Abstract

The objective of participation of Local council members of Subdistrict Administration Organization to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province is Descriptive Study was to study participation level of Local council members of Subdistrict Administration Organization to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province. The subjects in this research were total of 212 Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province. Questionnaires were used to collect data. These Questionnaires consisted of 6 parts; social- demographic characteristics, knowledge, attitude, social support, behavior, and participation to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever. Data analysis used by application computer program. The descriptive statistics used were frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results of this research were as follows:

1. Knowledge of Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were good level (68.40%)

2. Attitude of Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were moderate level ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = .162).

3. Social of Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 2.515$, S.D. = .305).

4. Behavior of Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 2.549$, S.D. = .425).

5. Overall participation of Local council members of Subdistrict Administration Organization in Tha Uthen District, Nakhornpanom Province to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 3.462$, S.D. = .326). Divided into 4 parts:

5.1 The participations in search problem to preventing and controlling Degue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 3.462$, S.D. = .326).

5.2 The participations in decision and plan to preventing and controlling Degue Hemorrhagic

Fever were high level ($\bar{X} = 3.360$, S.D. = .344).

5.3 The participations in investment and practice to preventing and controlling Dengue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 3.414$, S.D. = .241).

5.4 The participations in evaluate to preventing and controlling Dengue Hemorrhagic Fever were high level ($\bar{X} = 3.376$, S.D. = .336).

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศภูมิภาคเขตร้อน ซึ่งโรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส เดงกี (Dengue Virus) พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันจะมีการระบาดในทุกภูมิภาคของประเทศการระบาดในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมาจะไม่เป็นไปตามรูปแบบที่เคยพบในช่วงก่อน โดยปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรค คือ ภูมิทัศน์ทางของประชาชน หมู่บ้าน อายุของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้ใหญ่มากขึ้น ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus) การเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นแบบปีเว้นปี ปีเว้น 2 – 3 ปี หรือปีเว้น 2 ปี และมักจะระบาดรุนแรงในช่วงฤดูฝนเดือนพฤษภาคม ถึงเดือน สิงหาคมของทุกๆ ปี (กรมควบคุมโรคติดต่อ.สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. 2549 : 5)

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในการมารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม และถ้าหากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่รักษาอย่างทันที่หรือรับการรักษาอย่างไม่ถูกต้องอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยสถิติโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2556 - 2558 (สำนักโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข) พบอัตราป่วย 241.03, 62.33 และ 219.46 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตาย 0.21,

0.10 และ 0.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

จากพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 67 ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่หน่วยงานรัฐเข้าไปดำเนินการ และมีการจัดสรรงบประมาณในแต่ละ โครงการละกิจกรรม ให้สอดคล้องกับงบประมาณที่มีอยู่ จากการทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลจะสำเร็จได้ต้องมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ตลอดจนความรู้ความเข้าใจ ในการจัดทำแผนพัฒนาของคณะกรรมการบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นพื้นฐานการกระจายอำนาจ การตัดสินใจในการพัฒนาท้องถิ่น (อุ๋นใจ ฅมอินทร์, 2542 : 13)

การที่องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ในชุมชนและมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม มาตรา 67 (3) ในการจัดให้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในพื้นที่ แต่ปัจจุบันพบว่าการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นในอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ยังมีส่วนร่วมในการจัดให้มีการป้องกันและควบคุมโรคน้อย จึงทำให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ได้ผล กล่าวคือ ยังดำเนินงานในระดับนโยบาย ขาดการปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในช่วงที่ผ่านมา แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้สนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ทั้งการสนับสนุนงบประมาณการสาธารณสุขมูลฐาน โดยตรง และการสนับสนุนวัสดุควบคุมและป้องกันโรค

Keywords : The levels of participation, Preventing and controlling Dengue Hemorrhagic Fever, Local council members

ใช้เลือดออก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นประจำทุกปี แต่ก็ไม่สามารถทำให้ความชุกชุมของยุงลดลงหรือหมดไปจากชุมชนได้ และยังคงเกิดการระบาดของไข้เลือดออกอยู่อย่างต่อเนื่องทุกปี ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2558 จังหวัดนครพนม มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2558 จำนวนทั้งสิ้น 866 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 122.71 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 445 ราย เพศหญิง 421 ราย อัตราส่วน เพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 1.06 : 1 และ ในอำเภอท่าอุเทน พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 53 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 90.43 ต่อประชากรแสนคน

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาว่าการให้สมาชิกสภาท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อจะนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนปรับปรุงกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกสภาท้องถิ่นทุกคน ในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จาก 9 ตำบล จำนวน 212 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยเป็นแบบปลายปิดซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะแหล่งที่อยู่อาศัยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ความรู้ในการควบคุม ป้องกัน และการรักษาโรคไข้เลือดออก เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ มีค่าความอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 - 0.50 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ .60

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเจตคติ ต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบวัดความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด การประเมินผลดีผลเสีย เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.33 - 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 8 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.28 - 0.69 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตนของสมาชิกสภาท้องถิ่น เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงป้องกันตนเองจากการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .33 - .92 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่น โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ จรูญศักดิ์ หวังล้อมกลาง (2552) และจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่เคย จำนวน 24 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .31 - .86 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 4 หมายถึง มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง

คะแนน 5 – 7 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน 8 – 10 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับเจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ (Criterion reference) ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับเจตคติ/แรงสนับสนุนทางสังคม
2.34 – 3.00	ดี/ได้รับแรงสนับสนุนมาก
1.67 – 2.33	ปานกลาง/ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
1.00 – 1.66	ต้องปรับปรุง/ได้รับแรงสนับสนุนน้อย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน

ป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้เกณฑ์การประเมินของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) ดังนี้

ระดับคะแนน

2.34 – 3.00

หมายถึง พฤติกรรมระดับดี

1.67 – 2.33

หมายถึง พฤติกรรม

ระดับปานกลาง

1.00 – 1.66

หมายถึง พฤติกรรม

ระดับต้องปรับปรุง

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยอาศัยกระบวนการแนวคิดของ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527) ซึ่งครอบคลุมทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา/สาเหตุของปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

เป็นแบบสอบถามในการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถามแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ (สุกควติ ธนสีลังกูร. 2545) คือ 4, 3, 2, 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

มีส่วนร่วมมาก ให้ 4 คะแนน

มีส่วนร่วมปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อย ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยมีส่วนร่วม ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ได้กระทำกิจกรรมนั้นๆ

เป็นประจำ

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง ได้กระทำกิจกรรมนั้นๆ พอสมควร

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ได้กระทำกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้ง

ไม่เคยมีส่วนร่วม หมายถึง ไม่เคยได้กระทำกิจกรรมนั้นๆ เลย

เกณฑ์การแปลผล โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา โดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำไปเก็บข้อมูล

2. ทำหนังสือถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับสมาชิกสภาท้องถิ่น

3. การดำเนินกิจกรรม

3.1 นัดหมายและเข้าพบผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล

3.2 นัดหมาย และเข้าพบสมาชิกสภาท้องถิ่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลตลอดทั้งการชี้แจงการตอบแบบสอบถามการตอบข้อสงสัยในประเด็นข้อคำถาม

3.3 ขอความอนุเคราะห์จากประธานสภาและขอให้เลขานุการสภาท้องถิ่น ได้เก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมนัดหมายผู้วิจัยมารับ เพื่อนำไปวิเคราะห์

3.4 นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และลงรหัสแบบสอบถาม เพื่อบันทึกและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะที่อยู่อาศัย โดยแสดงการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

2. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1.1 สมาชิกสภาท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.32 เพศหญิง ร้อยละ 13.68 และมีอายุในช่วง 35-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.11 รองลงมาคืออายุในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 34.43 และอายุในช่วง 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.96 อายุช่วง 25 - 34 ปี ร้อยละ 8.49 ตามลำดับ

1.2 ระดับการศึกษาพบว่าสมาชิกสภาท้องถิ่นมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.79 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 31.60 และระดับศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 30.19 และ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.42 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในดี ร้อยละ 68.40 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.30 และมีเพียง ร้อยละ 3.30 เท่านั้นที่ยังมีความรู้เกี่ยวกับหารป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับต้องปรับปรุง

3. ผลการศึกษาระดับเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 (S.D. = .162)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ เรียงลำดับจากมากไปน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ 4 ครอบครัวยุคใหม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ไม่จำเป็นต้องป้องกันลูกน้ำยุงลายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (S.D. = .471) และข้อ 5 หากมีอาการไข้สูงควรซื้อยา

มารับประทานเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (S.D. = .611) รองลงมาได้แก่ ข้อ 1 น้ำซังในภาชนะต่างๆ ที่ไม่ใช่ ไม่จำเป็น ต้องทำลายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S.D. = .892) และอันดับสาม ได้แก่ ข้อ 12 การใส่ทรายอะเบท ครั้งเดียวสามารถฆ่าลูกน้ำ ยุงลายได้ตลอดทั้งปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 (S.D. = .602) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ข้อ 7 การเปลี่ยนน้ำในแจกัน จานรองตู้กับข้าวทุกๆ 7 วัน เป็นสิ่งที่ควรกระทำ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.17 (S.D. = .380) และข้อ 9 จานรองกระถางต้นไม้ ควรใส่ทรายอะเบท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.17 (S.D. = .544)

4. ผลการศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวม อยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.515 (S.D. = .305)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. แนะนำให้ใส่ทรายอะเบท ในตุ่มน้ำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S.D. = .249) รองลงมา เพื่อนบ้านแนะนำให้ท่านปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัวมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.68 (S.D. = .532) และ ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ครอบครัว ชักชวนให้นอนกางมุ้งในเวลากลางวันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 (S.D. = .446) อยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวมมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.549 (S.D. = .425)

เมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือแนะนำให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านให้มีความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S.D. = .307) ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ใส่ทรายอะเบท ลงในภาชนะขังน้ำที่ไม่มีฝาปิดและแนะนำคนในครอบครัว ให้ป้องกันยุงกัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 (S.D. = .318) และ ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ แขนเสื้อไว้ตามฝ่าผ้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 (S.D. = .486) ระดับการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง

6. ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โดยรวม มีระดับการ มีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.462 (S.D. = .326)

เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของชุมชนมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.69 (S.D. = .557) ระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก

รองลงมา คือ การร่วมเสนอความคิดเห็นเรื่องไข้เลือดออก ในที่ประชุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (S.D. = .674) ส่วนข้อที่มี ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การร่วมให้ข้อมูลในที่ประชุมเกี่ยวกับ ชนิดและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายใน ชุมชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D. = .633) โดยมีรายละเอียด ในแต่ละด้านดังนี้

6.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา พบว่า โดยรวม มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.462 (S.D. = .326)

เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของชุมชน มี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D. = .557) ระดับการมีส่วนร่วม อยู่ ในระดับมาก รองลงมา คือ การร่วมเสนอความคิดเห็นเรื่อง ไข้เลือดออกในที่ประชุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (S.D. = .674) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การร่วมให้ข้อมูลในที่ประชุม เกี่ยวกับชนิดและจำนวนของภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในชุมชนมีระดับระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D. = .633)

6.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ วางแผนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวม การมีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.360 (S.D. = .344)

เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการจัดหาวัสดุ/อุปกรณ์/เคมีภัณฑ์ในการ ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 (S.D. = .589) รองลงมา คือ การร่วมวางแผนการส่งข่าวสารข้อมูลเรื่องโรคไข้เลือดออก ในชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.72 (S.D. = .518) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการผลักดันการจัดสรรงบประมาณที่ใช้ใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีระดับ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (S.D. = .992)

6.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการลงทุนและ ปฏิบัติงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.414 (S.D. = .241)

เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพ่นหมอกควัน

กำจัดยุงลายที่บ้านและการป้องกันยุงลายกัด การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (S.D. = .444) รองลงมา คือ ท่านมีส่วนร่วมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยปิดภาชนะบรรจุน้ำให้มิดชิด การคว่ำ กลบ ฝัง และทำลายภาชนะที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ในบริเวณบ้านหรือในชุมชน การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 (S.D. = .498) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีทางชีวภาพ เช่น การเลี้ยงปลากินลูกน้ำยุงลายมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 (S.D. = .628)

6.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.376 (S.D. = .336)

สรุป

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของสมาชิกสภาท้องถิ่น อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยรวม สรุปได้ดังนี้

ด้าน	รายการ	ระดับการมีส่วนร่วม		
		$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1	การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา	3.462	.326	มาก
2	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน	3.360	.343	มาก
3	การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน	3.414	.241	มาก
4	การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.376	.336	มาก
	รวม	3.403	.265	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความคิดเห็นของสมาชิกสภาท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ที่มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า

เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการรับทราบปัญหาในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (S.D. = .505) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการประเมินและติดตามความก้าวหน้าในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D. = .501) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลสำเร็จของแผนงานหรือโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (S.D. = .505)

การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในด้าน การประเมินผล มีความสำคัญ และส่งผลต่อความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สอดคล้องกับงานวิจัยของ สาริณีย์ สมัยคำ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในจังหวัดเลย ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในจังหวัดเลย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.29 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้บทบาทของสมาชิกสภาท้องถิ่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาพรรณ นันทะ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การค้นหาปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาอยู่ในระดับมาก ด้านการวางแผนการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการลงทุนและปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง แต่งานวิจัยทั้งของ สาริณีย์ สมัยคำ และของ ดาพรรณ นันทะ ก็ยังมีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ในด้านปัจจัย ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนรูปแบบการวิจัย ที่แตกต่างกัน ได้แก่ งานวิจัยของ จริญญาศักดิ์ หวังล้อมกลาง ที่ศึกษาประสิทธิภาพผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Quasi-Experimental Research และผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองแกนนำชุมชนมีการรับรู้ในเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าก่อนทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าก่อนทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.0001$)

และงานวิจัยของ พัสกร สงวนชาติ ที่ศึกษาเรื่องผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Quasi-Experimental Research ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง มีระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70) หลังทดลอง มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 100) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการมีพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.50) หลังการทดลองระดับสูงมากขึ้น ร้อยละ 42.50 และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการปฏิบัติในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60) หลังการทดลองจัดอยู่ ระดับดี (ร้อยละ 90) กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมรูปแบบการมีส่วนร่วม จึงส่งผลที่ดีขึ้นต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โดยสรุป รูปแบบการมีส่วนร่วม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนดีขึ้น จึงเห็นควรนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ ในชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

จากการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดแสดงว่าสมาชิกสภาท้องถิ่นยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ดังนั้น จึงควรสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน

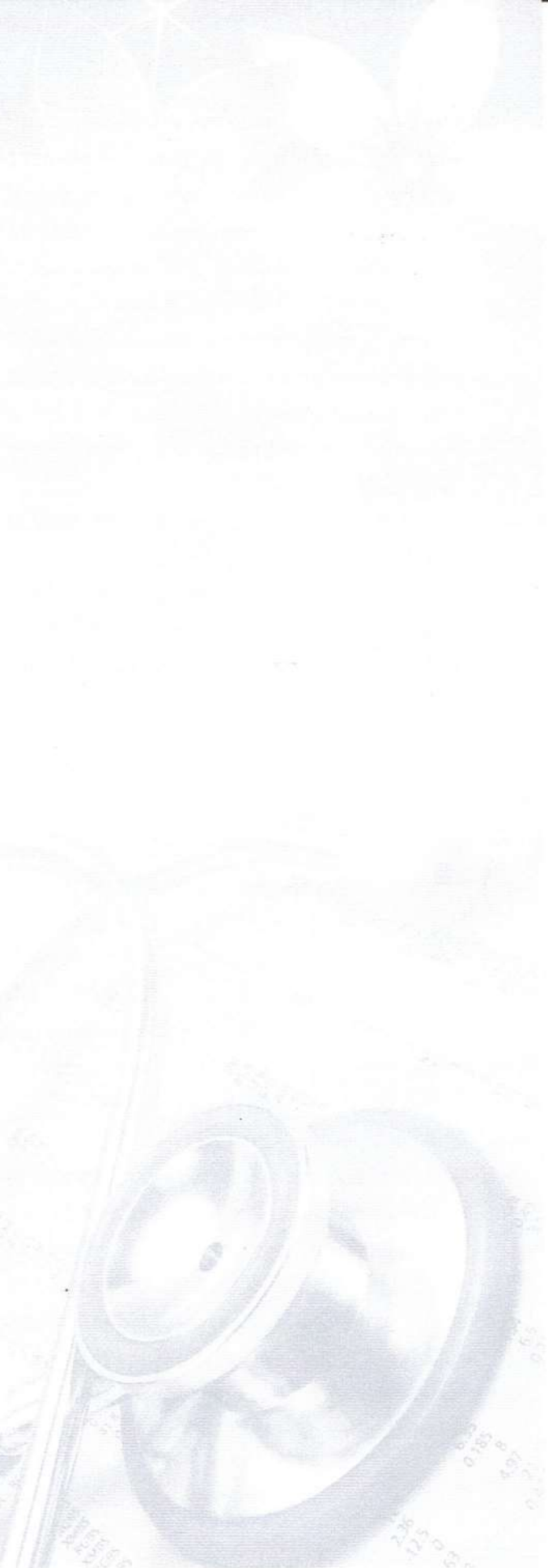
ให้มากขึ้น โดยการประชุมชี้แจง ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้
สร้างความเข้าใจ โดยผ่านสื่อท้องถิ่นและสื่อสาธารณะ เช่น
หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับ ผลกระทบของภาคประชาสังคม
ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม และการขาดความร่วมมือในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อประกอบการดำเนินงาน
การกำหนดนโยบาย และการบริหาร ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารท้องถิ่น และสมาชิกสภาท้องถิ่น
อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ที่ให้ความอนุเคราะห์
ให้ข้อมูล งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ.(2549). แผนกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2544 – 2549). กรุงเทพมหานคร.
2. จรูญศักดิ์ หวังล้อมกลาง(2552). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
3. เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง.(2527). การระดมประชาชนเพื่อพัฒนาชนบทในการบริหารงานพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: กรกฤษณนรินทร์ผดุงการ.
4. ดารวรรณ นันทะ. (2551). การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. พัสกร สงวนชาติ. (2552). การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช. สารโจน์ สมัยคำ. (2549). การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของสมาชิกสภาท้องถิ่นในจังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
7. สุกควติ ธนสีลังกูร. (2545). การมีส่วนร่วมของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. (2558). สถานการณ์ไข้เลือดออก เดือน ธันวาคม 2558. ได้จาก: http://www.nkp.moph.go.th/fileupload/4/file/งานเฝ้าระวัง_ไข้เลือดออก%2029%202558%20.pdf
9. สำนักโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2556 2557 2558. ได้จาก: <http://www.thaivbd.org/n/dengues?module = สถานการณ์ไข้เลือดออก&type=week&year> สืบค้นเมื่อ 29 ธันวาคม 2558.
10. อุ่นใจ ถมอินทร์. (2542). การรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล. ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์. การค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในประชาชน จังหวัดนครพนม

แสงอุษา ทศกร*, มารติ วิทยาดำรงชัย*, อุษณีย์ งามฤทธิ์**, วราลี วงศ์ศรีชา**, ดร.พัชรา หิรัญวัฒน์กุล***

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม*, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม**, โรงพยาบาลเรณูนคร*, โรงพยาบาลนาแก**, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชน จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนใน จังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีชื่อและอาศัยอยู่จริง ตามทะเบียนบ้านอย่างน้อย 6 เดือน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Univariate analysis ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 406 คน แบ่งเป็นกลุ่มเป็นโรคเบาหวาน 45 คน กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 362 คน ด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ที่เคยตรวจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือด หลังอาหารสูง ≥ 140 mg/dl หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 mg/dl มีโรคความดันโลหิตสูงทั้งรักษา ต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง ประวัติเคยมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล. และ/หรือ ไขมันดี < 35 มก./ดล.) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และอารมณ์อยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันและดูแลด้านสุขภาพของประชาชนใน จังหวัดนครพนมต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

*** อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

The Study of Risk Factors and Health Behaviors toward the Occurrence of Diabetes Mellitus type II of the People in Nakhonphanom Province.

Sangsa Tussakorn^{1*}, Maradee Wittayadamrongchai^{2*}, Usanee Ramrit^{3**},
Maralee Wongsricha^{4***}, Dr. Patcha Hirunwattanakul^{5***}

ABSTRACT

This study aimed at investigating the risk factors and health behaviors toward the occurrence of diabetes mellitus among the people living in Nakhonphanom. The sampling group consisted of the people in Nakhonphanom of 15 years of age up who have been registered and actually living in Nakhonphanom based on household registration for at least 6 months. They attended the study voluntarily. This study employed multistage sampling technique in collecting data. Instruments used to collect data comprised 3 parts: general information, risk factors and diabetes mellitus along with health behaviors based on food consumption, physical exercise, smoking, drinking and emotions as well. Percentage, mean and univariate analysis were utilized in analyzing data. The findings of this study were as follows: According to the investigation of 406 participants on the risk factors, it was found that 45 persons were related with diabetes mellitus while 362 participants were diabetes mellitus-free. Regarding the risk factors, it was determined that both groups were checked and found the level of sugar after meal of 140 mg/dl or the level of sugar in blood at the time of diet was 100 mg/dl. They got hypertension with continuous treatment and without continuity. Their history in the medical registration showed that they used to have the abnormal cholesterol levels (TG 250 mg/dl and/or HDL 35 mg/dl which were the factors related to diabetes mellitus at the 0.05 level of significance. In case of health behaviors, it was found that both two groups showed no differences on the aspects of food consumption, physical exercise at the moderate level. In terms of smoking and drinking, it was determined that they were at the high level.

The data in this study could be employed as guidelines of promotion, protection and care on health aspect among the people in NakhonPhanom Province.

KEYWORDS: Risk Factor, Health Behaviors, Diabetes Mellitus

บทนำ

ปัจจุบันเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและคร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่งและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น 221 ล้านคน และจะแนวโน้มเพิ่มเป็น 366 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2006 อ้างถึงใน หงษ์สกุล เกษมจิต, 2551) จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความผิดปกติของปลายระบบประสาท จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไตรวมถึงแผลบริเวณเท้าที่มักเกิดขึ้นแล้วยากต่อการดูแลรักษา

จังหวัดนครพนมประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำสวน รับจ้างช่วงหมดฤดูกาล จากการสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหารพบว่า ส่วนใหญ่ชอบรับประทาน อาหารรสหวาน เค็ม มัน มีการรับประทานของหวานหลังการ รับประทานอาหารเป็นประจำ รวมทั้งขนมขบเคี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟ และการมีเทศกาลงานบุญงานประเพณี อยู่บ่อยครั้ง มีการสังสรรค์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ในกลุ่มผู้ชาย อาหารก็จะเป็นประเภทหวาน มัน ด้วย รวมทั้งวัฒนธรรมการบริโภคปลาร้า มีขนมจีนน้ำยากะปิ ปลาร้า น้ำปลา ส้มตำ ปลาเค็ม อาหารหมักดองที่สามารถ ผลิตเองได้ การบริโภคยาสมุนไพรเถาเถย การนิยมฉีดยา แก้วปวดกับหมอยาพื้นบ้านที่มีมานานตั้งแต่โบราณ การรับประทาน ยาแก้ปวดต่างๆที่มีสเตียรอยด์ตามร้านขายยาไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเหนื่อยจากการทำงาน ภาวะเครียดทางอารมณ์ ที่ต้องมีการดิ้นรนหาเลี้ยงชีพและครอบครัว

จากบริบทจังหวัดนครพนมที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้จริงหรือไม่ ถ้าไม่มีการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในจังหวัด นครพนมจะเป็นอย่างไร ดังนั้นในฐานะที่เป็นหน่วยงานด้าน สาธารณสุขที่ดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและเป็น ผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวานของ ประชาชนในจังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ กำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค เบาหวานที่สอดคล้องกับสาเหตุและปัจจัยที่แท้จริงของ ประชาชนในจังหวัดนครพนมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ต่อไป

คำถามในการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรค เบาหวานของประชาชนในจังหวัดนครพนม เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพต่อการ เกิดโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดนครพนม

คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ บุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป
- 2) อ้วน และ/หรืออ้วนลงพุง
- 3) มีพ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน
- 4) เคยตรวจพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดหลัง อาหารสูงกว่าปกติ (IGT) หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะ อดอาหารผิดปกติ (IFG)
- 5) มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือกำลังรับยาลดความดันโลหิตอยู่
- 6) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ระดับ ไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ/หรือเอชดีแอลคอเลสเตอรอล น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)
- 7) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM)
- 8) เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
- 9) มีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ ได้แก่ คลอดก่อน กำหนด แท้งบุตร บุตรเสียชีวิตในครรภ์
- 10) มีประวัติของโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือด ของขาและแขนตีบตัน

11) มีการใช้ยาที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะไทอะไซด์ (thiazide) ยากันชักฟีนีโทอิน (phenytoin)

12) มีภาวะดื้ออินซูลินที่พบร่วมกับโรครังไข่มีถุงน้ำหลายถุง (polycystic ovarian syndrome) หรือพบมีลักษณะดื้ออินซูลิน คือ ผิวหนังบริเวณลำคอหรือรักแร้ มีปื้นหนาสีคล้ำ (acanthosis nigricans)

พฤติกรรมสุขภาพ

ค่านิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and overt behavior) ที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่เป็นโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย

ค่านิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และอารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร : ประชาชนในจังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีชื่อและอาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้านอย่างน้อย 6 เดือน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง : เป็นประชาชนในจังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีชื่อและอาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้านอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วงเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2558

กลุ่มตัวอย่าง : คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตามสูตรของ เครจซี่และมอร์แกน ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + x^2p(1-p)}$$

เมื่อ n = จำนวนของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนเทียบกับค่า

พารามิเตอร์

p = สัดส่วนตามลักษณะที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

จากกลุ่มประชากร

χ^2 = ค่าไคสแควร์ (chi square) ที่องศาของความอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น $(1 - \alpha)$ 100%

เมื่อแทนค่า $N = 566,807$ คน

$e = 0.05$

$p = 0.5$

$\chi^2 = 3.841$

ทำให้ $n = 369$ คน

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 369 ราย แต่เพื่อป้องกันการ Drop out ของข้อมูลผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 406 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งอำเภอในจังหวัดนครพนมตามขนาดกลุ่มประชากรขนาดใหญ่และขนาดเล็กอัตราส่วน 1:2

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบลที่เป้าหมาย โดยสุ่มแบบง่ายอำเภอละ 1 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 เลือกหมู่บ้านจากตำบลที่ได้รับการสุ่มได้ตำบล ละ 3 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงและแบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และอารมณ์ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา จำนวน 2 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ประเมินความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนครพนม สร้างโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปรับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ละปัจจัยโดยใช้ สถิติ Univariate analysis

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 406 คน แบ่งเป็นกลุ่มเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 45 คน กลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 361 คน ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 และ 74.2 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 37.8 และ 25.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 และ 56 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 และ 49.6 ตามลำดับ กลุ่มเป็นโรคเบาหวานรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500 - 3,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 31.1 และกลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 24.7 ทั้งสองกลุ่มที่มีโรคประจำตัวได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 40 และ 23 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=406)		P-value
	กลุ่มเป็นเบาหวาน (N=45) (คน/ร้อยละ)	กลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวาน (N=361) (คน/ร้อยละ)	
1. เพศ			
ชาย	17(37.8)	93 (25.8)	0.87
หญิง	28(62.2)	268 (74.2)	
2. อายุ (ปี)			
< 40	7(15.5)	69(19.11)	0.001*
40 - 44	6(13.33)	16(4.43)	
35 - 49	8(17.77)	47(13.01)	
50 - 54	11(24.44)	64(17.72)	
55 - 59	7(15.55)	72(19.94)	
60 - 64	4(8.88)	68(18.83)	
65 ขึ้นไป	2(4.44)	25(6.92)	
3. ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	1(2.2)	13(3.6)	0.115
ประถมศึกษา	33(73.3)	202(56.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(4.4)	38(10.5)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7(15.6)	47(13.0)	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	2(4.4)	36(10.0)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	0	13(3.6)	
4. อาชีพปัจจุบัน			
ไม่ได้ทำงาน	14 (31.1)	57(15.8)	0.76
รับจ้าง	5 (11.1)	43(11.9)	
ค้าขาย	6 (13.3)	34(9.4)	
เกษตรกร	18 (40.0)	179(49.6)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2(4.4)	22(6.1)	
อื่นๆ	0	26(7.2)	
5. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	3(6.7)	33(9.1)	0.212
ต่ำกว่า 1,500 บาท	9(20.0)	82(22.7)	
1,500 – 3,000 บาท	14(31.1)	56(15.5)	
3,001 – 5,000 บาท	5(11.1)	42(11.6)	
5,001 – 10,000 บาท	9(20.0)	89(24.7)	
มากกว่า 10,000 บาท	5(11.1)	59(16.3)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=406)	
	กลุ่มเป็นเบาหวาน (N=45)	กลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวาน (N=361)
	(คน/ร้อยละ)	(คน/ร้อยละ)
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
ไม่มี	0	269(74.5)
มี...1) เบาหวาน	32(71.1)	0
2) เบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	13(28.9)	0
3)โรคความดันโลหิตสูง	0	65(18.0)
4) โรคไตเรื้อรัง	0	1(0.3)
5) โรคอัมพฤกษ์ - อัมพาต	0	1(0.3)
6) อื่นๆ	0	25(6.9)
ข้อมูลด้านการรักษาโรคข้างต้น		
1. มีการรักษาต่อเนื่อง	40(88.9)	83(23.0)
2. รักษาไม่ต่อเนื่อง	2(4.4)	6(1.7)
3. ไม่ได้รักษา	3(6.7)	3(0.8)

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูง ≥ 140 mg/dl หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 mg/dl มีโรคความดันโลหิตสูง ทั้งรักษาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง และเคยมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (TG ≥ 250 mg/dl และ/หรือ HDL < 35 mg/dl) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโดยวิเคราะห์ทีละปัจจัย (Univariate analysis)

รายการ	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน (N=45)	กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (N=361)	OR	OR(95% CI)	p-value
1. รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย และ ≥ 80 ซม.ในผู้หญิง					
ใช่	26	169	1.55	.831 - 2.909	0.16
ไม่ใช่	19	192			
2. มีญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เป็นโรคเบาหวาน					
ใช่	20	139	1.27	.684- 2.387	0.43
ไม่ใช่	25	222			

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานโดยวิเคราะห์ทีละปัจจัย (Univariate analysis)(ต่อ)

รายการ	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน (N=45)	กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (N=361)	OR	OR(95% CI)	p-value
3. เคยตรวจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดหลัง อาหารสูง ≥ 140 mg/dl หรือระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร ≥ 100 mg/dl					
ใช่	33	43	20.33	9.767- 42.347	0.00*
ไม่ใช่	12	318			
4. มีโรคความดันโลหิตสูงรักษาอย่างต่อเนื่อง					
ใช่	19	63	3.45	1.803- 6.628	0.00*
ไม่ใช่	26	298			
5. มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง					
ใช่	7	15	4.24	1.631- 11.071	0.001*
ไม่ใช่	38	346			
6. เคยมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (TG ≥ 250 mg/dl และ/หรือ HDL < 35 mg/dl)					
ใช่	21	40	7.02	3.588- 13.744	0.00*
ไม่ใช่	24	321			
7. เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์					
ใช่	2	7	2.35	.473- 11.686	0.28
ไม่ใช่	43	354			
8. เคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม					
ใช่	2	13	1.24	.272- 5.704	0.77
ไม่ใช่	43	348			
9. มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด					
ใช่	1	15	0.52	.068- 4.066	0.53
ไม่ใช่	44	346			
10. มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง					
ใช่	1	7	1.14	.138- 9.562	0.89
ไม่ใช่	44	354			

3. พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ดื่มสุราและอารมณ์
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ ดื่มสุราและอารมณ์

พฤติกรรม	กลุ่มเบาหวาน (N=45)		ระดับ พฤติกรรม	กลุ่มไม่เป็นเบาหวาน (N=361)		ระดับ พฤติกรรม
	x	SD		x	SD	
1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร						
1.1 ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา และครบ 3 มื้อ	1.67	.95	1	2.04	1.20	น้อยที่สุด
1.2 ท่านรับประทานอาหารตามความต้องการโดยไม่จำกัดปริมาณ	2.56	1.17	1	2.59	1.28	น้อยที่สุด
1.3 ท่านรับประทานอาหารข้าว โดยไม่จำกัดปริมาณ	2.80	1.25	3	2.68	1.35	ปานกลาง
1.4 ท่านรับประทานอาหารประเภท กว๊วยเตี๋ยว ราดหน้า ผัดซีอิ๊ว ผัดไทย อาหารตามสั่งอาหารจานเดียว	3.62	1.00	4	3.58	.92	มาก
1.5 ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารกะทิ อาหารทอดหรือผัด	3.51	.75	4	3.48	.92	มาก
1.6 ท่านรับประทานผักสด หรือผักลวก	1.93	.91	2	2.06	.96	น้อย
1.7 ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ลำไย น้อยหน่า มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน เงาะ มะขามหวาน เป็นต้น	3.42	.83	4	3.15	.91	ปานกลาง
1.8 ท่านรับประทานขนมที่มีรสหวาน เช่น ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้ ขนมปัง ขนมไทย ประเภท ขนมชั้น หม้อแกง ผอยทอง วุ้นกะทิ เป็นต้น	3.78	.73	4	3.57	.84	มาก
1.9 ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ ที่ใส่น้ำตาล	3.53	1.39	4	3.60	1.42	มาก
1.10 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม นมเปรี้ยว น้ำผลไม้ ชาเย็น นมเย็น กาแฟเย็น ฯลฯ	3.87	.91	4	3.44	1.08	มาก

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ ดื่มสุราและอารมณ์ (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มเบาหวาน (N=45)		ระดับ พฤติกรรม	กลุ่มไม่เป็นเบาหวาน (N=361)		ระดับ พฤติกรรม
	x	SD		x	SD	
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
-ทำนออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ	2.38	1.17	2	2.93	1.36	มาก
ปั่นจักรยาน แอโรบิก ฮูล่าฮุก ฟุตบอล ตะกร้อ วอลเล่ย์บอล บอลบาสเก็ตบอล						
-ทำนออกกำลังกายแต่ละครั้ง ต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 30 นาทีทุกครั้ง	2.58	1.35	2	3.24	1.37	มาก
3. พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา						
-ทำนสูบบุหรี่	4.67	.82	5	4.71	.93	มากที่สุด
-ทำนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.60	.75	5	4.55	.81	มากที่สุด
เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สเปียร์ เป็นต้น						
4.พฤติกรรมด้านอารมณ์						
-ทำนมีอาการโกรธ หงุดหงิด	3.64	.85	4	3.62	.92	มาก
-ทำนมีอาการเครียด วิดกกังวล ไม่สบายใจ	3.64	.88	4	3.78	.94	มาก

บทสรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดนครพนม สามารถสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งสองกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 และ 74.2 ตามลำดับ มีอายุในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 37.8 และ 25.2 ตามลำดับ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่พบว่าอัตราความชุกทางระบาดวิทยาของโรคเบาหวานประเภทที่ 2 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมักจะมีอายุมากกว่า 40 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรุทธ, วิชัย, อมร และคณะ พบว่าในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมีความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าผู้ชายและจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ารอบเอวเกินจากค่าปกติเป็นส่วนใหญ่ ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ยังพบว่าส่วนใหญ่นักรอบเอวยังอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งเพศชายและเพศหญิงสอดคล้องกับ อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา และเบญจา มุกตพันธุ์ ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากร อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู(2555). พบว่า คนที่มีเส้นรอบเอว ลงพุง มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากเป็น 2.5 เท่าของคนที่มีเส้นรอบเอวปกติ ประวัติญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะเห็นได้ว่า ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานมาก่อน จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติญาติสายตรงไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานของประชาชน ในจังหวัดนครพนม คนที่เคยตรวจพบว่า

มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังสูง ≥ 140 mg/dl หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 mg/dl นั้น พบว่าในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานเคยตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติก่อนที่จะมาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานนั้นยังพบเป็นส่วนน้อย ที่มีประวัติการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังสูง ≥ 140 mg/dl หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 mg/dl มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เคยมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (TG ≥ 250 mg/dl และ/หรือ HDL < 35 mg/dl) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่กล่าวไว้ว่า หากบุคคลใดมีปัจจัยเสี่ยงมากย่อมมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานมากขึ้น ส่วนเคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คลอดบุตร ที่มีน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดและประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนในจังหวัดนครพนม

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และอารมณ์

จากข้อมูลตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตของประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวานคือการรับประทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา ไม่มีการจำกัดปริมาณข้าวและอาหาร ชอบรับประทานอาหารประเภทอาหารตามสั่งอาหารจานเดียว รับประทานอาหารผักน้อยครั้ง รับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบและชอบรับประทานอาหารรสหวาน ดื่มเครื่องดื่มประเภทกาแฟที่ใส่น้ำตาล ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม นมเปรี้ยว น้ำผลไม้ ชาเย็น นมเย็น กาแฟเย็น ฯลฯ ที่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ และคณะ(2555).พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับ ระดับน้ำตาลในเลือด และ ดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยอาหารที่เสี่ยงได้แก่ อาหารที่ให้พลังงานสูงได้แก่ เครื่องดื่มรสหวานและผลไม้รสหวาน เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ไขมันพืช ขีดสี เนย นมสด และการบริโภคไขมันรวมและไขมันอิ่มตัว

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญและการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และต่อเนื่องยังน้อยทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และด้านอารมณ์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการโกรธ มีอารมณ์เครียด วิตก ไม่สบายใจ อยู่ในระดับบ่อยครั้ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.ควรมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามปัญหาที่พบหรือคิดค้นนวัตกรรมในการดูแลประชาชนเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในจังหวัดนครพนม

2.นำผลการวิจัยที่ได้พัฒนาระบบบริการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้จริงเพื่อพัฒนางานเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองในทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พีระ อารีรัตน์ อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่กรุณาให้งบประมาณ ในการทำวิจัย เพื่อช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
2. กลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. (2554). สถิติผู้ป่วยเบาหวานนครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
3. เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน (2554). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน:กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสายบุรี จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ กองทัพบก ปีที่ 5 (1) มกราคม – เมษายน 2554.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การคาดประมาณจำนวน ประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554-2563. Retrieved February 3, 2011, from http://thaincd.com/document/hot%20news/wk53_39_DM.pdf
5. อรพันธ์ สีขาว, รัชนี นามจันทร์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค(2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. วารสารพยาบาลกองทัพบก ปีที่ 14(3) กันยายน - ธันวาคม 2556.
6. อนัญญา ประดิษฐ์ปริชา และเบญจา มุกตพันธุ์ (2555). ปัจจัยด้านการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากร อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 12(3) กรกฎาคม- กันยายน 2555.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

สลักจิต สิริทิพย์มทอง พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

สุนิดา สุวรรณไกรสร พย.บ.

สมโชค กันยยาว ภ.บ. โรงพยาบาลท่าลี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ซึ่งจากการทบทวนพบว่ามีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ คือ การรับประทายยาไม่สม่ำเสมอ การขาดนัดมารับยาไม่ต่อเนื่อง สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการ โดยระยะทางในการมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์นั้นต้องใช้เวลาในการเดินทาง ระยะเวลารอคอยการรับบริการนาน และญาติต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษา ทำให้ขาดรายได้ และยังเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยขาดนัด ทำให้รับประทายยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย จึงได้มีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้รับหนังสืออนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน เป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลท่าลี่ โดยมีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เป็นแพทย์พี่เลี้ยง และมีพยาบาลซึ่งผ่านหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ช่วยเหลือและประสานงาน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 30 กันยายน 2557 ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์และได้รับการขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจโรงพยาบาลท่าลี่ โดยเปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาเมื่อครั้งก่อนจัดตั้งคลินิก และผลงานการดูแลรักษาหลังจัดตั้งคลินิกเป็นเวลา 1 ปี พบว่า 1. อัตราการขาดนัด 2. อัตราการกำเริบที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวช 3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยจิตเวช 4. การลดระยะเวลาในการเดินทางมารักษา 5. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาต่อครั้งลดลง ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน และมีพยาบาลซึ่งผ่านหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ช่วยเหลือและประสานงาน ณ คลินิกสุขภาพใจโรงพยาบาลท่าลี่นั้น สามารถสร้างประโยชน์ให้กับผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล รวมถึงประชาชนทั่วไปในอำเภอท่าลี่ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการจัดตั้งคลินิกสุขภาพใจในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลซึ่งผ่านหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวช

คำสำคัญ : สุขภาพจิตชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Development of Psychiatric patient care system in Thali District network, Loei Province

Salukjit Sitteamtong M.D.Diploma Thai Board of Prevention Medicine(Community Mental Health),
Sunida Suwannakraisorn B.N.S, Somchok Kanyayao B.Sc. in Pharmacy. Thali hospital. Loei province

ABSTRACT

The aims of this study were to development of psychiatric patient care system in Thaili district network. In the present, the medical care for psychiatric patient in Thali district is poor outcome. Because they are non continuous for medication usage and they loss of follow up for Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The aim of this research was to develop primary care for psychiatric patient by Diploma Thai Board of Prevention Medicine (Community Mental Health) and co-operated by Psychiatric nurse in Thali hospital. The period of Quasi experimental research was started from 1st October 2014 – 30th September 2015. The study was focused on 80 patients that has well control. The patient is one group in Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital and referred to received psychiatric care service at Thali hospital. The result showed that the psychiatric patient from Thali hospital could control clinical better than before. Decrease ratio of loss follow up, ratio of active patient to refer to Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Ratio of suicidal attempt, waiting time and cost of treatment. In conclusion, The developing for diabetic patient care by Diploma Thai Board of Prevention Medicine (Community Mental Health) and co-operated by Psychiatric nurse has found to be suitable for apply in Thali district network. This concept is better to put more effort and need simultaneous development for keeping fast track on the observation.

Keywords : Psychiatric patient care, Thali district

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกตระหนักและให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องกับจิตแพทย์ได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อบุคคลอื่น สังคมและเศรษฐกิจ โดยรวมเป็นค่าใช้จ่ายซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในแง่ของค่ายา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลและค่าเสียโอกาสต่างๆ ซึ่งทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก

ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การควบคุมอาการให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงให้ได้มากที่สุด โดยการรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ภายใต้การดูแลของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และญาติผู้ดูแล รวมถึงบุคคลในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละคน

โรงพยาบาลท่าลี่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิขนาด 30 เตียง ให้การบริการผู้ป่วยในเขตอำเภอท่าลี่และบริเวณใกล้เคียง รวมถึงชาวต่างชาติในแขวงไชยบุรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างที่จะต้องเดินทางไปทำงานทำในต่างจังหวัด ทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถมาพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ได้ตามนัดเนื่องจากขาดผู้ดูแล จึงทำให้เกิดปัญหากลับมาพบแพทย์ด้วยปัญหาการขาดยาที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งแต่เดิมอำเภอท่าลี่ไม่ได้มีการจัดการบริการด้านจิตเวชแก่ผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งอยู่ห่างออกไปอีกประมาณ 50 กิโลเมตร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเนื่องจากมีระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนาน ความลำบากในการเดินทาง อีกทั้งญาติต้องลงแรงเพื่อพาผู้ป่วยเดินทางไปตามตามการรักษา

ทีมงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ท่าลี่ จึงได้เกิดแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ให้กลับมารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลท่าลี่ ภายใต้การกำกับดูแลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน และมีพยาบาลซึ่งผ่านหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ช่วยเหลือและประสานงาน โดยการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การดูแลของจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรับบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใกล้บ้านภายใต้การใช้ทรัพยากรบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยเพื่อตรวจรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล จึงเป็นเหตุให้เกิดการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอท่าลี่ ทั้งจากในส่วนของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The Pre-test-Post-test design) ในระยะเวลาเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2557

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์และรับการรักษาที่โรงพยาบาลทำลี้เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อให้มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องในคลินิกสุขภาพใจโรงพยาบาลทำลี้ จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(ACIC Version 3.5 ฉบับภาษาไทย)

- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย

- แผนการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ
- เอกสารประกอบการอบรมบุคลากร
- Clinical Practice Guidelines

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ของข้อมูล แสดงเป็นร้อยละ (percent) จำแนกตามกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ pair t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

แนวทางการวางแผนการศึกษา

วิธีการ

1. สืบหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการสำรวจพบว่า บุคลากรสาธารณสุข ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช มีเจตคติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจิตเวช และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ญาติ/ผู้ดูแล ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาระที่หนัก

2. นำเสนอปัญหาดังกล่าวในการประชุมแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังนี้

2.1 ด้านบุคลากร โรงพยาบาลทำลี้ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยสนับสนุนให้แพทย์เข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาล

จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อสอบอนุมัติบัตรความเชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพลาศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพและจิตเวช 1 คนและสนับสนุนให้พยาบาลอบรมหลักสูตร 4 เดือน สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และได้ร่วมกับแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและทักษะการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชทุกระดับ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องนอนรักษาโรงพยาบาลทำลี้ พยาบาลตึกผู้ป่วยในมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลทำลี้ได้ สามารถฝึกทักษะการทำการกิจวัตรประจำวัน ทักษะการเข้าสังคม การฟื้นฟูผู้ป่วยร่วมกับนักกายภาพบำบัด จนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

2.2 ด้านสถานที่ โดยการจัดตั้งคลินิกสุขภาพใจ

และห้องให้คำปรึกษาให้บริการทุกวัน ในวันและเวลาราชการ ตึกผู้ป่วยในจัดให้มีเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน บำบัดผู้ป่วยที่ติดสุราและมีอาการทางจิต ผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย รับผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลทำลี้ได้โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปนอนรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

2.3 ด้านระบบบริการ แบ่งเป็น 4 ส่วน

2.3.1 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค จัดตั้งคลินิกสุขภาพใจ ซึ่งทำการตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 2 คน และพยาบาล ซึ่งผ่านหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้บริการทุกวันศุกร์ที่ 4 เดือน โดยมีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เป็นแพทย์ที่เสี่ยงให้กับแพทย์โรงพยาบาลทำลี้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้อย่างมั่นใจ หากมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่สามารถดูแลได้โทรศัพท์ปรึกษา จิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ได้ไม่เว้นวันหยุดราชการ

2.3.2 การดูแลด้านสังคมและจิตใจ ทุกแผนก ในโรงพยาบาลทำลี้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ร่วมจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลด้านสังคมและจิตใจ

2.3.3 การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดกิจกรรม 5 อ. ในกลุ่มวัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ สร้างเสริมสุขภาพจิตในวัยเรียนและวัยรุ่น คัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 2 คำถาม 9 คำถาม 8 คำถาม รพ.สต.ทุกแห่ง สามารถคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

2.3.4 พัฒนาระบบยา มีเภสัชกรรับผิดชอบงานจิตเวช มีการเพิ่มรายการยาทางจิตเวชให้ครอบคลุมกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งมีระบบเฝ้าระวัง เพื่อป้องกัน หรือลดความรุนแรงจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาจิตเวช

2.4 ด้านการส่งต่อ มีแนวทางการส่งต่อจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยองค์การบริหารส่วนตำบล จัดรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยจิตเวชระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลท่งลี่ กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ต้องส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ประสานงานทางโทรศัพท์ มีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.50 เพศหญิง ร้อยละ 52.50 อายุเฉลี่ย 55.24 ปี ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในเขตตำบลท่งลี่ คิดเป็นร้อยละ 26.25 ซึ่งแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ	80	100.00	Max 87 .Min 16 .X55.24
ชาย	38	47.50	
หญิง	42	52.50	
อายุ	80	100.00	
0-20 ปี	3	3.75	
21-40 ปี	22	27.50	
41-60 ปี	28	35.00	
61-80 ปี	21	26.25	
มากกว่า 80 ปี	6	7.50	

2.5 ด้านการติดตามดูแล มีระบบฐานข้อมูล

ผู้ป่วยจิตเวช ค้นข้อมูลจิตเวชสู่ชุมชน จัดระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เช่นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อประเมินและค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการ และบริบทของผู้ป่วย

2.6 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดอบรมความรู้เรื่องโรคและทักษะการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ ตำรวจ มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หากผู้ป่วยจิตเวชขาดยา หรือเริ่มมีอาการกำเริบ จิตอาสาประสานพยาบาลจิตเวช เพื่อลงเยี่ยมอาการและให้การดูแลรักษา จัดโครงการฟื้นฟูทักษะด้านสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช ชุมชน จัดกิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล จิตอาสา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ภูมิสำเนา	80	100.00	
ตำบหล่าลี	21	26.25	
ตำบหนองผือ	19	23.75	
ตำบลาฮี	17	21.25	
ตำบน้ำแคม	12	15.00	
ตำบโคกใหญ่	6	7.50	
ตำบน้ำทูน	5	6.25	

เมื่อเปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะมีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพใจ และหลังการจัดตั้งคลินิก พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา ลดลงจากร้อยละ 22.50 เหลือ 7.50 ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.00 เป็น ร้อยละ 100 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลง จาก 5 ราย เหลือ 1 ราย การค้นหาผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง/ซึ่งตัวเองได้รับการบำบัดรักษาลดลงจาก 5 ราย เป็น 3 ราย ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเข้าถึงบริการบัตรผู้พิการ เพิ่มขึ้นจาก 5 ราย เป็น 10 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนจัดตั้ง คลินิก	หลังจัดตั้ง คลินิก	หมายเหตุ
1. ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำจากการขาดยา ร้อยละ	10.00	22.50	17.50	
2. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ	80.00	25.00	100.00	
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (จำนวนต่อแสนประชากร)	6.50	19.23	3.84	
4. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเข้าถึงบริการบัตรผู้พิการ (ราย)	10.00	5.00	10.00	

เมื่อเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านคุณภาพ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.32 เป็น ร้อยละ 86.10 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.58 เป็น ร้อยละ 87.78 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารพ. ลดลงจาก 464.48 บาท เหลือ 238.72 บาท ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยยะสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังจัดตั้งคลินิก

ตัวชี้วัด	ก่อนจัดตั้งคลินิก		หลังจัดตั้งคลินิก		t	p-value
	XD	SD	XD	SD		
1.ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติร้อยละ	76.32	10.24	186.10	6.22	13.414	0.000
2.ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	62.58	6.91	87.78	6.13	18.693	0.000
3.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยจิตเวช (บาท/ครั้ง)	464.48	90.48	238.72	62.75	23.366	0.000

เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีการพัฒนาโครงสร้างทั้งในแง่ของบุคลากร สถานที่ ระบบบริการ ระบบส่งต่อ การติดตามผู้ป่วย และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอำเภอท่าลี่

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	การดำเนินการระบบเดิม	การพัฒนาปรับปรุง
1. บุคลากร	1.ในรอบปีที่ผ่านมา ไม่มีการพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2.ไม่มีการจัดทำแผนงบประมาณในการดำเนินงานไว้	1.มีการกำหนดพัฒนาบุคลากร 2.มีการส่งบุคลากรเข้าอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยหน่วยงานต่างๆ
2.สถานที่บริการ	ผู้ป่วยอยู่ร่วมบริเวณเดียวกับผู้ป่วยนอกอื่นๆ	มีบริเวณคลินิกพิเศษเพื่อแยกผู้ป่วยให้มีสัดส่วนในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
3.ระบบบริการ	ไม่มีขั้นตอน / Flow Chart ของการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1.มีการกำหนดขั้นตอน / Flow chart การทำงานของระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน 2.มีการประชุมชี้แจงการทำงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกรณีที่มีแพทย์เพิ่มพูนทักษะหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน
4.ระบบส่งต่อ	ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไม่มีแบบแผน	มีระบบการนำส่งต่อผู้ป่วยโดยมีแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้นในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.สต. มายัง โรงพยาบาลท่าลี่ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
5.การติดตามผู้ป่วย	ไม่มีการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา	มีระบบการติดตามผู้ป่วยโดยประสานงานกับ รพ.สต. ผ่าน คปสอ.ท่าลี่
6.การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยโรงพยาบาลฝ่ายเดียว	มีการร่วมมือดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลท่าลี่ รพ.สต.ในเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม)

วิจารณ์

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชของอำเภอท่ายี่มีสาเหตุ คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ โรงพยาบาลท่ายี่ได้พัฒนาระบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่ายี่ จังหวัดเลย ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนส่งผลให้อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชลดลง ก้าวต่อไปบริการเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่ายี่ นำปัญหาสุขภาพจิตอันดับ 1-3 มาวิเคราะห์และหาสาเหตุ เน้นการส่งเสริมป้องกัน

สรุป

โรงพยาบาลท่ายี่ ได้พัฒนาระบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเครือข่ายอำเภอท่ายี่ จังหวัดเลย ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ด้านบุคลากร ด้านสถานที่บริการ ระบบบริการ การส่งต่อด้านการติดตาม ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาทางด้านจิตเวช ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วอีกทั้งชุมชนมีฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ชุมชนประสานรณรงค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่ายี่ มีความเข้าใจผู้ป่วยและช่วยกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่อำเภอท่ายี่ ควรมีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม รพ.สต.แต่ละแห่งเพื่อหาทางให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้สามารถดำเนินต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากทุกภาคส่วนรวมถึงมีการนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป
2. ข้อเสนอแนะสำหรับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลยและกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปเป็นต้นแบบ

ในการจัดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดเลยซึ่งอยู่ภายใต้การใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดและสามารถสร้างเสริมศักยภาพของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนบนความเชื่อมั่นและการสนับสนุนจากชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจาก นายแพทย์ศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ายี่ ดร.เสกสรร อรรถวาศัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นายแพทย์พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์ นายแพทย์ชำนาญการ จิตแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ทีมบุคลากรโรงพยาบาลท่ายี่และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอท่ายี่ ที่ให้ความร่วมมือและตอบสนองโครงการนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. พัชรภรณ์ ขจรวัฒนากุล.ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการผู้ป่วยนอกเครือข่ายโรงพยาบาลนครศรีธรรมราชภายใต้โครงการบริการประทับใจไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่าย. เอกสารวิชาการประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัยครั้งที่ 3 วันที่ 15 กรกฎาคม 2553 ณ อาคารชาเลนเจอร์เมืองทองธานี นนทบุรี.หน้า 26-40
2. ทักษิณาร์ ไกรราช.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลไร้ความแออัด. [ค้นเมื่อวันที่16 กันยายน 2556]แหล่งข้อมูล:จากhttp://202.129.54.82/manage_new/ResearchDetail.php?Research_code=119
3. จริญญาหลักธนา.สถิติการวิเคราะห์และการวางแผนงานวิจัย .สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2549
4. วรทยา ราชบัญญัติษฐ์.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.ฉบับที่ 31 (2556).
5. มงคล ศิริเทพทวี และคณะ.คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ. 2558. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม

ไกรลาศ โกษาแสง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ทั้งด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาเบาหวาน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกัน หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด คือ แรงงูใจภายใน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 88 ราย จากผู้ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม ในเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แรงงูใจภายใน และพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม มีแรงงูใจภายใน และพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวานระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง แรงงูใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$) และแรงงูใจภายใน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .01$) แต่แรงงูใจภายในมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ($r = .18, p = .09$) และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการใช้ยาเบาหวาน ($r = .00$) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ ควรส่งเสริมแรงงูใจภายในให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการออกกำลังกายตามความชอบของตนเอง และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและใช้ยาเบาหวานต่อไป

The Relationship Between Intrinsic Motivation And Glycemic Control Behaviors among Elderly Type 2 Diabetes patient in Nakhon Phanom Hospital

ABSTRACT

Glycemic control behavior through diet, exercise and diabetic medication is important in helping to prevent or delay the complications of diabetes among older persons. A factors that may be correlated with glycemic control behaviors is intrinsic motivation. This correlational descriptive research study aimed to determine the relationship between intrinsic motivation and glycemic control behaviors in among elderly Type 2 Diabetes patient. Convenience sampling was used to select a total of 88 subjects who were patients receiving treatment at the Nakhon Phanom Hospital in Clinic Diabetes Between October To November 2016. Data were collected by a questionnaire assessing personal information, intrinsic motivation, and glycemic control behaviors. The analysis to determine relationships was done using Pearson's correlation coefficient.

The findings of this study revealed that older persons with type 2 diabetes had intrinsic motivation and glycemic control behaviors at a medium level. Data analysis showed that the subjects had diabetes medication adherence at a high level, while diet control behaviors and exercise behaviors were at a medium level. Intrinsic motivation was positively correlated with glycemic control behaviors at a statistical significance of $r = .45$, $p < .01$, and intrinsic motivation was positively correlated with glycemic control with exercise behavior at a statistical significance of $r = .48$, $p < .01$, but intrinsic motivation and glycemic control with diet control behavior were positively correlated with no statistical significance ($r = .18$, $p = .09$) and there was no correlation of intrinsic motivation with glycemic control with diabetes medication adherence ($r = .00$). Therefore, health personnel should promote intrinsic motivation to among older persons with type 2 diabetes with exercise on their own preferences. Further studies should be done on a factors that influence behaviors is diet, and diabetic medication following.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคาม ที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation : IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 387 ล้านคน และได้ประมาณการว่า จะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 600 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573

ในประเทศไทยพบว่าคนไทยทุกๆ 100 คน จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 8 คน โดยคนที่มีความอายุเกิน 35 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.6 คน ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 15.9 และเข้ารับการรักษาแต่ควบคุมโรคไม่ได้พบถึงร้อยละ 28 ส่งผลให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ 18,020 บาทต่อคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555)

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาโรคเบาหวาน ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม ปี 2555 จำนวน 4,381 คน ในปี 2559 จำนวน 4,506 คน ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา แรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยเฉพาะพฤติกรรมไม่เกิดเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจ จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจ สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมน้ำตาลได้ (อารีย์รัตน์พันธ์ และคณะ, 2556) ซึ่งพบว่าแรงจูงใจภายในสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ สูงถึงร้อยละ 64.9

แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอิสระในการกำหนดตนเอง (Autonomy) รับรู้ความสามารถแห่งตน (Competence) และมีปฏิสัมพันธ์ (Relatedness) กับบุคคลอื่นในทางที่ดี แรงจูงใจภายในส่งผลให้เกิดการกระทำของบุคคล จากความพึงพอใจของตนเอง ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ไม่ได้เกิดจากการบังคับ และ

ไม่ต้องการสิ่งของรางวัลใด ๆ ทำให้เกิดความคงทนของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรปฏิบัติพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเบาหวาน

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจภายในอย่างครอบคลุม ทั้งในส่วนของการกำหนดตนเอง ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

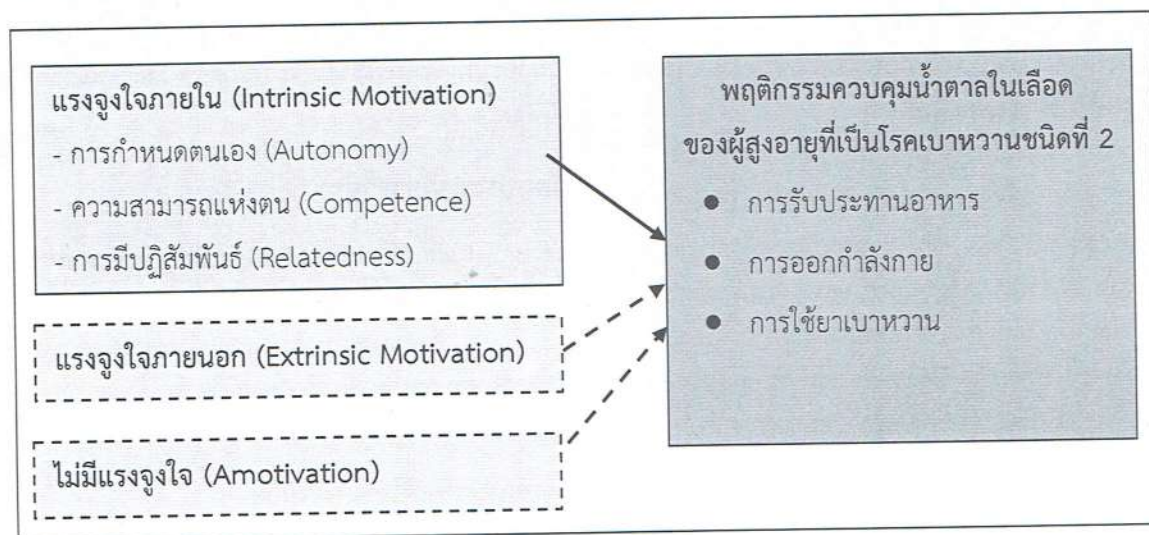
1. เพื่ออธิบายแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง ของ Deci และ Ryan (2000) ซึ่งแบ่งแรงจูงใจไว้ 3 ชนิด ได้แก่ แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายนอก และภาวะไม่มีแรงจูงใจ โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวกำหนดชนิดของแรงจูงใจ หากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตนั้นๆ ได้แก่ การกำหนดตนเอง ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมด้วยแรงผลักดันจากภายในหรือเกิดแรงจูงใจภายใน ซึ่งแรงจูงใจภายในส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับแรงจูงใจภายนอก เป็นความรู้สึกต้องการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลด้วยสาเหตุอื่น เช่น มีความคาดหวังในรางวัลตอบแทน ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ไม่คงทนต่อเนื่อง ส่วนภาวะไม่มีแรงจูงใจเป็นภาวะที่บุคคลขาดความตั้งใจขาดความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นหากต้องการให้บุคคลมีพฤติกรรมที่คงทนต่อเนื่อง ต้องเกิดจากแรงจูงใจภายใน พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมโรค เพื่อการรักษา และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวาน วัยสูงอายุ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งพบว่าร้อยละ 99 ของการรักษา เน้นการปรับพฤติกรรม เหล่านี้ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น

จากทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเองแรงจูงใจภายใน อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับ พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Deci & Ryan, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับ พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยศึกษาในผู้ป่วยที่พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจได้ดี มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลเป็นปกติ และ/หรือได้รับการยืนยันจากประวัติการรักษาของแพทย์ ญาติ หรือผู้ดูแลหลักว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 จำนวน 88 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานโรคร่วมอื่น ๆ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจภายใน จำนวน 32 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยคะแนนมากหมายถึง แรงจูงใจมาก ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการกำหนดตนเอง ที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้จากแบบสอบถามการ กำหนดตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ของนิตยา แก้วสอน 2) ด้านความสามารถแห่งตน และ 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้จาก Williams, McGregor และ Glasgowb ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม

พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 24 ข้อ ที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือจาก นิติยา แก้วสอน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1)การรับประทานอาหาร 2)การออกกำลังกาย และ 3)การเข้ายาเบาหวานเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยคะแนนมาก หมายถึงพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดมาก แบบสอบถามทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจหาความเที่ยงด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถาม แรงงูใจภายใน เท่ากับ .86 และแบบสอบถามพฤติกรรม ควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมพฤติกรรม ควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการเข้ายาเบาหวาน เท่ากับ .81, .80, .91, และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อำเภอมือง จังหวัดนครพนม และได้รับการอนุญาต จากประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เวลาตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามแรงงูใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีช่วงอายุ 60-69 ปี ($M = 69.43$, $SD = 6.93$) ร้อยละ 97.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 52.3 เป็นโรคเบาหวานมานาน 6-7 ปี ($M = 10.36$, $SD = 6.77$) ร้อยละ 85.2 มีโรคร่วมกับเบาหวาน โดยร้อยละ 69.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 55.7 เป็นไขมันในเลือดสูง และร้อยละ 15.9 เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.2 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานมากที่สุด ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 มีสมาชิกในครอบครัว 2 - 4 คน ร้อยละ 96.6 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยร้อยละ 92 ได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารมากที่สุด

2. แรงงูใจภายในโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27$, $SD = .41$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแรงงูใจภายในด้านการกำหนดตนเองระดับปานกลาง ($M = 3.13$, $SD = .41$) ด้านความสามารถแห่งตนระดับสูง ($M = 4.11$, $SD = .79$) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($M = 3.19$, $SD = .74$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจภายใน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.6 มีคะแนนเฉลี่ยแรงงูใจภายในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงงูใจภายในของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แรงงูใจภายใน	ระดับแรงงูใจ				ภายใน
	Min	Max	Mean	SD	
แรงงูใจภายใน โดยรวม	1.31	4.98	3.27	.41	ปานกลาง
แรงงูใจภายใน รายด้าน					
ด้านการกำหนดตนเอง	1.31	4.98	3.13	.41	ปานกลาง
ด้านความสามารถแห่งตน	3.40	4.60	4.11	.79	สูง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์	2.52	3.81	3.19	.74	ปานกลาง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยแรงงูใจภายใน 2 (N = 88)

แรงงูใจภายใน	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
แรงงูใจภายในของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2	8 (9.1)	78 (88.6)	2 (2.3)

3. พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.91$, $SD = .29$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = .27$) มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ($M = 2.79$, $SD = .89$) และมีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวานระดับสูง ($M = 3.01$, $SD = .19$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.7 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายระดับสูง และร้อยละ 73.9 มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวานระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4 และผลการวิเคราะห์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด จำแนกเป็นรายข้อแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมควบคุม น้ำตาลในเลือด	Min	Max	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม ควบคุมน้ำตาลใน เลือด
พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด โดยรวม	1.11	3.95	2.91	.29	ปานกลาง
พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด รายด้าน					
ด้านการรับประทานอาหาร	1.40	3.89	2.92	.27	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.10	3.43	2.79	.89	ปานกลาง
การใช้ยาเบาหวาน	1.11	3.95	3.01	.19	สูง

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 2 ควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวม และรายด้าน (N = 88)

พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด โดยรวม	38 (43)	49(55.7)	1 (1.1)
พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด รายด้าน			
ด้านการรับประทานอาหาร	30(34.1)	56(63.6)	2 (2.3)
ด้านการออกกำลังกาย	42 (47.7)	26 (29.6)	20 (22.7)
การใช้ยาเบาหวาน	23 (26.1)	65 (73.9)	0 (0)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด	Mean	SD
1. ดื่นรับประทานอาหารเช้าหรือใกล้เที่ยงกันทุกมื้อ	3.69	.56
2. ดื่นรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ	3.53	.71
3. ดื่นรับประทานอาหารเช้าจิบระหว่างมื้อ	1.58	.64
4. ดื่นรับประทานผลไม้ เช่น ขนุน ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก	1.48	.57
5. ดื่นรับประทานผักที่มีกากใยมาก เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักกาด	3.89	.47

พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด	Mean	SD
6. ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	1.57	.76
7. ฉันรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ยำ	3.59	.60
8. ฉันรับประทานขนมหวาน เช่น ข้าวเหนียวทุเรียน ลอดช่อง รวมมิตร บัวลอย	1.40	.59
9. ฉันรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เมื่อต้องออกนอกบ้าน	3.45	.88
10. ฉันควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน หรือพอมเกินไป	3.68	.69
11. ฉันรับประทานอาหารในปริมาณที่พออิ่มเท่านั้น	3.83	.51
12. ฉันรับประทาน ข้าวต้ม 2 ทัพพี หรือขนมจีน 1 ½ จีบ หรือกล้วยเดี่ยวสุก ½ ถ้วย แทนข้าวสวย 1 ทัพพี	3.40	.82
13. ฉันเริ่มออกกำลังกายเบาๆ หรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ครั้งละ 5-10 นาที	2.63	1.29
14. ฉันออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที หรือแบ่งเป็นช่วง ช่วงละ 10-15 นาที จนครบ 30 นาทีต่อวัน	2.75	1.26
15. ฉันทำงาน เช่น ทำสวน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ นานอย่างน้อย 20 นาที	2.10	1.09
16. ก่อนหยุดออกกำลังกาย ประมาณ 5-10 นาที ฉันผ่อนแรงลงทีละน้อย	2.70	1.28
17. ฉันสังเกตความพร้อมของร่างกาย ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง	3.43	1.06
18. ฉันออกกำลังกาย หลังจากรับประทานอาหารไปแล้ว ประมาณ 1-2 ชั่วโมง	3.16	1.17
19. ฉันใช้ยาเบาหวาน ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	3.91	.36
20. ฉันใช้ยาเบาหวาน ตามขนาดที่แพทย์สั่ง	3.95	.26
21. เมื่อเจ็บป่วย ฉันไม่ซื้อยามารักษาเอง	3.61	.75
22. ฉันใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมอื่น ร่วมกับยาเบาหวาน	1.53	.75
23. เมื่อฉันควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ฉันจึงหยุดใช้ยาเบาหวาน	1.11	.39
24. ฉันมารับยาตามนัดทุกครั้ง	3.95	.34

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจภายในกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า แรงงูใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.45$, $p<.01$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า แรงงูใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

1. แรงจูงใจภายใน พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม มีแรงจูงใจภายในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุของ นิตยา แก้วสอน ที่พบว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ร้อยละ 96.6 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาจส่งผลให้รับรู้ถึงโอกาสในการเลือกแนวทางการควบคุมโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ มีอิสระในความคิด มีความสนใจ จึงเกิดความเชื่อมั่น กล้าตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรม ด้วยความสามารถของตนเอง นอกจากเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแล้ว ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ซึ่งครอบครัวและบุคลากรทาง การแพทย์อาจสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ กับกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการเลือก มีอิสระในความคิดและการตัดสินใจในการควบคุมโรคเบาหวานด้วยความเชื่อมั่น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Deci & Ryan)

2. พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67 และมีสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 68.2 สอดคล้องกับการกล่าวของอารีย์ รัตนพันธ์ และคณะ ว่าบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่คอยทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านความสะดวก เป็นกำลังใจและคอยกระตุ้นเตือน แนะนำถึงการดูแลตนเอง รวมถึงกลุ่ม ตัวอย่างครั้งนี้ยังเคยได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 96.6 ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็น ผู้สนับสนุนให้คำแนะนำให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดปานกลาง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นที่เป็นร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 85.2 อีกทั้งมีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน 6-10 ปี ร้อยละ 52.3 โดยวิษชุดา ดีชัย และคณะ กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากอาการช้าแล้วช้าเล่า

ทำให้ยอมรับการเผชิญความทุกข์จากการดำเนิน ของโรค ส่งผลให้มีการดูแลตนเองโดยปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 70.5 อาจทำให้ขาดทักษะในการนำความรู้ไปใช้อย่างถูกต้อง

3. พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92 ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านอาหารจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาจสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยใน ผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ (Ofstedal, Bru, & Karlsen) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหารรายข้อ พบว่าอุปสรรคส่วนใหญ่ในการควบคุมอาหารคือ นิสัยการรับประทานอาหารจุบจิบ ($M = 1.58, SD = .64$) และดื่มน้ำหวาน ($M = 1.57, SD = .76$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุไม่สามารถควบคุมอาหารได้ เนื่องจากบังคับใจตนเองไม่ได้ รวมไปถึงการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 อาศัยอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว 2-4 คน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาหารเอง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเหมือนกัน ทั้งครอบครัว ไม่ได้ปรุงอาหารแยกโดยเฉพาะ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ได้ด้วยตนเอง

4. พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ อยู่ในวัยสูงอายุ ($M = 69.43, SD = 6.93$) อาจรับรู้สุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ

การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (สมนึก กุลสถิตพร และคณะ) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการศึกษอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.5 จบชั้นประถมศึกษา อาจทำให้ขาดทักษะการอ่าน การเขียน และการสื่อสาร ในการนำความรู้ด้านการออกกำลังกายจากบุคลากรทางการแพทย์ไปใช้ให้ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยการจัดการโรคเบาหวาน ที่พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และสูงอายุที่ขาดทักษะการอ่าน การเขียน และการสื่อสาร ไม่สามารถนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดการโรคเบาหวานได้ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ)

5. พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวานระดับสูง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ร้อยละ 85.2 เคยได้รับความรู้เรื่องการรับประทานยาเบาหวาน จึงอาจทำให้ใส่ใจในการใช้ยาเบาหวาน มีความตระหนักในการรับประทานยาเบาหวาน เพราะเชื่อว่าแพทย์ที่ให้การรักษามีความรู้ จึงต้องปฏิบัติตาม สอดคล้องกับ การศึกษาของวิลลิตน์ จงเจริญ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมีความเชื่อในความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าทำให้สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

6. แรงจูงใจภายใน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (นิตยา แก้วสอน) ที่พบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของบัลเลอร์ ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลตนเอง ทำให้รับรู้ความสามารถของตนเพื่อจัดการกับโรคเบาหวานด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.6 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกับบุคลากรทางการแพทย์มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้

ความรู้ เปิดโอกาสให้ถาม สร้างความเชื่อมั่น และมีความเข้าใจปัญหาอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Deci & Ryan)

แต่แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ($r = .18, p = .09$) ต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุของ นิตยา แก้วสอน ที่พบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในวัยสูงอายุ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการรับประทานอาหาร อีกทั้งอาจเกิดจากการขาดความเชื่อมั่น ในการควบคุมอาหารด้วยตนเอง เมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจภายในด้านการกำหนดตนเองในการรับประทานอาหาร รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกลัวว่าคนในครอบครัวจะโกรธหรือรู้สึกไม่ดี หากไม่ได้ควบคุมอาหาร ($M = 1.59, SD = .92$) และมีความละอายใจ หากไม่ได้ควบคุมอาหาร ($M = 1.39, SD = .82$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมอาหารจากแรงจูงใจภายในที่ต่ำ ไม่ได้ตัดสินใจควบคุมอาหารด้วยตนเอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีความสุข ไม่มีความพึงพอใจจากการควบคุมอาหาร จึงทำให้ไม่เกิดแรงจูงใจภายใน ในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ) พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการควบคุมอาหารนั้น ทำให้รู้สึกลุ่มใจ ทุกข์ใจ เครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ และหมดกำลังใจ

แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .01$) ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจภายในด้านการกำหนดตนเองในการออกกำลังกายรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจภายในด้านการกำหนดตนเองในการออกกำลังกายระดับสูง ได้แก่ มีความเชื่อและคิดด้วยตนเองว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องสำคัญ ทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ($M = 4.83$,

SD = .72) กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ เริ่มออกกำลังกายด้วยตนเอง (M = 4.07, SD = 1.63) มีการวางแผนการออกกำลังกายด้วยตนเอง (M = 3.97, SD = 1.66) และคิดว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นเรื่องที่ท้าทายความสามารถของตนเอง (M = 4.47, SD = 1.07) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจภายในด้านการกำหนดตนเอง เนื่องจากมีความเชื่อมั่น มีการตัดสินใจ และวางแผนการออกกำลังกายด้วยตนเอง อีกทั้งคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องท้าทายความสามารถ จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ความรู้สึกพึงพอใจ ความสนุกสนานเพลิดเพลินในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้เกิดแรงจูงใจภายใน ในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของณัชชา ทะศีละ, นาริรัตน์ จิตรมนตรี และวรรณิ์ เจริญรุ่งรงค์ ที่พบว่า แรงจูงใจภายในในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพึงพอใจ สนใจ ท้าทาย และสนุกสนานเพลิดเพลินในการออกกำลังกาย

แต่แรงจูงใจภายใน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวาน อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีความเชื่อว่า หากปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาจากแพทย์หรือพยาบาลอย่างเคร่งครัด จะสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจภายในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ระดับปานกลาง (M = 3.19, SD = .74) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการถาม และบุคลากรทางการแพทย์ มีทางเลือกให้ปฏิบัติ มีความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ รัตนพันธ์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุควบคุมน้ำตาลในเลือด เพราะต้องการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเชื่อว่า หากตนสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ก็จะทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว อาจไม่ได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจภายในในการใช้ยาเบาหวานเสมอไป เนื่องจากเมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจภายในด้านการกำหนดตนเองในการใช้ยาเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีแรงจูงใจภายในในการกำหนดตนเองในการใช้ยาเบาหวานระดับต่ำ ได้แก่ รู้สึกเลอะอายใจ หากไม่ได้รับประทานยาเบาหวานหรือฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา (M = 1.33, SD = .89) กลัวว่าคนในครอบครัวจะโกรธหรือรู้สึกไม่ดี หากไม่รับประทานยาเบาหวานหรือฉีด อินซูลินตามแผนการรักษา (M = 1.41, SD = .92) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจไม่ได้ตัดสินใจควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยการใช้ยาเบาหวานด้วยตนเอง แต่เป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างขาดการกำหนดตนเอง จึงอาจทำให้ไม่มีแรงจูงใจภายในในการใช้ยาเบาหวาน ส่งผลให้แรงจูงใจภายใน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยาเบาหวาน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกาย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ควรส่งเสริมแรงจูงใจภายในด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคในการควบคุมน้ำตาลในเลือด เปิดโอกาสให้ถามรับฟังความคิดเห็น พร้อมทั้งเสนอทางเลือกการออกกำลังกาย รวมทั้งฝึกทักษะการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความมั่นใจใน การออกกำลังกาย และตัดสินใจเลือกวิธีการออกกำลังกาย ตามความชอบของตนเอง

อ้างอิง

1. กาญจนา บริสุทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอนาทม จันทบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรเวช (สุโขทัย) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2553.
2. ชนาธิป ศรีพรหม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรเวช สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2550.
3. เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 2553.
4. ณัฏชา ทะศิละ, นารีรัตน์ จิตมนตรี และวรรณิ์ เจิมสุวรรค์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายนอก ภาวะไม่มีแรงจูงใจ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 11(1), 1-11. 2556.
5. นิตยา แก้วสอน. แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรเวช สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2548.
6. วิชชุดา ดีชัย, วิภาวี คงอินทร์, และอุไร หักกิจ. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 7(2), 25-34. 2552.
7. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยาณี บุญสิน, และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 26(1), 71-84. 2556.
8. อารีย์ รัตนพันธ์, สุชาดา รัชชกุล, และนงนุช โอปะ. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 10 (1), 25-39. 2556.
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care, 34(1), S11-S61. 2011.
10. Butler, H. A. Motivation: The role in diabetes self-management in older adults. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Lowell. (2002).
11. Deci, E. L., & Ryan, R. M. Handbook of self-determination research. Rochester, NY: University of Rochester Press. 2002.
12. Julien, E., Senecal, C., & Guay, F. Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. Journal of Health Psychology, 14(3), 457-470. 2009.
13. Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25(4), 735-744. 2011.
14. Perlmutter, L. C., Dimaculangan, C. M., Seidlitz, M., Singh, S. P., & Gabhart, J. M. Improving Glycemic Control: The Role of Leisure Activities and Intrinsic Motivation in Older Type 2 Diabetic Men. Experimental Aging Research, 34(2), 162-172. 2008.
15. Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians. Patient Education and Counseling 57(1), 39-45. 2005.

Case Study

Pleomorphic adenoma

ทพ. อวิรุทธ์ ดาวราย รพ. นครพนม

Case report

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี มาด้วยมีก้อนที่บริเวณเพดานปากมาประมาณ 2 ปี ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเริ่มสังเกตเห็นมีก้อนที่เพดานปากเมื่อ 2 ปีก่อนเป็นก้อนเล็กจากนั้นก้อนค่อยๆโตขึ้น ไม่เคยมีอาการปวดขาใดๆ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา และไม่มียาใดๆทานประจำ

จากการตรวจร่างกายภายนอกช่องปาก ไม่พบความผิดปกติ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ในช่องปากพบมีก้อนขนาด 2x2 เซนติเมตร ที่บริเวณเพดานปากด้านซ้ายค่อนข้างค่อนไปทางเพดานอ่อน เนื้อเยื่อของก้อนมีสีปกติเหมือนเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง คลำได้ rubbery ไม่มีอาการปวด อาการขาใดๆ ผู้ป่วยมีฟันปลอมถอดได้ใส่ที่ด้านบนซึ่งขอบของฟันปลอมอยู่ติดกับรอยโรคจาก ฟิล์ม waters view ไม่พบมีการทำลายของกระดูก และไม่พบความผิดปกติใดๆ

จากประวัติ การตรวจและภาพรังสีสามารถพิจารณาให้แยกโรคสำหรับรอยโรคบริเวณเพดานปากในผู้ป่วยรายนี้ได้ 2 อย่างคือ pleomorphic adenoma กับ irritating fibroma จึงวางแผนการรักษาโดยการทำการ incisional biopsy เพื่อส่งชิ้นเนื้อตรวจก่อน จากผลทางพยาธิพบว่าชั้น epithelial มีลักษณะรูปร่างท่อของต่อมถูกล้อมรอบด้วยเซลล์ myoepithelial กับ plasmacytoid ซึ่งผลเข้าได้กับ pleomorphic adenoma จึงวางแผนการรักษาทำการ excisional biopsy ภายใต้การดมยาสลบ โดยทำการตัดห่างจากขอบของรอยโรค 0.5 cm. และทำการปล่อยให้แผลหายแบบทุติยภูมิ หลังการทำ excision 2 เดือนพบแผลหายดี ไม่มีการติดเชื้อ

Review

เนื้องอกของต่อมน้ำลายพบได้น้อย โดยพบน้อยกว่า 3% ของเนื้องอกบริเวณศีรษะและคอทั้งหมด¹¹ จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเนื้องอกของต่อมน้ำลายนั้น 70% อยู่ที่ parotid 10% ที่ submandibular gland และที่เหลือพบใน minor gland⁵ ซึ่งเพดานปากเป็นบริเวณที่พบมากที่สุด ของ minor gland ซึ่งโดยรวมแล้วเพดานปาก, ริมฝีปากบน และ กระพุ้งแก้ม เป็นบริเวณที่พบได้มากที่สุดของ minor gland โดยพบได้ 70-90%⁷ เนื้องอกในต่อมน้ำลายส่วนมากที่พบประกอบด้วย Pleomorphic adenoma, Warthin tumor, mucoepidermoid carcinoma, acinic cell carcinoma, adenoid cystic carcinoma และ carcinoma ex pleomorphic adenoma. พบ pleomorphic adenoma มากสุด 54.2% mucoepidermoid carcinoma 13.5% warthin's 8.5% และ adenoid cystic carcinoma 7.9%¹¹ Pleomorphic adenoma ซึ่งเป็นเนื้องอกที่พบมากที่สุดนั้นพบ 59.1% ของเนื้องอก ใน major gland และพบ 55.7% ของเนื้องอกใน minor gland ทั้งนี้ถ้านับเฉพาะ benign tumor นั้นพบว่าเป็น pleomorphic adenoma ถึง 90%³ ส่วนต่อม Sublingual และที่ริมฝีปากล่างเป็นบริเวณที่พบได้น้อยที่สุด สองในสามของเนื้องอกทั้งหมด เป็น benign ในขณะที่โอกาสการเกิดเป็นเนื้อร้ายพบ 15-30% ของเนื้องอกที่ parotid 40% ของเนื้องอกที่ submandibular 50% ที่ minor gland และ 70-90%

ที่ sublingual gland มักพบเนื้องอกในผู้ใหญ่ช่วงอายุ 50-70 ปี และพบในผู้หญิงมากกว่าเล็กน้อย ประมาณ 5% พบในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี⁵ ในส่วนของ Minor gland นั้นมากกว่า 88% เป็น เนื้องอก และพบ adenoid cystic carcinoma มากที่สุด⁶ พบเกินครึ่งเป็นการบวมโดยไม่มีการโตโดยพบขนาดได้ตั้งแต่ไม่กี่มิลลิเมตรจนถึงมากกว่า 6 cm. โดยรอยโรค Minor gland ในปากพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายที่ 1.2:1 -1.5:1 และพบเป็น benign ที่อายุ 49.8 และ malignant ที่ 55.2 ปี⁷ ที่ริมฝีปากบนมักพบเนื้องอกเป็น Benign ในขณะที่ริมฝีปากล่างจะพบเป็น malignant¹⁰ ในขณะที่เนื้องอกที่เพดานปากพบเป็นเนื้องอกได้ถึง 50%⁶ เนื้องอกที่เพดานปากนั้นเคยพบเป็น Basal cell adenoma รวมทั้งพบเป็น monomorphic adenomas ด้วย เนื้องอก Benign ที่เพดานปากที่พบได้มากที่สุด คือ pleomorphic adenoma แม้ว่า จะเป็น benign แต่ pleomorphic adenoma มีลักษณะของ capsule ที่ไม่ครอบคลุมทั้งหมด จึงพบมีการกลับเป็นใหม่ได้ง่ายจากการตัดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งการกลับเป็นใหม่ที่เพดานปากนั้นมีความสำคัญเนื่องจากเนื้องอกอาจจะเข้าไปที่ฐานกะโหลกได้โดยผ่าน palatine foramen เนื้องอกที่พบบริเวณเพดานปากประกอบด้วย mucoepidermoid carcinomas, adenoid. Cystic carcinomas, polymorphous low-grade adenocarcinomas, Acinic cell carcinomas และ undifferentiated adenocarcinomas ในส่วนของ Acinic cell carcinoma พบได้น้อยในช่องปาก (ประมาณ 2% ของเนื้องอกต่อมน้ำลายในช่องปากทั้งหมด) แต่ 40% พบได้ที่เพดานปาก⁶ Mucoepidermoid และ acinic cell carcinomas เป็นมะเร็งต่อมน้ำลายที่พบมากที่สุดของเด็ก เนื้องอกของต่อมน้ำลายที่เพดานปากจะมีผิวเรียบ บวมเป็นลักษณะโคม ไม่ขยับ อาจพบเป็นแผลได้เนื่องจากการขยายตัวภายในหรืออาจจากการกระแทก บ่อยครั้งที่พบรอยโรคเป็นสีออกน้ำเงิน ภาพรังสีทั่วไปและการตรวจเลือดไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรค การถ่าย CT ใช้ดูการทำลายของกระดูกเพดานปากรวมถึงดูการขยายของรอยโรคในรูจมูกและไซนัส MRI ช่วยในการดูลักษณะของ capsule ได้ อย่างไรก็ตามการตัดเนื้องอกที่เพดานปากยังขึ้นอยู่กับลักษณะทางพยาธิอีกด้วยดังนั้นการตัดสินใจในบริเวณกลางรอยโรคมากกว่าทำที่ขอบเพื่อป้องกันการแทรกซึมของเนื้องอกการทำ fine needle aspiration สามารถให้ผลที่แม่นยำได้มากกว่า 80% และยังไม่ลดภัยจากการแพร่กระจายของเนื้องอกด้วย โดยควรทำในกรณีรอยโรคอยู่ลึกลงไปมากกว่า 1 cm.⁶ การรักษาโดยการตัดออก สามารถทำได้โดยไม่ต้องตัดกระดูก และสามารถปล่อยทิ้งไว้โดยให้เนื้อเยื่อสร้างขึ้นมาเองได้หรืออาจปิดแผลโดยใช้ dressing plate ก็ได้ การตัดควรห่างจากขอบที่มองเห็นออกมา 0.5 cm. พร้อมกับกรอเอาผิวกระดูกด้านบนออกด้วย ยังไม่เคยพบการแทรกซึมเข้าไปในกระดูกของ pleomorphic adenoma ถ้ารอยโรคใกล้หรือครอบคลุมในส่วน palatine foramen ควรการตัดกระดูกเพดานออกไปด้วย ในกรณีที่มีรอยโรคครอบคลุมในส่วน ฟันจมูกหรือ ไซนัสการตัดควรทำกว้างขึ้นหรือทำ hemimaxillectomy กรณีแผลผ่าตัดที่ใหญ่ อาจใช้เนื้อจากลิ้นหรือจากกล้ามเนื้อ temporalis มาปิด แต่อย่างไรก็ตามการปิดด้วย obturator ช่วยในการดูการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ง่ายกว่า อัตราการเกิดเป็นซ้ำพบตั้งแต่ 0-50% ทั้งใน major และ minor gland Mixed tumors เป็นเนื้องอกที่โตช้าดังนั้นการติดตามในระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็น³ เป็นที่ทราบกันดีว่า Pleomorphic adenoma มีความเป็นไปได้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งได้ 5-25%² ในรายงานทางวิจัยส่วนใหญ่พบว่ามีการเกิดเป็นซ้ำของ Minor gland น้อยกว่า major gland แม้เป็นการตัดแบบ conservative ก็ตามและพบว่าการกลับเป็นใหม่มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะ myxoidstroma ซึ่งการกลับเป็นใหม่พบที่ parotid gland มากที่สุดคิดเป็น 50% ของทั้งหมด ในขณะที่การกลับมาเป็นใหม่สัมพันธ์กับการตัดออกไม่หมดอย่างมาก³ การกลับเป็นใหม่ส่วนมากพบในช่วง 10 ปีแรก และพบนานสุดที่ 21 ปี อัตราการกลับมาเป็นอีกครั้งของเนื้องอกขึ้นกับลักษณะทางคลินิกและยังขึ้นอยู่กับเทคนิคการตัดออกด้วย พบว่ามีการกลับมาเป็นอีก 20-45% หลังการควั่นออก และ 2-5% หลังการทำ lateral lobectomy ใน parotid gland แต่พบว่ามีอัตรา 0-0.4% จากการทำให้ radical total parotidectomy ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับเทคนิคการตัดออกที่ไม่หมดหรือการแตกออกของ pseudocapsule ของเนื้องอกระหว่างทำหัตถการซึ่งทำให้เกิดการเล็ดลอดของเซลล์เนื้องอกเข้าไปในแผล ความเสี่ยงในการกลับเป็นใหม่จะยิ่งมีเพิ่มขึ้นเมื่อชิ้นเนื้อที่ตรวจพบว่ามีชิ้นส่วนของเนื้องอกยื่นออกมาจากตัวก้อนเนื้องอก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าทำไมการทำ radical techniques ถึงลดการกลับมาเป็นใหม่ได้มากกว่า ซึ่งการพบลักษณะพยาธิแบบนี้จึงนำไปสู่การ

ติดตามผลที่ยาวนานมากขึ้น¹

นอกจากนั้นการกลับมาเป็นใหม่จากการตัดไม่หมดสามารถพบได้มากกว่าเมื่อเทียบกับผลจากการทำ เซลล์เนื้องอก หล่นในบริเวณที่ตัด การทำการควัก Pleomorphic adenoma ออกอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอเนื่องจากการมี 'pseudoencapsulated' ของเนื้องอกซึ่งจะทำให้การเกิดเป็นใหม่ได้ถึง 48% แต่การเพิ่มการฉายแสงหลังการตัด กลับพบว่า การเป็นซ้ำใหม่มลดลงเหลือ 1.3-2.7%

นอกจากนี้ในกรณี ที่มีเซลล์เนื้องอกตกหล่น การตัดที่ไม่หมด และการกลับเป็นซ้ำใหม่ควรทำการฉายแสง เพราะ การผ่าตัด Pleomorphic adenoma ที่เป็นซ้ำใหม่จะพบมีการบาดเจ็บแบบถาวรกับเส้นประสาทควบคุมการทำงานของ ใบหน้าได้สูงถึง 15-40%⁴ ทั้งนี้ 'Chau MN และคณะกลับพบว่า การทำ local excision หรือการควักออกก็ถือเป็นการ รักษาที่เพียงพอแล้ว

References

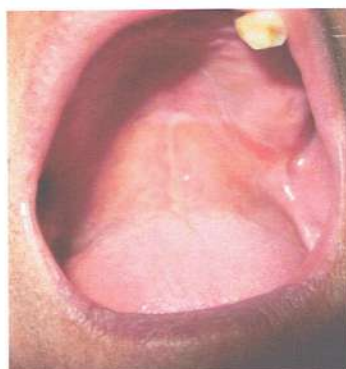
1. Henriksson G, Westrin KM, Carlsoo B, Silfversward C. Recurrent primary pleomorphic adenoma of the salivary gland origin: intrasurgical rupture, histopathologic features, and pseudopodia. *Cancer* 1998;82:617-620
2. Bourell LG, Chan KC, Hirsch DL. Salivary duct carcinoma ex pleomorphic adenoma of the palate: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Feb. 73 (2):370.e1-7.
3. Krolls S, Boyers R. Mixed tumors of salivary glands. *Cancer* 1972;30:276-81.
4. Buchman C. Pleomorphic adenoma: effect of tumor spill and inadequate resection on tumor recurrence. *Laryngoscope* 1994;104:1231-4
5. Rewsuwan S, Settakorn J, Mahanupab P. Salivary gland tumors in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a retrospective study 198 cases. *Chiang Mai Med Bull* 2006; 45(2): 45-53.
6. Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52 (5): 454-9.
7. Waldron CA, el-Mofty SK, Gnepp DR: Tumors of the intraoral minor salivary glands; a demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988, 66: 323-33
8. Spiro RH, Koss LG, Hajdu SI, Strong EW: Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer.* 1973, 31: 117-29.
9. Chau MN, Radden BG. A clinical-pathological study of 53 intraoral pleomorphic adenoma. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1989;18:158-62
10. Yin WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasm: Review of 213 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989;18:158-62.
11. Ito FA, Ito K, Vargas PA, De Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34:533-6



ภาพหน้าตรง ด้านข้างผู้ป่วยก่อนการรักษา



ภาพในช่องปากก่อนการรักษา



ภาพในช่องปากหลังการรักษา 1 เดือน

Case Study

Case Submandibular space infection

ทพ. อวิรุทธิ์ ดาวราย รพ. นครพนม

Case report

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มาด้วยบวมที่บริเวณใต้คางด้านซ้ายมาประมาณ 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เมื่อ 2 อาทิตย์ก่อนเคยปวดฟันและมีบวมขึ้นมาในช่องปากก่อนหลังจากนั้นพบว่าเริ่มบวมที่บริเวณใต้คางซ้ายขึ้น และมีอาการเจ็บ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะโดยการกินมา 1 อาทิตย์ พบว่าอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายจึงมาพบแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา และไม่มียาใดๆ ทานประจำ

จากการตรวจร่างกาย ไม่พบมีไข้ (37.0 องศา) ภายนอกช่องปาก บวมที่ใต้คางด้านซ้าย คลำเจ็บ ไม่แดง ไม่ร้อน ในช่องปากไม่พบมีการบวมที่พื้นช่องปาก กลืนน้ำลายไม่เจ็บ อ้าปากได้กว้างปกติ มีฟันล่างซ้ายสีกะหลู่พร่องประสาทหลายซี่ ภาพถ่ายรังสีฟันอมิกพบฟัน 34-36 สีกะหลู่พร่องประสาทและมีเงาดำบริเวณปลายราก

จากประวัติ การตรวจและภาพถ่ายรังสีสามารถให้การวินิจฉัยเป็น submandibular space infection due to 34-36 chronic apical abscess จึงให้การรักษาโดยการทำการระบายหนองนอกปากที่บริเวณใต้คางด้านซ้ายร่วมกับการถอนฟันที่เป็นสาเหตุและใส่ท่อระบายหนองภายใต้การดมยาสลบ จากการกรีดระบายหนองพบมีหนองเหลืองข้นไม่เหม็นประมาณ 2 ml. หลังการกรีดระบายหนองผู้ป่วยได้ยา cefazolin 1 กรัม ทางเส้นเลือดทุก 6 ชั่วโมง ทำการล้างหนองทุกวัน วันละครั้ง จนวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ล้างไม่พบหนอง จึงถอดท่อระบายหนองและหยุดยา cefazolin เปลี่ยนเป็นให้กิน cephalaxine 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละสามครั้ง วันรุ่งขึ้นพบไม่มีไข้ จึงจำหน่ายคนไข้

ผลการเพาะเชื้อสองวันไม่พบเชื้อใดๆ

ติดตามผลการรักษา 1 เดือนพบบวมที่ใต้คางซ้ายลดลงไม่พบมีหนอง ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บใดๆ

Review

แม้ว่าการติดเชื้อในตำแหน่งต่างๆ อาจทำอันตรายถึงชีวิตได้แต่การติดเชื้อที่ศีรษะและคอใน space ต่อไปนี้อยู่ในอันดับต้นๆ ได้แก่ submandibular, lateral pharyngeal และ retropharyngeal-danger-prevertebral การอุดกั้นทางเดินหายใจและการกระจายเชื้อไปยังช่องกลางทรวงอกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของการติดเชื้อ submandibular space ดังนั้นการดูแลทางเดินหายใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

ในส่วนขอบเขตของ submandibular space นั้น ด้านหลังเป็นกระดูก hyoid ด้านหน้าและด้านข้างล้อมรอบด้วย mandible ด้านล่างเป็น superficial layer ของ deep cervical fascia ส่วนด้านบนเป็นกล้ามเนื้อ mylohyoid ซึ่งกั้นระหว่าง submandibular space กับ sublingual space โดยสอง space นี้สามารถเชื่อมต่อกันได้ที่ด้านหลัง ของกล้ามเนื้อ mylohyoid ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องขอบเขตทางกายวิภาคและการเชื่อมต่อของแต่ละ space จะทำให้สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความเป็นไปของพยาธิสภาพ ลักษณะทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ เนื่องจากในบริเวณศีรษะและคอ

มี space อยู่มากจึงต้องแยกอาการที่พบให้ได้ว่าเป็น space ไหนบ้าง CT และ MRI มีบทบาทอย่างมากในการตรวจโดยเฉพาะในกรณีที่คนไข้ปากได้น้อยทำให้ไม่สามารถทำการตรวจอย่างละเอียดได้ซึ่งภาพถ่ายยังช่วยแสดงถึงการกระจายไปยัง space ต่างๆซึ่งไม่อาจเห็นทางคลินิกได้นอกจากนี้ 70% ของ ผู้ป่วยที่อาศัยการตรวจทางคลินิกเพียงอย่างเดียวจะนำไปสู่การประเมินที่ผิดพลาดได้ ซึ่งในบางครั้ง CT และ MRI ยังช่วยหาสาเหตุของการติดเชื้อได้อีกด้วย² การติดเชื้อของ Submandibular space ส่วนมากมีสาเหตุจากการติดเชื้อของฟันส่วนที่เกิดจากสาเหตุอื่นได้แก่ มีแผลลึกขาดที่พื้นช่องปาก กระดูกขากรรไกรล่างหัก เกิดจากมีสิ่งแปลกปลอม มะเร็งของลิ้นหรือกระดูกขากรรไกรล่าง ต่อม้ำลายอุดตัน ต่อม้ำลายอักเสบ โตในขณะที่ 28.4% ไม่สามารถพบสาเหตุการติดเชื้อที่ชัดเจน¹ การติดเชื้อจากฟันของ submandibular space นั้นเริ่มจากการกระจายของหนองที่ปลายรากของฟันกรามล่างโดยมากเป็นฟันกรามซี่สองหรือซี่สาม การทะลุออกมาของหนองขึ้นอยู่กับความบางของกระดูกแต่ละที่ ซึ่งบริเวณฟันกรามกระดูกด้านล่างจะบาง ส่วนบริเวณฟันกรามน้อยกระดูกจะบาง ด้านกระพุ้งแก้ม

นอกจากนี้ยังพบว่าจุดเกาะของ กล้ามเนื้อ mylohyoid จะอยู่สูงกว่าปลายรากฟันกรามล่างซี่ที่สองและซี่ที่สาม ในขณะที่ฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งจะมีปลายรากอยู่สูงกว่าจุดเกาะของกล้ามเนื้อ mylohyoid จากลักษณะแบบนี้ทำให้การติดเชื้อของฟันกรามล่างซี่ที่สองและซี่ที่สาม จะเข้า submandibular space ส่วนฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งจะเข้า sublingual space ในคนไข้ที่เป็น cellulitis และตุ่มหนองเล็กๆ สามารถรักษาโดยการให้ยาอย่างเดียวได้ แต่ถ้าประเมินหลังจาก 48 ชั่วโมงแล้วอาการทางคลินิกไม่ตอบสนองต่อยาจึงค่อยทำการกรีดระบายหนอง การระบายหนองควรทำในตุ่มหนองขนาดใหญ่หรือมีการกระจายไปหลาย space แต่ ในผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะเบาหวานยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นซึ่งในผู้ป่วยเหล่านี้ควรพิจารณาการระบายหนองแต่เนิ่นๆ แม้ว่าภาวะการติดเชื้อจะดูไม่รุนแรงนัก

การให้ยาปฏิชีวนะ, สเตียรอยด์, NSAIDSที่ไม่เหมาะสมอาจ นำไปสู่การปกปิดอาการแสดงของการติดเชื้อทำให้การหายช้าและพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้ ในขณะที่การมี anterior visceral space ร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากการอุดตันทางเดินหายใจและการแพร่กระจายไปยัง anterior mediastinum ได้

ในการติดเชื้อของ deep neck space มักพบได้ทั้งเชื้อ aerobe และ anaerobe ดังนั้นในการให้ยาแบบ empirical ควรครอบคลุมเชื้อทั้งสองกลุ่มดังกล่าว

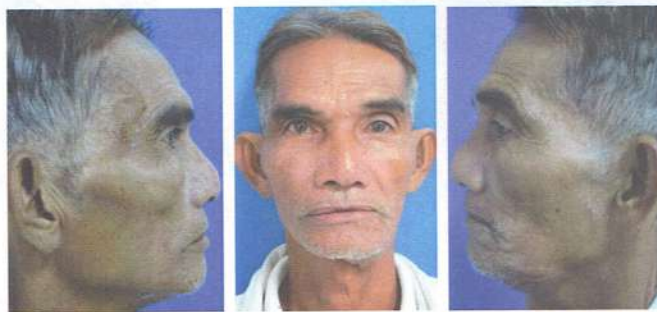
เชื้อ anaerobe ที่พบมากได้แก่เชื้อ Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium, และ Peptostreptococcus spp ส่วนกลุ่ม aerobe ได้แก่ group A streptococcus, viridans streptococci, Staphylococcus aureus, และ Haemophilus influenza พบว่ามากกว่าสองในสามเป็นเชื้อที่สร้าง beta lactamase ดังนั้นยาที่ใช้ควรจะเป็นกลุ่ม penicillin ร่วมกับกลุ่ม beta-lactamase inhibitor (amoxicillin/clavulanate, ticarcillin/clavulanate, piperacillin/tazobactam), cefoxitin, carbapenem, หรือ clindamycin ส่วนคนไข้ที่แพ้ penicillin ควรให้ Macrolides หรือ ketolides ร่วมกับ metronidazole

ในกรณีที่ได้ยาปฏิชีวนะที่เป็น broad-spectrum แล้วไม่ดีขึ้นควรนึกถึงการติดเชื้ออื่นๆเช่น Candida และ Aspergillus ในการเพาะเชื้อแล้วไม่พบเชื้อแต่ย้อมสีกรัมติดเชื้อ อาจเนื่องจากเป็นเชื้อ Anaerobe หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ค่อยพบ เช่น Bartonella henselae (cat scratch disease), mycobacteria หรือ การติดเชื้อรา

References

1. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC Int J Infect Dis. 2009;13(3):327
2. Life-threatening infections of the peripharyngeal and deep fascial spaces of the head and neck. Reynolds SC, Chow AW Infect Dis Clin North Am. 2007;21(2):557

3. Deep neck infection. Vieira F, Allen SM, Stocks RM, Thompson JW Otolaryngol Clin North Am. 2008;41(3):459



ภาพหน้าตรง ด้านข้าง ผู้ป่วยก่อนรักษา



ภาพในช่องปาก ผู้ป่วยก่อนรักษา



ภาพหน้าตรง ด้านข้าง ผู้ป่วยหลังการรักษา

นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ

ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก รพ. นครพนม

หลักการและเหตุผล

ปัญหาที่พบระหว่างดูแลผู้ป่วยทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ คือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการถูกดึงรั้งจากสายเครื่องช่วยหายใจที่มีขนาดใหญ่และหนักเทียบกับน้ำหนักตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลายครั้ง เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สิ้นเปลืองงบประมาณของรัฐบาล ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติของผู้ป่วย จากการเก็บสถิติตัวชี้วัดพบว่า ปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558 มีจำนวนผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 98, 106 และ 136 ราย และพบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 1.49 , 3.77 และ 23.38 ครั้ง ต่อ 1000 วันใส่ท่อหลอดลมคอตามลำดับ (จากการบันทึกสถิติในหน่วยงาน) และจากเวชระเบียนรายงานความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักเด็ก พบว่า ร้อยละ 46 ของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยหนักเด็ก เป็นผู้ป่วยทารกแรกเกิด (อายุแรกเกิด ถึง 28 วัน) และในกลุ่มนี้ร้อยละ 72 เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2558 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 มีผู้ป่วยทำท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ทั้งหมด 17 ราย เป็นทารก 13 ราย ส่วนหนึ่งของสาเหตุการเลื่อนหลุดเกิดจากการดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง (ร้อยละ 6.6) เนื่องจากสายเครื่องช่วยหายใจมีน้ำหนักมากและยังไม่มีอุปกรณ์ยึดและพยุงสายที่มีประสิทธิภาพ ทางหอผู้ป่วยหนักเด็กได้ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงได้คิดค้นนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น จากเดิมได้ใช้ยางรัดยึดติดกับตู้ควบคุมอุณหภูมิกายทารก (Incubator) หรือใช้ผ้าประคองสายไม่ให้หักพับงอ ทำให้เกิดปัญหาท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากการถูกดึงรั้ง อุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อลดแรงถ่วงและน้ำหนักของสายเครื่องช่วยหายใจ ช่วยลดแรงดึงรั้งของสายเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และช่วยลดแรงกดของท่อช่วยหายใจบริเวณหลอดลมของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น เป็นนวัตกรรมที่แสดงถึงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน และการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

วิธีการดำเนินการ

1. สำรวจ และศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ประชุมปรึกษา เสนอความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข
3. คิดค้น และชี้แจงเหตุผลการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ
4. ออกแบบอุปกรณ์ จัดหาวัสดุ ดำเนินการประดิษฐ์ตามแบบที่ร่างไว้
5. นำนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์มาใช้กับผู้ป่วยจริง และพัฒนา ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
6. เก็บข้อมูล ตั้งแต่ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 25 พฤษภาคม 2559
7. ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล
8. สรุปผลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

อุปกรณ์ที่ใช้

1. ตัวยึดโทรศัพท์ที่ตั้งโต๊ะ
2. ห่วงแขวนรูปตัว S
3. สายรัด Cable tie
4. หัวแร้ง

ขั้นตอนการสร้างนวัตกรรม

1. นำตัวยึดโทรศัพท์ที่ตั้งโต๊ะ มาตัดให้ได้ความยาวตามที่ต้องการ



2. นำ ห่วงแขวนรูปตัว S จำนวน 2 อัน มาเชื่อมให้เป็นรูปตัว W



3. นำอุปกรณ์ทั้ง 2 อย่างมาประกอบออกมาเป็นตามรูป



4. นำไปทดลองใช้และปรับปรุง



งบประมาณในการจัดทำนวัตกรรม

จำนวน 180 บาท ต่อ ชิ้น

1. ลดการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
2. ลดแรงกดของท่อช่วยหายใจบริเวณหลอดลมคอ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
3. ลดแรงกดทับของท่อช่วยหายใจบริเวณริมฝีปาก และมุมปากของผู้ป่วย
4. เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากร ในการดูแลทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. นำอุปกรณ์ทั้ง 2 อย่างมาประกอบออกมาเป็นตามรูป



4. นำไปทดลองใช้และปรับปรุง



งบประมาณในการจัดทำนวัตกรรม

จำนวน 180 บาท ต่อ ชิ้น

ประโยชน์ของนวัตกรรมต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

1. ลดการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
2. ลดแรงกดของท่อช่วยหายใจบริเวณหลอดลมคอ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
3. ลดแรงกดทับของท่อช่วยหายใจบริเวณริมฝีปาก และมุมปากของผู้ป่วย
4. เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากร ในการดูแลทารกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์

1. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการตั้งร้ง < 5 %
2. เจ้าหน้าที่พึงพอใจในนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ > 95 %

ผลลัพธ์จากการใช้นวัตกรรม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลของการดำเนินการ	
		ปี 2558	ปี 2559 (ใช้ holder tubing)
1. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการตั้งร้ง	< 5 %	6.6 %	4.8 %
2. ระดับความพึงพอใจในนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยพยุงสายเครื่องช่วยหายใจ	> 95 %	NA	96 %

แหล่งข้อมูลของตัวชี้วัด

สถิติตัวชี้วัดอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปีงบประมาณ 2550 - 2553

แผนที่จะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาอุปกรณ์ให้มีความสะดวกใช้มากขึ้น
2. เพิ่มจำนวนอุปกรณ์ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น

ผู้จัดทำ

1. นางรุจิรา ดิษฐวงศ์ หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักเด็ก รพ. นครพนม เบอร์โทร 0894199992
2. นายศราวุฒิ พรหมดี เจ้าหน้าที่ศูนย์เครื่องมือแพทย์ รพ. นครพนม เบอร์โทร 0928891441

นวัตกรรมการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน

นางสาวสิริลักษณ์ ยะภักดี

นางศิริประภา บุญเสนอ

หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันมีการแข่งขันด้านการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงได้มีการสร้างนวัตกรรมและมีการพัฒนาองค์อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น นวัตกรรมยังเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยในการส่งเสริมให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการยกระดับของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น และยังเป็นส่งเสริมการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เข้มแข็งและเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนขององค์กร

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม เป็นหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลโดยการผ่าตัดหลายสาขาอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง มีทั้งการผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็ก ในปีงบประมาณ 2558 ผู้มารับบริการผ่าตัดโดยเฉลี่ยจำนวน 34 รายต่อวัน ซึ่งการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังและความละเอียดรอบคอบในการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจในการรับบริการ และการให้บริการบริการสาขาศัลยกรรมส่องกล้องผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีเป็นการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง หรือที่เรียกว่า “การผ่าตัดผ่านกล้อง” เป็นการผ่าตัดที่พบมากในโรงพยาบาลนครพนม จากการเก็บสถิติในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 มีผู้มารับบริการศัลยกรรมส่องกล้องผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีทั้งหมด 184 และ 187 รายตามลำดับ ซึ่งการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และได้รับความนิยมสูงในปัจจุบัน ซึ่งการผ่าตัดจะดำเนินการโดยการเจาะผ่านช่องท้องหรือผิวหนังบริเวณใกล้เคียงที่ที่ต้องการผ่าตัด ซึ่งทำให้แผลมีขนาดเล็กมากเมื่อเปรียบเทียบกับกรผ่าตัดแบบเปิดแผลขนาดใหญ่ การผ่าตัดแบบส่องกล้องช่วยให้ผู้ป่วยเสียเลือดน้อยลง พ้นตัวได้เร็วขึ้น และใช้ระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลน้อยลง ซึ่งแผลที่เกิดจากการผ่าตัดสามารถรักษาไม่ให้เกิดแผลเป็นได้ง่ายขึ้น ซึ่งการผ่าตัดส่องกล้องผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้การซื้ออุปกรณ์การแพทย์ในราคาที่สูงยกตัวอย่าง เช่น Reducer ในราคาชิ้นละ 500 บาท ซึ่งในงบประมาณที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลต้องทำการจัดซื้อประมาณ 10 ชิ้น คิดเป็นค่าใช้จ่าย 5,000 บาท ทางผู้จัดทำจึงได้คิดนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อ Reducer ของโรงพยาบาล

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

PDCA (Plan-Do-Check-Act)

เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยตลอดวงจร PDCA นี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ดร.ชีวฮาร์ท ต่อมา ดร.เดมมิ่ง ได้นำมาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ขั้นตอนแต่ละขั้นของวงจร PDCA มีรายละเอียด ดังนี้

1. Plan (วางแผน) หมายความว่า การกำหนดเป้าหมาย / วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงาน บรรลุเป้าหมายในการวางแผนจะต้องทำความเข้าใจกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เป้าหมายที่กำหนดต้องเป็นไปตามนโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจ ขององค์กรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร การวางแผนในบางด้านอาจจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐาน ของวิธีการทำงานหรือ เกณฑ์มาตรฐาน

ต่าง ๆ ไปพร้อมกันด้วยข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานนี้ จะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบได้ว่า การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่ได้รับไว้ในแผนหรือไม่

2. DO (ปฏิบัติ) หมายถึง การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งก่อนที่จะปฏิบัติงานใด ๆ จำเป็นต้องศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่าง ๆ ของ สภาพงานที่เกี่ยวข้องเสียก่อน ในกรณีที่เป็นการปฏิบัติงานประจำที่เคยปฏิบัติหรือเป็นงานเล็ก อาจใช้วิธีการเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นงานใหม่หรือ งานใหญ่ที่ต้องใช้บุคลากรจำนวนมากอาจต้องจัดให้มีการฝึกอบรม ก่อนที่จะปฏิบัติงานจริงการปฏิบัติจะต้องดำเนินการไปตามแผน วิธีการ และขั้นตอน ที่ได้กำหนดไว้และจะต้องเก็บรวบรวมและบันทึก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

3. Check (ตรวจสอบ) เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติงานตามแผน หรือไม่มีปัญหาเกิดขึ้น ในระหว่างการปฏิบัติงานหรือไม่ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เนื่องจากในการดำเนินงานใดๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนอยู่เสมอ ซึ่งเป็นอุปสรรค ต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตาม การตรวจสอบ และการประเมินปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน เพื่อจะได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ ของการดำเนินงานต่อไปในการตรวจสอบ และการประเมินการปฏิบัติงาน จะต้องตรวจสอบด้วย ว่าการปฏิบัติ นั้น เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงาน

4. Act (การปรับปรุง) เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้วการปรับปรุง อาจเป็นการแก้ไขแบบเร่งด่วน เฉพาะหน้า หรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม การปรับปรุงอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการ ทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้ด้วยการบริหารงานในระดับต่าง ๆ ทุกระดับตั้งแต่เล็กที่สุดคือการปฏิบัติงานประจำวันของบุคคลคนหนึ่งจนถึงโครงการในระดับใหญ่ที่ต้องใช้ กำลังคนและเงินงบประมาณจำนวนมากย่อมมีกิจกรรม PDCA เกิดขึ้นเสมอ โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่ครบวงจรบ้าง ไม่ครบวงจรบ้าง แตกต่างกันไป ตามลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในแต่ละองค์กรจะมีวงจร PDCA อยู่หลาย ๆ วง วงใหญ่ที่สุด คือ วงที่มีวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ ขององค์กรเป็นแผนงาน (P) แผนงานวงใหญ่อาจครอบคลุมระยะเวลาต่อเนื่องกัน หลายปีจึงจะบรรลุผล การจะผลักดันให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ ขององค์กรปรากฏเป็นจริงได้จะต้องปฏิบัติ (P) โดยนำ แผนยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นแผนการปฏิบัติงาน ประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ ขององค์กรการปฏิบัติงานประจำปีจะก่อให้เกิดวงจร PDCA ของหน่วยงานขึ้นใหม่หากหน่วยงานมีขนาดใหญ่ มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ก็จะต้องแบ่งกระจาย ความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้เกิดวงจร PDCA เพิ่มขึ้นอีกหลาย ๆ วงโดยมีความเชื่อมโยงและซ้อนกันอยู่ การปฏิบัติงานของหน่วยงาน ทั้งหมดจะรวมกันเป็น(D) ขององค์กร นั้น ซึ่งองค์กรจะต้องทำการติดตามตรวจสอบ (C) และ แก้ไขปรับปรุงจุดที่เป็นปัญหาหรืออาจต้องปรับแผนใหม่ ในแต่ละปี (A) เพื่อให้วิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวนั้น ปรากฏเป็นจริงและทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์รวมขององค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

วันที่เริ่มต้นโครงการ

วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 ตุลาคม 2558

วัตถุประสงค์

1. ศัลยแพทย์มีความพึงพอใจในนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน มากกว่าร้อยละ 85
2. ศัลยแพทย์ให้ความเห็นว่าใช้งานได้สะดวกและใช้ไม่ยาก 100 %
3. ลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อ Reducer ของโรงพยาบาล 5,000 บาท ต่อ ปี

กิจกรรมการพัฒนา

1. มีการวางแผน (Plan) ร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

- แจ้งให้หัวหน้าหน่วยงานทราบขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการสร้างนวัตกรรมโดยการประดิษฐ์

Reducer ด้วยซิลิโคน

- ประชุมและชี้แจงของการทำนวัตกรรมและร่วมระดมความคิดในการสร้างนวัตกรรมโดยการประดิษฐ์

Reducer เพื่อประโยชน์ในการใช้งานและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

2. ปฏิบัติตามแผน (Do) ทดลองทำ

- การสืบค้นจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เพื่อประดิษฐ์ Reducer ได้แก่ การผสมปูนปลาสเตอร์ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ หรือการหาซิลิโคน เป็นต้น

- ร่วมจัดทำนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน

- การนำไปปฏิบัติโดยการนำเสนอให้ผู้ปฏิบัติรับทราบถึงกระบวนการนำไปใช้

- อุปกรณ์ของการสร้างนวัตกรรมโดยการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน ประกอบด้วย

1. น้ำยาล้างเพื่อประดิษฐ์ Reducer



2. ปูนปลาสเตอร์เพื่อเป็นแม่พิมพ์ สำหรับการใส่ยางพาราเพื่อประดิษฐ์ Reducer



3. น้ำสำหรับผสมกับปูนปลาสเตอร์



4. กล่องพลาสติกสำหรับการผสมปูนปลาสเตอร์



5. Reducer ที่สั่งซื้อจากบริษัท



6. เบบี้อย



ขั้นตอนการประดิษฐ์ Reducer ด้วยซิลิโคน

1. ผสมปูนปลาสเตอร์กับน้ำในอัตรา 70:30 (ปูนปลาสเตอร์:น้ำ) คนปูนปลาสเตอร์กับน้ำให้เป็นเนื้อเดียวกัน
2. เทปูนปลาสเตอร์ที่ผสมกับน้ำลงในกล่องพลาสติกรอให้ปูนปลาสเตอร์แข็งตัวเล็กน้อย
3. ใช้ Reducer ที่สั่งซื้อจากบริษัท กดลงบริเวณปูนปลาสเตอร์ที่อยู่ในกล่องพลาสติก ประมาณ 3 นาที แล้ว

ดึง Reducer ที่สั่งซื้อจากบริษัทขึ้นปูนปลาสเตอร์ที่อยู่ในกล่องพลาสติก ก็จะได้ แม่พิมพ์ Reducer

4. รอแม่พิมพ์ Reducer

(ปูนปลาสเตอร์ที่อยู่ในกล่องพลาสติก)

แข็งตัวประมาณ 20 นาที

5. เมื่อได้แม่พิมพ์ Reducer

ที่แข็งตัวแล้ว ให้ทาด้วยเบบี้อยบริเวณแม่พิมพ์ Reducer เพื่อไม่ให้มียางพาราติดกับแม่พิมพ์ Reducer

6. ให้เทน้ำยางพาราลงแม่พิมพ์

Reducer และรอให้ยางพาราแข็งตัวประมาณ 30 นาทีแล้วดึง Reducer ที่ประดิษฐ์ขึ้น



3. ศึกษาผล (Check)

- ศัลยแพทย์มีความพึงพอใจในนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reduecer ด้วยซิลิโคนร้อยละ 90
- ศัลยแพทย์ให้ความเห็นว่าใช้งานได้สะดวกและใช้ไม่ยาก 100 %
- ลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อ Reduecer ของโรงพยาบาล (ราคาต่อหน่วย 500 บาทต่อชิ้น)

4. การสร้างมาตรฐาน (Act)

- การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนางานคุณภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ลดค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลในการซื้อ Reduecer
- พัฒนาคุณภาพการบริการภายในห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
- เผยแพร่ให้มีการนำอุปกรณ์นี้ไปใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- เจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดและศัลยแพทย์มีความพึงพอใจในนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reduecer ด้วยซิลิโคนมากกว่า ร้อยละ 85
- ลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อ Reduecer มากกว่าร้อยละ 60 (ในปีงบประมาณ 2557 มีการสั่งซื้อ Reduecer จำนวน 10 ชิ้นในราคา 500 ต่อชิ้น คิดเป็นจำนวน 5,000 บาท แต่ในปีงบประมาณ 2558 มีการสั่งซื้อ Reduecer จำนวน 2 ชิ้น คิดเป็น 1,000 บาท ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่าย 4,000 บาทต่อปี)

วิธีประเมิน

หลังจากประดิษฐ์ Reduecer ด้วยซิลิโคน ได้นำมาทดลองใช้ในการผ่าตัด LC และทำการประเมินผลนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reduecer ด้วยซิลิโคน ลักษณะคำตอบแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ระดับมาก, ปานกลาง และน้อย การประเมินมีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ความแข็งแรงของสิ่งประดิษฐ์, ความสะดวกในการใช้งาน, ความปลอดภัยต่อผู้ที่มารับบริการ, สามารถนำกลับมาใช้ได้ใหม่, ประสิทธิภาพของสิ่งประดิษฐ์และมีความสะดวกในการจัดเก็บ โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจของศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัด LC 5 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัด 25 ท่าน

แบบประเมินผลนวัตกรรมการประดิษฐ์ Reduecer ด้วยซิลิโคน
คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ความแข็งแรงของสิ่งประดิษฐ์	25 (83.33)	5 (16.67)	0 (0%)
2. ความสะดวกในการใช้งาน	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
3. ความปลอดภัยต่อผู้มารับบริการ	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
4. สามารถนำกลับมาใช้ได้ใหม่	29 (96.67 %)	1 (3.33 %)	0 (0%)
5. ประสิทธิภาพของสิ่งประดิษฐ์	29 (96.67 %)	1 (3.33 %)	0 (0%)
6. มีความสะดวกในการจัดเก็บ	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

บทความเรื่อง กฎหมายการแพทย์กับงานชุมชน (ตอนที่ 1)

หทัยรัตน์ จุริมาศ

อายุรแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ท่ามกลางความวุ่นวายในกระแสแห่งโลกาภิวัตน์ วงการแพทย์ในประเทศไทยมีปัญหาในการตื่นตัวเรื่องของ ประเด็นการร้องเรียนและฟ้องร้องทีมแพทย์ พยาบาลที่ ขยายวงกว้างอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งการดูแลรักษา ผู้ป่วย และขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของทั้ง รัฐและเอกชน ความสัมพันธ์แบบเกือบลูกช่วยเหลือนด้วยความ เมตตา กรณีก็นเปลี่ยนไปเป็นธุรกิจโรงพยาบาล มีการซื้อขาย บริการเหมือนการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าโดยเฉพาะการ ทำคัลยกรรมความงาม ที่สามารถสร้างเม็ดเงินและรายได้ มหาศาลกับเจ้าของกิจการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ งานการรักษาพยาบาลนั้นเป็นงานที่ทำร่วมกันของทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรด้านต่างโดยทุกคนทำงานในบทบาท ของตนที่ถูกต้องและถูกกำกับโดยกฎหมายและจริยธรรม วิชาชีพ การละเลยหน้าที่หรือการทำความเกินกว่าเหตุและส่งผล ให้เกิดความเสียหายขึ้น โอกาสที่จะถูกร้องเรียนและฟ้องร้อง ตามกฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา และกฎหมายวิชาชีพย่อม มีโอกาสเป็นไปได้ การเรียนรู้เพื่อป้องกันหรือการทำความเข้าใจกฎหมายทางการแพทย์จึงไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป โดยเจตนารมณ์ของผู้เขียนมุ่งหวังให้บทความนี้เป็นเหมือน จุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับกฎหมายวิชาชีพที่อยู่รอบตัว มากกว่าการมุ่งเน้นการเอาชนะ หรือต่อสู้ทางคดีกับผู้เสียหาย โดยแบ่งออกเป็นตอนๆ ในตอนที่ 1 นี้จะกล่าวถึงกฎหมาย ทั่วไปและสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่เป็นกฎหมายสูงสุดที่มีความ เกี่ยวเนื่องกับงานสาธารณสุข

กฎหมายทางการแพทย์นั้นครอบคลุมกระบวนการ ตั้งแต่ยังมีชีวิตในครรภ์มารดาจนถึงภาวะแก่จนมองตาย ปัญหา ที่เกิดจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การเขียนใบรับรอง

แพทย์ การเขียนใบสั่งยา การบันทึกเวชระเบียนและอื่นๆที่ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการแพทย์

“ที่ไหนมีสังคม ที่นั่นมีกฎหมาย” เมื่อมีมนุษย์รวม กันอยู่อย่างหนึ่งหมู่คณะต้องมีกฎเกณฑ์ที่ถือปฏิบัติเพื่อให้ สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยต้องมีลักษณะเป็น ข้อบังคับให้ทุกคนต้องปฏิบัติตาม หากไม่ปฏิบัติตามต้องมี มาตรการลงโทษหรือเกิดผลร้ายกับผู้ผิดกฎ กฎหมายมีทั้ง แบบที่เป็นลายลักษณ์อักษรและไม่เป็นลายลักษณ์อักษร

กฎหมายในประเทศไทยปัจจุบันนั้นเป็นการใช้ ระบบกฎหมายซีวิล ลอต (Civit Law) หรือระบบกฎหมาย แบบลายลักษณ์อักษรโดยมีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุด ของประเทศ ลำดับของกฎหมาย

1. รัฐธรรมนูญ
2. พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ
3. พระราชบัญญัติ
4. พระราชกำหนด
5. พระราชกฤษฎีกา
6. กฎกระทรวง
7. ข้อบัญญัติท้องถิ่น ได้แก่ ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร และข้อบัญญัติเมืองพัทยา

สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (แม้ปัจจุบันจะถูกยกเลิกแล้ว) ได้บัญญัติบทบัญญัติทาง สาธารณสุขปรากฏอยู่หลายมาตราด้วยกัน

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชาวไทย

มาตรา 51

- บุคคลมีสิทธิเสมอภาคกันในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

- บุคคลมีสิทธิได้รับการป้องกัน ขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 52

- เด็กและเยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญา ตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

- เด็ก เยาวชน สตรี และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐ ให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ทั้งที่มีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าว

- การแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวจะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะสงวนและรักษาไว้ซึ่งสถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคลนั้น

- เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 56

- บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารนั้นจะกระทบความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชน หรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่น หรือข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ ตามกฎหมายบัญญัติ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

มาตรา 80

- รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุน

การอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ชุมชนเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

(3) พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาในทุกระดับและทุกรูปแบบให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจัดให้มีแผนการศึกษาแห่งชาติ กฎหมายเพื่อพัฒนาการศึกษาของชาติ จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพครูและบุคลากรการศึกษาให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รวมทั้งปลูกฝังให้ผู้เรียนมีจิตสำนึกของความเป็นไทย มีระเบียบวินัย คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม และยึดมั่นการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

(4) ส่งเสริมสนับสนุนการกระจายอำนาจเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรทางศาสนา และเอกชน จัดและมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาให้เท่าเทียมและสอดคล้องกับแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

(5) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิชาชีพใน ศิลปวิทยาการแขนงต่างๆ และเผยแพร่ข้อมูลผลการศึกษาวิชาชีพที่ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาวิชาชีพจากรัฐ

(6) ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลูกจิตสำนึก และเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติตลอดจนค่านิยมอันดีงาม และภูมิปัญญาท้องถิ่น แม้รัฐธรรมนูญฉบับนี้จะถูกยกเลิกไปแล้ว แต่จะเห็นได้ว่ามีเจตนาที่บรรพบุรุษของสุภาพและสาธารณสุขว่าเป็นวาระสำคัญของชาติที่ควรบัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ และมีพระราชบัญญัติด้านการให้บริการด้านสุขภาพ ออกมาอย่างต่อเนื่องซึ่งข้าพเจ้าจะหยิบยกมากล่าวในโอกาสต่อไป

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

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

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว พิมพ์ชิดด้านซ้าย ในกระดาษขาว ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. หน้าแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (บางกรณีอาจใช้รูปถ่ายร่วมด้วย) เบอร์โทรศัพท์ต่อ, E.mail
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้
4. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal
6. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมเขียนข้อมูลลง CD 1 แผ่น ส่งไปยังงานศึกษาอบรม โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร. (042) 521349, (042) 511422 หรือ 511424 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 521349 E-mail : training 1016 @hotmail.com

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป

ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
 พูลสุข จันทโรตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลฯ
 สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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