



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2558

Volume 2 No. 2 May – August 2015

วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป			
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม			
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ศุภชัย	จรรยาผดุงพงศ์		
	พญ.เฟื่องรักษ์	ร่วมเจริญ	รศ.นพ.สมศักดิ์	เทียมเก่า
	ภค.ศ.ดร.แสวง	วัชรธนาภิก	ภญ.ศ.ดร.จันทร์ทิพย์	กาญจนศิลป์
	รศ.ดร.สมจิตร	แดนศรีแก้ว	รศ.ดร.มารีสา	ไกรฤกษ์
	ดร.อัญชลี	เจตะภัย	อ.นพ.ศุภกานต์	เดชะพงษ์ธร
	อ.นพ.ณัฐพล	สันตระกูล	นายบารเมษฐ์	ภิรล้า
	นางศิริลักษณ์	ใจช่วง		
บรรณาธิการ	นพ.พงศ์ธร	วงศ์สวรรค์		
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรอินีย์	กุศลวัฒน์นา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์	สุตรสุวรรณ		
กองบรรณาธิการ	พญ.นันทยา	ก้องเกียรติกมล	นพ.ทศพล	นุดตะรังค์
	พญ.นทวรรณ	หุ่ณพนนต์	นพ.ณรงค์ศักดิ์	ราชภักดี
	ทพ.พัชรินทร์	เรืองมงคลเลิศ	ภก.วิชิต	เหล่าวัฒนาदार
	นางสาวสุดใจ	ศรีสงค์	นางสาวอรรจจิมา	ศรีชนม์
	นพ.จรุงธรรม	ขันดี	นางพินทิพย์	ชัยกลาง
	นางจุฑามาศ	วังทะพันธ์		
คณะทำงาน	นายเวชสิทธิ์	เหมะสุลิน	นางเดือนฉาย	ใจคง
	นางวิไล	อุทธิธาดา	นางสาวศิลปะกร	อาจวิชัย
	นางพรสวรรค์	สาหล้า		
กำหนดออก	ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม			
ส่งคืนฉบับที่	นางพรสวรรค์ สาหล้า			
	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ถ.อภิบาลัญญา			
	ต.โนเมือง 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 ต.โนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000			

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ บทความในฉบับนี้นอกจากเป็นบทความในเชิงงานวิจัยแล้ว ยังมีบทความที่ทันกับสถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบัน คือ การเกิดการระบาดของโรค Mers (Middle East Respiratory Syndrome) ที่พบการระบาดอย่างหนักในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งเป็นประเทศอันดับต้นๆ ของคนไทยที่เดินทางไปท่องเที่ยว นอกจากนี้ยังมีบทความที่ชนะเลิศการประกวดเรื่อง “ความเชื่อแรงบันดาลใจ” อ่านแล้วจะรู้สึกมีความภูมิใจ มีความรักในงานการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่มองเค้าเป็น “คน” ไม่ได้มองแค่เป็น “คนป่วย”

ในฉบับนี้ มีบทความเรื่อง “ความซุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีคร้ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม” ที่ลงพิมพ์ไปแล้วในวารสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 แต่เนื่องจากมีความผิดพลาดในการนำข้อมูลลงตีพิมพ์ ทำให้เนื้อหาข้อมูลส่วนที่เป็นสาระสำคัญขาดหายไปหลายส่วน ดังนั้นทีมบรรณาธิการจึงมีความเห็นว่าสมควรลงพิมพ์ใหม่ในฉบับนี้ ทีมบรรณาธิการขอภัยในความผิดพลาดครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

นายแพทย์พงษ์ธร วงศ์สุวรรณ
บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลนครพนม

สารบัญ

Original Article

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) ใน Easy Asthma COPD clinic ของโรงพยาบาลนครพนม.....5
เพชรภรณ์ สุพร, รามย์ สุตรสุวรรณ
2. ปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในโรงพยาบาลนครพนม..... 11
นันทิยา โรจนพงษ์
3. ประสบการณ์ชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานหญิงข้ามชาติใน
ร้านอาหารชายแดน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.....23
สุประวีณ์ คงชนชัยพิทย
4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดหรือช่วยอำเภอรอวัน จังหวัดเลย.....30
สรรคเพชร หอมสมบัติ
5. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือช่วยอำเภอรอวัน จังหวัดเลย.....38
สรรคเพชร หอมสมบัติ
6. การศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด
สมอง ในเขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม.....47
นางญานี กนอมธรรม
7. การพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจ
หยุดเต้น.....61
จิราภรณ์ สิทธิกันต์
8. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการ
มาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม.....68
ภัสรา พลศรี
9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิง
ตั้งครรภ์ เขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.....81
ศิริกาญจน์ ชำเรืองโรจน์

สารบัญ

นานาสาระ

10. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ โครonavirus.....91
นายแพทย์ศุภโชค เข็มลา
11. ความเชื่อ “แรงบันดาลใจ”.....93
ปาริฉัตร แสนรงค์
12. โภชนบำบัดผู้ป่วยโรคตับอักเสบ.....96
มลิวลัย วงศ์พยัคฆ์

แก้ไขบทความ

13. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลนครพนม.....101
รชต เตชะวิจิตรชัย

Original article

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) ใน Easy Asthma COPD clinic ของโรงพยาบาลนครพนม

เพชรภรณ์ สุพร*,รามย์ สุตรสุวรรณ**

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ* **

กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง(Retrospective study)เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)ของโรงพยาบาลนครพนม ที่ได้ลงทะเบียนกับเครือข่าย Easy Asthma COPD clinic (EACC)ในช่วงวันที่ 15 มีนาคม 2555- 15 มีนาคม 2556 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัย และทฤษฎีของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสืบค้นข้อมูลจากระบบ Hos-XPระบบโปรแกรม Easy asthma COPD clinic ระบบทะเบียนที่บันทึกไว้ในคลินิกโรคทางเดินหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่เป็นศาสตราจารย์ด้านโรกระบบทางเดินหายใจ แพทย์ประจำคลินิกโรคทางเดินหายใจโรงพยาบาลนครพนม และพยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61- 70 ปี เป็นเพศชาย ลักษณะอาการทางคลินิกและประวัติการกำเริบส่วนใหญ่ พบว่าไม่เคยมีอาการกำเริบจนถึงขั้นต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน มีจำนวน 118 ราย คิดเป็น ร้อยละ 73.8 และไม่เคยนอนโรงพยาบาล จำนวน 119 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74.4 ระดับความรุนแรงที่พบ ส่วนใหญ่เป็น Mild COPD 75 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.88 ระดับความหอบเหนื่อยเป็นระดับ 0 (น้อยที่สุด) 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 ลักษณะการวินิจฉัยโรค COPD พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง จำนวน 154 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.2

ดังนั้นผู้ที่สงสัยหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับการเป่าเครื่องวัดสมรรถนะ SPIROMETRY เพื่อที่จะใช้ประเมินระดับความรุนแรงของโรกระบบทางเดินหายใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้รับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (COI : cost of illness) ปี2552 คิดเป็น 0.14% หรือ 12,735 ล้านบาท องค์การอนามัยโลก (World Health Organization[WHO], 2012)คาดการณ์ว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลกในปี 2030 ในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดเป็นโรคสำคัญลำดับที่ห้าของประเทศไทย (วัชรมา บุญสวัสดิ์, 2555) มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้สูงขึ้นทุกปีเช่นกัน การเกิด airway obstruction แล้วทำให้เกิด air trapping ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย มี exercise limitation ถือเป็นปัญหาหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การกำเริบของโรคแต่ละครั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สมรรถภาพปอดลดลงและเร่งวงจรการเสียชีวิตให้เร็วขึ้น ส่วนใหญ่เข้าใจกันว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น irreversible airway obstruction

หลอดลมตีบพ่นยาแล้วไม่ขยาย จึงจัดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ แต่ความจริงแล้ว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น not fullyreversible airway obstruction เป็นโรคที่สามารถรักษาได้คือ สามารถบรรเทาอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยให้น้อยลงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะอาการกำเริบ และลดอัตราการเสียชีวิตได้ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลจากการมีหลอดลมตีบแคบลง ทำให้การระบายอากาศภายในปอดบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม

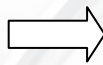
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงลักษณะผู้ป่วย COPD ของโรงพยาบาลนครพนมที่ลงทะเบียนผ่านโปรแกรมเครือข่าย EACC

กรอบแนวคิด

ลักษณะผู้ป่วยถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลนครพนมที่ลงทะเบียน on line ผ่านทางเครือข่าย EACC มีลักษณะอย่างไร

1. อายุ
2. เพศ
3. ประวัติการมาห้องฉุกเฉิน
4. ประวัติการนอนโรงพยาบาล
5. เคยเป่า SPIROMETRY
6. ระดับความรุนแรง
7. แพทย์วินิจฉัย COPDถูกต้องหรือไม่



ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลนครพนมที่ลงทะเบียน on line ผ่านทางเครือข่าย EACC มีลักษณะอย่างไร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospectivestudy)เป็นการศึกษาในคลินิกโรคถุงลมโป่งพองที่ผ่านการลงทะเบียน online กับทางเครือข่าย EACC ของผู้ป่วยคลินิกโรคปอด งานโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2555-15 มีนาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกย้อนหลังไป 1 ปี แบบสอบถามมีจำนวน 1 ชุด มี 8 ข้อคำถาม คือ เพศ อายุ จำนวนครั้งการมีอาการกำเริบที่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระดับความเหนื่อยของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และทางโรงพยาบาลนครพนมได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติหรือไม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โดยศึกษาถึงลักษณะเพศ อายุ จำนวนครั้งของการมีภาวะกำเริบ Exacerbation ที่ต้องมารักษาแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนการเป่าเครื่องวัดสมรรถภาพปอด spirometry ประเภทของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง และทางโรงพยาบาลนครพนมได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาหรือไม่

ผลการวิจัย

พบว่าผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนมเป็นเพศชายโดยส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 88.8 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 11.2 ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 61-70 ปี และ 71-80 ปีคิดเป็นร้อยละ 34.4 และ 28.8 ตามลำดับช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะอายุผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม(N= 160)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)
อายุ(ปี)	
30-40	1
41-50	5
51-60	22
61-70	55
71-80	46
81-90	26
91-100	5
เพศ	
ชาย	142
หญิง	18

ลักษณะอาการทางคลินิกและประวัติการกำเริบ ผู้ป่วยร้อยละ 73.8 ไม่เคยมีอาการกำเริบ ไม่ได้มาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเลย ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.4 ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเลย ส่วนน้อยร้อยละ 16.9 ที่มีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลน้อยที่สุดในรอบ 1 ปีคือ 1 ครั้ง ส่วนมากที่สุดร้อยละ 0.6 ที่มีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลมากที่สุดในรอบ 1 ปีคือ 7 ครั้ง ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ (Exacerbation) เลยตลอดปีคิดเป็นร้อยละ 73.8 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (Exacerbation) มาโรงพยาบาลนครพนม คิดเป็นร้อยละ 26.2 โรงพยาบาล

นครพนมรักษาผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 74.4 ผู้ป่วยที่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 25.4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการหอบเหนื่อยลงได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการกำเริบได้ ระดับความรุนแรงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนมระดับ mild COPD คิดเป็นร้อยละ 46.8 moderate COPD ร้อยละ 31.9 severe COPD ร้อยละ 12.5 และ very severe COPD ร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม(N= 160)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน(ราย)
อาการกำเริบ (Exacerbation)	
มา ER	42
ไม่เคยมา ER	118
เคยนอนโรงพยาบาล	
ไม่เคย	119
เคย 1 ครั้ง	27
เคย \geq 3 ครั้ง	12
เคย \geq 5 ครั้ง	2
Stage COPD (ระดับความรุนแรง)	
mild COPD	75
moderate COPD	51
severe COPD	20
very severe COPD	14

ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดดีค่า FEV1มากกว่า 80% ส่วนระดับvery severe COPD ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอยู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.6 ไม่เคยผ่านการตรวจวัดสมรรถภาพปอดโดยการเป่าspirometryส่วนใหญ่ร้อยละ 96.2 แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นได้ถูกต้องจากผลการเป่าspirometryส่วนใหญ่ร้อยละ37.5 ผู้ป่วยในคลินิกโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนมที่มีระดับความเหนื่อยระดับ 0 (น้อยที่สุด) คือ ไม่มีอาการเหนื่อย เพียงแค่รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น ส่วนน้อยที่สุดร้อยละ 10 ที่มีระดับความเหนื่อยระดับ 4 (มากที่สุด) คือ หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะการวินิจฉัยโรคและระดับความเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม (N= 160)

การวินิจฉัยโรค COPD	จำนวน(ราย)
ถูก	154
ไม่ถูก	6
ระดับความเหนื่อยหอบ (mMRC)ของ COPD	
ระดับ0	60
ระดับ1	40
ระดับ2	28
ระดับ3	16
ระดับ4	16

การอภิปรายผล

จากการทำวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงลักษณะผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 160 ราย ว่าเป็นผู้ป่วยเพศชาย และมีอายุมาก โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้าใจว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ จึงไม่ได้ใส่ใจที่จะรักษาเท่าที่ควร โดยส่วนหนึ่งที่พบในเพศชายสูงอายุมากเนื่องจากเพศชายมีประวัติสูบบุหรี่ สัมผัสฝุ่นควันละอองควันทูมมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนมากในคลินิกยังมีอาการกำเริบ (Exacerbation) ที่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอยู่ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ทราบว่าผู้ป่วยในคลินิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะอาการกำเริบได้ สำหรับผู้ป่วยในคลินิกยังเป่าเครื่องวัดสมรรถภาพปอด spirometry ได้น้อย ทางคลินิกจะได้พัฒนาในเรื่องการรณรงค์การเป่าspirometry ให้ได้ปริมาณสัดส่วนที่สมดุลกับผู้ป่วยในคลินิก ระดับความเหนื่อยของผู้ป่วยใน

คลินิกทำให้ทราบว่าควรมีการพัฒนาด้านการลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยในคลินิกต่อไป ในผู้ป่วยที่มีระดับอาการรุนแรงมาก ทางคลินิกจะพัฒนาโดยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาต่อไปเพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดนัด ให้ญาติรับยาแทนประจำ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่ายังมีการเป่าเครื่องวัดสมรรถภาพปอดน้อย จึงควรมีกิจกรรมในการรณรงค์ในกิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบ่งชี้ถึงการเสื่อมของการทำงานของปอด วัดระดับความรุนแรงของโรคระบบทางเดินหายใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้รับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องควรมีการศึกษาวินิจฉัยแนวโน้มนระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้ทราบถึงระยะของโรคที่ผู้ป่วยดำเนินอยู่ในปัจจุบันให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมและทันกับภาวะการณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นพพร เชาวเจริญ.2540. ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. เบญจมาศ ช่วยชูและคณะ. (2556). หนังสือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ตรวจสมรรถภาพปอด.กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
3. วิชรา บุญสวัสดิ์.2541.แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง.อายุรศาสตร์คัมค่า.ขอนแก่น : 8คั้งนนวนวิทยาลัยการพิมพ์
4. ไพบูรณ์ พาณิชยการ.2525.คู่มือโรคหืด ถุงลมโป่งพองหลอดลมอักเสบเรื้อรัง:กรุงเทพฯ: การพิมพ์พระนคร
5. สมจิต หนูเจริญกุล.บรรณาธิการ.2536.การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : มิตรเจริญการพิมพ์.
6. สมจิต หนูเจริญกุล.บรรณาธิการ.2544.การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี,มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. 2548. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย(ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548). กรุงเทพมหานคร: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย.
8. สุวรรณิ จรุงจิตอารี. 2530. กายภาพบำบัดในโรคทรวงอก. กรุงเทพมหานคร : ที.พี.พรินท์ จำกัด
9. อัมพรพรรณ ธีรานูตร. 2542. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ.ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Original article

ปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในโรงพยาบาลนครพนม

นันทิยา โรจนางษ์

นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา ในผู้ป่วยที่มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าปริมาณรังสีและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเมื่อใช้และไม่ใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติ (AEC) ที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด้วยเครื่อง MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะ 300 ราย โดยแบ่งกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบการใช้และไม่ใช้เทคนิค AEC ในการตรวจสมองและคอ 2 กลุ่มๆละ 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลเวชระเบียน HOSxP และค่าพารามิเตอร์จากระบบ PACS ของโรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA)

ผลการศึกษา

1) ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ได้แก่ค่า DLP ของเครื่อง MDCT GE 8 slice, Portable CT Neurologica 8 slice และ MDCT Hitachi 128 8 slice เท่ากับ 899, 1,096 และ 867 mGy.cm ตามลำดับ และ Effective Dose เท่ากับ 1.88, 2.3 และ 1.82 mSv ตามลำดับ

2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับ พบว่าทั้งค่า Scan length และ CT DIvol ของเครื่อง Portable CT Neurologica 8 slice มีค่าสูงกว่าเครื่อง MDCT GE 8 slice และ MDCT Hitachi 128 slice และเมื่ออ้างอิงกับค่าปริมาณรังสีจาก European Guidelines on Quality Criteria for Computed Tomography (EUR 16260, EUR 16262) โดยกำหนดให้ DLP สำหรับ Routine Head เท่ากับ 1,050 mGy.cm และ Effective dose เท่ากับ 2 mSv นั้น จะเห็นว่า มีเครื่อง Portable CT Neurologica 8 slice เท่านั้นที่มีค่าเกินกำหนด แต่เมื่อคิดจากค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 เครื่อง ค่าพารามิเตอร์ต่างๆก็ยังคงอยู่ในเกณฑ์

3) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับในการตรวจสมองและคอ ด้วยเครื่อง MDCT Hitachi เมื่อใช้และไม่ใช้เทคนิค AEC พบว่า การใช้ระบบปรับปริมาณรังสีอัตโนมัติ AEC สามารถลดค่า DLP ลงได้ตั้งแต่ 24.1-42.7%

สรุปผลการศึกษาได้ว่า คุณลักษณะเฉพาะของเครื่อง MDCT ต่างชนิดกันล้วนมีผลต่อปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยเครื่องที่มีวิวัฒนาการสูงกว่าสามารถเพิ่มศักยภาพการตรวจวินิจฉัยในระบบอื่นๆได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก็ยังคงเป็นการตรวจที่สำคัญสำหรับการประเมินผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะของโรงพยาบาลนครพนม แม้ว่าจะมีความเสี่ยงต่อการได้รับรังสีมากกว่าการเอกซเรย์ทั่วไป โดยนักรังสีการแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือ ควรเลือกใช้โปรโตคอล พารามิเตอร์ และซอฟต์แวร์ที่สามารถลดปริมาณรังสีให้ผู้ป่วยได้โดยตระหนักถึงปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างเหมาะสมในแต่ละครั้ง

คำสำคัญ: เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ภาวะบาดเจ็บศีรษะ ระบบปรับรังสีอัตโนมัติ ปริมาณรังสีที่ได้รับ

Radiation Dose received from MDCT for brain in NakhonPhanom Hospital

Nantiya Rojanapong

Radiological Technologist Department of Radiology NakhonPhanom Hospital

Abstract

This research was conducted using research and development approach which aimed to study patients' radiation dose received for brain from MDCT GE, Portable CT Neurologica and MDCT Hitachi, and compare patients' radiation dose from MDCT brain and neck between using technique with AEC and without AEC. The samples of this research were divided into 2 groups; the first samples group was for survey study which comprised 300 patients received from MDCT GE, Portable CT Neurologica and MDCT Hitachi in Nakhonphanom hospital, and the second samples group was for experimental study which comprised 40 patients received MDCT brain and neck and those were divided into 2 groups of 20 patients for an experiment group using technique with AEC and a control group using technique without AEC. The survey data derived from secondary data of HOSxP and PACS records of Nakhonphanom hospital from January 2014 to June 2015. The data was analyzed by mean (\bar{X}), standard deviation (S.D.), and Multivariate analysis of variance (MANOVA) using SPSS program. The results of the study were as follows.

1) Patients' radiation dose received for brain from MDCT GE, Portable CT Neurologica and MDCT Hitachi revealed DLP at 899, 1,096 and 867mGy.cm respectively and effective dose at 1.88, 2.3 and 1.82mSv respectively.

2) The comparison of average parameters of radiation dose between 3 units showed Scan length and CT DIvol of Portable CT Neurologica 8 slice was higher than those of MDCT GE 8 slice and MDCT Hitachi 128 slice. According to European Guidelines on Quality Criteria for Computed Tomography (EUR 16260, EUR16262) indicated DLP for Routine Head equaled 1,050 mGy.cm and Effective dose equaled 2 mSv, it was found only Portable CT Neurologica 8 slice resulted exceeded standard. However, the average parameters of 3 units were at standard level.

3) The comparison of average parameters of radiation dose between a group using technique with AEC and a group using technique without AEC revealed DLP parameter of a group with AEC technique was reduced from 24.1-42.7%.

Conclusion Patients' radiation dose from different MDCT units resulted differently depending on technical specifications of each MDCT machine. High technical specifications MDCT machine is more effective. MDCT brain is essential for examining patients' head injuries of Nakhonphanom hospital although it is more risky than other general X-ray. The radiological technologist should apply proper protocol, parameter and software which can reduce patients' radiation dose from MDCT brain and other organs.

Keywords : MDCT, Head Injury, AEC, Radiation Dose

บทนำ

การตรวจอวัยวะภายในร่างกายด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์อย่างมากในทางการแพทย์ โดยเฉพาะเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะ เพราะใช้เวลาตรวจไม่นาน ผู้ป่วยไม่ต้องเตรียมตัวมากนัก เห็นพยาธิสภาพชัดเจน สามารถตัดสินใจวางแผนการรักษาได้ทันที แต่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นการตรวจที่ให้ปริมาณรังสีสูงกว่าการตรวจเอกซเรย์ทั่วไปเนื่องจากรังสีเอ็กซ์เป็นรังสีชนิดก่อกวนไอออน (Ionizing Radiation) เมื่อผ่านเข้าไปในอวัยวะนั้นๆ ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อแต่ละส่วนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อรังสีแตกต่างกัน⁽¹⁾ นักรังสีการแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือจึงต้องมีการพิจารณาตั้งค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละครั้งให้เหมาะสม

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยที่แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง มีการพิจารณาส่งตรวจตามข้อบ่งชี้ของโรคมากขึ้น ซึ่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลนครพนมมีมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 2,729, 3,395 และ 3,429 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะมีการส่งผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 65, 71 และ 79 ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้งหมด ตามลำดับ ปัจจุบันเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีวิวัฒนาการพัฒนาเทคโนโลยีสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น เพิ่มจำนวนแถวของตัวรับรังสี (Detector) เพื่อให้สามารถตรวจได้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น ลดเวลาในการหมุนหลอดเอกซเรย์ต่อรอบ ทำให้ใช้เวลาตรวจน้อยลง พัฒนาซอฟต์แวร์ให้มีรายละเอียดคมชัดและภาพที่ได้มีคุณภาพดีขึ้น⁽²⁾ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเครื่องจะไม่เท่ากันขึ้นกับพารามิเตอร์และคุณลักษณะเฉพาะของเครื่อง อีกทั้ง การลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับโดยที่คุณภาพยังคงอยู่มีหลายวิธีแตกต่างกันขึ้นกับบริษัทผู้ผลิตเครื่องและซอฟต์แวร์ที่ใช้ ซึ่งเทคนิคการเลือกใช้ระบบปรับกระแสหลอด (Automatic Exposure Control: AEC)⁽³⁾ โดยกำหนดสัญญาณรบกวนของภาพสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ได้รับ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้เพื่อลดปริมาณรังสี โรงพยาบาลนครพนมมีการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา และมีการ

ติดตั้งเครื่องที่สองเพื่อทดแทนเครื่องเดิม (ปี พ.ศ.2556) โดยเครื่องที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ติดตั้งในปี พ.ศ.2557 เป็นเครื่องที่สาม แต่ยังไม่มีการรวบรวมโปรโตคอล พารามิเตอร์ (ข้อมูลสำคัญการตั้งค่าปริมาณรังสีสำหรับการตรวจ) รวมถึงข้อมูลปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจแต่ละครั้งมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

สืบเนื่องจากโรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่าย และมีเครือข่ายบริการ ต้องพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการทำงานและมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหามาตรการลดปัญหาทางด้านความเสี่ยงจากรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการบริการ ในฐานะนักรังสีการแพทย์จึงตระหนักถึงคุณภาพบริการ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อประเมินและเปรียบเทียบปริมาณรังสีของเครื่องที่ให้บริการในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม ทั้ง 3 เครื่อง (MDCT GE LightSpeed8 slice, Portable CT Neurologica Ceretom8 slice และ MDCT Hitachi Scenaria 128 slice) โดยอ้างอิงกับค่ามาตรฐานที่เป็นสากลของ European Guidelines on Quality Criteria for Computed Tomography⁽⁴⁾ รวบรวมและเก็บข้อมูลทั้งหมด 18 เดือน (มกราคม 2557 – มิถุนายน 2558) โดยศึกษาวิธีการปรับลดปริมาณรังสีที่ได้รับจากเทคนิค AEC (Automatic Exposure Control) สำหรับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะด้วยเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria128 slices เนื่องจากเป็นเครื่องที่มีซอฟต์แวร์ระบบปรับรังสีอัตโนมัติ ทั้งนี้ข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกใช้โปรโตคอลที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงหลักการป้องกันอันตรายจากรังสีและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากรังสีต่อผู้รับบริการในระยะยาวเป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาค่าปริมาณรังสีและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเมื่อใช้และไม่ใช้เทคนิคAEC ที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด้วยเครื่อง MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi

ขอบเขตการศึกษา

ครอบคลุมในเรื่องการศึกษาปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ เก็บข้อมูลในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม 18 เดือน (มกราคม 2557 – มิถุนายน 2558)

ข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้ คือ เพื่อใช้ในการศึกษาปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะ เก็บข้อมูลในกลุ่มงานรังสีวิทยา ในบริบทของโรงพยาบาลนครพนมเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะ ที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลเป็นหลัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม มีเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือกการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยอิงข้อมูลผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด้วยเครื่อง MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi อย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นแนวทางในการลดปริมาณรังสีเมื่อใช้และไม่ใช้เทคนิคAEC

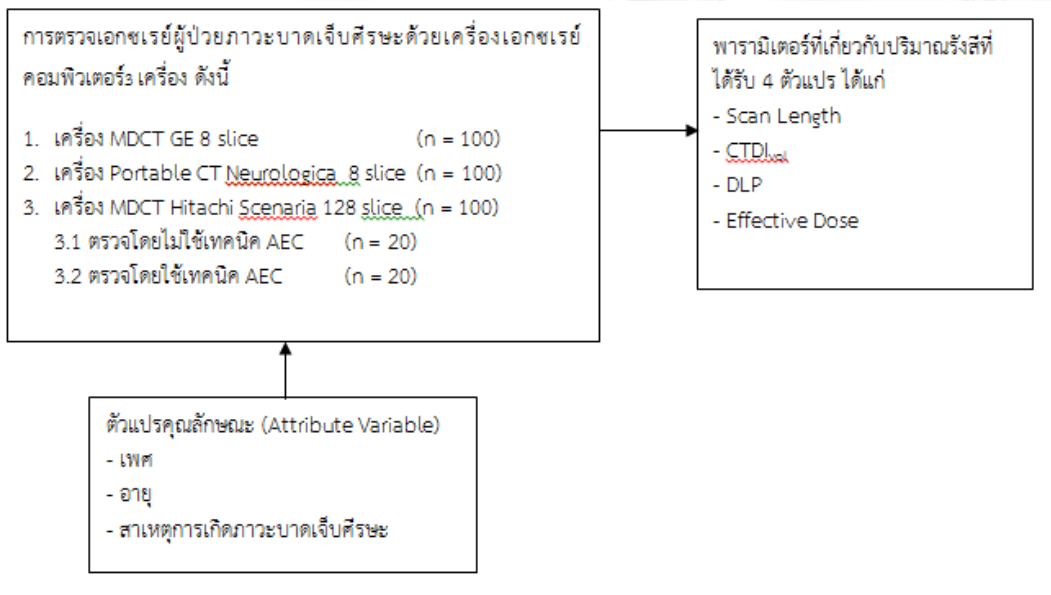
รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการวิจัยที่มีการดำเนินงานหลายขั้นตอน นำความรู้ที่ได้ไปสู่การพัฒนาารูปแบบกระบวนการใหม่ ๆ ที่อาจเปลี่ยนแปลง รูปแบบงานบริการผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะ

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



นิยามศัพท์

- Scan Length คือ ระยะในการสแกน หน่วยที่ใช้คือ มิลลิเมตร

- CTDIvol คือค่าปริมาณรังสีที่คาดว่าจะได้รับ โดยคำนวณจากค่าพารามิเตอร์ทุกตัวที่ใช้จริงหน่วยที่ใช้คือ mGy

- DLPคือ ปริมาณรังสีดูดกลืนที่วัดตามความยาวที่ใช้ในการตรวจแต่ละครั้ง หน่วยที่ใช้คือ mGy.cm

มีสูตรคำนวณ

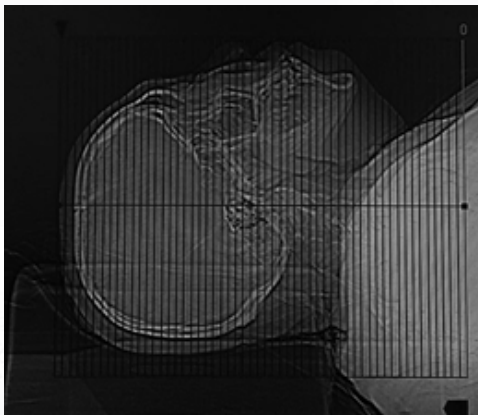
$$DLP = CTDIvol \times [Scan\ range] \times Kc \times Ac$$

- Effective Doseคือปริมาณรังสีเฉลี่ยของทั้งร่างกาย ซึ่งสามารถใช้บอกความเสี่ยงในการได้รับรังสีเป็นเชิงปริมาณได้ซึ่งอาจใช้เทียบกับการได้รับรังสีจากธรรมชาติ หน่วยที่ใช้คือ mSv

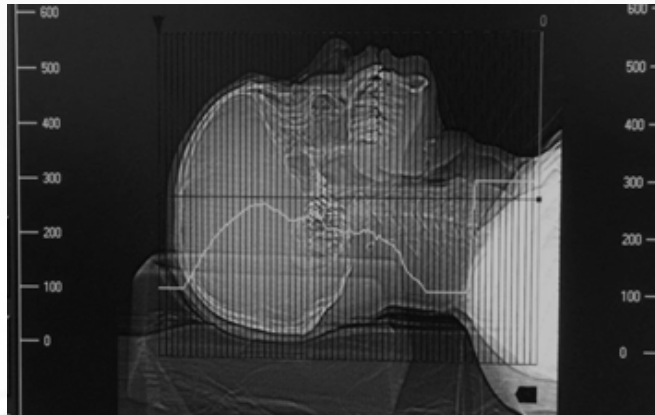
มีสูตรคำนวณ

$$Effective\ dose = DLP \times conversion\ coefficient$$

รูปที่1 แสดงตัวอย่างภาพ Scanogram เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอเมื่อไม่ใช้และใช้เทคนิคAEC



รูปที่ 1 (a) เมื่อไม่ใช้เทคนิคAEC



(b) เมื่อใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติ AEC

รูปที่2 แสดงตัวอย่างเปรียบเทียบค่าmAภาพตัดขวางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอเมื่อไม่ใช้และใช้เทคนิคAEC



รูปที่2 (a) เมื่อไม่ใช้AEC=300mA(วงกลม)



(b) เมื่อใช้เทคนิค AEC=101mA(วงกลม)

ที่มา: กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. การตรวจเอกซเรย์ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 3 เครื่อง ได้แก่ เครื่อง MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi
2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ MDCT Hitachi 2 เทคนิค ได้แก่ ตรวจโดยไม่ใช้เทคนิค AEC และใช้เทคนิค AEC

ตัวแปรตาม คือ พารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ Scan Length , $CTDI_{vol}$, DLP และ Effective Dose

ตัวแปรคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ และ สาเหตุการเกิดภาวะบาดเจ็บศีรษะ

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะมารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2557-เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะมารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระหว่างเดือนมกราคมพ.ศ.2557-เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิด MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi เครื่องละ 100 ราย รวมจำนวน 300 ราย
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะมารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2558-เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการเลือกเฉพาะผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอ ด้วยเครื่อง MDCT Hitachi ที่ใช้และไม่ใช้เทคนิค AEC กลุ่มละ 20 ราย รวมจำนวน 40 ราย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

จากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่ได้จากฐานข้อมูลเวชระเบียน (HOSxP) ของผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บศีรษะมารับบริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระหว่างเดือนมกราคมปี พ.ศ.2557 - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558

1. ข้อมูลปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด้วยเครื่องชนิด MDCT GE, Portable CT Neurologica และ MDCT Hitachi
2. ข้อมูลปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอที่ใช้และไม่ใช้เทคนิค AEC

สถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติพื้นฐาน (Basic statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ Scan Length, $CTDI_{vol}$, DLP และ Effective dose ของแต่ละกลุ่มที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง CT ที่แตกต่างกันและเทคนิคแตกต่างกัน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุและสาเหตุภาวะบาดเจ็บศีรษะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทเครื่อง CT

ตัวแปรประกอบ			รับการตรวจ CT Brain ด้วย เครื่อง CT			รวม
			GE	Neurologica	Hitachi	
เพศ	ชาย	จำนวน (ร้อยละ)	90 (90.0)	40 (40.0)	60 (60.0)	190 (63.4)
	หญิง	จำนวน (ร้อยละ)	10 (10.0)	60 (60.0)	40 (40.0)	110 (36.6)
	รวม	จำนวน (ร้อยละ)	100 (100.00)	100 (100.00)	100 (100.00)	300 (100.0)
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	41 (41.0)	-	40 (40.0)	81 (27.0)
	20-29 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	36 (36.0)	40 (40.0)	10 (10.0)	86 (28.6)
	30-39 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	6 (6.0)	20 (20.0)	20 (20.0)	46 (15.3)
	40-49 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	3 (3.0)	20 (20.0)	10 (10.0)	33 (11.0)
	50-59 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	-	10 (10.0)	10 (10.0)	20 (6.7)
	60-69 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	14 (14.0)	-	-	14 (4.7)
	70-79 ปี	จำนวน (ร้อยละ)	-	10 (10.0)	10 (10.0)	20 (6.7)
	80 ปี ขึ้นไป	จำนวน (ร้อยละ)	-	-	-	-
	รวม	จำนวน (ร้อยละ)	100 (100.00)	100 (100.00)	100 (100.00)	300 (100.0)
สาเหตุภาวะ บาดเจ็บศีรษะ	อุบัติเหตุ	จำนวน (ร้อยละ)	80 (80.0)	75 (75.0)	78 (78.0)	233 (77.6)
	บนถนน	จำนวน (ร้อยละ)	20 (20.0)	25 (25.0)	22 (22.0)	67 (22.3)
	ถูกทำร้าย ร่างกาย	จำนวน (ร้อยละ)	100 (100.00)	100 (100.00)	100 (100.00)	300 (100.0)
	รวม	จำนวน (ร้อยละ)	100 (100.00)	100 (100.00)	100 (100.00)	300 (100.0)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับเมื่อตรวจด้วยเครื่อง 3 เครื่อง

ตาราง 2 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรตามในการวิจัย

ตัวแปรตาม	เครื่อง GE		เครื่อง Neurologica		เครื่อง Hitachi		รวม	
	N=100		N=100		N=100		N=300	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Scan Length	100.00	0.000	155.00	13.67	154.00	9.211	136.33	27.43
CTDI _{vol}	58.527	7.638	70.73	0.000	56.238	1.863	61.832	7.814
DLP	899.098	72.52	1096.285	96.688	867.314	44.579	954.232	125.646
Effective dose	1.888	0.152	2.302	0.203	1.821	0.093	2.003	0.263

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) ของตัวแปร DLP ระหว่างเครื่อง CT ทั้ง 3 เครื่อง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
Within group	3077355.149	2	1538677.574	278.157**	.000
Between group	1642911.335	297	5531.688		
Total	4720266.483	299			

** = $p < 0.01$, * = $p < 0.05$

จากตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเครื่องทั้ง 3 เครื่องอย่างมีนัย
ตัวแปร DLP ระหว่างเครื่อง CT ทั้ง 3 เครื่อง พบว่ามีความ สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับจากการใช้และไม่ใช้เทคนิคAEC เมื่อตรวจสอบมองและคอ

ตาราง 4 ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรตามในการวิจัย

ตัวแปรตาม	กลุ่มที่ไม่ใช้ AEC		กลุ่มที่ใช้ระบบ AEC		รวม	
	N=20		N=20		N=40	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Scan Length	371.250	.000	323.161	11.318	347.205	25.600
CTDI _{vol}	67.590	.000	56.228	4.431	61.909	6.531
DLP	2509.320	.000	1819.941	197.892	2164.631	375.414
Effective dose	7.778	.000	5.641	.613	6.710	1.163

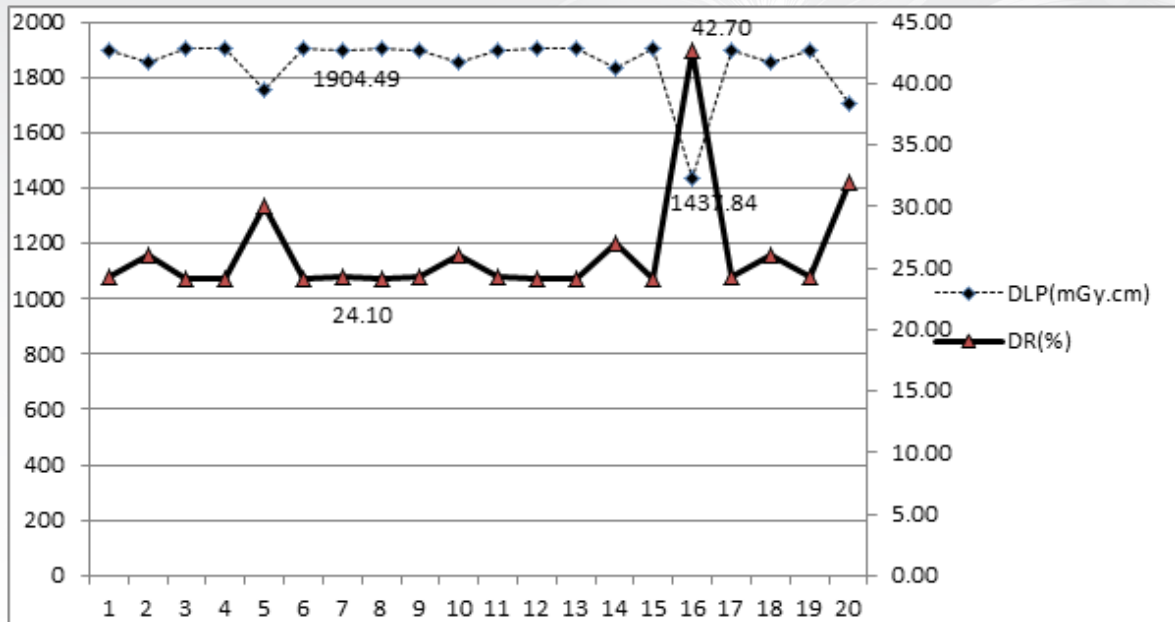
ตาราง 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ(MANOVA) ของตัวแปร DLP ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเทคนิคการตรวจแบบไม่ใช้ AEC และแบบใช้ AEC

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
BetweenGroup	4752434.056	1	4752434.056	242.710**	.000
WithinGroup	744066.523	38	19580.698		
Total	5496500.579	39			

** = p < 0.01, * = p < 0.05

จากตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร DLP AEC ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ย DLP ของทั้งสองกลุ่มที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ได้รับเทคนิคการตรวจแบบไม่ใช้ AEC และกลุ่มที่ได้รับเทคนิคแบบใช้ AEC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F=242.710, df=1, p=.000)

รูปภาพ 1 แสดงค่าปริมาณรังสีลดลงจากการใช้เทคนิคAEC



จากรูปภาพ 1 ผลค่าปริมาณรังสีลดลง (Dose Reduction : DR) จากการใช้เทคนิค AEC ในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอ สามารถลดได้ 24.10-42.70%

อภิปรายและวิเคราะห์ผลการศึกษา

จากการศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะ ที่มาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือน มกราคม 2557 – มิถุนายน 2558 ข้อมูลผู้ป่วยที่ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้ง 3 เครื่อง จากกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย พบว่า มีผู้ป่วยอายุระหว่าง 13 -75 ปี อายุเฉลี่ย 32.59 ปี เพศชายร้อยละ 56.7 สาเหตุของการเกิดภาวะบาดเจ็บศีรษะ คือ อุบัติเหตุจากรถจักรยาน ร้อยละ 77.6 รองลงมา คือ ถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 23.4 สอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ปี พ.ศ.2556 โดยมูลนิธิเมาไม่ขับ⁽⁷⁾ พบว่าจังหวัดนครพนมมีสถิติการสวมหมวกนิรภัยน้อยเป็นอันดับสองรองจาก จังหวัดบึงกาฬ คือ ร้อยละ 17 เท่านั้น และสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของวัยแรงงาน กลุ่มอายุ 30-59 ปี จากข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555⁽⁸⁾ คือ อุบัติเหตุจราจร รองลงมาคือ ถูกทำร้ายร่างกาย ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถเป็นสารสนเทศ และเป็นประโยชน์ในการรณรงค์

ป้องกันอุบัติเหตุจากท้องถนนในเขตจังหวัดนครพนม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) เปรียบเทียบค่า DLP และ Effective Dose จากการศึกษาคั้งนี้ พบว่าค่า DLP ของเครื่อง Portable CT Neurologica Ceretom 8 slice มีค่าเฉลี่ย 1096 mGy.cm ซึ่งสูงกว่าอีกสองเครื่องเนื่องจากค่า DLP คือผลคูณของค่า CT DIvol กับค่า Scan length ทำให้ค่าเฉลี่ยของเครื่อง Portable CT Neurologica Ceretom มีค่าสูงที่สุดด้วยเช่นกันและค่า Effective Dose คือ ผลคูณระหว่างค่า DLP กับค่า Conversion factor สำหรับ Brain ใช้ค่า 0.0021 ทำให้ค่า Effective Dose ของเครื่อง Portable CT Neurologica Ceretom มีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือ MDCT GE และ MDCT Hitachi ตามลำดับซึ่ง Effective Dose ของเครื่อง MDCT GE LightSpeed 8 slice

และเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria128 slice เท่ากับ 1.88 และ 1.82 mSvตามลำดับ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน แต่เครื่อง MDCT 128 slice สามารถเพิ่มศักยภาพในการตรวจมากขึ้น⁽⁹⁾ เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ระบบหลอดเลือด (CT Angiography: CTA) เพราะจำนวนแถว Detector ที่มากกว่า สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้กว้างกว่า และใช้เวลาหมุนต่อรอบลดลงได้ถึง 0.35 วินาที ลดเวลาในการสแกนได้มากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่ม Spatial Resolution ของภาพ สร้างภาพสไลซ์บางๆ และมีขนาดของว็อกเซล (voxel) เท่ากันทั้ง 3แนว ซึ่งเรียกว่า การสร้างภาพแบบไอโซโทรปิก (Isotropic imaging) ทำให้แสดงภาพเอ็มพีอาร์ (MPR) ได้ดียิ่งขึ้น

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเมื่อใช้เทคนิค AEC และไม่ใช้เทคนิค AEC จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DLP พบว่ากลุ่มที่ใช้เทคนิค AEC มีค่า DLP น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ใช้ AEC เท่ากับ 1819 และ 2509 mGy.cm ตามลำดับ ซึ่งการใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติ สามารถลดปริมาณรังสีค่า DLP ได้ (Dose Reduction: DR) ตั้งแต่ 24.1-42.7% ดังนั้น การใช้เทคนิค AEC สำหรับเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria128 slice โดยใช้ซอฟต์แวร์ IntelliEC มีประโยชน์ในการลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะได้

สรุปการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในโรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2558 ซึ่งผลการศึกษาจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้งสามเครื่อง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเครื่องละ 100 ราย รวม 300 ราย เมื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 0.63 เท่า มีอายุระหว่าง 13-75 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 32.59 ปี สาเหตุของการเกิดภาวะบาดเจ็บศีรษะ คือ อุบัติเหตุจากรถ และ ถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถ นับเป็นปัญหาของสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถเป็นสารสนเทศ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะ

บาดเจ็บศีรษะที่เพิ่มมากขึ้นให้เหมาะสม

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้งสามเครื่องนั้น พบว่า ค่าพารามิเตอร์ ได้แก่ ค่า Scan length, CT DIvol , DLP และ Effective dose ของเครื่อง Portable CT Neurologica Ceretom 8 slice มีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือ เครื่อง MDCT GE Lightspeed 8 slice และเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria 128 slice ตามลำดับ

โดยค่าปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทั้งสามเครื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานของ European Guideline (EUR 16260, EUR 16261) กำหนดค่าที่ DLP 1050 mGy.cm และ Effective dose 2 mSvพบว่า มีเฉพาะเครื่อง Portable CT Neurologica Ceretom 8 slice เท่านั้นที่มีค่าเกินมาตรฐานคือ DLP 1096 mGy.cm และ Effective dose 2.3mSv จากผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการเลือกใช้พารามิเตอร์ที่เหมาะสมของนักรังสีการแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือเพื่อตรวจวินิจฉัยและสามารถเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการเลือกคุณลักษณะเฉพาะของเครื่องมือที่มีราคาแพงไว้ใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความสามารถของเครื่อง คุณภาพของภาพและความปลอดภัยจากอันตรายของรังสีต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณรังสีที่ได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เมื่อใช้และไม่ใช้เทคนิคปรับปริมาณรังสีอัตโนมัติจากเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria นั้น พบว่า ค่าพารามิเตอร์ ได้แก่ ค่า Scan length, CT DIvol , DLP และ Effective dose ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติมีค่าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติ โดยตั้งค่าพารามิเตอร์คงที่เท่ากัน

ซึ่งการใช้เทคนิคปรับรังสีอัตโนมัติ สามารถลดปริมาณรังสี (Dose Reduction:DR) ได้ตั้งแต่ 24.1-42.7% ดังนั้น การใช้ซอฟต์แวร์ IntelliEC ในเทคนิค AEC สำหรับเครื่อง MDCT Hitachi Scenaria128 slice มีประโยชน์ในการลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและคอในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนั้นการเลือกใช้เทคนิคหรือซอฟต์แวร์ของเครื่องที่ช่วยลดปริมาณรังสีสำหรับผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่นักรังสีการแพทย์ผู้ใช้เครื่องมือต้องตระหนักเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบข้อมูลและคำนึงถึงอันตรายจากการได้รับรังสีเกินกำหนดในระยะยาวของผู้ป่วย ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการปรับพารามิเตอร์ต่างๆ ที่มีผลต่อปริมาณรังสีที่ได้รับ เพื่อเป็นแนวทางในการลดปริมาณรังสีได้

3. ควรมีการศึกษาเรื่องปริมาณรังสีที่จะได้รับในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของอวัยวะส่วนอื่นๆต่อไป

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีขอบเขตเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลนครพนม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและเป็นการพยากรณ์ทั้งกลุ่มตัวอย่างมิได้พยากรณ์เป็นรายบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควร มีปัจจัยและตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จรุงธรรม ชันดี หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาเรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม ที่ช่วยให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมสถิติผู้ป่วยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. การนำรังสีเอ็กซมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์.[ออนไลน์]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2558] เข้าถึงได้จาก <http://www.slideshare.net/ssuserc56dd3/xray-2015-43974990>.
2. MDCT Technology. [Online]. 2012. [cited 2015 Apr 10]. Available from: <http://www.aapm.org/meetings/amos2/pdf/34-8065-36574-921.pdf>
3. MannudeepK.Kalra, Michael M.Maher, Thomas L.Toth, et al. Techniques and applications of automatic tube current modulation for CT. Radiology 2004; 233:649-57.

4. European Commission. European guidelines on quality criteria for computed tomography.EUR 16262 EN, Luxembourg. [Online]. 1999. [cited 2015 Apr 10]. Available from: http://w3.tue.nl/fileadmin/sbd/Documenten/Leergang/BSM/European_Guidelines_Quality_Criteria_Computed_Tomography_Eur_16252.pdf.
5. Aldrich JE, Bilawich AM, Mayo JR. Radiation doses to patients receiving computed tomography examinations in British Columbia. Can AssocRadiol J 2006; 57: 79-85
6. Leswick DA, Syed NS, Dumaine CS, et al. Radiation dose from diagnostic computed tomography in Saskatchewan. Can AssocRadiol J 2009; 60: 71-8.
7. สถิติอุบัติเหตุจากรังสีในประเทศไทย. [ออนไลน์].2556. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2558] เข้าถึงได้จาก <http://www.ddd.or.th/content-view-3096.htm>.
8. ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์].2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2558] เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th/health/images/indicators/indicators1.pdf>
9. Multidetector-Row Computed Tomography: Scanning and Contrast Protocols. [Online]. 2014. [cited 2015 Apr 10]. Availablefrom: <https://books.google.co.th/books?id=6UCVJP9skBoC&pg=PA5&lpg>
10. Antonio E Papadakis, Kostas Perisinakis, John Damillakis. Automatic Exposure control and adult multidetector CT examinations: a phantom study on dose reduction and image quality. Med Phys 2008; 35: 4567-76.

Original article

ประสบการณ์ชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานหญิงข้ามชาติ ในร้านอาหารชายแดน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

สุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานหญิงข้ามชาติผู้ให้ข้อมูลเป็นแรงงานข้ามชาติหญิงที่ทำงานเป็นพนักงานบริการในร้านอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาราโอเกะ ทำงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผลการศึกษาพบว่าพนักงานในร้านไม่มีคนไทย มาทำงานเพราะไม่มีทางเลือกอื่น การรักษาและป้องกันโรคเป็นเรื่องของหมอ ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการสุขภาพในไทยเพราะไม่เคยป่วยหนัก คิดว่าไม่มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาค่าใช้จ่ายสูง ถ้าป่วยเล็กน้อย ซ้ำยามากินเอง เลือกไปรับบริการสุขภาพ ที่ความน่าเชื่อถือ รองลงมาคือการที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง และต้องให้นายจ้างพาไป

Abstract

This Qualitative research was aimed to study of life experience and access to health care among female migrant workers data collected by in depth interviewed as service worker in Thai restaurants that 24 female migrant workers that were service workers at bar beer restaurant at least 6 month. The result showed that no Thai workers at all in that restaurant. All of them was moved from Laos because of no choice to work at this time, their duty was to earn money to send this time, their duty was to earn money to send back home. Not their duty to prevent and cure. Almost of them never utilization health service in Thailand because of never face crisis illness. Understood that they were no right to go to government hospital No availability to pay. If her get sick will buy medicine. The reason that choose to go to utilization in hospital because of reliability and good service. But must have owner bring them to hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันแรงงานข้ามชาติได้กลายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อภาวะเศรษฐกิจของโลกในกระแสโลกาภิวัตน์ทำให้โลกไร้พรมแดน จากการศึกษาของนักเศรษฐศาสตร์พบว่า มีเงินจำนวนมหาศาลจากประเทศที่มีแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานอยู่แล้วส่งกลับประเทศบ้านเกิดมากกว่าครึ่งส่งเงินจากประเทศที่มีรายได้สูง ไปยังประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ (Lopez and Chi ,2012) สำหรับประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับกระทบจากการมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศ ส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ในด้านบวกคือเข้ามาทดแทนแรงงานที่ขาดส่วนผลกระทบทางลบที่สำคัญในด้านสาธารณสุขคือตัวแรงงานข้ามชาติเองอาจสามารถเป็นพาหนะนำโรคติดต่อบางประเภท เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรคเท้าช้าง โรคพยาธิต่าง ๆ ที่หายไปจากระบบสาธารณสุขของไทยไปนานเข้ามาระบาดอีกครั้ง เนื่องจากแรงงาน มีความรู้ ความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่แตกต่างจากคนท้องถิ่นในประเทศไทย (ประมวล สุขกล่อม, 2547)

แรงงานที่เข้ามาทำงานส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ ประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและพม่า ซึ่งจากข้อมูลของ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน ตัวเลข ณ กันยายน 2557 มีแรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและได้รับใบอนุญาตทำงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 1,294,283 คน ยอดตัวเลขนี้ยังไม่รวมกับ ยอดการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวที่ one stop serviceทั่วประเทศ (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2557) เมื่อเทียบกับข้อมูลในปี 2547 ที่มีแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ จำนวน 1,284,920 คน (บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์, 2550) จึงเห็น ได้ว่าตัวเลขจำนวนแรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและได้รับใบอนุญาตทำงานเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว ยังไม่แตกต่างกัน

ในชายแดนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีสถานการณ์การอพยพแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาขายแรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาทำงานด้านการเกษตร เช่น เก็บใบยาสูบ เก็บมะเขือ ทำนา เลี้ยงหมู เป็นต้น (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์, 2548) รัฐบาลที่ผ่านมามากมายได้มีนโยบายและพยายามที่จะผลักดันให้หลักประกันสุขภาพ ในกรณีที่แรงงานข้ามชาติได้เข้ามาทำงานในประเทศไทยแบบถูกกฎหมาย

ขึ้น ซึ่งถ้ามีการขึ้นทะเบียนแรงงานจะสามารถเข้าสู่ประกันสุขภาพ เพื่อใช้รักษาพยาบาลตนเองในเวลาเจ็บป่วย ไม่สบายหรือได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ บริการด้านสุขภาพจึงต้องมาตรฐานและมีความปลอดภัยสอดคล้องกับแนวคิดในระดับสากลที่ปรากฏในเอกสารขององค์การสหประชาชาติ และตราไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศที่ให้ความหมายคำว่า 'สิทธิในสุขภาพ' (Right to Health) คือ สิทธิที่รัฐพึงมีหลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตน คือ สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับเงื่อนไขอันจำเป็นต่อสุขภาพ (พันธุ์ทิพย์ กาญจนะ และจิตรา สายสุนทร,2551) เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมมีผลต่อผลลัพธ์สุขภาพทางบวก (Dias ,2001)

มีแรงงานข้ามชาติหญิงส่วนหนึ่งอพยพข้ามชายแดนเข้ามาทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อมาประกอบอาชีพพนักงานบริการในสถานประกอบการขายอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาราโอเกะ และด้วยข้อจำกัดในสถานะในด้านเวลาในการประกอบอาชีพ และวัฒนธรรมภายใต้บริบทสังคมไทย ส่งผลให้ต้องเผชิญกับความเปราะบางและเสี่ยงในการถูกละเมิดสิทธิในด้านต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติหญิง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติหญิงที่เหมาะสมตามปัญหาสาธารณสุขชายแดนในแต่ละพื้นที่นำไปสู่การลดปัญหาด้านสาธารณสุขทั้งของแรงงานข้ามชาติและประชาชนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของแรงงานข้ามชาติหญิงในร้านอาหาร
2. ศึกษาประสบการณ์การไปรับบริการสุขภาพและข้อเสนอแนะต่อบริการสุขภาพของไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่ออธิบายประสบการณ์ ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากสภาพความเป็นจริง ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ที่ลึกซึ้งซึ่งการให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ เน้นข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด โลกทัศน์ วัฒนธรรมและความหมายซึ่งไม่อาจปรากฏออกมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ให้ข้อมูล คือแรงงานข้ามชาติหญิง นายจ้าง และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานจัดหางานจังหวัด ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Liamputtong, 2013) โดยเลือกจากแรงงานข้ามชาติหญิงที่ทำงานในร้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลที่หลากหลายตามประสบการณ์ที่อาศัยในประเทศไทย เลือกผู้ให้ข้อมูลเฉพาะรายที่เต็มใจ และสมัครใจให้ข้อมูลเองเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัยนี้

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)
การวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยของงานได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และอบรมในหลักสูตรอบรมเป็นนักวิจัยที่มีความละเอียดอ่อนทางด้านเพศภาวะ (Gender sensitivity researcher) และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย 3) การเก็บข้อมูลในประเด็นเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลหลายคนในเวลาที่แตกต่างกัน (Data triangulation) 4) การนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปในประเด็นที่ไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือไม่กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบหรือโทรศัพท์ซักถามอีกครั้งจนเข้าใจชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เลือกศึกษาในสถานประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาราโอเกะจำนวน 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ร้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นายจ้างของแรงงานข้ามชาติหญิงให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สถานประกอบการที่มีคาราโอเกะที่มี

พนักงานในร้านมากกว่า 10 คนขึ้นไป

โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่หลายครั้ง เนื่องจากทางรัฐบาลไทยได้มีมาตรการในงดใบอนุญาตแก่นายจ้างที่มีพฤติกรรมส่งไปทางแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบทางเพศ แต่นักวิจัยได้มีผู้ช่วยนักวิจัยเป็นคนในพื้นที่ ช่วยแนะนำตัวผู้วิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อนายจ้างให้ความยินยอมให้ไปเก็บข้อมูลการวิจัยได้ จึงนัดหมายวัน เวลาในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกนายจ้างและของแรงงานข้ามชาติหญิง ซึ่งผู้วิจัยได้ไปเก็บข้อมูลทั้งที่บ้านพักและสถานประกอบการร้านอาหารที่เป็นสถานที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติหญิงในเวลาก่อนเข้างาน แล้วแต่ความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) โดยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ไว้ด้วย ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ถอดเทปบันทึกเสียงออกมาเป็นตัวอักษรแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งการเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลนั้นดำเนินการไปพร้อมๆกับการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ ครั้งต่อไปจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) จึงยุติการสัมภาษณ์ (Liamputtong, 2013) มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 24 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลพื้นฐาน โดยวิเคราะห์คำร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) (Liamputtong, 2013) โดยการอ่านข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดหลายๆครั้ง เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลอย่างลึกซึ้ง แล้วดึงข้อความหรือประโยคสำคัญเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยมาให้รหัสข้อมูลที่ละเอียด (Coding) แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ (Category) และเรียงร้อยเข้าด้วยกันจนเป็นประเด็นหลัก (Theme)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานข้ามชาติหญิงในร้านอาหาร

ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติหญิง

แรงงานข้ามชาติหญิงที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบอาชีพพนักงานบริการในสถานประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาราโอเกะ 2 อำเภอ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 24 คน

ผลจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สัดส่วนร้อยละ 69.9 โดยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 21 -30 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.91 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 46.23 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 32.26 มีสถานะภาพสมรส และอีกร้อยละ 21.51 มีสถานะภาพหม้ายหรือหย่าร้าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสัดส่วนมากถึง 57.1 ของผู้ให้ข้อมูลที่ทำการศึกษาทั้งหมดที่เหลือคือไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 80.64 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด มีเพียง ร้อยละ 9.68 ที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาท และไม่พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลที่เข้ามาประกอบอาชีพในไทยและมีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท มีความพอเพียงของรายได้พบว่าร้อยละ 71.4 มีเงินเหลือเก็บช่องทางส่งเงินกลับภูมิลำเนาโดยวิธีถือกลับไปเอง ร้อยละ 50 และฝากเพื่อนกลับร้อยละ 50 ทุกคนร้อยละ 100 ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ดื่มสุราเป็นบางครั้ง ร้อยละ 85.7 มาทำงานโดยมีญาติเป็นผู้ชักชวนมาร้อยละ 78.6 ร้อยละ 50 ทราบมาก่อนว่าต้องมาทำงานร้านอาหารเท่ากับที่ไม่รู้มาก่อนทำงาน ร้อยละ 50 อาชีพเดิมก่อนมาทำงานนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มาก่อนทำงานนี้ การทำงานเป็นพนักงานบริการครั้งนี้เป็นอาชีพแรกในชีวิต ร้อยละ 85.7 ทุกคนได้รับสวัสดิการอาศัยจากนายจ้าง เป็นที่พัก พร้อมอาหาร 3 มื้อพักอยู่ห้องเดียวกันห้องละ 3-4 คน เดินทางกลับภูมิลำเนาประมาณสามเดือนกลับหนึ่งครั้ง

ชนิดของสถานบริการ

การศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยสามารถสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าของผู้ประกอบการได้ แล้วจึงเก็บข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยใช้วิธีการจ่ายค่าตอบแทนเสียเวลาให้แก่ผู้ให้ข้อมูล

สถานประกอบการแห่งแรก หน้าร้าน จะเขียนว่า

เป็นร้านอาหารโอเกะ ในร้านจะมีที่นั่งเป็นซุ้มไม้ที่ละหลัง แรงงานข้ามชาติหญิง ส่วนใหญ่กลางวันจะนอนพักผ่อน พอถึงช่วงบ่ายจะตื่นนอน ทำงานบ้านบ้าง แล้วรับประทานอาหารอาบน้ำแต่งตัว พร้อมที่จะทำงานในช่วงเย็นเริ่มงานทำโหม่งเย็น

สถานประกอบการแห่งที่สองเป็นร้านขายอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาราโอเกะ มีโต๊ะอาหารในร้าน 7 โต๊ะในอาคารชั้นเดียว แสงไฟสลัว มองเห็นไม่ชัด มีเวทีและเครื่องเสียงสำหรับเปิดคาราโอเกะ มีนักร้อง 1 คน และผู้ควบคุมเสียง 1 คน พนักงานทุกคนเริ่มงานเวลา 20.30 น. ปิดร้านเวลา 24.00 น เป็นต้นไป หากมีแขกนั่งร้านเกินเวลาก็อาจยืดเวลาออกไป จนกว่าแขกจะกลับหมด ราคาค่าบริการเมื่อไปกับแขกนอกสถานที่จะอยู่ระหว่าง แยกต้องจ่าย 500 บาท ซึ่งในจำนวนเงินค่าบริการนี้ ทางสถานบริการจะต้องแบ่งให้แรงงานข้ามชาติหญิง 50% และเจ้าของสถานประกอบการ 50%

พนักงานในร้านไม่มีคนไทย

ผลการศึกษาพบว่า ในร้านไม่มีพนักงานบริการเป็นคนไทยเลย เจ้าของร้านแห่งแรกเจ้าของเป็นผู้หญิงไทย ส่วนเจ้าของร้านที่สองเป็นชายไทยไม่ค่อยอยู่ร้าน มีภรรยาเป็นคนข้ามชาติสองคน ภรรยาคนแรกอยู่ประจำที่ต่างชาติเป็นคนแนะนำหาคนมาทำงานที่ร้าน ภรรยาคนที่สองนั่งประจำในร้าน

“ส่วนใหญ่ที่นี่ไม่มีคนไทย เพราะคนไทยนิยมไปทำงานกรุงเทพฯหมด เขามาทำงานจาก คนที่มาก่อนหน้านี้ แล้วบอกต่อโดยปากต่อปาก เป็นคนหมู่บ้านเดียวกัน เป็นลูกพี่ลูกน้องกัน” (นายจ้าง)

“เคยทำงานที่แรกอยู่เมืองนี้ 3 เดือน กะเมื่อ กลับมาไปอีกเมืองกะอยู่ได้ ที่ได้อยู่ร้านนี้นานเพราะได้บัตรถูกต้อง” (แรงงานข้ามชาติหญิง)

แรงงานข้ามชาติหญิงพักรวมกันอยู่บ้านพักที่ห่างจากร้าน 500 เมตร นายจ้างออกค่าเช่าให้ ก่อนทำงานมีการลงเวลาทำงานในสมุดลงเวลา นายจ้างไม่ได้บังคับให้มาทุกวัน ถ้ามาทำงานจริงจะได้เงินจากการดูสมุดลงเวลาทำงาน มีพนักงานในร้าน 15 คน แต่มาทำงานจริงๆวันละ 7- 8 คน เพราะบางคนมาอยู่ไถยนาน ก็มีแฟนคนไทย ไปช่วยแฟนเที่ยวข้าว ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกับเจ้าของร้านสามครั้งถึงได้สัมภาษณ์ เพราะอ้างว่าช่วงนี้คนมาทำงานน้อยเสียแขก แต่เมื่อนักวิจัยให้คุยโทรศัพท์กับคนเบิกทางซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำงานในพื้นที่จึงยินยอมเรียกพนักงานในร้านมาเปิด

ห้องเล็กๆที่หลังร้านให้พนักงานทยอยกันมานั่งให้ข้อมูลกับ พี่ผู้วิจัยครั้งละคน สองคน จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล อีกครั้งโดยการสัมภาษณ์กลุ่มในเวลาพักที่บ้านพัก นอกเวลา งานรายได้ในแต่ละวันขึ้นกับผลประกอบการของร้านอาหาร หรือตามยอดขายที่ต้องได้วันละสามพันขึ้นไป พนักงานจึง จะมีรายได้วันละหนึ่งร้อย ถ้าหากป่วยมาทำงานไม่ได้ก็ขาด รายได้

“ช่วงนี้ตำรวจมาตรวจบ่อย รายได้ลดลง ลูกค้าถ้า เป็นวัยรุ่น ผมมักจะไล่กลับ เพราะยังเรียนหนังสือ บางที เมาแล้วไว้วาย ส่วนใหญ่จะมีแขกประจำเป็นคนทำงานแล้ว ” (นายจ่าง)

ไม่มีทางเลือก

ผลของจากการวิจัยนี้ พบว่า แรงงานข้ามชาติหญิง ส่วนใหญ่ตัดสินใจมาทำงานในไทย ไม่มีทางเลือกอื่นในการ ทำงาน เดินทางมาทำงานต่างชาติมีสาเหตุจากสามีไปมี ภรรยาใหม่ ติดเหล้าและทำร้ายร่างกาย

“แต่ก่อนเคยอยู่กินกันกับสามีนานร่วม 10 ปี ระยะเวลาตลอดเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกินเหล้าอยู่เป็นประจำ หลังจากนั้นก็ทะเลาะและทุบตีหยาบ ขนาดมาทำงานที่นี่ แต่ ก็ยังคงโทรมาขอเงิน”

“หนูไม่มีลูกกับเขา เขาทำงานใน อบต.ทาง เชียงราย เป็นคนไทย เขาเห็นผู้หญิงอื่นดีกว่า ก็เลยเลิกกับ เขา หลังจากเลิกกับเขาแล้ว คิดแต่เพียงว่าในเมื่อในชีวิตนี้ ไม่มีอะไรจะเสียแล้ว จึงมาทำงานนี้ ตามคำชวนของน้า”

ในจากกรณีตัวอย่างทั้งสอง สะท้อนให้เห็นว่าการ ไม่มีบุตรด้วยกันกับสามี หมายถึง การมีอายุยังน้อย และ ไม่มีอะไรจะผูกมัดชีวิตสมรสไว้ด้วยกัน ทำเป็นปัจจัยเสริมให้ ตัดสินใจเดินทางมาทำงานในต่างชาติ

ภายหลังจากเมื่อประสบความล้มเหลวในชีวิต ครอบครัวยุค แต่เมื่อประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ คือ ไม่ สามารถหาเงินมาเลี้ยงดูบุตร การเสียสละเพื่อความสุขของ ลูก ของบิดามารดา สอดคล้องกับศึกษาของ Chant (1992) อ้างถึง พิระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ พบว่า ผู้หญิงจะมีความรู้สึก รับผิดชอบต่อสวัสดิภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่า ผู้ชาย จึงยินดีที่จะทำทุกอย่างที่จะทำให้บุตรของตนมีความสุข

การรักษา และป้องกันเป็นแต่เรื่องของหมอ

แรงงานข้ามชาติหญิงขึ้นทะเบียนแรงงานเป็น บางคน ไม่ได้ทำทุกคน บางคนอยู่มานาน เป็นเดือน เป็นปี

ก็ไม่ได้ขึ้นทะเบียน แต่เมื่อมีคนทั่วไปถามก็บอกว่าขึ้นทะเบียน แรงงานถูกต้องตามกฎหมายเมื่อมีแขกเข้าร้านต้องมีคนเสริฟ อาหารประจำ และนั่งข้างแขกโต๊ะละสองคน หมุนเวียนผลัด เปลี่ยนกันไปดูแลแขก ไม่จำกัดเวลา

“รับแขกตามความพอใจของเธอ ทางร้าน บ่ว่า ขอ แต่บอกก่อนออกไป ได้ครั้งละเท่าใดแล้วแต่ บางทีกะพัน”

“เด็กของผมจะได้รับการตรวจเลือดอยู่เป็นประจำ เพราะผมเข้าร่วมโครงการกับโรงพยาบาล หมอมาตรวจเลือด ให้ปีละหนึ่งครั้ง ”

“บ่เคยเห็นคนเป็นเอตส์เลยบ่รู้ว่า เป็นตาย่าน บ่ รักษา เขาบ่ ติดต่อดูดยุงกัด จาม ใช้ส้วม ใช้แก้วร่วมกัน บ่ แน่ใจ”

ดังจะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญในการ ใช้บริการป้องกันโรคของแรงงานข้ามชาติหญิงคือผู้ที่ไม่มี ประกันสุขภาพควรสนับสนุนให้ภาคเอกชนในพื้นที่ของตนเข้า มามีบทบาทร่วมวางแผนให้ความรู้ในการป้องกันโรคมมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการแบ่งเบาภาระการดำเนินงานของภาครัฐ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการเข้าถึงบริการและ ปัญหาการเข้าถึงบริการ

ผลจากการวิจัยนี้ พบว่าแรงงานข้ามชาติหญิง ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการสุขภาพในไทยเพราะไม่เคยป่วย ซึ่ง ผลการศึกษาตรงข้ามกับการศึกษาของ (Dias ,2001) ได้ ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและหาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ มีผู้ให้ข้อมูลคือ แรงงานข้ามชาติในโปรตุเกส ผลการวิจัย พบว่าร้อยละ 77 เคยใช้บริการสุขภาพ

ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นเป็นหวัด ซึ่ยามากินเอง หรือถ้ามีอาการป่วยหนักขึ้น จะไปรับบริการที่คลินิกเอกชน ถึงมีค่าใช้จ่ายสูง แต่สบายใจกว่า ส่วนใหญ่ยังไปใช้บริการของ รัฐบาลค่อนข้างต่ำซึ่งมาจากปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับ บริการ เช่น ความสะดวกในการเดินทางเพราะต้องมีนายจ้าง พา มักฝากเอกสารประจำตัวเช่น ใบอนุญาตทำงาน หนังสือเดินทาง รวมทั้งบัตรประกันสุขภาพไว้กับนายจ้าง

“ไปโรงพยาบาลมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน มีขั้นตอน นาน”

ผลจากการวิจัยนี้ พบว่าแรงงานข้ามชาติหญิงไม่ มั่นใจที่จะไปใช้บริการสุขภาพเอง โดยไม่มีนายจ้างพาไป คิด ว่าไม่มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาค่าใช้จ่ายสูง ถ้าป่วยเล็กน้อย ซึ่ยามากินเองและไกลส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการของ

โรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นสถานเอนามัย หรือโรงพยาบาล
“เป็นคนต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ต่างที่ เขาลิดูแลเขา
หรือป้”

ไม่ทราบเกี่ยวกับสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ
สอดคล้องกับการศึกษาของสุสัณหา ยิ้มแย้ม (2553) ที่
พบว่าแรงงานที่เข้าระบบประกันสุขภาพบางส่วนไม่ทราบถึง
สิทธิของตนเองในการรับบริการรักษาพยาบาล

ปัจจัยหลักที่แรงงานเลือกไปรับบริการสุขภาพ คือ
ความน่าเชื่อถือ รองลงมาคือการที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็น
กันเอง เมื่อไปใช้บริการมีการให้คำแนะนำทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับขั้นตอนของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญ
อีกอย่างคือการที่มีผู้พาไปรับบริการ หากนายจ้างไม่พาไปจะ
ไม่ได้รับความสะดวก ให้นายจ้างเป็นคนจัดการให้ดีกว่า
โดยให้เหตุผลว่าไม่กล้าที่จะเข้าไปใช้บริการ เนื่องจากความ
ไม่เข้าใจในภาษาหมอไม่เข้าใจภาษาเขียนทั้งหมด ถึงแม้จะ
พูดภาษาไทยได้ ฟังภาษาไทยเข้าใจ และมีความคิดว่าเมื่อ
ไปใช้บริการสุขภาพของรัฐจะถูกสายตาดูถูกจากกลุ่มคนไทย
ที่ไปรับบริการเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มความพยายามในการให้ความรู้แก่
แรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงาน
2. ควรให้ความใส่ใจว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ
ในการใช้บริการป้องกันโรค เนื่องจากวิถีชีวิตแรงงานในร้าน
อาหาร ที่มีเวลาทำงานในเวลาากลางคืนส่วนใหญ่ ในเวลากลางวัน
ต้องนอนหลับพักผ่อน จึงต้องการให้มีบริการสุขภาพ
เคลื่อนที่ ณ สถานที่ทำงาน
3. ต้องการให้สถานพยาบาลของรัฐ มีเอกสารที่เป็น
ภาษาลาวที่อธิบายขั้นตอนการให้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากมูลนิธิวิวัฒน์
สาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมประชาสัมพันธ์. (2550). คู่มือการจัดระบบการ
จ้างแรงงานต่างด้าว. กรุงเทพฯ : กรมประชาสัมพันธ์.
2. กฤติยา อาชวนิจกุลและพรสุข เกิดสว่าง. (2540).
รายงานการวิจัยเรื่องเส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศ
เพื่อนบ้านสู่ธุรกิจการค้าบริการทางเพศในประเทศไทย.
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย
มหิดล.
3. บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์ .(2550). ยุทธศาสตร์การอยู่รอด
ของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กรณีศึกษาในเขต
กรุงเทพมหานคร.ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
มหิดล
4. พิรสิทธิ์ คำนวนติลป, ศุภวัฒน์กร วงศ์นวนสุ และ
ทะนงศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ. (2543). ลักษณะและความ
สัมพันธ์ของนักท่องเที่ยวและผู้ขายบริการทางเพศใน
ประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ พระธรรมขันธ์ .
5. มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (เอดส์เน็ต) สำนักงาน
ภาคอีสาน .(2548). จดหมายข่าวมูลนิธิพัฒนาเครือ
ข่ายเอดส์ : แม่น้ำโขงบกััน.
6. ศิริพร สโรคราเนค. (2548). การค้ามนุษย์ แนวคิด
กลไก และประเด็นท้าทาย. กรุงเทพฯ : บริษัทอมริ
นทร์พรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด (มหาชน).
7. สำนักบริหารงานแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน
กระทรวงแรงงาน .ข้อควรรู้สำหรับนายจ้างและแรงงาน
ต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาที่ทำงานใน
ประเทศไทย.
8. สำนักบริหารงานแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน
กระทรวงแรงงาน ข้อมูลสถิติรายเดือน: กันยายน พ.ศ.
2557.
9. สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพ
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์
ของแรงงานข้ามชาติไทใหญ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์
, 42(3) 68-82
10. Affick E.F. Hessol N A. (2008). Immigration
status and use of health service among Latina
women in the Sanfrancisco bay area. Journal
of women s health . 18 (8).

11. Andersen, Ronald M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1) : 1.
12. Dias S., Gamma A., Cortes A., Sousa B. (2011). Healthcare seeking patterns among immigrant in Portugal. *Health and Social Care in the Community*. 19(5).
13. Liamputtong P. (2013) *Qualitative Research Methods*. 4 th ed. Oxford University press, UK.
14. Lopez-Cevallos and Chi. (2012). Migration, remittances and health care utelization in Ecuador. *Rev PanamSaludPublica*. 31 (1): 9- 16.



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเครือข่ายอำเภอเอราวัณจังหวัดเลย Development of Asthmatic Patient Care System of Erawan District Network, Loei Province

สรรรคเพชร หอมสมบัติ พ.บ., น.บ., ส.ม.(บริหารโรงพยาบาล), อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) อ.ว.
(เวชศาสตร์ครอบครัว)
โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการกำเริบและขาดนัดด้วยโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว (2) เปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยหอบหืดที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกหอบหืดที่มีอาการกำเริบจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือกำเริบจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ขาดนัดติดตามการรักษาอย่างน้อยสองครั้ง ในช่วงเดือนตุลาคม 2555 ถึง กันยายน 2556 เป็นจำนวน 52 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินการเป็นระยะเวลาสองเดือน เริ่มจากเดือนตุลาคม 2556 จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 และประเมินผลการดำเนินงานระยะเวลาหนึ่งปีในช่วงเดือนธันวาคม 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยคลินิกหอบหืด 2) แบบบันทึกผลการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) แบบวัดประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยหอบหืด 4) คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา 1) หลังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืด พบว่ามีการวางโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน มีการประสานงานและกำหนดระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในการปฏิบัติงาน มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยหอบหืด มีการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ทีมนักสุขภาพครอบครัวในเครือข่าย ผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา 2) ผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยหอบหืดก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีผลงานที่ดีขึ้นทั้งในแง่อาการกำเริบ การขาดนัด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน และเมื่อมีอาการฉุกเฉิน มีผลการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ แต่อย่างไรก็ตาม การกำเริบของผู้ป่วย การขาดนัด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับเจตคติของตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยหอบหืด การเยี่ยมบ้านตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเอราวัณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีผลทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2550) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ในเด็ก (Teeratakulpisarn et al., 2000) และ ร้อยละ 6.9 ในผู้ใหญ่ (Boonsawat et al., 2002) องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ให้ความสำคัญกับโรคหอบหืด เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีโอกาสเกิดได้กับประชากรบนโลก ไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนาหรือภูมิภาคใดของโลก และเพื่อให้การรักษาโรคหอบหืดได้ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดและมีมาตรฐานเดียวกันจึงได้ร่วมกับ Nation Heart, Lung and Blood Institute กำหนดแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นเรียกว่า Global Initiative for Asthma หรือ GINA guideline 1995 สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยได้นำ GINA guideline มาพัฒนาจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด, 2552) ถึงแม้ว่าจะมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี แต่จากผลการสำรวจพบว่า การควบคุมโรคหืดในประเทศไทยยังต่ำกว่ามาตรฐาน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 21.7 ต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉิน และร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล (Boonsawat et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ได้รับบริการวัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (Peak Expiratory Flow Rate; PEFR) และแพทย์ ส่งจ่ายยาพ่นสเตียรอยด์ให้ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10.92 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการนำ GINA guideline ไปใช้งาน ซึ่งพบว่าสาเหตุของความล้มเหลวเกิดจากแนวทางในการรักษาโรคหอบหืดยุ่งยากซับซ้อนทำให้ยากต่อการปฏิบัติตาม เช่นการจำแนกความรุนแรงของโรคหืดโดยการตรวจวัดสมรรถภาพปอด และการให้ยารักษาตามระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางการรักษาและแพทย์มีการใช้ยาขยายหลอดลมเป็นหลักมากกว่าใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการลดการอักเสบของ

หลอดลม (Boonsawat et al., 2004) เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและทำให้การรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยเป็นไปตามมาตรฐานของ GINA guideline ในปี พ.ศ. 2547 จึงได้มีการจัดตั้งโครงการคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) ตามแนวทางของรองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชรานุกุลสวัสดิ์ ซึ่งมีหลักการทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่ายขึ้น เรียกว่าแนวทางการรักษาโรคหืดแบบง่าย คือ จากเดิมการรักษาโรคหืดตาม GINA guideline ต้องประเมินความรุนแรงของโรคหืดเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโรคก่อน แล้วค่อยจัดการรักษาตามความรุนแรงซึ่งยากแก่การจดจำและปฏิบัติ ใน Easy Asthma Guideline ได้ ปรับเป็นไม่ต้องประเมินความรุนแรงแต่ประเมินการควบคุมโรคหืดแทน โดยใช้แบบสอบถาม 4 ข้อคำถาม ได้แก่ อาการหอบในช่วงกลางวัน อาการหอบในช่วงกลางคืน การใช้ยาบรรเทาอาการหอบ และการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) โดยขั้นตอนการให้บริการของคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อทำการลงทะเบียน และตอบแบบสอบถามประเมินการควบคุมโรคหอบหืด แล้วบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. พยาบาลให้ผู้ป่วยเป่าฟลิว (Peak Flow Meter) แล้วทำการทดสอบสมรรถภาพปอดโดยวัดค่าความเร็วลมสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) นำค่าที่ได้ไปเทียบกับค่ามาตรฐานว่าเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน (% Predicted PEFR) เพื่อแบ่งระดับการควบคุมโรคหืดดังนี้

- 2.1 ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคหอบหืดได้ดี
(% Predicted PEFR > 80)
- 2.2 ผู้ป่วยที่ ควบคุมอาการได้ปานกลาง
(% Predicted PEFR 60-80)
- 2.3 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี
(% Predicted PEFR ≤ 59)

3. ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อให้การรักษาดูตามแนวทางการรักษาแบบง่าย คือผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมโรคได้หลังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ให้เพิ่มยาควบคุมตัวที่สอง เมื่อควบคุมโรคได้มากกว่าสามเดือน พิจารณาลดยาพ่นสเตียรอยด์ลง

4. เมื่อแพทย์สั่งการรักษาเสร็จ ก็ส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรและพยาบาล โดยเภสัชกรทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหอบหืด สอนการใช้ยาพ่นและตรวจสอบการใช้ยาว่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือไม่

สำหรับโรงพยาบาลเอราวัณได้เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในเดือน มกราคม พ.ศ. 2551 ได้ทำการศึกษาลักษณะจากเวชระเบียนระหว่างปีพ.ศ. 2553-2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดมารับบริการสะสม 200 คน ผู้ป่วยโรคหอบหืด มาได้รับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉิน และ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทั้งที่ได้ปฏิบัติตามหลักการของคลินิกโรคหืดแบบง่าย รวมถึง GINA Guidelines ก็ตาม โดยพบว่าอัตราผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในปี 2553 ร้อยละ 17.57 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 19.64 ในปี 2555 และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.19 ในปี 2553 เป็น ร้อยละ 17.20 ในปี 2554 เมื่อทบทวนถึงการรักษาพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดไม่ได้รับการตรวจประเมินสมรรถภาพของปอด และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.5 ที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ จะเห็นได้ว่ามีข้อบกพร่องจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหอบหืดตามแนวทาง Easy Asthma Clinic ก็ยังมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างเกินกว่าค่ามาตรฐานระดับประเทศ ขณะเดียวกันทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเอราวัณได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หลักสูตรการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพหลักสูตร 5-Weekend Family Medicine Workshop For Multidisciplinary Team to Strengthening Primary Care ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จึงได้นำความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางเวชศาสตร์ครอบครัวมาปรับประยุกต์ใช้กับบริบทของพื้นที่อำเภอเอราวัณ โดยนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้แก่ทีมสหสาขา

วิชาชีพของโรงพยาบาลเอราวัณ รวมถึงได้ทำการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหอบหืดอำเภอเอราวัณ โดยการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ญาติผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยหอบหืด โดยทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการกำเริบ กลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด เพื่อทำการศึกษาสาเหตุและปัญหาของผู้ป่วยในการดูแลรักษาตนเองเพื่อแก้ไขเป็นรายบุคคลพร้อมทั้งสรุปแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในกลุ่มนี้เพื่อเป็นแนวปฏิบัติของทีมเครือข่ายอำเภอเอราวัณต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการกำเริบและขาดนัดด้วยโปรแกรมการเยี่ยมบ้านตามหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว
2. เปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยหอบหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหอบหืดในโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลยในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยหอบหืดที่มีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ครั้ง
2. มีอาการกำเริบจนต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเอราวัณ
3. ขาดนัดอย่างน้อย 2 ครั้ง

4. มีภูมิสำเนาอยู่ในเขตอำเภอเอราวัณ
5. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้พอสื่อสารได้
6. ยินยอมเข้าร่วมกระบวนการ

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยคลินิกหอบหืด
2. แบบบันทึกผลการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. แบบวัดประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยหอบหืด
4. คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว
5. เครื่องเป่าประเมินสภาพปอด (Peak Flow)

ผลการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอราวัณจังหวัดเลย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล
2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. และ อสม. ที่รับผิดชอบ
3. ดำเนินการตามแผนงานที่วางแผนไว้เริ่มจากส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างสู่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง
4. เริ่มดำเนินงานโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างโดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเอราวัณ ร่วมกับทีมจาก รพ.สต. โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ญาติ และตัวผู้ป่วย เพื่อหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
5. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย แบบสอบถาม และแบบประเมินผู้ป่วยโดยทำการประเมินหลังจากกระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นระยะเวลาหนึ่งปี
6. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูลการตรวจสอบเวชระเบียน โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะของประชากรและระดับผลการปฏิบัติงานโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทดสอบสมมติฐานเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของผลการดูแลผู้ป่วยหอบหืดก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะประชากรพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.31 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.62 ตามด้วยกลุ่มอายุ 31- 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.15 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ร้อยละ 53.85 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 26.92 ภูมิสำเนาส่วนใหญ่อยู่ในตำบลผาอินทร์แปลง ร้อยละ 30.77 และตำบลเอราวัณ ร้อยละ 28.84 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.38 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

คุณสมบัติ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	17	32.69
	หญิง	35	67.31
	รวม	52	100.00
อายุ	< 16 ปี	4	7.69
	16-30 ปี	9	17.31
	31 – 45 ปี	11	21.15
	46 – 60 ปี	10	19.23
	> 60 ปี	18	34.62
	รวม	52	100.00
อาชีพ	เกษตรกร	14	26.92
	ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล	28	53.85
	ข้าราชการ	4	7.69
	รับจ้าง	5	9.67
	อื่นๆ	1	1.87
	รวม	52	100.00
ภูมิลำเนา	ตำบลเอราวัณ	15	28.84
	ตำบลผาอินทร์แปลง	16	30.77
	ตำบลผาสายยอด	12	23.08
	ตำบลทรัพย์ไพรวัลย์	9	17.31
	รวม	52	100.00
สูบบุหรี่	สูบบุหรี่	34	65.38
	ไม่สูบบุหรี่	18	34.62
	รวม	52	100.00

หลังจากดำเนินการกระบวนการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่มีข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบว่าการลดลงของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจากร้อยละ 92.31 เหลือร้อยละ 59.61 อาการกำเริบที่ต้องนอนรับการรักษาใน

โรงพยาบาลจากร้อยละ 28.84 เหลือร้อยละ 13.46 ผู้ป่วยขาดนัดติดต่อลดลงจากร้อยละ 15.38 เหลือ ร้อยละ 0.00 และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 65.38 เหลือร้อยละ 23.07ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลงานการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

ข้อบ่งชี้	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน	48	92.31	31	59.61
การนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล	15	28.84	7	13.46
การขาดนัดการติดต่ออย่างน้อย 2 ครั้ง	8	15.38	0	0.00
การสูบบุหรี่	34	65.38	12	23.07

แสดงจำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืดที่จำแนกตามการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การขาดนัดติดตามนัด การใช้ยาขยายหลอดลมฤทธิ์ สั้นชนิดพ่นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และการสูบบุหรี่ (n=52)

เมื่อเปรียบเทียบถึงอัตราการกำเริบของผู้ป่วยและอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด พบว่าอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงทั้งในแง่จำนวนครั้งและจำนวนวัน ขณะเดียวกันก็ลดอัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลง ในขณะที่พบว่าการเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการกำเริบ อัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ข้อบ่งชี้	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ		t	p-value
	X	SD	X	SD		
การนอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ครั้ง/คน)	4.00	2.30	0.56	0.72	6.879	0.000
การนอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน/ครั้ง)	2.56	1.09	0.56	0.73	8.994	0.000
การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง/คน)	7.39	3.23	1.73	1.87	17.068	0.000
อัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด (ลิตร/นาที)	203.67	38.37	252.29	25.83	-9.237	0.000

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการ การจำกัดในกิจกรรม การแสดงอารมณ์ และสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยก่อนและ

หลังได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลเอราวัณ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยทีมสหวิชาชีพ

คะแนน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	X	SD	X	SD		
อาการ	2.29	1.03	3.56	0.83	-5.864	0.000
การจำกัดในกิจกรรม	1.94	0.83	3.13	0.53	-8.855	0.000
การแสดงอารมณ์	2.75	1.03	3.27	0.87	-4.656	0.000
สิ่งรบกวนในชีวิต	2.71	1.09	3.87	1.02	-5.109	0.000
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.42	1.01	3.40	0.89	-5.851	0.010

อภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดหรือช่วยอำเภอรอรั้ว จังหวัดเลย ผู้ทำการศึกษาได้อภิปรายผลไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 92.31 เหลือ ร้อยละ 59.61 ผู้ที่มีอาการกำเริบจนต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 28.84 เหลือร้อยละ 13.46 อัตราการขาดนัดการติดต่อลดลงจากร้อยละ 15.38 จนไม่มีผู้ขาดนัด และผู้ป่วยสูญบุหรืลดลงจากร้อยละ 65.38 เหลือร้อยละ 23.07 จะเห็นได้ว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยกระบวนการเยี่ยมบ้านตามหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัวโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ อสม ทีม รพ.สต.และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลรอรั้ว ซึ่งได้ทำการค้นหาสาเหตุของการนำมาสู่การกำเริบหรือการขาดนัดในผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สาเหตุจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดอาการกำเริบน้อยให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2. จำนวนครั้งเฉลี่ยของการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการจัดตั้งคลินิกโรคหืดและพัฒนาต่อยอดโดยการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยได้รับการรักษา

ตามมาตรฐาน ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ได้ถูกต้องนั้น ช่วยทำให้การควบคุมอาการของโรคดีขึ้น จึงไม่มีการจับหืดรุนแรงหรือเฉียบพลัน จนต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การรักษาโรคหืดมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยมี เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมอาการของโรค ให้สงบลงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเทียบเท่ากับคนปกติหรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้อาการและภาวะหอบเหนื่อยลดลงและสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยดีขึ้น ประเมินได้จากอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุดของผู้ป่วย ที่จะเพิ่มขึ้นเมื่อสมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหืด แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะช่วยให้เข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง เป็นการมองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเองไม่ใช่แค่เพียงการมองที่ตัว

โรค กล่าวคือ ต้องมองครอบคลุมถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การรับรู้ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากโรคสามารถประเมินได้ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดที่วัดได้ พบว่ามี ความสัมพันธ์ กับตัวชี้วัดทางคลินิกเช่น ระดับการควบคุมโรคหืด โดยในช่วงที่คุมอาการได้ดี ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนช่วงที่คุมอาการได้บ้างผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก เนื่องจากกลัวและกังวลต่อความไม่แน่นอนของโรค สำหรับผู้ป่วยที่คุมอาการไม่ได้เลยนั้นจะไม่ทราบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือมีอาการกำเริบให้เข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีความครอบคลุมผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. ผู้บริหารองค์กรแพทย์ควรมีการกำหนดแนวทางในการรักษาโรคหอบหืดที่ชัดเจน และติดตาม ประเมินการรักษาให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดทุกคนได้รับการรักษาตามมาตรฐาน
3. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรพิจารณาจัดสถานที่ บุคลากร และเครื่องมือที่จำเป็น ให้ มีความพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการระบบเครือข่ายเพื่อให้การบริการตามกิจกรรมต่างๆ มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอราวัณ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครือข่ายระบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และการทำงานวิจัย จนเป็นผลให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืด พ.ศ. 2551. แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืดพ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
2. อุดลย์ โบจรัส, เกษศิริพันธ์ โพธิ์ทิพย์, หัสยาภรณ์ ทองเสียน, พรรดิษฐ์ โพธิ์ศรี. การรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550; 2:550-556.
3. วุฒรา บุญสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ(Easy Asthma Clinic).ใน: วุฒระ จามจุรีรักษ์,สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. 5th BGH Annual academic meeting: From the basic to the top in Medicine. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท,2548.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลโครงการตรวจเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ปี งบประมาณ 2550; 2551
5. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S, et al. Prevalence of asthma Symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society; 2002; Bangkok, Thailand; 2002: 112.
6. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respirology2004; 9(3): 373-8.
7. Busse W, Elias J, Sheppard D, Bank-Schlegel S. Airway remodeling and repair. Am J RespirCrit Care Med 1999; 160(3): 1035-42.
8. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report, 1995.
9. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from KhonKaen, Northeast Thailand. An ISAAC study. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy Immunol2000; 18(4): 187-94

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

สรรรคเพชร หอมสมบัติ

โรงพยาบาลเอราวัณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ซึ่งเดิมมีปัญหาจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อันเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจากขายสลากกินแบ่งรัฐบาลจึงเป็นเหตุให้เกิดปัญหาการขาดนัดและควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีอันเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเบื้องต้น การศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลเอราวัณเป็นที่ปรึกษา ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 30 กันยายน 2556 ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 มก/ดล. และได้รับการจัดสรรให้ไปรักษาเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ จำนวน 380 โดยเปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาเมื่อครั้งรักษาในโรงพยาบาล และผลงานการดูแลรักษาเมื่อเวลาผ่านไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างของผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียวโดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่ รพ.สต.และแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติใน รพ.สต.นั้นมีประสิทธิภาพดีเทียบเท่ากับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่สามารถลดระยะเวลาในการทำการรักษาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการการรักษาได้ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมพยาบาลเวชปฏิบัติให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มากขึ้น

Development of Diabetic patient care system in Erawan District, Loei Province

Sukpetch Homsombut

Abstract

The aims of this study were to development of diabetic patient care system in Erawan district. In the present, the medical care for diabetic patient in Erawan district is poor outcome and uncontrol the plasma glucose. Because the most occupation of Erawan population is the sale of lottery, They are go to around all area in Thailand for working. And they loss of follow up for Diabetic clinic in Erawan hospital because difficult to came home in day 7-16 and 22-30 of month. The aim of this research was to develop primary care for diabetic patient by nurse practioner. The period of Quasi experimental research was started from 1st October 2012 – 30th September 2013. The study was focused on 380 patients that has well control of plasma glucose < 130 mg/dl. The patient is one group in Diabetic clinic in Erawan hospital and refered to received diabetic care service at 8 the subdistrict health promoting hospital (SHPH). The result showed that the DM patient from SHPH could control the level of plasma glucose same in Erawan hospital. But decrease waiting time and cost of treatment. In conclusion, The developing for diabetic patient care by nurse practioner has found to be suitable for apply in Erawan district. This concept is better to put more effort and need simultaneous development for keeping fast track on the observation.

Keywords : Diabetic Mellitus, Nurse Practioner, Erawan district

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกตระหนักและให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการไหลเวียนโลหิต ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด แผลติดเชื้อที่เท้าลุกลามจนเป็นสาเหตุให้ต้องตัดเท้า การติดเชื้อในระบบต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจมีผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร รวมทั้งเป็นผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยรวมเป็นค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในแง่ของค่ายา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลและค่าเสียโอกาสต่างๆ ซึ่งทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี¹ ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละคน

โรงพยาบาลเอราวัณ ตั้งอยู่ถนนเลย-อุดร (ทางหลวงหมายเลข 210) บ้านเอราวัณ ตำบลผาอินทร์แปลง อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ซึ่งมีวิถีชีวิตในการเดินทางออกจากพื้นที่ในแต่ละเดือนเป็นช่วงเวลาตามงวดสลากกินแบ่งรัฐบาลคือ วันที่ 8-16 และ 23-1 จะออกจากพื้นที่อำเภอเอราวัณเพื่อไปขายสลากกินแบ่งรัฐบาลโดยกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย และจะเดินทางกลับมาในพื้นที่ในช่วงวันที่ 2 - 7 และ 17 - 22 ของแต่ละเดือนเพื่อใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งจะทำให้เห็นว่าในแต่ละเวลาที่กลุ่มแรงงานที่เดินทางไปขายสลากกินแบ่งรัฐบาลจะทำให้เหลือประชากรในพื้นที่ได้แก่เด็กเล็กและคนชรา ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรังไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด ทำให้เกิดปัญหาการมาพบแพทย์ด้วยปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งแต่เดิมโรง

พยาบาลเอราวัณได้จัดคลินิกเบาหวานในวันอังคารและวันพฤหัสบดีของแต่ละสัปดาห์ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากและมีระยะการรอคอยในการเกิดความแออัดและไม่สะดวก อันเกิดจากความเชื่อมั่นต่อการรักษาของโรงพยาบาล² และยังไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน แม้ว่าจะมีผลการศึกษาต่างๆที่บ่งบอกว่าการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่แตกต่างกัน³⁻⁵ ดังนั้นการสร้างความเชื่อมั่นต่อการรับบริการผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านให้มีประสิทธิภาพ

ทีมงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เอราวัณจึงได้เกิดแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบใกล้บ้านใกล้ใจโดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีสามารถไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 แห่งของอำเภอเอราวัณ โดยการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละเครือข่ายภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้รับผิดชอบ รพ.สต.แต่ละแห่ง ซึ่งจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรับบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใกล้บ้านภายใต้⁶⁻⁷ การให้บริการบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยเพื่อตรวจรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล จึงเป็นเหตุให้เกิดการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน
3. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The Pre-test-Post-test design) ในระยะเวลาเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนกันยายน 2556

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอราวัณ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 มก.ดล. จำนวนติดต่อกัน 3 ครั้งติดต่อกันและสมัครใจไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 380 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอกประจำตัวผู้ป่วย โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย
- แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ(กพร.)⁸
- แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของเครือข่ายสหสถาบันวิจัยทางคลินิก กรมการแพทย์ โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยในเชิงพัฒนางาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

แนวทางการวางแผนการศึกษา

ก.ขั้นตอนการเตรียมการ

ประชุมคณะกรรมการ คปสอ. เพื่อจัดประชุมวิชาการเรื่องโรคเบาหวาน วางแผนการปฏิบัติงาน จัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมเพื่อพร้อมต่อการปฏิบัติงานทุก รพ.สต. โดยวางแผนดังนี้

กระบวนการหลัก

1. ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในเบื้องต้น
2. ส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่เพื่อตรวจยืนยันและลงทะเบียนที่โรงพยาบาลเอราวัณ
3. แพทย์และทีมงานสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลคลินิกเบาหวานให้ความรู้ การดูแลตนเองจนสามารถดูแลตนเองได้ดีจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พร้อมทั้งจะส่งต่อไปทำการรักษาที่ รพ.สต.
4. รพ.สต. ทำทะเบียนรับส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเตรียมสถานที่เวลาในการรองรับผู้ป่วยทั้งในด้านการเจาะเลือด การให้ยาดูแลรักษา การให้สุขศึกษา
5. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้ความรู้และกระตุ้นให้ไปรับยาตามนัด

ระบบสนับสนุน

1. พัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป โดยการจัดสรรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านหลักสูตรการอบรมการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นระยะเวลา 4 เดือนให้ครบทุก รพ.สต.
2. ระบบยา จัดสรรยาเบาหวานและโรคเกี่ยวข้องที่ใช้ใน รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง โดยมีวิธีการใช้และข้อบ่งชี้ โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมจะทำหน้าที่ตรวจสอบและจัดส่งยาทุกแห่งในแต่ละเดือน
3. งานชั้นสูตร จะทำหน้าที่แจกจ่ายอุปกรณ์ในการเจาะเลือด โดยแต่ละรพ.สต. จะมารับที่โรงพยาบาล
4. งานประกันและเทคโนโลยีสารสนเทศ จะทำการติดตั้งโปรแกรม HosXp ให้กับ รพ.สต. ทุกแห่งพร้อมทั้งวางแนวทางแก้ไขและให้การช่วยเหลือ หากเกิดปัญหา

ข.ขั้นตอนดำเนินการ

1. กำหนดให้ รพ.สต. แต่ละแห่งจัดคลินิกเบาหวานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือนตามความเหมาะสมและจำนวนผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดความแออัด รวมถึงจัดไม่ตรงกับช่วงที่ประชากรเดินทางไปประกอบอาชีพขายสลากกินแบ่งรัฐบาล

2. ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ รพ.สต. โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

2.1. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงที่สามารถควบคุมได้ดี โดยจัดอยู่ในกลุ่มสีเขียวตามเกณฑ์ป้องกันเจ็ดสีจราจร(ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 70 – 130 มก./ดล. และมีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกัน)

2.2. ผู้ป่วยสมัครใจที่จะไปรับการรักษาต่อที่ รพ.สต.

3. นัดผู้ป่วยไปตรวจรับการรักษาที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยดื่มน้ำและอาหารข้ามคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ทำการเจาะเลือดจาก Fasting capillary blood glucose ปลายนิ้ว

ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือด 70-130 มก./ดล. ให้รับยาเดิมและนัดติดตามอีก 1 เดือน

ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือด 130 – 160 มก./ดล. ให้รับยาเดิม 2 สัปดาห์ และนัดติดตามอาการ

ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 160 มก./ดล. ให้พบบาลเวชปฏิบัติทำการปรึกษาแพทย์เพื่อปฏิบัติตามแนวทางการรักษาต่อไป

4. ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนจะต้องได้รับการตรวจเลือดประจำปี ได้แก่การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose) การตรวจระดับฮีโมโกลบิน A1c การตรวจระดับไขมันในเลือด การตรวจการทำงานของไต การตรวจเท้าอย่างละเอียดและทดสอบการรับความรู้สึกโดยใช้ Monofilament การตรวจจอประสาทตาโดยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตา การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจปัสสาวะ ส่วนการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกและการตรวจเลือด Electrolytes จะทำในรายที่มีความดันโลหิตสูงและมีข้อบ่งชี้อื่นๆ

5. ทีมงานแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพจะทำการประเมินการปฏิบัติงานของแต่ละ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.58 เพศหญิงร้อยละ 48.42 อายุเฉลี่ย 64.78 ปี ภูมิภาคส่วนใหญ่อยู่ในเขตตำบลเอราวัณ คิดเป็นร้อยละ 42.41 ซึ่งแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	380	100.00
ชาย	196	51.58
หญิง	184	48.42
อายุ	X.D. = 64.78 Max 97 Min 19	380
0 – 20 ปี	1	0.26
21-40 ปี	52	13.68
41-60 ปี	103	27.10
61- 80 ปี	123	32.37
มากกว่า 80 ปี	101	26.59

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

คุณลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		380	100.00
ตำบลเอราวัณ	โป่งศรีโทน	56	14.78
	หัวฝาย	45	11.84
	พรประเสริฐ	60	15.79
ตำบลผาอินทร์แปลง	หนองใหญ่	72	18.95
ตำบลผาสามยอด	ห้วยปาน	52	13.68
	โนนสวรรค์	31	8.16
ตำบลทรัพย์ไพรวัลย์	นาอ่างคำ	36	9.43
	ชำปุ่น	28	7.37

เมื่อเปรียบเทียบผลงานการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลเอราวัณ และการรับการดูแลที่ รพ.สต.พบว่าการผิตน็ดลดลงจากร้อยละ 6.99 เหลือ 1.74 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารพ. ลดลงจาก 418.50 บาท เหลือ 98.25 เมื่อรับที่ รพ.สต. ระยะเวลาการรอคอยลดลงจาก 87.62 นาทีเหลือ 42.50 นาที ความพึงพอใจในการใช้

บริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.12 เป็น 91.87 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติจาก 21 ครั้ง เหลือ 13 ครั้ง ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ผลการตรวจเลือดประจำปีในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอราวัณและ รพ.สต.

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาล		รพ.สต.		t	P- value
	X.D	S.D	X.D	S.D		
การมารับยาผิตน็ด(ครั้ง/ ร้อยละ)	6.99	2.39	1.74	0.75	5.40	0.001
ค่าใช้จ่าย(บาท)	418.50	112.82	98.25	29.71	6.82	0.000
ระยะเวลาการรอคอย(นาที)	87.62	5.15	42.50	3.29	19.93	0.000
ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 130 มก/ดล	88.48	2.14	88.25	1.91	0.46	0.657
ความพึงพอใจ (ร้อยละ)	88.12	1.12	91.87	1.88	-5.00	0.002
การนอนรับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือด ผิตปกติ(ครั้ง)	21	6.35	13	4.16	5.29	0.001
HbA1c < 7.0 (ร้อยละ)	60.96	8.23	58.80	11.13	0.96	0.366
ระดับโคเลสเตอรอล< 200 (ร้อยละ)	57.73	8.77	57.80	11.35	-0.44	0.966
ระดับไตรกลีเซอไรด์< 200 (ร้อยละ)	64.78	15.24	68.34	14.19	-2.17	0.066

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอราวัณและ รพ.สต. (ต่อ)

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาล		รพ.สต.		t	P- value
	X.D	S.D	X.D	S.D		
ภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ)	8.21	0.99	9.47	1.56	-2.15	0.040
ภาวะแทรกซ้อนทางตา (ร้อยละ)	2.30	1.59	2.93	1.41	-1.51	0.174
ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทสัมผัส (ร้อยละ)	7.49	2.14	7.71	1.98	-1.00	0.351
ภาวะแผลติดเชื้อ (ร้อยละ)	0.64	0.89	1.07	1.56	-0.624	0.552
มีการตัดเท้า (ร้อยละ)	0.39	0.74	0.39	0.74	NA	NA

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลโดยการดูแลของทีมสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)¹⁰ ภายใต้การดูแลโดยแพทย์จากโรงพยาบาล เครือข่ายเป็นพี่เลี้ยงนับเป็นกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ผลดีทั้งจากในมุมมองด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และเครือข่ายบริการสุขภาพ¹¹ ซึ่งหากมีการปรับปรุงให้เข้ากับพื้นที่ ขั้นตอนที่เหมาะสมในการดำเนินการและการปรับปรุงให้โครงการสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การวางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อสถานบริการระดับปฐมภูมิด้วยหัวใจอันเปี่ยมไปด้วยความเมตตา ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างทีม คปสอ. และประชาชนในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแต่เดิมมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองโรคเบื้องต้น ให้สามารถทำการรักษาโรคเรื้อรังโดยพยาบาลเวชปฏิบัติที่อยู่ภายใต้การปรึกษาของแพทย์ประจำเครือข่าย

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี (สีเขียวตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาเจตสี¹² ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยพยาบาลเวชปฏิบัตินั้น ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรพต พิณจันทรและฉันทนา พิณจันทร¹² รวมถึงการศึกษาของ กอบกุล ยศณรงค์¹³ หรือแม้แต่การศึกษาในต่างประเทศของ

James A Fain, Faan Gail, D'EramoMelkus¹⁴ และ Deborah Condosta¹⁵ นอกจากนี้การส่งผู้ป่วยไปรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้านจะมีข้อดีในการลดความแออัด ลดระยะเวลาในการรอคอย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาดูแลรักษาเบาหวาน รวมถึงเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีของชุมชนและทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ การไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน ข้อมูลที่ได้เป็นการศึกษาในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หากมีการศึกษาในกลุ่มที่ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มก./ดล.จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่อำเภอเอราวัณ ควรมีการจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานในระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม รพ.สต.แต่ละแห่งเพื่อหาทางให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนี้สามารถดำเนินต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยความร่วมมือและสนับสนุนจากทุกภาคส่วนรวมถึงมีการนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยและกระทรวงสาธารณสุข

สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการจัดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดเลยซึ่งอยู่ภายใต้การใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดและสามารถสร้างเสริมศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนบนความเชื่อมั่นและการสนับสนุนจากชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจาก นายแพทย์วิชัย ผลิตินนท์เกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอราวัณ คุณสุทิน ผลิตินนท์เกียรติ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเอราวัณ ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเอราวัณ ที่ให้ความร่วมมือและตอบสนองโครงการนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Health System Research Institute.[Database in the internet]. 20014. (cited 2014 March). Available from : <http://www.nsri.or.th/th/what-news/detail.php>
2. สุพัตราศรีวิชชากร.การพัฒนาเพื่อลดความแออัด.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550; 3-4 : 216-23
3. พัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการผู้ป่วยนอกเครือข่ายโรงพยาบาลนครศรีธรรมราชภายใต้โครงการบริการประทับใจไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่าย.เอกสารวิชาการประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสำนักงานวิจัยครั้งที่3 วันที่15กรกฎาคม2553 ณอาคารชาเลนเจอร์ เมืองทองธานี นนทบุรี.หน้า 26-40
4. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.โรงพยาบาลบริการประทับใจไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่ายภายใต้ CUP เมืองอยุธยา.[ค้นเมื่อวันที่25 กุมภาพันธ์2556]:แหล่งข้อมูล:จาก [URL:http://www.thaiichr.org/upload/forum/doc4e7ff2e629e05.pdf](http://www.thaiichr.org/upload/forum/doc4e7ff2e629e05.pdf)

5. จุฑารัตน์ ไกรขจรกิตติ.ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่และเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชนภายใต้โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่าย.เอกสารวิชาการประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสำนักงานวิจัยครั้งที่3 วันที่15 กรกฎาคม 2553 ณ อาคารชาเลนเจอร์ เมืองทองธานี นนทบุรี.หน้า12-25

6. ทักษิณี ญาณะและคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสังเคราะห์บทเรียน Theme base research : การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจาก Hospital Care สู่ Primary Care. [ค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม2556] : แหล่งข้อมูล:จาก

URL:<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3070>

7. ทักษิณี ไกรราช.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลไร้ความแออัด.[ค้นเมื่อวันที่16กันยายน2556]:แหล่งข้อมูล:จากhttp://202.129.54.82/manage_new/ResearchDetail.php?Research_code=119

8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.การสำรวจความพึงพอใจของ ผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของจังหวัด. [ค้นเมื่อวันที่กันยายน2555]: แหล่งข้อมูล:จาก <http://www.opdc.go.th/web-board.php?mode=view&cid=1&qid=812>

9. วิทยา ศรีตมา. การบริหารจัดการคลินิกเบาหวานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ. ใน : ธิติ สนับบุญ, วราภรณ์ วงศ์ถาวรรัตน์ (บรรณาธิการ). การดูแลเบาหวานแบบองค์รวม. พิมพ์ ครั้งที่ 1 . กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2549. หน้า 348 – 355.

10. สุพัตราศรีวิชชากร ,สดาศ์ ศุภผล, ทักษิณี ญาณะ และคณะ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี. บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด ;2553. หน้า41-120

11. ธราวพงษ์ กัปโก และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน...ไร้รอยต่อ. ใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. จดหมายข่าวสานฝัน หลักประกันสุขภาพ. 2556 ;32 .หน้า 12-13

12. บรรพต พินิจจันทร์และฉันทนา พินิจจันทร์. การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย จังหวัดชัยนาท ปีงบประมาณ 2550. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1:340-5
13. กอบกุล ยศณรงค์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่บริการระบบปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าไร่ จังหวัดน่าน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;2:290-297
14. James A Fain, Faan Gail, D'EramoMelkus. Nurse practitioner practice patterns based on standards of medical care for patients with diabetes. Diabetes care. 1994;8 :879-881
15. Deborah Condosta. Comparison Between Nurse Practitioner and MD Providers in Diabetes Care. Journal for Nurse Practitioners. 2012;8(10):792-796

Original article

การศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

นางณานี ถนอมธรรม

นักกายภาพบำบัดชำนาญการโรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 84 คน โดยศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า อายุเฉลี่ย 63.4 ปี ($\bar{X} = 63.41$ S.D. = 10.95) พบมากในเพศชาย ร้อยละ 56 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 42.9 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 14.98 เดือน ($\bar{X} = 14.98$ S.D. = 3.68) อัมพาตครึ่งซีกซ้ายร้อยละ 63.1 สาเหตุของจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 70.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 78.6 ไม่พึงพาอุปกรณ์การแพทย์ร้อยละ 78.6 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เพียงพอร้อยละ 59.5

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย พบว่าภาพรวมผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.56$, S.D. = 7.11)

3. ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย พบว่าภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.77)

4. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ($\bar{X} = 12.85$, S.D. = 7.62)

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และการเตรียมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี หากมีการพัฒนากระบวนการค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันเลือดที่ผิดปกติอย่างต่อเนื่องก็สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง การเชื่อมโยงเครือข่ายในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว มีการเตรียมความพร้อมก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพ อัมพาตครึ่งซีก โรคหลอดเลือดสมอง

A study situation rehabilitation hemiplegia from stroke in Muang NakhonPhanom at NakhonPhanom Province

Yanee Thatnomthum

Physical therapist, NakhonPhanom Hospital

Abstract

This research is a descriptive study aimed to investigate the situation rehabilitation at home. affect the rehabilitation process and the rehabilitation of stroke patients. The sample of patients with hemiplegia from stroke 84. The study was conducted in the city NakhonPhanom .The instrument was a questionnaire for patients. Data were collected during the month of July 2015 .The quantitative data analysis. By frequency, percentage, average, and standard deviation.The results of the study were as follows.

1) A common feature of patients found that the average age of 63.4 years. ($\bar{X} = 63.41$ S.D. = 10.95) More common in males 56%. 78.6% were married. Primary education 66.7 %. Occupation Agriculture 42.9 %. The average duration of illness 14.98 month ($\bar{X} = 14.98$ S.D. = 3.68) Left hemiplegia 63.1 % The cause of cerebral thrombosis or embolism of 70.2 % No complications 78.6 %. Do not rely on medical devices 78.6 %.The average family income is insufficient to 59.5 percent.

2) Knowledge of stroke patients found overall, patients answered a knowledge test is moderate level ($\bar{X} = 14.56$ S.D. = 7.11)

3) Ability to physical rehabilitation of patients. found overall, patients have the ability to moderate physical rehabilitation. ($\bar{X} = 2.09$ S.D. = 0.77)

4) Rehabilitation found patients rehabilitation continuous can help themselves in activities of daily living. The overall level of ability to perform daily activities were moderate ($\bar{X} = 12.85$ S.D. = 7.62)

From the results, Points out that Knowledge of stroke patients and patient preparation stroke with hemiplegia is necessary help patients ability to perform daily activities as well. If the development process search and screening patients diabetes, hypertension and hyperlipidemia and blood disorders continuous can prevent the disease. Continuing care system The network of care seamlessly. Development of long-term care patients. To prepare before the patient goes home. And home visits by multidisciplinary teams effective.

Keywords : Rehabilitation Hemiplegia Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และสังคม เศรษฐกิจ เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่ง WHO รายงานสาเหตุการตาย โรคหลอดเลือดสมองเป็น อันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นอันดับ 5 ของประชากร อายุ 15 ถึง 59 ปี⁽¹⁾ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2555 รายงานอัตราการป่วยผู้ป่วยในอยู่อันดับ 2 คิดเป็น 425.72 รายต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ บ่งชี้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นในประเทศ และในปัจจุบันมีการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจนพ้นระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ จากผลของหลอดเลือดในสมองแตกตีบหรืออุดตันทำให้อวัยวะบางส่วนของร่างกายหมดความรู้สึกเช่นอวัยวะซีกซ้าย อวัยวะซีกขวาที่เรียกว่าอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegic) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดกับสมองซึ่งทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตการรับรู้ในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระยะยาวต้องเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตการทำงานและการทำกิจกรรมอื่น ๆ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางร่างกายสามารถป้องกันการเกิดความพิการแต่ในระยะแรกผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์อื่นเพราะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากต้องมีญาติคอยดูแลใกล้ชิดในการฟื้นฟูสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุเมื่อมีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองการรับรู้และการปฏิบัติด้านพฤติกรรมเกิดความไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพเปลี่ยน

ไปในทางเสื่อมเร็วขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้แสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่มีการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองในด้านสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย⁽⁴⁾ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะสามารถดูแลตนเองให้เป็นผลสำเร็จนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยภายนอกหลายประการเช่นความรู้ทักษะแรงจูงใจเป็นต้นแต่การมีความรู้ดียังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องและควบคุมโรคได้สำเร็จดังนั้นยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่จะมีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁵⁾

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลนครพนม พบมีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพนม ในปี พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2557 จำนวน 525, 577 และ 598 คน ตามลำดับ พบอัตราการตายร้อยละ 4.57, 4.33 และ 4.35 ตามลำดับ มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.96, 4.94 และ 6.23 วัน/คน ตามลำดับ สูญเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 12,495.56, 21,341.36 และ 28,918.28 บาท/คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ และทุพพลภาพทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางสาธารณสุขสูงขึ้นเช่นกัน ผู้วิจัยในฐานะนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลนครพนมมีหน้าที่รับผิดชอบงานฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลักษณะของการให้บริการนั้นจะเป็นในลักษณะการให้ความรู้กับผู้ป่วยทางเดียว โดยขาดการประเมินผลได้ตอบกลับจากผู้ป่วยทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีจำนวนมาก จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้งานบริการดังกล่าวไม่สามารถทำได้ครอบคลุม กับผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการแต่ละครั้ง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยยึดหลักการที่ว่าผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างครอบคลุม เกิดทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองที่ถูกต้อง และสำหรับแนวคิดในการลงไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยเสริมความสามารถในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการบูรณาการด้านการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในชุมชน รวมถึงผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างถูกต้อง ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมา

ช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ในบทบาทของนักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกต่อเนื่องในระยะยาวและเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสามารถเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดลดภาวะพึ่งพิงพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยรวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามศักยภาพของแต่ละคนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด และผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน 2557 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยขอข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนครพนม เพื่อศึกษารายชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง
2. หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากงานเวชระเบียนและตรวจสอบความเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือสาธารณสุขอำเภอเมือง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประสานงาน รพ.สต.เขตอำเภอเมืองในการขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนในการวิจัย การใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และผู้วิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาประชากร คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมารับบริการการรักษาประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลนครพนมในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน 2557 จำนวนทั้งหมด 107 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมารับบริการการรักษาประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลนครพนมในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน พ.ศ. 2557 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างถึงใน ชานินทร์ ศิลปจารุ, 2551)⁽⁷⁾ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ จำนวน 84 คน และเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปและไม่มีควมบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยินและสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. มีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกหรืออัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย
3. ไม่มีควมบกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สาเหตุการเกิดโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ข้างที่อ่อนแรง และภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารเกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การออกกำลังแขนขา การเคลื่อนย้าย การลุกขึ้นนั่ง การฝึกนั่ง การฝึกลุกขึ้นยืน การฝึกยืน และการเดิน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) ระดับน้อย (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่บ้านจากค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel Index of Activities of Daily living) ผู้วิจัยใช้ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรมการแพทย์, 2554) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 – 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 3, 5 กลุ่มที่ 2 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 – 2 คะแนน ได้แก่ ข้อ 1, 4, 7, 8, 9, 10 กลุ่มที่ 3 ให้ค่าคะแนนเป็น 0 – 3 คะแนน ได้แก่ ข้อ 2, 6 โดยมีค่าต่ำสุดเป็น 0 คะแนนหมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และคะแนนสูงสุด 1, 2 และ

3 หมายถึงผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การแปลผลในภาพรวมมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นคือ แบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ของเครื่องมือ และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และแบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถในการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดและการประเมินการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นคนสัมภาษณ์และบันทึกด้วยตัวเอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงแบบสอบถามและแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window สถิติที่ใช้ได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงการวิจัย เพื่อ

ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า อายุเฉลี่ย 63.4 ปี ($\bar{X} = 63.41$ S.D. = 10.95) พบมากในเพศชาย ร้อยละ 56 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 42.9 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 14.98 เดือน ($\bar{X} = 14.98$ S.D. = 3.68) อัมพาตครึ่งซีกซ้ายร้อยละ 63.1 สาเหตุของจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันร้อยละ 70.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 78.6 ไม่พึงพาอุปกรณ์การแพทย์ร้อยละ 78.6 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เพียงพอร้อยละ 59.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 84)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	56.0
หญิง	37	44.0
อายุ (ปี)		
< 50 ปี	8	9.52
50 - 59 ปี	20	23.81
60 - 69 ปี	33	39.29
70 ปีขึ้นไป	23	27.38
$\bar{X} = 63.41$ S.D. = 10.95		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 84) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.6
ประถมศึกษา	56	66.7
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	10	11.9
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	5	6.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	11.9
อาชีพ		
รับจ้าง	9	10.7
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	16	19.0
เกษตรกรกรรม	36	42.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	6.0
ข้าราชการบำนาญ	4	4.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	15.5
อื่นๆ	1	1.2
สถานภาพสมรส		
โสด	7	8.3
คู่	66	78.6
หม้าย (คู่ชีวิตเสียชีวิต)	9	10.7
หย่าร้าง/แยก	2	2.4
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
10 – 14 เดือน	42	50.0
15 – 19 เดือน	30	35.71
20 เดือนขึ้นไป	12	14.29
\bar{X} = 14.98 S.D. = 3.68		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 84) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ลักษณะผู้ป่วย		
อัมพาตครึ่งซีกซ้าย	53	63.1
อัมพาตครึ่งซีกขวา	31	36.9
สาเหตุของหลอดเลือดสมอง		
เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	59	70.2
เส้นเลือดสมองแตก	25	29.8
ภาวะแทรกซ้อน		
มี	18	21.4
ไม่มี	66	78.6
ภาวะพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ใส่ท่อทางเดินหายใจ ใส่สายอาหาร คาสายสวนปัสสาวะ		
มี	4	4.8
ไม่มี	80	95.2
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
เพียงพอ	34	40.5
ไม่เพียงพอ	50	59.5

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย 0 - 7 คะแนน ร้อยละ 2.4 (\bar{X} = 7 S.D. = 0.00) ระดับพบว่าภาพรวมผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ในระดับปานกลางเฉลี่ย 14.56 คะแนน (\bar{X} = 14.56 S.D. = 7.11) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยระดับน้อย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ จำนวนคน (n = 84) (\bar{X} = 14.56 S.D. = 7.11)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
น้อย (0 - 7 คะแนน)	2	2.4	7	0.00	ระดับน้อย
ปานกลาง (8 - 15 คะแนน)	54	64.3	13	1.46	ระดับปานกลาง
มาก (16 - 20 คะแนน)	28	33.3	17.43	1.47	ระดับมาก
โดยรวม	84	100	14.56	7.11	ระดับปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยสามารถตอบถูกต้องมากที่สุด เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 100 รองลงมา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่างกายอ่อนแรง ต้องคอยดูแลจัดทำและออกกำลังกายให้ อย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำวันละ 2 ครั้ง ทำท่าละ 10-20 ครั้งต่อวัน

ร้อยละ 95.2 แบบทดสอบความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดเรื่องการสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้วไม่มีวิธีการรักษาให้อาการดีขึ้นได้หรือหายขาดได้ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านแล้วจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ร้อยละ 44 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยได้ถูกต้อง (n = 84) (\bar{X} = 14.56 S.D. = 7.11)

ข้อ	ข้อความรู้	จำนวน	ร้อยละ
1.	โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง	84	100
2.	โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่พบบ่อย คือ เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเส้นเลือดสมองแตก	77	91.7
3.	ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง	40	47.6
4.	การสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	29	34.5
5.	โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะพบอาการอ่อนแรงครึ่งซีก หรืออัมพาตครึ่งซีก และครึ่งท่อนล่าง	73	86.9
6.	อาการโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยคือ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว อาการอ่อนแรงหรือชาซีกใดซีกหนึ่ง	79	94.0
7.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้วไม่มีวิธีการรักษาให้อาการดีขึ้นได้หรือหายขาดได้	37	44.0
8.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องรักษาด้วยวิธีใช้ยา หรือการผ่าตัดและจะต้องฟื้นฟูด้านการทำกายภาพบำบัดร่วมด้วย	57	67.9
9.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้านแล้วจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน	37	44.0
10.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ	74	88.1
11.	เมื่อกลับบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพกำลังแขน ขา ที่อ่อนแรงเป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น	51	60.7
12.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่างกายอ่อนแรง ต้องคอยดูแลจัดทำและออกกำลังกายให้ อย่างสม่ำเสมอ	80	95.2
13.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านซ้ายมักเกิดปัญหาการกลืนลำบาก เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย	62	73.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยได้ถูกต้อง (n = 84) (\bar{X} = 14.56 S.D. = 7.11)

ข้อ	ข้อความรู้	จำนวน	ร้อยละ
14.	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาควรให้นอนอยู่นิ่งๆไม่ควรเคลื่อนไหวร่างกาย	38	45.2
15.	การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุก 2 ชั่วโมง สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับ	75	89.3
16.	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงและเคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ควรใช้วิธีดึงหรือลาก	50	59.5
17.	การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวแขนและขาที่อ่อนแรง ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำสม่ำเสมอ เป็นการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ	74	88.1
18.	โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเป็นแล้ว รักษาหายแล้วจะไม่เกิดซ้ำอีก	41	48.8
19.	การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำวันละ 2 ครั้ง และทำท่าละ 10-20 ครั้ง/วัน	80	95.2
20.	ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	84	100

3. ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย พบว่าภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.09 S.D. = 0.77) และสามารถทำได้อันดับ 1 ในกิจกรรมการฝึกนั่ง (\bar{X} = 2.32 S.D. = 0.70) รองลงมาคือการพลิกตะแคงตัวไปด้านดี (\bar{X} = 2.26 S.D. = 0.71) และการฝึกลุกขึ้นนั่ง (\bar{X} = 2.25 S.D. = 0.79) ความสามารถ

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยทำได้น้อยที่สุด คือ การฝึกเดิน (\bar{X} = 1.92 S.D. = 0.76) รองลงมา การออกกำลังกายส่วนของแขนโดยผู้ป่วยใช้แขนข้างที่มีแรงช่วยในกิจกรรมการยกแขนขึ้นลง (\bar{X} = 1.93 S.D. = 0.77) และการฝึกยืน (\bar{X} = 1.95 S.D. = 0.78) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามกิจกรรมการทํากายภาพบำบัด (n = 84)

กิจกรรมการทํากายภาพบำบัด	\bar{X}	S.D.	ระดับความสามารถ
1. การออกกำลังกายส่วนของแขนโดยผู้ป่วยใช้แขนข้างที่มีแรงช่วย ประกอบด้วย			
- การยกแขนขึ้นลง	1.93	0.77	ปานกลาง
- การกางแขนหุบแขน	1.96	0.75	ปานกลาง
- การงอเหยียดศอก	2.10	0.79	ปานกลาง
- การกระดกข้อมือ	2.11	0.76	ปานกลาง
- กำมือ เหยียดนิ้วมือ	2.08	0.76	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามกิจกรรมการทำกายภาพบำบัด (n = 84)

กิจกรรมการทำกายภาพบำบัด	\bar{X}	S.D.	ระดับความสามารถ
2. การออกกำลังกายส่วนของขา โดยผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่มีแรงช่วยประกอบด้วย			
- การเหยียดสะโพก	2.15	0.78	ปานกลาง
- การกางขาหุบขา	2.08	0.76	ปานกลาง
- การยกกันขึ้นลง	2.18	0.79	ปานกลาง
3. การเคลื่อนย้ายตัว			
- การเคลื่อนย้ายตัวไปทางซ้าย-ขวา	2.08	0.83	ปานกลาง
- การพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง	2.18	0.75	ปานกลาง
- การพลิกตะแคงตัวไปด้านดี (ปกติ)	2.26	0.71	ปานกลาง
- การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น เก้าอี้	2.14	0.81	ปานกลาง
4. การฝึกลุกขึ้นนั่ง	2.25	0.79	ปานกลาง
5. การฝึกนั่ง	2.32	0.70	ปานกลาง
6. การลุกขึ้นยืน	2.05	0.81	ปานกลาง
7. การฝึกยืน	1.95	0.78	ปานกลาง
8. การฝึกเดิน	1.92	0.76	ปานกลาง
ภาพรวม	2.09	0.77	ปานกลาง

4. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ($\bar{X} = 12.83$ S.D. = 6.12) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก (ADL) 15 - 20 คะแนนร้อยละ 51.2 ($\bar{X} = 17.74$ S.D. = 1.98) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (ADL) 5 - 14 คะแนน ร้อยละ 38.1 ($\bar{X} = 9.68$ S.D. = 2.72) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 10.7 ($\bar{X} = 0.55$ S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามกิจวัตรประจำวัน (n = 84)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
น้อย (0 - 4 คะแนน)	9	10.7	0.55	0.72	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
ปานกลาง (5 - 14 คะแนน)	32	38.1	9.68	2.72	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
มาก (15 - 20 คะแนน)	43	51.2	17.74	1.98	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
โดยรวม	84	100	12.85	7.62	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

ผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ($\bar{X} = 12.85$ S.D. = 7.62) กิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คือการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ($\bar{X} = 2.08$ S.D. = 1.01) รองลงมาการเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน ($\bar{X} = 1.74$ S.D. = 1.11) และการกลั้นปัสสาวะ

ในระยะ 1 สัปดาห์ ($\bar{X} = 1.68$ S.D. = 0.66) กิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้น้อยที่สุดคือการอาบน้ำ ($\bar{X} = 0.57$ S.D. = 0.50) รองลงมาคือการขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น ($\bar{X} = 0.65$ S.D. = 0.83) และการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ($\bar{X} = 0.77$ S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (n = 84)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)/คะแนน	\bar{X}	S.D.	ระดับความสามารถ
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	1.64	0.71	
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	2.08	1.01	
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	0.77	0.50	
4. Toilet use (การเข้าห้องน้ำ)	1.00	0.84	
5. Bathing (การอาบน้ำ)	0.57	0.50	
6. Mobility (การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน)	1.74	1.11	
7. stairs (การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น)	0.65	0.83	
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	1.05	0.79	
9. Bowels (การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	1.67	0.67	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์)	1.68	0.66	
คะแนนเฉลี่ยรวม	12.85	7.62	ระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสภาพการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่า อายุเฉลี่ย 63.4 ปี และพบมากที่สุด อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีความเสื่อมของร่างกาย และมักจะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาของ วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล⁽⁸⁾ พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีกว่า ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเดิน หรือการเคลื่อนที่ดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก และเมื่อศึกษาถึงรายได้ของผู้ป่วย พบว่ารายได้หลังป่วยไม่เพียงพอ เนื่องจากก่อนป่วยทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลยังสามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ แต่เมื่อป่วยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องขาดรายได้จากการงานหาเลี้ยงชีพ และยังคงมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูไม่ดี สอดคล้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 42.9 ซึ่งอาจต้องหารายได้จากส่วนอื่นเพิ่มเติม หรือส่งเสริมอาชีพอื่น ๆ ร่วม และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.6 ถือเป็นข้อดีที่ผู้ป่วยจะได้มีผู้ช่วยเหลือ ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีในระยะยาว จะเห็นได้จากระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 14.98 เดือน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุม และได้รับการเสริมแรงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย พบว่าภาพรวมผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ในระดับปานกลางเฉลี่ย 14.56 คะแนน ($\bar{X} = 14.56$ S.D. = 7.11) การส่งเสริมให้คนในชุมชน ผู้ป่วย ผู้ดูแล และการค้นหาผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เผยแพร่และให้ความรู้ให้ ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตระหนักต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้

ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย พบว่าภาพรวมผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.09$ S.D. = 0.77)ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะจำเป็นต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลจะต้องไม่ท้อถอยหรือละความพยายามในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลในการฝึกทำกายภาพบำบัดในกระบวนการของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงสำคัญ

ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาพรวมสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ($\bar{X} = 12.85$ S.D. = 7.62) ผู้ป่วยที่พยายามฟื้นฟูโดยใช้วิธีการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประกอบกับระยะเวลาขึ้นผู้ป่วยจึงต้องพยายามช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารี เทพดารา และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าหลังจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ถึงร้อยละ 63.3 ซึ่งเป็นผลจากการทำการฟื้นฟูต่อเนื่อง และเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเองให้ได้เร็วที่สุดเพื่อลดภาระของครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ครอบคลุมทุกด้าน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยผู้ดูแลที่ส่งเสริมและสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. (2006). Stroke statistics. Retrieved April 21, 2006, from [http:// www.Stroke statistics. Htm](http://www.Stroke statistics. Htm)
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. (ออนไลน์) 21 กุมภาพันธ์ 2555 แหล่งที่มา <http://bps.ops.moph.go.th/plan10.htm>
3. วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรินทร์ธนาภาพไพศาล. (2552) คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์สุขภาพ
4. เจียมจิตแสงสุวรรณและอัจฉราหล่อวิจิตร. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
5. พรทิวา อินทร์พรหม. (2539). ผลการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. เพ็ญศรีสิริวรารมย์. (2550). สภาพการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในอำเภอหนองบุญมากจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลชุมชนบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.
8. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2547). การทดสอบแบบประเมินขีดความสามารถเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
9. สุวาริ เทพดารา, สมใจ ลือวิเศษไพบูลย์, ลักษณะ ทองมี, นิจกานต์ ดันอุ่นเดช, ปิยพร ไชยกุล, และสุภาพร ศิริบุรณพิพัฒนา. (2544). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 13(30), 156-165
10. Duncan. P.W. et al. (2002). Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. Stroke, (33), 167-178.
11. Dunlop. D.D., Manhein, L.M., Sohn, M.W., Liu, X., & Chang, R.W. (2002). Incidence of functional limitation in older adults: The impact of gender, race and chronic conditions. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83, 964-971.
12. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [NINDS]. (2005). Stroke risk factor and symptoms. Retrieved April 21, 2006, from [http:// www. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. htm](http://www.National Institute of Neurological Disorders and Stroke. htm)

Original article

การพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น

จิราภรณ์ สิทธิกันต์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ทดลองใช้และศึกษาประโยชน์ของนาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อการพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจ รวมถึงความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน 2557 จำนวน 46 รายและเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้เจ้าหน้าที่ ที่ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 70.8 ตำแหน่งเป็นข้าราชการร้อยละ 45.8 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่อายุราชการต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.7 และความถี่ในการช่วยฟื้นคืนชีพส่วนมากอยู่ที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 70.88

ความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผลการศึกษาพบว่า 1. ความพร้อมของนาฬิกาจับเวลา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.88$ S.D. = 1.07) 2. ขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัวค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.96$ S.D. = 0.90) 3. ความมีเสถียรภาพของนาฬิกาสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่องค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = 0.81) 4. ช่วยให้สะดวก รวดเร็วขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$ S.D. = 0.72) 5. ความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$ S.D. = 0.63) 6. โดยสรุปความพึงพอใจในการใช้นาฬิกาในการช่วยฟื้นคืนชีพค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = 0.86)

คำสำคัญ : นาฬิกาจับเวลา , การช่วยฟื้นคืนชีพ , ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือ หยุดหายใจ

บทนำ

ในโลกปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนเราเพิ่มมากขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยียิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่าไร คนเราต้องก้าวเดินให้ทันเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น ผลกระทบและสิ่งที่ตามมา คนมุ่งเน้นแต่ปัจจัยทางด้านการเงิน ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญที่คนส่วนใหญ่คิดว่ามีแล้วจะก่อให้เกิดความสุข การจะได้เงินมาจำนวนหนึ่งคนเราต้องทำงานและทำงานให้มากจนลืมนึกถึงภาวะสุขภาพของตนเอง รู้ตัวอีกทีก็เมื่อเจ็บป่วยต้องรักษา บางโรคมีเงินจำนวนมากก็ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้

ภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความสำคัญโดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดแตกต่างกันมากในหลายๆรายงานโดยประมาณคือ 0.5-1.5 ต่อ 1,000 รายต่อปีซึ่งปัจจัยเรื่องของเวลาที่มีความสำคัญมากการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยรอดชีวิตและกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติก็จะลดลงเรื่อยๆ หรือไม่มีเลยนอกจากนี้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับระบบและความพร้อมของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพพบว่าโดยทั่วไปอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1-10สามารถรอดชีวิตและออกจากโรงพยาบาลได้โดยทั่วไปจะแบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพออกเป็น 2 ขั้นตอนคือการช่วยขั้นพื้นฐาน (basic life support; BLS) และการช่วยขั้นสูง (advanced cardiac life support; ACLS) ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ระยะเวลาตั้งแต่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจนถึงเมื่อได้รับการช่วยเหลือการกระตุกหัวใจ (defibrillation) ด้วยไฟฟ้าทำได้ภายในเวลา 4 นาที และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทำได้ภายในเวลา 8 นาทีรวมถึงการกดอกหรือการนวดหัวใจ

ผู้ป่วยหมดสติเรียกไม่รู้สีกตัว หัวใจหยุดเต้นหรือไม่หายใจมารับบริการเป็นจำนวนมาก จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี2554 ที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ 887 ราย เพศชาย 553 ราย เพศหญิง 334 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ร้อยละ 47.6 เสียชีวิตร้อยละ 12.8 และเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 1 ปี มีผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 47.3 เสียชีวิตร้อยละ 1.1 และในการพัฒนาคุณภาพการบริการช่วยชีวิตขั้นสูงของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลท่าสองยางจังหวัดตาก ปี พ.ศ.2553 จำนวนผู้ทำ CPR

ทั้งหมด 12 รายมีปัญหาอุปสรรคในความไม่พร้อมของทีมจำนวน 5 ครั้งซึ่งเป็นปัญหาในเรื่องทักษะของบุคลากรในการทำ CPR ตั้งแต่การทำ Chest compression การบริหารยา จากข้อมูลโรงพยาบาลนครพนม ปีงบประมาณ 2552 ปีงบประมาณ 2553 และปีงบประมาณ 2554 จำนวน 91 ราย 130 ราย และ 133 รายตามลำดับ อัตราตายปีงบประมาณ 2552 ,2553 และปีงบประมาณ 2554 คือ 50.54 % ,39.23 % และ 36.90% (คิดจาก จำนวนผู้เสียชีวิตในจำนวนการ CPR ทั้งหมด) ปี 2555 (ตุลาคม 2554 -30 กันยายน 2555) ที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยที่ช่วยฟื้นคืนชีพมีจำนวน 128 ราย การรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.84 อัตราความถูกต้องในการช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวทางที่หน่วยงานกำหนด ร้อยละ 76.66 มีอัตราความไม่ถูกต้องร้อยละ 22.34 ปัญหาอุปสรรคความไม่พร้อมของบุคคลและอุปกรณ์ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นจำนวนผู้ป่วยที่สูงมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งไม่ควรจะมี ในปี 2556 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ช่วยฟื้นคืนชีพมีจำนวน 111 ราย (151 ครั้ง) การรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.99 สามารถ Admit หรือมี ROSC 30 ราย และพบว่าเกิดอุบัติการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพมีอัตราความไม่ถูกต้องในร้อยละ 21.19 ที่ผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะกวดหน้าอกไม่มีอุปกรณ์จับเวลาที่เป็มาตรฐาน ใช้เพียงนาฬิกาที่แขวนอยู่บนผนังเป็นตัวจับเวลาเพื่อเปลี่ยนคนกวดหน้าอกทุก 2 นาที ซึ่งขณะกวดหน้าอกไม่มีเสียงเตือนทำให้เผลอกวดหน้าอกเกินเวลา 2 นาที ทำให้ประสิทธิภาพการกวดหน้าอกลดลงเนื่องจากความเมื่อยล้าของผู้กวดเอง

การช่วยฟื้นคืนชีพที่ต้องสัมพันธ์กับเวลาเพราะบริบทในการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีบุคลากรจำนวนมาก ทำให้การทำงานยุ่งยากตามปริมาณของบุคคลถ้าไม่รู้จักรับทบทวนหน้าที่ของตัวเอง ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็กมีเจ้าหน้าที่น้อย บุคคลหนึ่งคนต้องทำหน้าที่หลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีมาตรฐานการทำงานและการควบคุมเวลาขณะช่วยฟื้นคืนชีพทั้งขณะให้ยาและการเปลี่ยนคนกวดหน้าอก และทุกๆ 2 นาทีโอกาสรอดชีวิตจะลดลง 7-10 % ดังนั้นเมื่อระยะเวลาที่การช่วยฟื้นคืนชีพนานขึ้นจะยิ่งทำให้โอกาสในการรอดชีวิตลด

ลดน้อยลง ฉะนั้นการใช้นาฬิกาจับเวลาจึงเป็นตัวมาตรฐานการทำงานและการควบคุมเวลาขณะช่วยฟื้นคืนชีพทั้งขณะให้ยาและการเปลี่ยนการนวดหัวใจทุกๆ 2 นาทีจึงต้องมีความจำเป็นที่ต้องสร้างเครื่องมือในการบันทึกและนำนาฬิกามาช่วยจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้งเพราะ 2 นาทีที่คน 1 คนขึ้น การกดหน้าอกเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม ที่คนเราจะเกิดความเมื่อยล้า ถ้ากดหน้าอกต่อไปประสิทธิภาพจะลดลง

ทางทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจ จึงต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการช่วยฟื้นคืนชีพโดยทีมผู้จัดทำได้ใช้แนวคิดนาฬิกาชีวิตมาประกอบการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด คือ มีการจับเวลา การขึ้นกดหน้าอก กรณีเข้ากระบวนการ ACLS คือทุก 2 นาที ต้องเปลี่ยนคนขึ้นกดหน้าอก เพื่อประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจ
2. เพื่อทดลองใช้และศึกษาประโยชน์ของนาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ขอบเขต/แผนงานวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือน เมษายน- ตุลาคม 2557

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับผลประโยชน์

1. แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพโรงพยาบาลนครพนม
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจที่มารับบริการโรงพยาบาลนครพนม

ประโยชน์ที่จะได้รับหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

1. แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพสามารถ CPR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดอัตราการเสียชีวิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 70.8 เป็นข้าราชการส่วนมาก ร้อยละ 45.8 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่อายุราชการต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.7 และ ความถี่ในการช่วยฟื้นคืนชีพส่วนมากอยู่ที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 70.88 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประเภทของการรับราชการ		
รับราชการ	11	45.8
ลูกจ้าง	9	37.5
พนักงานราชการ	4	16.7
เพศ		
ชาย	17	70.8
หญิง	7	29.2
อายุ (ปี)		
20-30	11	45.8
31-40	9	37.5
41-50	3	12.5
>51	1	4.2
$\bar{X} = 32.5$ S.D. = 0.84		
อายุราชการ (ปี)		
ต่ำกว่า 10	16	66.7
10-20	6	25
21-30	2	8.3
มากกว่า 30 ปีขึ้นไป	0	0
$\bar{X} = 9.16$ S.D. = 0.65		
ความถี่ของการ CPR		
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	17	70.8
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	5	20.8
5-6 ครั้ง/สัปดาห์	1	4.2
7-9 ครั้ง/สัปดาห์	0	0
มากกว่า 10 ครั้ง/สัปดาห์	1	4.2
$\bar{X} = 9.16$ S.D. = 0.93		

2. ความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ผลการศึกษาพบว่า 1. ความพร้อมของนาฬิกาจับเวลา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.88$ S.D. = 1.07) 2. ขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.96$ S.D. = 0.90) 3. ความมีเสถียรภาพของนาฬิกาสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ

อยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = 0.81) 4. ช่วยให้สะดวก รวดเร็วขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$ S.D. = 0.72) 5. ความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$ S.D. = 0.63) 6. โดยสรุปความพึงพอใจในการใช้นาฬิกาในการช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = 0.86) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความพึงพอใจ (%)					
	5	4	3	2	1	0
ความพร้อมของนาฬิกาจับเวลา	20.8	62.5	8.3	4.2	0	4.2
ขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว	33.3	33.3	29.2	4.2	0	0
ความมีเสถียรภาพของนาฬิกาสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง	37.5	45.8	12.5	4.2	0	0
ช่วยให้สะดวก รวดเร็วขณะช่วยฟื้นคืนชีพ	37.5	45.8	16.7	0	0	0
ความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลา	41.7	50	8.3	0	0	0
ความพึงพอใจในการใช้นาฬิกาในการช่วยฟื้นคืนชีพ	41.7	37.5	16.7	4.2	0	0

สรุปผล

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจและเพื่อทดลองใช้และศึกษาประโยชน์ของนาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน 2557 จำนวน 46 รายและเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เครื่องมือที่ใช้วิจัยได้แก่ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนทั่วไป และความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะคำถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 70.8 เป็นข้าราชการส่วนมาก ร้อยละ 45.8 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่อายุราชการต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.7 และความถี่ในการช่วยฟื้นคืนชีพส่วนมากอยู่ที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 70.88

ความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการศึกษาพบว่า 1. ความพร้อมของนาฬิกาจับเวลาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.88 S.D. = 1.07) 2. ขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัวค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.96 S.D. = 0.90) 3. ความมีเสถียรภาพของนาฬิกาสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่องค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก (\bar{X} = 4.17 S.D. = 0.81) 4. ช่วยให้สะดวก รวดเร็วขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก (\bar{X} = 4.21 S.D. = 0.72) 5. ความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลา ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก (\bar{X} = 4.33 S.D. = 0.63) 6. โดยสรุปความพึงพอใจในการใช้นาฬิกาในการช่วยฟื้นคืนชีพค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก (\bar{X} = 4.17 S.D. = 0.86)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลการพัฒนาแนวทางการใช้นาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือหยุดหายใจ พบว่า นาฬิกาจับเวลามีเสถียรภาพของนาฬิกาสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่องความเที่ยงตรงของนาฬิกาจับเวลาและช่วยให้สะดวก รวดเร็วขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก และโดยสรุปความพึงพอใจในการใช้นาฬิกาในการช่วยฟื้นคืนชีพค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากเช่นเดียวกันในเรื่องความพร้อมของนาฬิกาจับเวลาและขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัวค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การตรวจสอบความพร้อมของนาฬิกาจับเวลามีส่วนสำคัญเนื่องจากขณะปฏิบัติงานไม่สามารถรู้ได้ว่าเมื่อไหร่จะมีผู้ป่วยที่ต้องได้ช่วยฟื้นคืนชีพ หากนาฬิกาไม่พร้อมอยู่เสมอและอยู่ในกรณี Emergency ตลอดเวลา ปัญหาความพร้อมของนาฬิกาคงจะไม่เกิดขึ้น

2. ผลการทดลองใช้และศึกษาประโยชน์ของนาฬิกาจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยผู้ที่ได้รับประโยชน์หลังเสร็จสิ้นการวิจัย คือ แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพสามารถ CPR ได้อย่างมีประสิทธิภาพมี ROSC สามารถวัดสัญญาณ

ชีพได้ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตช่วงตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557 มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยมีจำนวน 47 ราย มี ROSC จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.70 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเมษายน-กันยายน 2557 จำนวนผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยมีจำนวน 46 ราย มี ROSC จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.25 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีมาตรฐานการทำงานและการควบคุมเวลาขณะช่วยฟื้นคืนชีพทั้งขณะให้ยาและการเปลี่ยนตนกดหน้าอก และทุกๆ 2 นาที โอกาสรอดชีวิตจะลดลง 7-10% ดังนั้นเมื่อระยะเวลาที่การช่วยฟื้นคืนชีพนานขึ้นจะยิ่งทำให้โอกาสในการรอดชีวิตลดน้อยลงฉะนั้นการใช้นาฬิกาจับเวลาจึงเป็นตัวมาตรฐานการทำงานและการควบคุมเวลาขณะช่วยฟื้นคืนชีพทั้งขณะให้ยาและการเปลี่ยนการนวดหัวใจ และทุกๆ 2 นาทีจึงต้องมีความจำเป็นที่ต้องสร้างเครื่องมือในการบันทึกและนำนาฬิกามาช่วยจับเวลาในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้งเพราะ 2 นาทีที่คน 1 คนขึ้น การกดหน้าอกเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม ที่คนเราจะเกิดความเหนื่อยล้า ถ้ากดหน้าอกต่อไปประสิทธิภาพจะลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ความพร้อมของนาฬิกา ต้องมีการตรวจสอบทุกวัน ทุกเวร เพื่อให้เกิดการพร้อมใช้งาน และต้องใช้ให้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยจะต้องใช้นาฬิกาจับเวลาเมื่ออยู่ในขั้นตอนของ Advance CPR เท่านั้น เนื่องจากช่วง Basic CPR ต้องช่วยนวดหัวใจ:การช่วยหัวใจ ในอัตรา 30:2 ในขั้นตอนของ Advance CPR หลังใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา ให้ทุก 3-5 นาทีและการนวดหัวใจจะทำทุกๆ 2 นาที การเปลี่ยนคนนวดหัวใจ และทุกๆ 2 นาทีในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้งมีความสำคัญ เพราะ 2 นาทีที่คน 1 คนขึ้น การกดหน้าอกเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม ที่คนเราจะเกิดความเหนื่อยล้า ถ้ากดหน้าอกต่อไปประสิทธิภาพจะลดลง

2. ขั้นตอนการให้นาฬิกาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ขณะการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วนและต้องทำต่อเนื่องในทีม CPR อาจมีการกดปุ่มนาฬิกาผิดพลาดเนื่องจากมีหลายปุ่ม ทำให้เกิดการล่าช้าขั้นตอนการ CPR มีการหยุดชะงักไป

หรือไม่ได้ตามเกณฑ์ทุก 2 นาที ที่ต้องการ หากมีนาฬิกาที่สามารถจับเวลาได้ทุก 2 นาที และสามารถใช้งานได้ด้วยการกดปุ่มเพียง 1 ปุ่ม ก็จะสามารถทำให้ขั้นตอนในการใช้นาฬิกาสะดวกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กำพล เลาพิญแสง .(2542) . ศัลยศาสตร์หลอดเลือด .กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย .
2. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์.สรุปรูปแบบทางปฏิบัติการช่วยชีวิต American Heart Association (AHA) Guidelines For cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency cardiovascular Care (ECC) ค.ศ. 2010.
3. ชาญ ศรีรัตนสถาพร .(2546).Cardiac arrhythmia .พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์พลิชซิ่ง.
4. ไชยยุทธ ธนไพศาล.(2552). การประเมินและการรักษาผู้บาดเจ็บในระยะแรก. ขอนแก่น. โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา
5. แนวทางการ CPR ของ American Heart Association . (2010) . กรุงเทพฯ:สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2542 จาก <http://www.thaicpr.com/>
6. ปิยนันต์วัฒนประสาน.(2553). การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:ชานเมืองการพิมพ์.
7. ยงยุทธสหัสกุล . (2537). EKG ทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: โฉจิสติก พับลิชซิ่ง.
8. รพีพร โรจน์แสงเรืองและคณะ.(2551). ตำราการกู้ชีพขั้นสูงของไทย ATLS.กรุงเทพมหานคร:กรุงเทพเวชสาร.
9. วังระ จามจรีและคณะ.(2543). คู่มือการกู้ชีพขั้นสูงในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญการพิมพ์
10. สุดาพรรณ ธัญจิราและคณะ.(2546). พิมพ์ครั้งที่ 3. การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่.กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
11. สันต์ หัตถ์รัตน.(2551). การกู้ชีพขั้นสูงหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
12. วิศาล วันชาติตันกุล .(2538) เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ .กรุงเทพมหานคร:เรื่องเก่าการพิมพ์.
13. อภิชาติ สุคนธธรรค์ .(2550) . พิมพ์ครั้งที่ 2 .Physical diagnosis in cardiology. เชียงใหม่ : ทรินดิงค์.
14. อภิชาติ สุคนธธรรค์ และคณะ . (2547) . Heart scan and editor . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร:ไอแอมออร์แกไนเซชันแอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง .
15. อุบล ยี่เฮ็ง .(2554) .เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลฉุกเฉิน . วิทยาลัยการพยาบาลกรุงเทพ .

ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ ในโรงพยาบาลนครพนม

ภัสรา พลศรี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional Survey) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนม 2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนมและ3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนงาน โครงการ ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลนครพนมจำนวน 120 คนใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบสมมติฐาน t-test One way ANOVA Fisher's Least-Significant Difference และ Pearson product moment correlation difference

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และความคิดเห็นด้านเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับเห็นด้วยผลการทดสอบสมมติฐานสภาพส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุระดับการศึกษาและระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการ มาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อให้เกิดความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงานด้านบริหารองค์การจากเดิมไปสู่กระบวนการทัศน์ใหม่ ซึ่งเป็นโลกแห่งปัญญาและความรู้ที่เรียกว่า KBES (Knowledge-Based Economy and Society) และจากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2546 :4) ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย มีมาตรการให้ส่วนราชการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้ในการบริหารงาน โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อพัฒนาระบบราชการไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ บริหารราชการแผ่นดินแนวใหม่

ระบบบริหารราชการโดยเฉพาะการติดตามประเมินผล เป็นเงื่อนไขที่จะทำให้เห็นถึงการเดินทางของแผนงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี/แผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดไปสู่จุดมุ่งหมายได้อย่างถูกต้อง การดำเนินแผนงาน/โครงการพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลของแผนงาน/โครงการ ซึ่งทำให้ทราบการดำเนินงานนั้นจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มีความคุ้มค่า ตอบสนองความต้องการมีปัญหาอุปสรรค ผลกระทบ แนวทางแก้ไขอย่างไรข้อมูลทั้งหมดนี้มีความสำคัญต่อการควบคุม กำกับ ดูแล รวมถึงการตัดสินใจในระหว่างดำเนินโครงการ ซึ่งสามารถเร่งรัดแก้ไขปัญหาหรือดำเนินการอื่นใดเพื่อนำแผนงาน/โครงการเดินไปสู่จุดมุ่งหมายได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินโครงการ ในขณะที่โรงพยาบาลนครพนม การติดตามประเมินผลยังเป็นจุดอ่อนของระบบบริหารการพัฒนามตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีจึงมีการพัฒนาโปรแกรมติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และมุ่งเน้นการบริหารจัดการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน ปรับปรุงระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้กับงานแผนงาน

โครงการ สามารถให้บริการสืบค้นติดตามงานเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจสำหรับงานด้านบริหารจัดการ แก้ปัญหาได้ทันที แต่ในทางปฏิบัติ พบว่ามีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานหลายด้าน เช่น เจ้าหน้าที่บางคนมีความรู้ ทักษะไม่ครอบคลุมงานทั้งระบบไม่สามารถทำงานแทนกันได้และมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดบุคลากรไม่เห็นความสำคัญในการนำระบบสารสนเทศมาใช้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำระบบโปรแกรมติดตามประเมินโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาล ประชากรที่เป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 1,077 คน คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยสูตรYamaneได้จำนวน 120 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลสถานภาพบุคคล 2) ข้อมูลความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน และ 3) ข้อมูลเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีโดย

เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2557 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ลักษณะสถานภาพบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐานข้อมูลสถานภาพบุคคลกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานด้วยสถิติ Independent t-test และ one way ANOVA หากพบความแตกต่างมีนัยสำคัญจะทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Fisher's Least-Significant Difference โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 และใช้ Pearson product moment correlation difference ทดสอบความสัมพันธ์ความรู้ทักษะ และเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 120 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.66 เมื่อจำแนกตามอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.8 มีอายุ 36-50 โดยอายุเฉลี่ย 40.45 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80.04 รองลงมา ร้อยละ 17.60 อยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 66.86 อยู่ในช่วง 11-20 ปี และร้อยละ 19.03 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี

ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนมมีความคิดเห็นด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับ พอใช้ ($\bar{X}=3.35$, $SD.=1.301$) ด้านความรู้ในการปฏิบัติงานพบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าคุณค่าความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.8 รองลงมาคือระดับ มาก-มากที่สุด ร้อยละ 26.7 โดยรวมอยู่ในระดับ พอใช้ ($\bar{X}=3.24$, $SD.=1.244$) ด้านทักษะในการปฏิบัติงานพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีทักษะในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับเห็นด้วย-เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือไม่แน่ใจ ร้อยละ 23.3 โดยรวมอยู่ในระดับ พอใช้ ($\bar{X}=3.44$, $SD.=1.432$)

เจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการในโรงพยาบาลนครพนมมีความคิดเห็นด้านเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X}=3.81$, $SD.=0.718$)

ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการในโรงพยาบาลนครพนม พบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับ เห็นด้วย ($\bar{X}=3.83$, $SD.=0.704$) โดยด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานด้านความรวดเร็วในการทำงาน ด้านลดขั้นตอนการทำงาน ด้านประหยัดด้านความสะดวก อยู่ในระดับ เห็นด้วย (ดังตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการปฏิบัติงานรายข้อ

ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	แปลผล
ด้านความรวดเร็วในการทำงาน			
1.โปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการทำให้การติดตามประเมินความก้าวหน้าโครงการรวดเร็วขึ้น	3.98	0.763	เห็นด้วย
2.ไฟล์เอกสารโครงการส่งสื่อสารกันอย่างรวดเร็วและถูกต้องตามระเบียบแบบฟอร์มโครงการที่ใช้อยู่	3.87	0.698	เห็นด้วย
3.การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสนับสนุนให้งานบริการเป็นไปอย่างรวดเร็วด้วย	4.00	0.675	เห็นด้วย
รวม	3.93	0.677	เห็นด้วย

ตารางที่ 1.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการปฏิบัติงานรายข้อ

ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	แปลผล
ด้านลดขั้นตอนการทำงาน			
4.การลดขั้นตอนการรายงานความก้าวหน้าหรือสรุปผลโครงการโดยให้ใช้ระบบออนไลน์แทน ทำให้ลดขั้นตอนให้น้อยลง และการเก็บเอกสารในหน่วยงาน	3.8	0.921	เห็นด้วย
5. การแนบไฟล์โครงการกับเอกสารอ้างอิงสำคัญในโครงการทำให้จัดเก็บหนังสือที่เหมือนตัวจริง สามารถดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติการบริหารโครงการต่อไปได้	3.55	0.732	เห็นด้วย
รวม	3.68	0.793	เห็นด้วย
ด้านความประหยัด			
6.การทำงานโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ทำให้ลดจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน	3.77	0.823	ไม่แน่ใจ
7.การนำระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ทำให้ลดงบประมาณบางส่วนลงได้ เช่นค่าเอกสารรายงาน ค่าโทรศัพท์	3.97	0.814	เห็นด้วย
รวม	3.88	0.806	เห็นด้วย
ด้านความสะดวก			
8.การใช้โปรแกรมบริหารโครงการทำให้ลดการ สูญหายของโครงการและข้อมูลสำคัญได้	4.02	0.792	เห็นด้วย
9. การใช้คอมพิวเตอร์กับการบริหารโครงการทำให้การ เรียกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการเป็นไปอย่างรวดเร็ว และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.87	0.621	เห็นด้วย
10. ระบบการจัดเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลสามารถจัดเก็บ ค้นหาและทำลายเอกสารได้อย่างเป็นระบบ	3.99	0.771	เห็นด้วย
รวม	3.95	0.711	เห็นด้วย
รวมทั้งหมด	3.83	0.704	เห็นด้วย

2. ผลการวิเคราะห์สถานภาพส่วนบุคคลกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนมมีผลการวิเคราะห์พบว่า

เพศ พบว่าบุคลากรมีเพศต่างกัน มีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานโดยรวม แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านความรวดเร็วการทำงาน ด้านความประหยัด ด้านความสะดวก บุคลากรมีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านลดขั้นตอนการทำงานไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบสถานภาพส่วนบุคคล ด้านเพศกับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน

ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน	เพศ	X	SD	t	Sig
ด้านความรวดเร็วการทำงาน	ชาย	4.24	0.772	3.041	0.003**
	หญิง	3.84	0.652		
ด้านลดขั้นตอนการทำงาน	ชาย	3.82	0.976	1.154	0.277
	หญิง	3.74	0.768		
ด้านความประหยัด	ชาย	4.52	0.943	3.267	0.001**
	หญิง	3.66	0.813		
ด้านความสะดวก	ชาย	3.94	0.881	2.644	0.007**
	หญิง	3.77	0.721		
ประสิทธิผลการปฏิบัติงานโดยรวม	ชาย	4.00	0.862	5.441	0.000**
	หญิง	3.74	0.744		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อายุ พบว่าความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกันโดยรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความสะดวก มีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value=0.024) ที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ต่อโดยเปรียบเทียบ

ความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานบุคลากรกลุ่มอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ด้านความสะดวกโดยรวม พบว่าบุคลากรกลุ่มอายุ 35-60 ปีมีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นแตกต่างกับบุคลากรกลุ่มอายุไม่เกิน 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2.2-2.2.1)

ตารางที่ 2.2 วิเคราะห์ความแปรปรวน ด้านความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานจำแนกตามกลุ่มอายุ

ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ด้านความรวดเร็วการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	0.641	2	0.321	0.906	0.343
	ภายในกลุ่ม	37.674	117	0.322		
	รวม	38.315	119			
ด้านลดขั้นตอนการทำงาน	ระหว่างกลุ่ม	0.284	2	0.142	0.324	0.786
	ภายในกลุ่ม	48.204	117	0.412		
	รวม	48.488	119			
ด้านความประหยัด	ระหว่างกลุ่ม	0.566	2	0.283	0.577	0.520
	ภายในกลุ่ม	52.767	117	0.451		
	รวม	53.333	119			
ด้านความสะดวก	ระหว่างกลุ่ม	0.672	2	0.336	2.323	0.024*
	ภายในกลุ่ม	25.038	117	0.214		
	รวม	25.710	119			
ประสิทธิผลการปฏิบัติงานโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	0.536	2	0.268	1.804	0.043*
	ภายในกลุ่ม	15.327	117	0.131		
	รวม	15.863	119			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2.2.1 เปรียบเทียบความคิดเห็นประสิทธิผลการปฏิบัติงานด้านความสะดวก จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มอายุ		
		ไม่เกิน 35 ปี	35-50 ปี	51 ปีขึ้นไป
ไม่เกิน35ปี	3.44	-	*	-
35-50 ปี	4.23	*	-	-
51ปีขึ้นไป	3.28	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษา พบว่าความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านลดขั้นตอนการทำงาน มีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.044$) ที่ระดับ 0.05 โดยผลการศึกษายังพบบุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าป.ตรี มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นแตกต่างกับบุคลากรบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าป.ตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่าความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกันโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความรวดเร็วในการทำงาน และด้านความสะดวก มีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.031$ และ 0.003) ที่ระดับ 0.05 โดยผลการศึกษาพบบุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-10 ปี มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นแตกต่างกับบุคลากรมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 11-20ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม

ทดสอบด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient พบว่าด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยมีระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน ($r=0.449$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ดังตารางที่ 3.1) และด้านความรู้ในการปฏิบัติงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยมีระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน ($r=0.423$) ส่วนด้านทักษะในการปฏิบัติงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยมีระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน ($r=0.422$) (ดังตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน

ความรู้ในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
1. มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยุทธศาสตร์เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติระดับโครงการ	0.144**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
2. มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติการบริหารโครงการ	0.268**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
3. มีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการเขียนเสนอโครงการ	0.341**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
4. มีความรู้เกี่ยวกับการนำเข้าสู่ข้อมูลที่เป็นเข้าโปรแกรมฯ	0.189**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
5. มีความรู้เกี่ยวกับการติดตามรายงานความก้าวหน้าโครงการ	0.249**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกันระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน

ความรู้ในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
6.มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ	0.334**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
7.การใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานอื่น	0.391**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
8.มีความรู้ในการแก้ปัญหาคอมพิวเตอร์ได้ในเบื้องต้นเมื่อเกิดข้อขัดข้องการบันทึก สำรองข้อมูล	0.275**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
9.ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานโปรแกรม	0.315**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
10.ได้ให้คำแนะนำวิธีการใช้ระบบแก่ผู้ปฏิบัติงานอื่นได้	0.289**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
ความรู้ในการปฏิบัติงานโดยรวม	0.423**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
ทักษะในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
11. ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์	0.255**	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
12. สามารถใช้โปรแกรมสำนักงานMicrosoft word/excel	0.125*	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
13. สามารถประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft excel ได้	0.171*	0.000	ระดับต่ำ ในทิศทางเดียวกัน
14. สามารถนำเข้าข้อมูลโครงการเข้าโปรแกรมฯได้	0.344**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
15. สามารถดูและติดตามข้อมูลรายงานโครงการได้	0.394**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
16. สามารถค้นหาโครงการภายในโปรแกรมได้	0.412**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
17. สามารถสื่อสารอุปสรรค ข้อเสนอแนะโครงการผ่านโปรแกรมกับผู้บริหารได้	0.443**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
18. สามารถแก้ไขข้อมูลรายละเอียดโครงการในโปรแกรมได้รวมถึงการบันทึก สำรองข้อมูล	0.381**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน

ทักษะในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
19.สามารถพิมพ์รายงานโครงการจากโปรแกรมได้	0.384**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
20.สามารถแนะนำวิธีการใช้ระบบแก่ผู้ปฏิบัติงานอื่นได้	0.314**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
ทักษะในการปฏิบัติงานโดยรวม	0.422**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานโดยรวม	0.449**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์เจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม

ทดสอบด้วยสถิติ(Pearson Product Moment

Correlation Coefficient พบว่าเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีโดยรวม มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ0.01 โดยมีระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน (r=0.716) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีกับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

เจตคติในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
1. การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานด้านบริหารโครงการด้วยโปรแกรมจะทำให้การทำงานดีขึ้นกว่าเดิม	0.389**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
2. การนำเครื่องคอมพิวเตอร์ระบบออนไลน์มาใช้ในการบริหารโครงการทำให้งานดีขึ้น	0.574**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
3. การพัฒนาระบบบริหารโครงการด้วยโปรแกรมนี ช่วยให้งานอื่น ๆ ประสบความสำเร็จ	0.569**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
4. ท่านยินดีใช้เครื่องคอมพิวเตอร์แทนการทำงานแบบเดิม	0.476**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
5. เทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้กับงานบริหารโครงการมีความเหมาะสม	0.537**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีกับความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

เจตคติในการปฏิบัติงาน	r	Sig	ระดับความสัมพันธ์
6. การทำงานในระบบบริหารโครงการออนไลน์ทำให้ลดความขัดแย้งในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น	0.549**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
7. การนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการทำงานในระบบราชการเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันของประเทศ	0.492**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
8. นโยบายการไม่เพิ่มอัตราค่าจ้างของรัฐ ซึ่งทำให้มีผู้ปฏิบัติงานน้อย เอกสารอาจล่าช้า การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ช่วยในการทำงานถือว่าเหมาะสม	0.479**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
9. ผู้ปฏิบัติงานควรมีส่วนร่วมในการนำเสนอเพื่อการพัฒนาโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการ	0.448**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
10. การใช้โปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการเป็นการลดขั้นตอนในการทำงานโดยไม่ขัดต่อระเบียบ	0.535**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน
เจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีโดยรวม	0.716**	0.000	ระดับปานกลาง ในทิศทางเดียวกัน

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01

อภิปรายผลการศึกษา

1. ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนมพบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับเห็นด้วย บุคลากรเห็นว่าด้านความรวดเร็วในการทำงานนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ทำให้การติดตามประเมินความก้าวหน้าโครงการรวดเร็วขึ้นและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในงานสนับสนุนให้บริการเป็นไปอย่างรวดเร็วด้วย ด้านลดขั้นตอนการทำงาน การรายงานความก้าวหน้าหรือสรุปผลโครงการโดยใช้ระบบออนไลน์แทนทำให้สามารถลดขั้นตอนการทำงานด้านความประหยัด ทำให้ลดงบประมาณบางส่วนลงได้ และการใช้โปรแกรมบริหารโครงการทำให้ลดการสูญหายของโครงการได้ การจัดเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลสามารถค้นหาและทำลายเอกสารได้อย่างเป็นระบบ และการเรียกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการโรงพยาบาลนครพนมจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลดังนี้

เพศ พบว่าเพศชายมีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกับเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Masculinity / Femininity (Masculinity / Femininity) เป็นแนวทางของวัฒนธรรมเพื่อใช้วิเคราะห์สังคม โดยเน้นค่านิยมของเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันในเรื่อง การปรับตัวทางสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ แรงจูงใจความสามารถในการแก้ปัญหา การงาน ทักษะในการปฏิบัติวิเคราะห์ แรงกระตุ้นให้มีการแข่งขัน ฯลฯ เพศชายมีความคิดเชิงรุก คาดหวังความสำเร็จมากกว่าเพศหญิง

อายุบุคลากรที่มีอายุต่างกันมีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของที่แตกต่างกัน โดยพบว่าบุคลากรกลุ่มอายุไม่เกิน 35 ปีมีความคิดเห็นที่แตกต่างกับ

บุคลากรกลุ่มอายุ 35-60 ปีในการใช้โปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการด้านความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับพิทท วังเงิน (2547: 49) อ้างถึงบุคคลในองค์กรย่อมจะมีพฤติกรรมต่าง ๆ กัน บางคนกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น เนื่องจากปัจจัยคือ เพศ อายุสถานภาพ ความสามารถ สติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q) ว่าอายุกับการทำงาน (Age and Job Performance) คนยิ่งอายุมากขึ้นในช่วงสูงอายุ ผลงานจะยิ่งลดลงและป่วย ปรภักษ์ศุภินิธิ (2530: 72) ได้กล่าวว่าคนหรือทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับความสำเร็จและความมีประสิทธิภาพขององค์กรอย่างมาก การปฏิบัติงานของคนในองค์กรเกี่ยวข้องกับตัวแปรหลายประการ เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษา การกระตือรือร้นใคร่เรียนรู้ของคนทำงานวัย 45 ปี ย่อมแตกต่างไปจาก ความกระตือรือร้นของคนทำงานวัย 25 ปี ซึ่งเป็นไปในทิศทางกับ ปรมะ สตะเวทิน (2533: 112) ได้กล่าวว่าคนมีลักษณะประชากรศาสตร์ต่างกันจะมีลักษณะทางจิตวิทยาต่างกัน อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม คนที่อายุน้อยมักจะมีความคิดเสรีนิยม ยึดถืออุดมการณ์และมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่อายุมากมักจะมีความคิดที่อนุรักษ์นิยม ยึดถือการปฏิบัติระมัดระวัง มองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องมาจากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน และบุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกับบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีในด้านลดขั้นตอนการทำงานทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาส่งผลให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจที่ต่างกัน ความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานจึงแตกต่างกันด้วยสอดคล้องกับ ปรมะ สตะเวทิน (2533: 112) ได้กล่าวว่า การศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความคิด ค่านิยม ทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงจะได้เปรียบอย่างมากในการเป็นผู้รับสารที่ดี เพราะเป็นผู้มีความกว้างขวางและเข้าใจสารได้ดี ในขณะที่คนมีการศึกษาดำก้มักจะใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์และภาพยนตร์ หากผู้มีการศึกษาสูงมีเวลาว่างพอจะใช้สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ แต่หากมีเวลาจำกัด

ก็มักจะแสวงหาข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์มากกว่าประเภทอื่น และสอดคล้องกับ ปภาวดี ประจักษ์ศุภินิธิ (2530: 72) ได้กล่าวว่าคนหรือทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับความสำเร็จและความมีประสิทธิภาพขององค์กรอย่างมาก การปฏิบัติงานของคนในองค์กรเกี่ยวข้องกับตัวแปรหลายประการ เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษา

ระยะเวลาการปฏิบัติงานบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันด้วย โดยพบว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 - 10 ปีมีความคิดเห็นด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงานแตกต่างกับบุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 - 20 ปี เนื่องจากบุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-20 ปี ยังคงใฝ่รู้พัฒนาศักยภาพของตนเองมากกว่า สนใจเรียนรู้แนวคิดการทำงานรูปแบบ วิธีการใหม่ๆ ต้องการเห็นผลจากอะไรที่รวดเร็ว เพราะบุคลากรเห็นด้วยว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในงานสนับสนุนให้งานเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเห็นว่าโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการทำให้การติดตามประเมินความก้าวหน้าโครงการรวดเร็วขึ้น และจึงทำให้บุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน มีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยด้านความรู้ และด้านทักษะในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ อยู่ในระดับ ปานกลาง เช่นกัน เพราะบุคลากรได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ และมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนิพนธ์ ลีอกิตินันท์ (2547 : 71)อ้างถึง ความรู้ ความเข้าใจระบบสารสนเทศ และลักษณะของระบบสารสนเทศในด้านความสะอาดในการใช้งานและด้านความน่าเชื่อถือ มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จขององค์กรในการใช้ระบบสารสนเทศในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่านโยบายขององค์กรในการเสริมสร้างทักษะ และเพิ่มเติมอบรมให้องค์ความรู้ใหม่ ๆ ให้แก่พนักงานเพื่อใช้สำหรับ การปฏิบัติงาน และดำเนินการตามขั้นตอนของการทำธุรกรรมขององค์กร

เจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการนำโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพนม ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับโพโรจน์ บุตรชีวัน (2550 : 182 - 185) อ้างว่า ทศนคติของครูและพนักงานวิชาชีพวิทยาลัยที่มีผลต่อการทำงานด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสารสนเทศในระดับสูง ทศนคติที่มีต่อความสำเร็จในการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้งานระบบสารสนเทศ ด้านทัศนคติต่อการทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เห็นด้วยกับการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการทำงานด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทิศทางเดียวกันกับประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และผลการศึกษานูทิน จิตตะสิริ (2541 : 74) พบว่าบุคลากรปฏิบัติงานด้านบริหารเอกสารที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีสารสนเทศในทิศทางเดียวกัน ในระดับปานกลาง เนื่องจากเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ได้เจริญก้าวหน้าและมีบทบาทในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของสำนักงานให้มีความทันสมัยถูกต้องและรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

จากผลการศึกษาศูนย์กลางโรงพยาบาลนครพนมยังมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการอยู่ในระดับ ปานกลาง ในขณะที่การปฏิบัติงานด้านบริหารโครงการยังมีความจำเป็นที่บุคลากรต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารยุทธศาสตร์เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติระดับโครงการ ระเบียบการปฏิบัติการบริหารโครงการการติดตามรายงานความก้าวหน้าโครงการ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ยังอยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ด้านทักษะบุคลากรควรสามารถดูและติดตามข้อมูลรายงานโครงการได้สามารถสื่อสารอุปสรรค ข้อเสนอแนะโครงการผ่านโปรแกรมกับ

ผู้บริหารได้ซึ่งจากผลการศึกษานี้ยังอยู่ในระดับ พอใช้ ตลอดจนเจตคติการนำระบบออนไลน์มาใช้ในการบริหารโครงการ ทำให้งานดีขึ้น และการพัฒนาระบบบริหารโครงการด้วยโปรแกรมนี้ ช่วยให้งานอื่น ๆ ประสบความสำเร็จเพื่อให้สอดคล้องกับการบริหารราชการแนวใหม่ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ และลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน บรรลุเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะแนวทางการพัฒนาโดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้งานโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการแก่บุคลากรในประเด็นที่ยังเป็นโอกาสที่จะต้องพัฒนาจากผลการศึกษานี้ และเพิ่มศักยภาพการใช้งานด้านคอมพิวเตอร์ให้มีการฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญมากขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานของระบบบริหารจัดการในโปรแกรมติดตามประเมินผลโครงการ และให้มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และควรออกแบบระบบบริหารโครงการในส่วนที่สามารถนำเข้าไปไว้ในระบบโปรแกรมนี้ได้เพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

ควรต่อยอดการศึกษาในด้านประสิทธิผลของการนำข้อมูลภายในระบบไปใช้ประโยชน์ในการบริหารโครงการให้มุ่งผลสัมฤทธิ์ และประเมินประสิทธิภาพด้านต่างๆ ที่มีผลจากการใช้โปรแกรมนี้บริหารโครงการที่มีผลสัมฤทธิ์

เอกสารอ้างอิง

1. ประสพสิน แม่นทิม.(2539). ศักยภาพของบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของกรมตรวจบัญชีสหกรณ์, ภาคนิพนธ์ ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
2. นูทิน จิตตะสิริ.(2541). ประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาระบบงานบริหารเอกสาร: ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
3. นิพนธ์ ลือกิตตินันท์. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในการใช้ระบบสารสนเทศในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท คาโอ อินดัสตรีเยล(ประเทศไทย) จำกัด.บัณฑิตวิทยาลัย .กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

4. คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ,สำนักงาน.(2546). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย
5. ทศพร ศิริสัมพันธ์.(2548). การบริหารราชการแนวใหม่ บริบทและเทคโนโลยี. กรุงเทพมหานคร :วิชั่นพริ้นท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด.
6. พิภพ วังเงิน.(2547). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : อักษรพิทยา.
7. สิทธิพงษ์ อัญญาตมิกุล.(2546). ความคิดเห็นของพนักงานที่มีต่อความสำเร็จในการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานของบริษัทไทยโอเลฟินส์ จำกัด. คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Original article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ของหญิงตั้งครรภ์ เขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

ศิริกาญจน์ ชิวเวียงโรจน์, ส.ม.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์เขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 โดยคลอดเด็กเกิด มีชีพและมีอายุครรภ์ที่คลอดมากกว่า 36 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 42 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มที่ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์และกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ มีความรู้ในการตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง เท่ากับ ร้อยละ 76.9 และ ร้อยละ 68.8 ตามลำดับ แต่พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 84.6 และ ร้อยละ 62.5 ตามลำดับ กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ที่มีความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ในระดับมาก ร้อยละ 73.1 ส่วนกลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ที่มีความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ในระดับน้อย ร้อยละ 62.5 กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติในการมาฝากครรภ์ในระดับสูง ร้อยละ 80.8 กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติในการมาฝากครรภ์ในระดับปานกลางร้อยละ 75 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ และการมาฝากครรภ์ และความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ ($p < 0.05$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการฝากครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เพื่อให้หญิงมีครรภ์ได้รับประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ : การฝากครรภ์คุณภาพ , หญิงตั้งครรภ์, ปัจจัยเสี่ยง

Factors Associated with the Adequate and Inadequate Qualitative Antenatal Care of Pregnant Women in Thatphanom Sub-District, Thatphanom District, Nakhonphanom Province.

SIRIGARN CHEEWARUANGROJ, M.P.H.

Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhonphanom Province

Abstract

This descriptive study aimed to study factors associated with the adequate and inadequate qualitative antenatal care in Thatphanom sub-district, Thatphanom district, Nakhonphanom province. We reviewed and interviewed 42 pregnant women who have gestation aged ≥ 36 weeks and delivered live newborn at Thatphanom Crown Prince Hospital during October 1st, 2012 - September 30th, 2013. The data had been collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistics and analytic statistics; both of Chi-square test and Fisher's exact test were performed by SPSS program version 17.0.

The study found that both groups of adequate qualitative antenatal care and inadequate qualitative antenatal care had high level of pregnant knowledge about 76.9% and 68.8%, respectively. However, both groups had low level of attitude toward pregnancy and antenatal care at 84.6% and 62.5%, respectively. The adequate qualitative antenatal care group had high level of the convenience of antenatal care at 73.1 % whereas the inadequate qualitative antenatal care group had low level at 62.5 %. The adequate qualitative antenatal care group also had high level of social support from their husband and relatives at 80.8%. In the contrast, the inadequate qualitative antenatal care group had medium level of social support from husband and relatives at 75%. Factors associated with the adequate and inadequate qualitative antenatal care were marriage status, education background, occupation, migration during pregnant, attitude toward pregnancy and antenatal care and convenience of antenatal care ($p < 0.05$)

These study findings are useful to improve antenatal care system of antenatal care clinic in Thatphanom Crown Prince Hospital for the most benefit to pregnant women.

Keywords: Qualitative antenatal care, Pregnancy, Risk factors

บทนำ

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่มีความสำคัญมากเปรียบเสมือนหัวใจของการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ประชากรกลุ่มมารดาและเด็ก จึงได้กลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของประเทศ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อลดอัตราการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ นับตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด¹ การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะหากฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือความผิดปกติของการตั้งครรภ์ ได้แก่ ทารกคลอดเสียชีวิต การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม²⁻⁴

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดนครพนม จากปีงบประมาณ 2553-2555 อัตราฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พบร้อยละ 44.23, 49.25 และ 49.67 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 50) อัตราการฝากครรภ์คุณภาพ พบร้อยละ 76.10, 74.84 และ 68.70 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 90) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 8.99, 9.58 และ 9.73 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ (ไม่เกินร้อยละ 7)⁵ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอธาตุพนม จากปีงบประมาณ 2553-2555 อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์พบร้อยละ 39.62, 42.50 และ 45.61 ตามลำดับ อัตราการฝากครรภ์ 4 ครั้ง คุณภาพพบร้อยละ 73.66, 75.64 และ 78.70 ตามลำดับ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.57, 6.36 และ 6.85 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ตัวชี้วัด⁶

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในตำบลธาตุพนม จากปี 2553-2555 อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์พบร้อยละ 36.21, 58.73 และ 43.59 ตามลำดับ อัตราการฝากครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพพบร้อยละ 87.50, 86.65 และ 88.27 ตามลำดับ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 6.78, 4.76 และ 6.50 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในตำบลธาตุพนม อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และอัตราการฝากครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์

ทั้ง 3 ปี ส่งผลให้ยังมีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ซึ่งถึงแม้จะผ่านเกณฑ์แต่มีผลกระทบต่อทารกกลุ่มนี้ ที่ส่งผลในการดูแลรักษา และในระยะยาวถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร การไม่มีคู่สมรส การมีถิ่นฐานอยู่กับที่ ความรู้และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความสะดวกสบายในการฝากครรภ์และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม^{7-11, 12, 16} สำหรับอำเภอธาตุพนม ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์วางแผน แก้ไขปัญหาในการจัดระบบการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ เขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลย้อนหลังกับหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 โดยเก็บข้อมูลเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1)หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในตำบลธาตุพนม 2) คลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 3) คลอดเด็กเกิดมีชีพ และ 4) อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ จำนวนทั้งสิ้น 42 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

1) แบบสอบถามส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับการตั้งครรภ์ การย้ายที่อยู่

2) แบบสอบถามส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ประกอบไปด้วยความรู้และทัศนคติของการตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์ มีทั้งหมด 11 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบใช่ ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน จากนั้นทำการแปลผลความรู้ตามหลักการของเบสต์ (Best)¹³ คือ การคำนวณหาพิสัยช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย ระดับที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง 6 – 11 คะแนน ระดับต่ำ 0 – 5 คะแนน สำหรับการเกณฑ์การให้คะแนนทัศนคติ ผู้วิจัยประยุกต์แบบวัดทัศนคติมาตราส่วนประเมินค่าของลิเกิร์ต (Likert scale) ชนิด 5 อันดับตัวเลือก โดยดัดแปลงแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เป็น 3 อันดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็น โดยคำถามเชิงบวก เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ เห็นด้วยให้ 1 คะแนน ไม่เห็นใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน สำหรับการเกณฑ์การประเมินผลประยุกต์ใช้แนวคิดการแบ่งระดับคะแนนแบบอิง

เกณฑ์ (Criterius reference) ของบลูม (Bloom)¹⁵ ซึ่งมี 5 ระดับ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับให้สอดคล้องกับลักษณะของสิ่งที่ต้องการวัด โดยปรับเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับสูง คะแนนเท่ากับ 80-100%, ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 60-79%, และระดับต่ำ ค่าคะแนนเท่ากับ 1-59% ดังนั้นการแปลผลระดับค่าคะแนนของทัศนคติเกี่ยวกับารตั้งครรภ์และฝากครรภ์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ จากค่าคะแนน 11-33 คะแนน คือ ระดับสูง 26-33 คะแนน ระดับปานกลาง 19-25 คะแนน และระดับต่ำ 11-18 คะแนน

3) แบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ คือ ความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ มีคำถาม 9 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบใช่ ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน จากนั้นทำการแปลผลความรู้ตามหลักการของเบสต์ (Best)¹³ คือ การคำนวณหาพิสัยช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย ระดับที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ สะดวกมาก 5-9 คะแนน และสะดวกน้อย 0 – 4 คะแนน

4) แบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม คำถาม 12 ข้อ ได้ประยุกต์แบบวัดตามมาตราส่วนประเมินค่าของลิเกิร์ต (Likert scale) ชนิด 5 อันดับตัวเลือก และดัดแปลงแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เป็น 3 อันดับตัวเลือก เช่นเดียวกับทัศนคติ รวมทั้งการแปลผลประยุกต์แนวคิดการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (Criterius reference) ของบลูม (Bloom)¹⁵ และปรับลดระดับค่าคะแนนให้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก 29-36 คะแนน ระดับปานกลาง 21-28 คะแนน และระดับต่ำ 12-20 คะแนน

การสร้างเครื่องมือ แบบสอบถามดัดแปลงมาจากอรุณี พึ่งแพง ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ในโรงพยาบาลศิริราช ปี 2554 มีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 4 ส่วน⁷ การหาคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยประยุกต์ใช้การคำนวณหาความเที่ยงด้วยสูตร KR 20 (Kuder-Richardson)

และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) และพบว่าแบบสอบถามด้านความรู้มีความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.78, แบบสอบถามทัศนคติ มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อมีความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมมีค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาชเท่ากับ 0.63 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการอบรม ขณะออกเยี่ยมบ้านหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Chi - square test และเลือกใช้สถิติ Fisher's exact test ในกรณีที่ค่าใดค่าหนึ่งในตารางมีค่าน้อยกว่า 5 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 20

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ทั้งหมด 26 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 84.6 รองลงมาอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 15.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.2 รองลงมาโสด ร้อยละ 3.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยม/ปวช. ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 7.7 อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 42.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 61.5 รองลงมา รายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 23.1 ลำดับการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือครั้งที่ 1 ร้อยละ 38.5 การย้ายที่อยู่ พบว่าไม่ย้ายที่อยู่ ร้อยละ 73.10

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด 16 คน ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 50 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 37.5 หม้าย หย่า แยกทาง ร้อยละ 12.5 ระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 87.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.5 อาชีพที่รายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 87.5 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 37.5 ลำดับการตั้งครรภ์พบครั้งที่ 2 ร้อยละ 75 รองลงมาคือครั้งที่ 1 ร้อยละ 25 การย้ายที่อยู่ พบไม่มีการย้ายที่อยู่ ร้อยละ 100

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์

2.1 ปัจจัยนำ

ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 76.9 และในกลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 68.8 สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติในระดับต่ำ กลุ่มที่ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับต่ำ ร้อยละ 84.6 ในขณะที่กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนมากมีทัศนคติในระดับต่ำ ร้อยละ 62.5

2.2 ปัจจัยเอื้อ

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ในระดับมาก ร้อยละ 73.1 ระดับน้อย ร้อยละ 26.9 และในกลุ่มที่ฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่มีความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ในระดับน้อย ร้อยละ 62.5 ระดับมาก ร้อยละ 37.5

2.3 ปัจจัยเสริม

กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีและญาติในการมาฝากครรภ์ในระดับสูง ร้อยละ 80.8 รองลงมาระดับต่ำ ร้อยละ 11.5 กลุ่มฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีและญาติในการมาฝากครรภ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 25

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์

ลักษณะทางประชากร	การฝากครรภ์คุณภาพ				F	p-value
	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
ต่ำกว่า 20 ปี	0	0.0	2	12.5	3.421	0.245
20-30 ปี	22	84.6	12	75.0		
มากกว่า 30 ปี	4	15.4	2	12.5		
สถานภาพสมรส						
โสด	1	3.8	8	50.0	14.229	< 0.001*
คู่	25	96.2	6	37.5		
หม้าย หย่า แยกทาง	0	0.0	2	12.5		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	7.7	2	12.5	11.639	0.001*
ประถมศึกษามัธยมศึกษา/ปวช.	11	42.3	14	87.5		
สูงกว่ามัธยม	13	50.0	0	0.0		
อาชีพ						
รายได้แน่นอน	4	15.4	0	0.0	8.703	0.016*
รายได้ไม่แน่นอน	11	42.3	14	87.5		
อื่นๆ	11	42.3	2	12.5		
รายได้						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	15.4	8	50.0	5.828	0.065
5,000 – 10,000 บาท	16	61.5	6	37.5		
มากกว่า 10,000 บาท	6	23.1	2	12.5		
ลำดับการตั้งครรภ์						
ครรภ์ที่ 1	10	38.5	4	25.0	0.808	0.369 [‡]
ครรภ์ที่ 2 หรือมากกว่า	16	61.5	12	75.0		
การย้ายที่อยู่						
ย้าย	7	26.9	0	0.0	5.169	0.033*
ไม่ย้าย	19	73.1	16	100		

[‡]ทดสอบโดยสถิติ Chi square test, *p < 0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อทดสอบทางสถิติ ลักษณะ ประชากร พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพของหญิงตั้งครรภ์และการย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

ลักษณะทางประชากร	การฝากครรภ์คุณภาพ				X ²	p-value
	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ในการตั้งครรภ์และฝากครรภ์						
ระดับสูง	20	76.9	11	68.8	0.342	0.559 [*]
ระดับต่ำ	6	23.1	5	31.2		
ทัศนคติ						
ระดับดี	3	11.6	6	37.5	5.815	0.043 [*]
ระดับปานกลาง	1	3.8	2	12.5		
ระดับต่ำ	22	84.6	8	62.5		

*ทดสอบโดยสถิติ Chi square test, * $p < 0.05$ จากการทดสอบ Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทัศนคติในการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

ลักษณะทางประชากร	การฝากครรภ์คุณภาพ				X ²	p-value
	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสะดวกสบาย						
สะดวกมาก	19	73.1	6	37.5	5.203	0.023 [*]
สะดวกน้อย	7	26.9	10	62.5		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ความสะดวกสบายในการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

ลักษณะทางประชากร	การฝากครรภ์คุณภาพ				X ²	p-value
	ครบตามเกณฑ์		ไม่ครบตามเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แรงสนับสนุนจากสามีและญาติ						
ระดับสูง	21	80.8	12	25.0	3.965	0.196
ระดับปานกลาง	2	7.7	4	75.0		
ระดับต่ำ	3	11.5	0	0.0		

จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติของหญิง

ตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์ ความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ และการย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี พิงแพ่ง⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าอาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามี รายได้ จำนวนบุตร ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การมีถิ่นฐานอยู่กับที่ ความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของริโบริและคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาในเมืองอราคาจู (Aracaju) ประเทศบราซิลพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับต่ำ ครอบครัวยากได้น้อย การฝากครรภ์นอกเขตเทศบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพรตีส และคณะ¹⁰ ที่พบว่าเหตุผลสำคัญอันดับแรกที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คือ การมีฐานะด้านเศรษฐกิจที่ไม่ดีของหญิงตั้งครรภ์ ในขณะที่ดูแลบุตรและความยากลำบากในการเดินทางมาฝากครรภ์ และการอยู่อาศัยในพื้นที่ชนบท หรืออยู่ห่างไกลจากสถานบริการและสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็อมพร

ราชภูติและคณะ⁸ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพแม่บ้าน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางภาระงานในการหารายได้และต้องหารายได้ช่วยสามี การดูแลบุตรและการคมนาคมที่ไม่สะดวกสบายมีความสัมพันธ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดระยอง และการศึกษาของสุกิจ พรหมรบ¹² พบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ยังมีการทำงานช่วยสามีเพื่อหารายได้ จากการศึกษาของโคอิมบราและคณะ¹⁶ ในผู้หญิง 2,381 คนที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตเทศบาลเมืองเซาหลุยส์ (Sao Luis) ของประเทศบราซิล พบว่ามารดา มีระดับการศึกษาต่ำ การมีรายได้น้อย การไม่มีคู่สมรส และการไม่มีการเจ็บป่วยในขณะที่ตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยม/ปวช. ร้อยละ 87.50 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.50 ในเรื่องการศึกษานั้นหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจ และทักษะของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน เพื่อให้บริการที่เหมาะสมในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับประโยชน์ จากการ ฝากครรภ์ให้ได้อย่างเต็มที่ ในเรื่องทัศนคตินั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากแต่ไม่ได้หมายความว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เลย หากมีหลักฐานหรือข้อมูลที่บ่งชี้ได้ว่าการมาฝากครรภ์ ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์

มีผลต่อ ตัวมารดาและทารกในครรภ์ อาจทำให้ทัศนคตินั้นเปลี่ยนแปลงได้ ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมได้จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้คำแนะนำแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อาจทำให้ทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่าความสะดวกรวดสบายในการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ ความสะดวกรวดสบายหมายถึง ระยะทางในการมาฝากครรภ์ ขั้นตอนการฝากครรภ์ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ราชภูติและคณะ⁸ ที่พบว่าการคมนาคมที่ไม่สะดวกเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของแกงค์⁹ ที่พบว่าในประเทศมาเลเซียที่มีประเทศเต็มไปด้วยภูเขาและถนนที่ไม่สะดวกทำให้หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ขั้นตอนการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ได้มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์ขั้นตอนในการรับบริการ และมีการชี้แจงแนะนำ อำนวยความสะดวก เช่นการบอกทางไปยังห้องต่างๆ การใช้สิทธิการรักษา

การให้บริการของเจ้าหน้าที่บางกิจกรรมใช้เวลาาน เช่นการซักประวัติ ให้คำปรึกษา จึงได้จัดบริการแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ซักประวัติแล้วเสร็จ แนะนำให้ไปตรวจสุขภาพช่องปากก่อน และจึงกลับมาให้คำปรึกษา ตรวจครรภ์ แล้วไปตรวจเลือด รับประทาน เพื่อให้ระบบกระชับ ลดขั้นตอนลดระยะเวลาการรอคอยลง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการปรับปรุงแบบการบริการฝากครรภ์ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษาและรายได้ของหญิงตั้งครรภ์
2. ควรมีการจัดบริการฝากครรภ์เชิงรุกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความสะดวกในการมารับบริการฝากครรภ์ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสำรวจ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้คำแนะนำการมาฝากครรภ์
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีการย้ายที่อยู่ขณะตั้งครรภ์ ควรมีระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังหน่วยบริการที่ใกล้ที่อยู่อาศัยใหม่ของหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก อาจทำให้ได้ประเด็นต่างๆที่ละเอียดมากขึ้นเพื่อนำมาพัฒนาการจัดระบบบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปประเด็นทัศนคติ เป็นประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยรายละเอียดให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเพื่อหาคำตอบให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557. [ออนไลน์] 1 มกราคม 2557. [อ้างเมื่อ 5 พฤษภาคม 2558] จาก <http://bps.moph.go.th/sites/default/files/mdgreport2557.pdf>
2. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol 2010; 203: 122.e1-6.
3. Herbst MA, Mercer BM, Beazley D, Meyer N, Carr T. Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. Am J Obstet Gynecol 2003; 289(4): 930-933.
4. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 1011-1016.
5. เอกสารอำนวยการรายงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 2553-2555.
6. เอกสารอำนวยการรายงาน งานอนามัยแม่และเด็ก. งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 2555.

7. อรุณี พึ่งแพง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์คุณภาพครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2544.
8. เอื้อมพร ราชภูติ จันทรัตน์ เจริญสันติ และกรรณิการ์ กัณษะรักษา. การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนอง. พยาบาลสาร 2554; 38(3).
9. Gang AJ. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. Soc Sci Med 2007; 65(8): 1666-82.
10. Paredes I, Hidalgo L, Chedarui J, Eugenio J. Factor associated with inadequate Prenatal care in Ecuadorian women. International journal of Gynecology and obstetrics 2005; 8(2): 168-172.
11. Ribeiro ERO, Guimaraes AMDNG, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, Silva AA, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. BMC Pregnancy and Childbirth 2009; 9(31).
12. สุกิจ พรหมรับ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2540.
13. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs: 1997
14. Liker R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 22 (140): 1-55.
15. Bloom BS et al. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York; McGraw Hill; 1971
16. Coimbra et al., Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. Revista de SaudePublica 2003; 37(4): <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020030004000010>

โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ โรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome: Mers)

นายแพทย์ศุภโชค เข็มลา

ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพนม

สถานการณ์โรค

ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา หลายคนคงจะได้ยินข่าวและตกใจกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโรคนึง ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและอัตราการเสียชีวิตสูงมาก โดยเกิดการระบาดครั้งใหญ่ ในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งเป็นประเทศที่คนไทยไฝ่ฝันและไปท่องเที่ยวกันเยอะ จึงมีโอกาสติดต่อกันได้ ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัส (Contact) การไอหรือจาม (Droplet) โรคที่วันนี้คือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ โรคเมอร์ส (Mers) นั่นเอง

พบว่ามีการรายงานการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย (KSA) ต่อมาเชื้อได้แพร่กระจายไปยังประเทศใกล้เคียง เดิมที่เราเรียกไวรัสชนิดนี้ว่า “โนเวล โครนาไวรัส” (Novel Corona Virus) เป็น RNA ไวรัส ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร แต่ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ใช้ชื่อเรียกใหม่ว่า Middle East Respiratory Syndrome หรือ โรคเมอร์ส (Mers) สามารถพบการติดเชื้อได้ในทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่มักพบในผู้ใหญ่ และมีอัตราการเสียชีวิตราว ร้อยละ 30-40 ความสำคัญของโรคนี้อีกคือ นอกจากอัตราการเสียชีวิตที่สูงแล้ว ยังพบการแพร่กระจายจากคนสู่คน โดยเฉพาะบุคคลที่อาศัยภายในบ้านเดียวกันและบุคลากรทางการแพทย์

สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกและรายล่าสุด จำนวน 1 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2558) ซึ่งเป็นเพศชาย อายุ 75 ปี ชาวตะวันออกกลาง ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคความดันลบ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาจนหายและสามารถกลับบ้านได้ในที่สุด

อาการ

ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อโรคเมอร์ส โดยทั่วไปจะมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ก่อนข้างรุนแรงและเฉียบพลัน มีอาการไข้ ไอ หายใจหอบและหายใจลำบาก ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกราย จะมีภาวะปวดบวม นอกจากนี้ ในผู้ป่วยอีกจำนวนมาก จะมีอาการในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องร่วง ร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายมีภาวะไตวาย ซึ่งในจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดจะเสียชีวิต ส่วนในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคปอด หรือโรคมะเร็ง จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าคนปกติ

ระยะฟักตัว

มีระยะฟักตัวเฉลี่ยประมาณ 14 วัน

การติดต่อและการแพร่กระจายของโรค

สำหรับแหล่งที่มาของโรคเมอร์ส ยังไม่สามารถอธิบายเป็นที่แน่ชัดได้ว่า คนสามารถติดเชื้อโรคเมอร์ส จากสัตว์ได้อย่างไร เชื้อนี้เป็นเชื้อไวรัสที่พบในสัตว์ และเชื่อว่าคนสามารถติดเชื้อผ่านมาจากการสัมผัสทั้งทางตรงและทางอ้อมกับอุจจาระเพียงอย่างเดียว ที่มีการติดเชื้อแถบตะวันออกกลาง (พบเชื้อไวรัสเมอร์สที่ตรงกับในคน ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่แยกออกมาจากอูฐ ที่พบในอียิปต์ โอมาน กาตาร์ และซาอุดีอาระเบีย นอกจากนี้ยังพบ แอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเมอร์ส ในอูฐเพียงอย่างเดียว ในแถบแอฟริกาและตะวันออกกลาง) จากการศึกษาดังกล่าว จึงสนับสนุนว่าการติดเชื้อโรคเมอร์ส ที่พบในอูฐเพียงอย่างเดียว มีแนวโน้มที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคเมอร์สในคน

สำหรับการติดต่อระหว่างคนสู่คน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเมอร์ส เกือบทั้งหมดมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ จึงสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ทั้งจากการสัมผัส (contact) การไอจาม (droplet) หรือแม้กระทั่งมีการทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองในอากาศ (airborne) ซึ่งสามารถติดต่อระหว่างคนสู่คนได้ ดังนั้นผู้ที่คลุกคลีสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องมีการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอง หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ ก็มีโอกาสได้รับเชื้อโรคเมอร์ส เข้าสู่ร่างกาย

การรักษา

เนื่องด้วยโรคนี้นับเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ข้อมูลการใช้ยาต้านไวรัสค่อนข้างจำกัด และยังไม่มียาต้านไวรัสจำเพาะต่อเชื้อนี้ในการรักษา จึงทำได้เพียงให้การรักษาตามอาการ และการรักษาแบบประคับประคอง จนกว่าการอักเสบในระบบทางเดินหายใจจะลดน้อยลงจนหายเป็นปกติ

การป้องกันการติดเชื้อ

1. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจหรือผู้ที่มีอาการไอหรือจาม
2. ปฏิบัติตามสุขอนามัย กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่
3. ถ้ามีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสคลุกคลีกับบุคคลอื่น เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเมื่อไอหรือจามควรใช้กระดาษชำระปิดปากและจุมทุกครั้ง และทิ้งกระดาษชำระที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่ปิดมิดชิด และล้างมือให้สะอาด สวมหน้ากากอนามัย กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ควรไอหรือจามลงบนเสื่อผ้าบริเวณต้นแขน ไม่ควรจามรดมือและรีบไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พร้อมแจ้งความเสี่ยงที่อาจสัมผัสโรค เช่น เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยโรคเมอร์ส
4. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค ติดต่อสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 ตลอด 24 ชั่วโมง

คำแนะนำสำหรับผู้เดินทางหรือนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค

จากข้อมูลที่มีในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการป่วยรุนแรง ได้แก่ ผู้มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคไตวาย หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไปในประเทศที่มีการระบาดในช่วงที่มีการระบาดของโรค สำหรับผู้เดินทางทั่วไป ควรปฏิบัติตน ดังนี้

1. หากไม่จำเป็น ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรค
2. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจหรือผู้ที่มีอาการไอหรือจาม
3. หลีกเลี่ยงการเข้าไปหรือสัมผัสฟาร์มสัตว์หรือสัตว์ป่าต่างๆหรือตึมน้ำนมดิบ โดยไม่ผ่านการฆ่าเชื้อโรค โดยเฉพาะ นมผง ซึ่งอาจเป็นแหล่งรังโรคของเชื้อได้
4. ปฏิบัติตามสุขอนามัย กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่
5. ถ้ามีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสคลุกคลีกับบุคคลอื่น เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเมื่อไอหรือจามควรใช้กระดาษชำระปิดปากและจุมทุกครั้ง และทิ้งกระดาษชำระที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่ปิดมิดชิดและล้างมือให้สะอาด สวมหน้ากากอนามัย กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ควรไอหรือจามลงบนเสื่อผ้าบริเวณต้นแขน ไม่ควรจามรดมือ และรีบไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
6. หลังจากกลับจากการเดินทาง หากภายใน 14 วัน มีอาการไข้ ไอ หรือเจ็บคอ หรือมีน้ำมูก ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือโทร. 1669 พร้อมแจ้งประวัติการเดินทาง

ความเชื่อ “แรงบันดาลใจ”

ปาริฉัตร แสนรังค์

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.ชะโนด

“ชีวิตมันต้องเดินตามหาความฝัน หกหล่มคลุกคลานเท่าไร? มันจะไปจบที่ตรงไหน? เมื่อเดินเท่าไรหมันก็ไปไม่ถึง...” เกิดคำถามขึ้นในใจของข้าพเจ้าเสมอว่าบางคนอาจจะค้นพบสิ่งที่ชอบตั้งแต่เด็กสามารถเดินตามความฝันของตนเองได้ แต่กับบางคนอาจจะต้องลองผิดลองถูกกว่าจะพบเจอความฝันนั้น จะต้องเสียเวลาไปมากมายเท่าไร ซึ่งข้าพเจ้าก็เป็นแบบที่สอง ที่ไม่รู้เลยว่าสิ่งที่ทำอยู่ในปัจจุบันนี้มันคือความฝันของข้าพเจ้าจริงหรือเปล่า แม้จะเรียนมาถึง 4 ปี แต่ยังไม่สามารถตอบคำถามได้เลยว่าสิ่งที่ตนเองทำนั้นมันคือความสุขและสิ่งที่เราต้องการ จนวันหนึ่งที่ข้าพเจ้าได้รับของขวัญที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำงานนี้

ตอนที่ข้าพเจ้าเรียนอยู่รู้สึกไม่ชอบวิชาการพยาบาลชุมชนเลยเพราะต้องออกไปเดินตามหมู่บ้าน ร้อนก็ร้อน เหนื่อยก็เหนื่อย แถมยังเสี่ยงภัยกับเจ้าสุนัขที่เลี้ยงไว้เพื่อเฝ้าบ้านอีก จึงคิดว่าถ้าเรียนจบทำงานคงไม่เลือกอยู่งานชุมชน จนกระทั่งได้มาฝึกงานจริงๆในชุมชน ครั้งแรกที่ออกเยี่ยมบ้านกับพี่พยาบาลที่อนามัยแห่งหนึ่งซึ่ง ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกดีและในใจเกิดคำถามขึ้นมากมาย เพราะแค่เพียงเอ่ยชื่อนามสกุลผู้ป่วยก็สามารถบอกทางไปบ้านผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องอาศัยแผนที่เมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วย การสนทนาเริ่มต้นขึ้นราวกับญาติสนิทที่มาเยี่ยมเยือนเพื่อถามสารทุกข์สุกดิบกัน ไม่ใช่แค่การดูแลผู้ป่วยเท่านั้นยังรวมถึงการดูแลครอบครัวแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานรายนี้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทุกครั้ง ทำให้ทีมเยี่ยมบ้านต้องลงติดตามระดับน้ำตาลของผู้ป่วย พอไปถึงผู้ป่วยสองตายายอาศัยอยู่บริเวณร้านรับซื้อของเก่าที่มีเพียงสังกะสีที่นำมาปูเป็นหลังคาเพื่อ บดบังแดดและฝน กระดานไม้อัดที่นำมาปิดเป็นฝาบ้านเพื่อบังลมหนาว ภายในบ้านมีแคร่ไม้เก่าๆที่เป็นที่นอน การดูแลผู้ป่วยรายนี้ไม่ใช่แค่เพียงติดตาม

ระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่เป็นการดูแลอย่างองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเครียดและปัญหาครอบครัว จึงมีการพูดคุยให้คำปรึกษาแบบครอบครัว ซึ่งในบางครั้งการที่เราจะพูดคุยกับคนที่ใกล้ชิดในครอบครัวไม่ใช่เรื่องง่ายต้องอาศัยสื่อกลางเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งตอนนั้นไม่เข้าใจเลยว่าเราต้องทำถึงเพียงนี้เชียวหรือมันเป็นเรื่องภายในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งพี่พยาบาลสามารถช่วยให้ตายายได้อยู่กับลูกหลาน อาการเบาหวานเริ่มดีขึ้น ทำให้เกิดคำถามขึ้นในใจว่าทำไมทุกคนในชุมชนถึงยอมรับและรักพี่พยาบาลคนนี้มาก ข้าพเจ้าจึงได้ถามพี่พยาบาลว่า “ต้องทำยังไงถึงจะมีคนรักและยอมรับเรา หนูอยากทำให้ได้อย่างพี่คะ? พี่พยาบาลบอกว่า “นี่แหละคือของขวัญจากคนไข้ ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำงาน มันอาจจะไม่ใช่ข้าวของหรือเงินทอง แต่เพียงแค่อวยยิ้ม และความสุข รู้ถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การมีรักเหนือรักกับคนทุกคนทำให้เรามีความสุขและได้ความรักกลับมา ถ้าอยากสุขต้องรู้จักการเป็นผู้ให้ก่อน” สิ่งเหล่านี้ทำให้ข้าพเจ้าได้คำตอบของชีวิต และได้รู้คุณค่าของตัวเองมากขึ้น สุดท้ายเหมือนชะตาฟ้าลิขิต ข้าพเจ้าจึงตัดสินใจเลือกทำงานใช้ทุนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือที่เรียกว่าอนามัยนั่นเอง

ข้าพเจ้าทำงานเจออุปสรรคหลายๆอย่าง แต่มันเป็นแรงบันดาลใจให้ข้าพเจ้า อดทน ทำงานในด้านที่ข้าพเจ้าได้เลือกให้ดีที่สุด มีเรื่องราวที่ประทับใจอยู่มากมาย ดังเรื่องที่จะเล่าให้ฟังว่า เมื่อไม่นานมานี้ข้าพเจ้าได้มีโอกาส ไปเยี่ยมบ้านครอบครัวหนึ่งซึ่งเป็นอีกแรงบันดาลใจทำงาน...ทำให้ข้าพเจ้าเชื่อว่า การมีรักเหนือรักคือการให้ความรักความเมตตาให้กับทุกคนสามารถนำความสุขสู่ครอบครัวและชุมชนได้

“เธอเห็น ท้องฟ้า นั้นใหม่...ความหวังเล็กๆที่ฝ้า คอยจะมีบ้างใหม่... พ่อยังรอลูกกลับมาอยู่ใกล้ๆในเวลาที่ย้อน ล้า หมดแรง หมดกำลังใจ ณ วันนี้ สภาพร่างกายของพ่อก็ เปรียบเสมือนแสงไฟที่ริบหรี่เหลือเวลามากน้อยเพียงใดก็ไม่มีใครรู้อนาคตได้ พ่อขอเพียงเวลาที่เหลือมีลูกอยู่ในอ้อมกอด อย่างน้อยถ่านไฟของพ่อถึงแม้มันจะริบหรี่ มันก็ไม่แน่ ถ้ามี ลูกมาอยู่แนบกาย ไฟดวงนั้นอาจจะปะทุขึ้นมาเป็นเพลิงที่ สวยงาม” คำพูดข้างบน เป็นเรื่องราวชีวิตของ “พ่อสิน” ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและวัณโรค ที่ข้าพเจ้าได้ออกไปเยี่ยมบ้าน เป็นประจำในช่วงที่รักษาตัวและกินยาพ่อสินมักรำพึงรำพัน ให้ข้าพเจ้าฟังเสมอๆ กับการต่อสู้กับโรค การดำเนินชีวิต และ ชีวิตครอบครัว “กราฟชีวิตของคนรอบข้างก็น่าอัศจรรย์ อนิจจัง! เป็นหยิ่งพ่อคือมีกราฟชีวิตที่มีขึ้นหรือลงเหมือนคน อื่นๆ ชีวิตของพ่อมีลูกเหมือนสวรรค์ประทานลงมา พอเลี้ยง ดูเจ้าจนเติบโตใหญ่ แต่แล้วเจ้าก็ต้องจากไปทำงาน ด้วยห่างไกล หัวอกผู้เป็นพ่อเป็นแม่ก็หวังอยากให้ลูกได้ดิบได้ดี มีเงินทอง มีเงินเก็บ พ่อยอมล้มบาบยอมทนในชีวิตที่ใครๆก็มองว่าเป็น ชีวิตของสองตา ยายที่ถูกทอดทิ้งไร้การติดต่อ ไร้การกลับมา ดูแล “เป็นหยิ่งเจ้าคือปมาเบ็งมาหาพ่อแทน” เป็นคำพูดตัด เพ้อของคุณพ่อสิน แม้ไม่มีลูกคอยดูแลแต่สองชีวิต ตา ยาย ก็ต้องดำเนินต่อไป แต่ด้วยร่างกายและภาวะกำลังแก่ชราภาพ แขน ขา อ่อนแรงโยเลาะจะสู้หนุ่มสาวรุ่นใหม่ ไม่ต้องพูดถึง เลยเมื่อไม่มีงานทำความทุกข์ อดอยากปากแห้งก็เริ่มมามัน คือพายุลูกใหญ่ที่พัดเข้ามาหาตัวพ่อสินเต็มๆ เคราะห์ซ้ำกรรม ชัดยังมีโรคเข้ามาแทรกซ้อนอีก โรคทางใจที่ต้องเผชิญต่อสู้ กับมันมาในระยะเวลาหลายปีที่พ่อคิดว่ามันร้ายแรงนัก พ่อ ยังต้องมาเผชิญกับโรคหัวใจและวัณโรค มันเกิดขึ้นได้อย่างไร? ถ้าใครจะมีคนรู้ ถ้ารักษาได้ก็เป็นแค่การรักษาตาม อาการ เพราะพ่อสินไม่มีเงินที่จะไปทำให้มันหายขาดเหมือน คนรวยเขาทำกัน พ่อก็ได้ปฏิบัติตัวดูแลตัวเองกินยาและไป พบหมอตตามนัด ข้าพเจ้าจะถามเสมอว่า “พ่อสินอาการดีขึ้น ไหม” พ่อสินตอบว่า “พ่ออาการดีขึ้นหรือภาษาหมอเขาเรียก กันว่าพอทุเลา แต่เมื่อชีวิตไม่สิ้นก็ต้องดิ้นกันไป พ่อเริ่มเห็น ท้องฟ้าสดใสขึ้นมาบ้าง อาการวัณโรคของพ่อหายเป็นปลิด ทิ้ง เอาละครวณี่พ่อกจะมีกำลังใจจะต่อสู้กับมันต่อไป” ข้าพเจ้ามักจะออกไปแวะเยี่ยมเยียนคุณพ่อสินเป็นประจำ ทำให้สนิทสนมคุ้นเคยกับครอบครัวนี้มาก อยู่มาวันหนึ่ง

เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดก็เกิดขึ้น... พ่อฟ้าสว่างได้ไม่นานมัน เหมือนแค่กระพริบตาแล้วลืมตาขึ้นมาฟ้าก็มีดครึ่มอีกละลอร่างกายของพ่ออ่อนล้า ทรวดลงชนิดกะทันหัน คนที่คอยอยู่ เคียงข้างพ่อก็คือ แม่ของลูกและข้าพเจ้า(พยาบาล)ที่คอย แนะนำ ให้พ่อทำใจให้สบาย ทำกายบริหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานอาหารยาให้ครบ แต่ลูกของพ่อสิน จะรู้ไหมว่าสิ่งที่จะเยียวยาจิตใจพ่อได้คืออะไร ? วันนั้นพ่อสิน พุดกับข้าพเจ้าว่า “ลูกจะรู้ไหม ฟ้าสว่างที่สวยงามของพ่อ คือการที่ลูกกลับคืนถิ่นมาอยู่ในอ้อมกอดของพ่อและแม่ พ่อ ยังครุ่นคิดรอคอยวันที่ลูกหวนกลับมา” คำพูดพ่อสินมันทำให้ ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่นิ่งๆ และคิดว่าต้องช่วยแก้ไขปัญหานี้ ให้ได้ ข้าพเจ้าคิดถึงคำนี้ “จงช่วยเหลือ ผู้อื่น เท่าที่ มีโอกาส ช่วยได้ เพราะเราอาจเป็นคนเดียวที่ช่วยเขาได้” พอนึกถึงคำ นี้ข้าพเจ้าจึงไปปรึกษากับญาติที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียง ว่าจะมีทางช่วยให้คุณพ่อสินและครอบครัวกลับอยู่ด้วยกัน อย่างพร้อมหน้าพร้อมตา ตั้งที่พ่อสินต้องการ ซึ่งข้าพเจ้าจึง ได้โทรไปพูดคุย บอกเล่าสิ่งที่พ่อสินต้องการให้ลูกๆ ฟัง ซึ่งใน ใจของข้าพเจ้าคิดว่าเขาจะตำเรากลับมาไหม? เขาเป็นคนนอก ครอบครัวเป็นแค่พยาบาลตัวเล็ก แต่สิ่งที่ได้กลับมาคือสิ่งที่ ข้าพเจ้าคาดไม่ถึง เพราะลูกๆของพ่อสินทั้ง2คน ยอมเปิดใจ ว่าต้องหาเงินมารักษาพ่อ ข้าพเจ้าเลยบอกว่าสิ่งที่พ่อสิน ต้องการ ไม่ใช่แค่เงินทอง พ่อสินต้องการความรักความอบอุ่น จากครอบครัว แค่นี้ได้เห็นลูกกลับมาหาพ่อแค่นี้ก็ดีใจแล้ว แค่นี้ได้เห็นหน้า เพราะชีวิตบอกไม่ได้หรอกว่าอนาคตจะเป็นยัง ไร” พ่อข้าพเจ้าพูดจบ ลูกๆพ่อสินตกลงกลับมาหาพ่อสินจริงๆ ทำให้ฉันในฐานะหมออนามัยมีความสุขเสมอๆ ถึงแม้งานจะหนักหนาสาหัส แต่กลับทำให้ข้าพเจ้ามุ่งมั่นที่จะทำงานต่อไป ข้าพเจ้ารับรู้ ว่า ไม่เพียงข้าพเจ้า ที่เยียวยาโรคและผู้ป่วย เท่านั้น แต่ผู้ป่วยต่างหากที่เยียวยาข้าพเจ้า...ทำให้ข้าพเจ้า เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจโลก...

1 สัปดาห์ต่อมา ข้าพเจ้าได้รับข่าวดี ที่ว่าลูกสาว ของคุณพ่อสินจะมาแต่งงานและอยู่ดูแลพ่อสินด้วย ข้าพเจ้า ได้ไปร่วมงาน ลูกสาวของพ่อสินวิ่งมาหา มากอดแล้วบอกว่า “ขอบคุณนะค่ะที่คอยดูแลพ่อเสมอมา ต่อไปนี้หนูจะช่วยดูแล พ่อด้วย” พ่อสินก็เดินมาหา ข้าพเจ้าสังเกตเห็นสีหน้าของพ่อ สินดูสดชื่น ใบหน้ามีรอยยิ้ม และเต็มไปด้วยความสุข ถาม ข้าพเจ้าว่า “คุณหมอกินข้าวรึยัง ม่าๆ” ข้าพเจ้าบอกขอบคุณ

และร่วมรับประทานอาหาร และได้พูดคุยกับพ่อสินพร้อมครอบครัว วันนั้นข้าพเจ้าสังเกตเห็นว่าทุกคนมีความสุขมาก ข้าพเจ้ากลับบ้านมาด้วยหัวใจที่เต็มไปด้วยความสุข ความสุขที่ได้เป็นผู้ให้ ข้าพเจ้าคิดถึงเราทุกคนของพี่พยาบาลวันนั้นทันทีว่า “นี่แหละคือของขวัญจากคนไข้ ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำงาน มันอาจจะไม่ใช่ข้าวของหรือเงินทอง แต่เพียงแคร์อยยิ้ม และความสุข รู้ถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การมีรักเหนือรักกับคนทุกคนทำให้เรามีความสุขและได้ความรักกลับมา ถ้าอยากสุขต้องรู้จักการเป็นผู้ให้ก่อน” ปัจจุบันนี้พ่อสินยังอยู่กับลูกๆสุขภาพร่างกายดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลย นี่ใช่ไหมที่เขาเรียกว่า สุขภาพใจแข็งแรง สุขภาพกายย่อมดีตามมา....ครอบครัวอบอุ่นสำคัญที่สุดจริงๆ

โภชนบำบัดผู้ป่วยโรคตับอักเสบ

มลิวลัย วงศ์พยัคฆ์

กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลนครพนม



ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และไม่มีประวัติได้รับยา หรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ ปัสสาวะสีเข้ม ไข้ อาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา เบื่ออาหารอ่อนเพลียมาก จากเกณฑ์การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค รง.506 ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

2) ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกร่วมกับค่า ALT ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L

3) ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกร่วมกับมีผลบวกตามเกณฑ์จำเพาะทางห้องปฏิบัติการของไวรัสตับอักเสบ เอ, บี, ซี, ดี หรือ อี

ปี พ.ศ. 2551 อัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบมีการเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 16.6 ราย ต่อประชากรแสนคน และคงที่ที่อัตราป่วยนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 -2554 โดยมีอัตราป่วย 16.3, 16.2 และ 16.1 ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ทั้งหมด 10,309 ราย ในปี พ.ศ. 2553 จำแนกเป็น

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเอ 460 ราย เป็นร้อยละ 4.46 ของโรคตับอักเสบรวม ไวรัสตับอักเสบบี 5,879 ราย (ร้อยละ 57.03) ไวรัสตับอักเสบซี 1,086 ราย (ร้อยละ 10.53) ไวรัสตับอักเสบดี 247 ราย (ร้อยละ 2.40) ไวรัสตับอักเสบอี 53 ราย (ร้อยละ 0.51) และไม่ระบุชนิดเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุ 2,584 ราย (ร้อยละ 25.07) ผู้เสียชีวิตโรคตับอักเสบรวม 14 ราย อัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 อุบัติการณ์ของไวรัสตับอักเสบดี, อี และไม่ระบุชนิดเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคตับอักเสบชนิดต่างๆควรเน้นเรื่องสุขลักษณะของน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด และให้ความรู้ความเข้าใจแก่กลุ่มเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์ อัตราป่วย อัตราตาย

ลักษณะและหน้าที่ของตับ

ตับมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ คือ การสร้างกรดน้ำดีจากโคเลสเตอรอลเพื่อใช้ในการย่อยไขมัน ตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดในร่างกายมีน้ำหนักประมาณ 1,000-1,500 กรัม ตั้งอยู่ใต้กระบังลมด้านขวา มีถุงน้ำดีติดอยู่ เนื้อของตับมีลักษณะเป็นพูเล็กๆ เรียกว่า โลบูล (Lobule)

หน้าที่ของตับ

1. เป็นศูนย์กลางในกระบวนการเผาผลาญและดูดซึมคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน
2. สร้างกรดอะมิโน และสารโปรตีนในเลือด
3. เป็นที่เก็บสะสมวิตามิน และเกลือแร่บางชนิด
4. สร้างน้ำดี และโคเลสเตอรอล

โรคของตับ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. โรคตับอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส (Viral hepatitis)
 - 2.1 ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์
 - 2.2 โรคตับอักเสบ
 - 2.3 พิษสุรา
 - 2.4 การอุดตันของทางเดินน้ำดี
 - 2.5 ภาวะการขาดสารอาหาร

อาการของโรค

1. โรคตับอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส มักมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น อาจเป็นนาน 2-6 สัปดาห์ อาการดีซ่านจะหายไป ถ้าผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อาการต่างๆก็จะทุเลา และดีขึ้นได้โดยลำดับ
2. โรคตับแข็ง (Cirrhosis) มักมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยง่าย ระบบขับถ่ายผิดปกติ มีอาการท้องผูกหรือท้องร่วง ในระยะหลัง การทำงานผิดปกติของตับจะมากขึ้น และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ ทำให้มีการคั่งของเลือดในอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง
 1. รักษาทางยา
 2. รักษาโดยการผ่าตัด
 3. การบำบัดรักษาด้วยอาหาร

หลักการให้โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคตับอักเสบ

หลักการให้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคตับอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส ยา หรือพิษสุรา อาหารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร จึงควรจัดอาหารดังนี้

- อาหารครบหลัก 5 หมู่ ที่ให้พลังงานเพียงพอสำหรับ 1 วัน สำหรับผู้ป่วยตับอักเสบที่มีภาวะโภชนาการปกติควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งในระยะเริ่มต้น การรับประทานอาหารไม่แตกต่างจากคนปกติ คือ ต้องการพลังงาน 25-30 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง และมีภาวะทุโภชนาการร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอาจสูงถึง 35-45 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

- รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ นม เต้าหู้ โปรตีนเกษตร ให้เพียงพอ เพื่อรักษาเนื้อเยื่อของตับ ควรได้รับโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หากผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งหรือตับทำงานไม่ดี ควรปรับลดปริมาณโปรตีนลงเหลือ 0.6-0.8 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทางสมองจากตับ (Hepatic Encephalopathy) สัดส่วนของโปรตีนที่ควรได้รับ คือ ร้อยละ 15-20

- ให้ข้าวเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและควรเสริมในรูปของขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย เช่น นม ไอศกรีม ไข่หวาน ถั่วกวน น้ำผลไม้ สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับ คือ ร้อยละ 35-50

- น้ำมันหรือไขมัน ผู้ป่วยรับประทานได้ปกติ สัดส่วนของไขมันที่ควรได้รับ คือ ร้อยละ 30-35 แต่ถ้ามีอาการท้องอืดมากต้องลดไขมันให้น้อยลง คือ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง และไขมันชนิดอิ่มตัว และงดอาหารที่ทอด หรือปรุงด้วยน้ำมัน

- จัดแบ่งมื้ออาหารให้มากกว่าปกติ คือ 4-6 มื้อ เพื่อให้ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อมากจนเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยกินไม่หมด

- หากเป็นตับอักเสบจากพิษสุรา อาจจำเป็นต้องเสริมวิตามินร่วมด้วย

หลักการให้โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง

ใช้หลักเช่นเดียวกับผู้ป่วยตับอักเสบ แต่มีการเสริมวิตามินโดยเฉพาะวิตามินเอ เหล็ก สังกะสี ระวังการให้น้ำ และความเค็ม (ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการบวมหรืออาการท้องมาน) วิตามิน และ เกลือแร่ที่ควรเสริมมีดังนี้

- วิตามินบี เช่น เนื้อหมู ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าวขัดสีแต่น้อย ข้าวซ้อมมือ ไข่

- Folic acid เช่น ผักใบเขียว (คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาดขาว) ผลไม้สด ตับ ไต

- เหล็ก เช่น ผักใบเขียว ไข่แดง ตับ ไต เลือด เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง

- สังกะสี เช่น เนื้อสัตว์ อาหารทะเล

ผู้ป่วยตับแข็งมีความต้องการโปรตีนมากกว่าปกติ แต่อาจทนต่อโปรตีนขนาดสูงไม่ได้ การได้รับโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง เห็ด ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนสูงขึ้นได้

ตัวอย่างการคิดคำนวณพลังงาน และการจัดอาหาร เพื่อให้โภชนบำบัดผู้ป่วยโรคตับ

ชายไทย อายุ 50 ปี ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม มาด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ตัวเหลือง ตาเหลือง ค่า Lab อื่นๆที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับปกติ แพทย์วินิจฉัยเป็นตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส สามารถจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้ ดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยรายนี้ มีค่า BMI เท่ากับ 22.49 กิโลกรัม/ม² มีระดับภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. คำนวณพลังงานที่ควรได้รับโดยใช้กิจกรรมปานกลาง สำหรับภาวะโภชนาการปกติ ให้พลังงาน 30 แคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน โดยใช้น้ำหนักตัวที่แท้จริง คือ 65 กิโลกรัม X 30 แคลอรี เท่ากับ 1,950 แคลอรี คิดเป็นพลังงาน 2,000 แคลอรี/วัน

3. กำหนดสัดส่วนการกระจายสารอาหาร CHO 50 % , Prot 20 % , Fat 30 %

4. แปลง % ของสัดส่วนการกระจายสารอาหารเป็นกรัม ได้ดังนี้

$$\text{CHO } 50 \% = 50 \times 2,000 / 100$$

$$= 1,000 / 4$$

$$= 250 \text{ กรัม}$$

$$\text{Prot } 20 \% = 20 \times 2,000 / 100$$

$$= 400 / 4$$

$$= 100 \text{ กรัม}$$

$$\text{Fat } 30 \% = 30 \times 2,000 / 100$$

$$= 600 / 9$$

$$= 66.66 \text{ กรัม}$$

กำหนดส่วนอาหารแต่ละหมวดตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน ดังนี้

หมวดอาหาร	ส่วน	CHO (gm)	Prot (gm)	Fat (gm)	พลังงาน (แคลอรี)
นมสด	2	24	16	16	300
ผลไม้	6	90	-	-	360
ผัก ข	3	15	6	-	75
ข้าว	7	126	14	-	560
เนื้อสัตว์	9	-	63	45	675
ไขมัน	1	-	-	5	45
	รวม	255	99	66	2,015

หมายเหตุ ช่อง พลังงาน ± ได้ 30 แคลอรี

กำหนดส่วนอาหารแบ่งเป็น 5 มื้อ/วัน ดังนี้

หมวดอาหาร	มื้อเช้า	ว่างเช้า	มื้อมกลางวัน	ว่างบ่าย	มื้อเย็น
นมสด	-	1	-	1	-
ผลไม้	1	1.5	1	1.5	1
ผัก ข	-	1.5	-	-	1.5
ข้าว	2.5	-	2.5	-	2
เนื้อสัตว์	3	-	3	-	3
ไขมัน	-	-	1	-	-

นำสัดส่วนที่ได้มากำหนดรายการอาหารตามมื้อใน 1 วัน ดังตาราง

มื้อเช้า	ว่างเช้า	มื้อมกลางวัน	ว่างบ่าย	มื้อเย็น
- ข้าวเหนียวหนึ่ง 2.5 ส่วน	- นมสดพร้อมมัน เนย 1 กล่อง	- ข้าวเหนียวหนึ่ง 2.5 ส่วน	-นมสดพร้อมมัน เนย 1 กล่อง	-ข้าวสวย 2 ส่วน (2 ทัพพี)
-ปลานึ่ง 3 ส่วน (เนื้อปลา) 6 ช้อนกินข้าว	-มะละกอสุก 1.5ส่วน (6-10 คำ)	-น้ำมันพืช 1 ช้อน ชา ใส่ต้มปลา	-ฝรั่ง 1.5 ส่วน (1.5 ผลกลาง)	-แกงอ่อมหมูผักรวม เนื้อหมู 1 ส่วน (2 ช้อนกินข้าว) ผัก 1 ทัพพี
- ผักนึ่ง 1.5 ส่วน (1-1.5 ทัพพี)		-ต้มปลานิล2ส่วน (เนื้อปลา 4 ช้อน กินข้าว)		-ลาบไก่, ผักแกล้ม ไก่บด 2 ส่วน (4 ช้อนกินข้าว) ผัก 0.5 ทัพพี
-เงาะ 1 ส่วน (4 ผล)		-ชมพู 1 ส่วน (2 ผล)		-แตงโม 1 ส่วน

ดังนั้น การรักษาคนไข้ที่เป็นโรคตับ จึงต้องรักษาภาวะส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินควร จะออกกำลัง เพิ่มขึ้น และลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรจะบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันให้ลดน้อยลง แต่สามารถบริโภคอาหารประเภทโปรตีนได้ในปริมาณปกติ ร่วมกับกรออกกำลังสม่ำเสมอวันละอย่างน้อย 30 นาที ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ การรักษาโดยการออกกำลัง | ลดน้ำหนัก และคุมอาหาร ปัจจุบันนี้ถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ สูงสุดในการลดการอักเสบจากโรคตับอักเสบ พบว่าถ้า สามารถลดน้ำหนักลงได้ 10 % จากเดิม จะสามารถทำให้ การอักเสบของตับกลับเป็นปกติได้ การดื่มแอลกอฮอล์ ใน คนไข้ในกลุ่มนี้จะมึผลทำให้เกิดภาวะตับแข็งได้ง่ายยิ่งขึ้น ดัง นั้น จึงควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ไม่มีข้อห้ามใดๆแตกต่างจากคนปกติ ยกเว้นการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง อาจทำให้มีการอักเสบ ลุกลามของตับได้ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบี ซีเรื้อรัง พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์จะมีส่วนสำคัญโดยตรงที่จะ ทำให้มีการลุกลามของโรคไปเป็นตับแข็งได้อย่างรวดเร็ว อาหารในผู้ป่วยที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี จึงไม่มีความ แตกต่างจากคนปกติ ยกเว้นหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์

ปัญหาของการรับประทานโปรตีนในผู้ป่วยที่เป็น โรคตับนั้น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานโปรตีนได้ตามที่ ร่างกายต้องการ เนื่องจากอาจจะมีอาการแน่นท้องจากภาวะ น้ำใน ช่องท้อง หรือการรับประทานโปรตีนเป็นจำนวนมาก อาจทำให้เกิดภาวะสับสน (Hepatic Encephalopathy) โดย เฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าโปรตีนที่ได้นั้นเป็นโปรตีนที่มาจากสัตว์ ดังนั้นการแก้ไขภาวะดังกล่าว โดยอาจให้โปรตีนเสริมจากพืช เช่น โปรตีนที่ได้จากถั่ว อย่างไรก็ตามโปรตีนที่ได้จากพืชนั้น จะมีปริมาณ ที่ได้น้อยกว่าโปรตีนที่ได้จากสัตว์ หากรับ ประทาน จำนวนมากจะทำให้มีอาการท้องอืดได้ บางครั้ง แพทย์อาจจะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมที่เป็น กรดอมิโน ชนิดที่เป็นกิ่งโซ่ (Brand Chain Amino Acid) เพื่อช่วย ให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนที่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ แนวโน้มสถานการณ์และระบาด วิทยาโรคไวรัสตับอักเสบบีก่อนย่างเข้าสู่ฤดูฝน (Hepatitis E Warning before Next Rainy Season). ปีที่ 43, ฉบับที่18 : 11 พฤษภาคม 2555.
2. หน่วยโภชนบำบัดและโภชนศึกษา งานโภชนาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วย โรคตับ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อนุชิต จุฑาพุทธิ. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคตับ. วิทยาลัยจุฬาลงกรณ์. ฉบับที่ 37: พฤษภาคม - สิงหาคม 2550.

บทความแก้ไขจากการสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 1

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนครพนม

รชต เตชะวิจิตรชัย พ.บ.

โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 261 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคว์-สแควร์ และฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.6 ทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย (ร้อยละ 100) และมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.15 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ ระยะการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า เบาหวานชนิดที่ 2

Prevalence and Factors associated with depression in Type II Diabetic patients at Nakhonphanom Hospital

Rachata tachavijitchai MD.
nakhonphanom hospital

Abstract

The objective of this cross sectional descriptive study were to determine the prevalence and the factors associated with depression in Type II diabetic patients. The sample were 261 Type II diabetic patients attending diabetic clinic at Nakhonphanom Hospital between October 2013 to march 2014. The data were analyzed by frequency, Percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Fisher's exact.

The results showed that the prevalence of depression were 25 cases (9.6%). All of them were mild depression (100%). The Risk of suicidal were 3 cases (1.15%). The factors were significantly associated to depression such as sex ($p < .01$) duration of diabetes mellitus ($p < 0.05$) and comorbidity ($p < 0.01$)

Keywords : Depression Type II diabetes Mellitus

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้านี้สร้างปัญหาให้กับสังคมไม่ต่างจากประเทศอื่น โดยมีรายงานว่า ความชุกของการเกิดโรคภาวะซึมเศร้าในคนไทยมีถึงร้อยละ 101 โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของภาครัฐ จากรายงานการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วย เบาหวานมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 50.512 จากการศึกษาแบบmeta-analysis ในผู้ป่วยเบาหวานในอเมริกาและยุโรป โดยรวบรวมจาก 42 การศึกษาพบภาวะซึมเศร้าจากการทำแบบสอบถามด้วยตนเองร้อยละ 31 นอกจากนี้ยังพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสองเท่าของกลุ่มเปรียบเทียบกับไม่เป็นเบาหวาน³ ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หดความสำคัญมีความรู้สึกตัวเองเป็นภาระของครอบครัว และเมื่อมีอาการเศร้ามากๆ จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายของประชากรโลกในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มีการคาดการณ์ไว้ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคนและมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอยู่ในสิบอันดับแรก⁴

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 345 เตียง จากสถิติของผู้ป่วยมารับบริการ ปี 2555-2556 ที่ผ่านมา พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการทบทวนผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ตลอดจนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพนม เพื่อ

ทราบสถานการณ์และนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ในระยะเริ่มแรกและป้องกันไม่ให้อาการของภาวะซึมเศร้ายุติรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557 โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารโต้ตอบได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตารางสำเร็จรูป กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 261 คน⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต⁶ เป็นแบบสอบถามช่วยในการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน การแปลผล 0-6 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศราระดับน้อย 13-18 คะแนน มีอาการโรคซึมเศราระดับปานกลาง และมากกว่า 18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศราระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว-สแควร์ และสถิติทดสอบของพิชเชอร์ในกรณีที่มีค่าความถี่น้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.5 อายุเฉลี่ย 59.83 \pm 9.98 ปี ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 54.79 มีโรคร่วมร้อยละ 66.28 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า) ร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 261)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	173	66.3
ชาย	88	33.7
อายุ (ปี)		
< 40	48	18.4
40 – 60	102	39.1
> 60	111	42.5
X = 59.83 S.D. = 9.98 พิสัย 37-90		
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
< 5	49	18.77
6 – 10	69	26.44
> 10	143	54.79
โรคร่วม		
มี	173	66.28
ไม่มี	88	33.71
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
มี	45	17.24
ไม่มี	216	82.75

2. ภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย จากการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 25 ราย ร้อยละ 9.6 ทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (mild depression) และมีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 3 ราย ร้อยละ 1.15 (ตารางที่ 2)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 , 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะซีมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

ผลการประเมินภาวะซีมเศร้า/แนวโน้มการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน) n = 261	ร้อยละ
ภาวะซีมเศร้า		
มี	25	9.58
ไม่มี	236	90.42
คะแนนจากแบบประเมินโรคซีมเศร้า (คะแนน)		
< 7 ไม่เป็นโรคซีมเศร้า	236	90.42
7-12 เป็นโรคซีมเศร้า ระดับน้อย	25	9.58
แนวโน้มการฆ่าตัวตาย		
มี	3	1.15
ไม่มี	258	98.85

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้า (n = 261)

ปัจจัยต่าง ๆ	ภาวะซีมเศร้า ราย (%)		X ²	p-value
	มี	ไม่มี		
เพศ				
หญิง	23 (13.29)	150 (86.71)		0.003**
ชาย	2 (2.27)	86 (97.73)		
อายุ (ปี)				
< 60	15 (10.00)	135 (90.00)	.003	955
> 60	10 (9.01)	101 (90.99)		
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (ปี)				
< 10	6 (5.13)	111 (94.87)		
> 10	19 (13.19)	125 (86.81)	3.963	.047*
โรคร่วม				
มี	25 (14.45)	148 (85.55)		0.000**
ไม่มี	0 (0.00)	88 (100.00)		
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน				
มี	2 (4.44)	43 (95.56)		.270
ไม่มี	23 (10.65)	193 (89.35)		

*p < 0.05 p** < 0.01

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 261 คน พบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.58 ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลพังโคน⁷ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.3 ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาหลายที่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบความชุกร้อยละ 21-60.^{2-3,8-13} ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ตลอดจนบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 13.29 เพศชายพบเพียงร้อยละ 2.27 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2-3,7-13} อธิบายได้จากกระบวนวิทย์ของโรคซึมเศร้าในประชากรทั่วไปก็พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁴ และจากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าของประเทศไทยในปี 2551 ก็พบโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน¹⁵

2. ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรุณี สัพโส⁷ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ¹⁶ ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

3. โรคร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรุณี สัพโส⁷ และ สายพิณ ยอดกุล¹⁷ ที่พบว่าโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจำนวนหลายโรค ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรค ทำให้ผู้ป่วยจะต้องมีปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัดและบางครั้งต้องพึ่งพาคนอื่น ซึ่งการเจ็บป่วยไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าเป็นเหตุแห่งความยุ่งยาก นำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การเกิด

ภาวะซึมเศร้า

ส่วนปัจจัยด้านอายุ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกันจากการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะบริบทและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเบาหวานมากกว่า 10 ปี และมีโรคร่วม ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านอายุถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาหลายที่ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีก็ต้องการประเมินติดตามภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกัน และควรส่งเสริมการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในเชิงรุก เพื่อให้การป้องกัน วินิจฉัย และดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดการเกิดภาวะอาการซึมเศร้ารุนแรงที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณจุฑามาศ วังทะพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม และคุณพิณทิพย์ ช้ายกลาง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โรงพยาบาลนครพนม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน. (serial online) [30 กรกฎาคม 2554]. Available from: URL: <http://www.dmh.go.th/report/population>
2. นพรัตน์ ไทยแท้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557; 7(2): 207-217.
3. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care 2001; 24(6): 1069-78.
4. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553
5. Cotton, T. statistic in Medicine. Boston: Little Brown. Co, 1974.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2552.
7. พิรุณี สัพโส. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน (serial online) [7 เมษายน 2558]. Available from: URL: <http://www.smj.ejnal.com>.
8. ธิติรัตน์ ธาณิรัตน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2551.
9. นิตยา จรัสแสง และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 439-446.
10. นันทิซัดสันท์ สกฤตพงศ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาให้คำปรึกษา)). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2554.
11. ศิระ เมืองไทย. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556; 28(2): 109-119.
12. ระพีพรรณ ลาภา. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
13. Neefs G, Pouwer F, Denollet J, Pop V. The course of depressive symptoms in primary care patients with type 2 diabetes: results from the Diabetes, Depression, Type D Personality Zuidoost-Brabant (DiaDDZoB) Study. Diabetologia 2012; 55 (3): 608-16.
14. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์. งามาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
15. Veerabenjapol A. Prevalence and risk factors of depression in Thai diabetic patients. Rama Med Journal 2010; 33: 10-8.
16. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 287-298.
17. สายพิน ยอดกุล , จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(3):50-57.

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

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

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) เบอร์โทรติดต่อ, 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 จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ 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. เอดส์: 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