



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

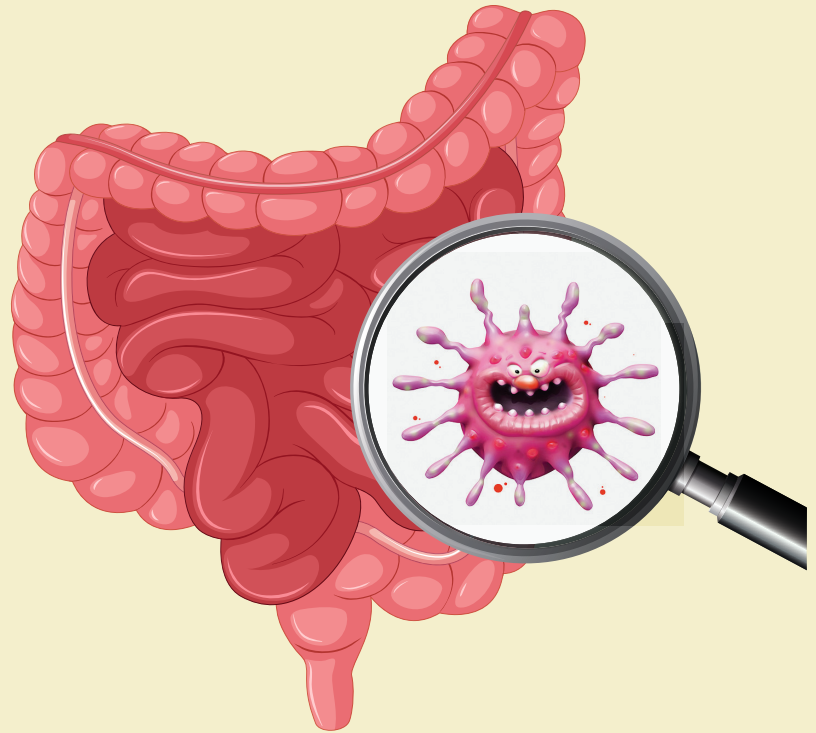
วารสาร

Journal Of The Department Of Medical Services

กรมการแพทย์

ISSN 0125-1643

วารสารราย 2 เดือน ปีที่ 43 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2561



แนวทางหลักในการรักษา โรคมะเร็ง



เว็บไซต์วารสาร



บทความฉบับนี้

เรื่องเด่นประจำฉบับ

บทบาทของงานรังสีร่วมรักษา
ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

มือ-โรใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(New model in cervical cancer screening)

รายงานผลการสำรวจความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง
(Prevalence survey of Pressure ulcer in cancer
patients At UbonRatchatani Cancer Hospital)



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

วารสาร Journal Of The Department Of Medical Services กรมการแพทย์

ISSN 0125-1643

วารสารราย 2 เดือน ปีที่ 43 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2561

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัย และค้นคว้าทางวิชาการแพทย์
2. เพื่อเผยแพร่ข่าวสารการอบรมวิชาการทางการแพทย์
3. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ นวัตกรรมทางการแพทย์ แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข

ผู้อำนวยการ : สมศักดิ์ อรรถศิลป์
รองผู้อำนวยการ : ภาสกร ชัยวานิชศิริ, ณรงค์ อภิกุลวณิช, ปานเนตร ปางพุ่มพงศ์, ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์
บรรณาธิการ : อากาศ พัฒนเรืองไฉ

คณะบรรณาธิการ :

กฤษณพงศ์ มโนธรรม

โรงพยาบาลเลิดสิน

กิริติ เจริญชลวานิช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เกรียง ตั้งสง่า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกรียงไกร เสงี่ยมิ

สถาบันโรคทรวงอก

จารุวรรณ หมั่นมี

โรงพยาบาลราชวิถี

เจริญ ชูโชติถาวร

สถาบันโรคทรวงอก

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์

โรงพยาบาลราชวิถี

ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชาญเวช ศรีธราพุทธ

โรงพยาบาลเลิดสิน

โชคชัย เมธีไตรรัตน์

โรงพยาบาลศิริราช

ณปฎล ตั้งจาทูรัตน์ศรี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนุลดา จามจรี

สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรบัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ถนอม บรรณประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทรงคุณ วิญญูวรรณ

สถาบันพยาธิวิทยา

ทวี รัตนชอุก

โรงพยาบาลราชวิถี

ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนรัตน์ อิมสุวรรณศรี

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ธโนนิตย์ โชตนฤดี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เบญจมา เขียวหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ

สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เทคโนโลยี

ปฐมพร ศิริประภาศิริ

สำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข

ประธาน จินายน

สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปานเนตร ปางพุ่มพงศ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปาริชาติ สรเทศน์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปิยะภัทร เดชพระธรรม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์

สถาบันโรคทรวงอก

พงศ์ศักดิ์ ปัจฉิมะกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

พงษ์ลดา สุพรรณชาติ

สถาบันโรคทรวงอก

พลรัตน์ วิไลรัตน์

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ใจ นัยโกวิท

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข

พิมลพรรณ กฤติย์รังสรรค์

สถาบันโรคผิวหนัง

ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคภูมิ สุปิยพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภูพิงค์ เอกะวิภาต

สถาบันประสาทวิทยา

ภูษิต เฟื่องฟู

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ม.ล.กรเกียรติ์ สนิทวงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ยุทธนา แสงสุตา

โรงพยาบาลราชวิถี

รังสรรค์ นิรามิษ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วรัท ทรรคนะวิภาส

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัลย์อร ปรัชญพฤทธิ

สถาบันโรคผิวหนัง

วิจิตร ธรานนท์

ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูง

วิชัย อธิชัยกุลทล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วินัดดา ปิยะศิลป์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วินัย วนากุล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ

วีระ บุรณะกิจเจริญ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศรีศุภลักษณ์ ลิงคาลวนิช

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สมชัย ชัยคุมมงคลลาภ

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข

สมชาย ไทวณะบุตร

สถาบันประสาทวิทยา

สมบูรณ์ คุณาธิคม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ

โรงพยาบาลราชวิถี

สมศักดิ์ คุปต์นิริติชัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมศักดิ์ สีเขวงวงศ์

โรงพยาบาลเลิดสิน

สละ อุบลฉาย

สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย

สวิง ปันจัยสิทธิ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สุชาติ พหลภาคย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล

สถาบันประสาทวิทยา

สุพจน์ แจ่มสุวรรณ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แสงชัย พงษ์พิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

อติเรก จิวะพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อรุณ จิรวัดน์กุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อรุณวรรณ พงษ์พิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาภาศรี ลุสวัสดี

สถาบันประสาทวิทยา

อารยา ประเสริฐชัย

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช

อุไรวรรณ โชติเกียรติ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกชัย ไคววาริช

โรงพยาบาลราชวิถี

ฝ่ายจัดการ

: ศิวาพร สังกรม • นิจนรินทร์ แก้วไสย • เสด็จ บัวทุมมา

สำนักงาน

: สำนักงานวารสารกรมการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2590 6276 โทรสาร. 0 2965 9862

กำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 6 ฉบับ (ฉบับ ม.ค.-ก.พ. มี.ค.-เม.ย. พ.ค.-มิ.ย. ก.ค.-ส.ค. ก.ย.-ต.ค. พ.ย.-ธ.ค.)

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

บทบรรณาธิการ



สวัสดีครับ กลับมาพบเจอกันอีกเช่นเดิม สำหรับ “วารสารกรมการแพทย์” ฉบับที่ 5 ประจำเดือนกันยายน และตุลาคม พ.ศ. 2561 ที่เต็มเปี่ยมครบเครื่องไปด้วยเนื้อหาสาระมากมายภายใต้ดวงสาธารณสุขุสไทย ซึ่งทางทีมงานยังคงคัดสรรทุกเรื่องราวที่น่าสนใจมาให้คุณผู้อ่านได้ติดตามกันอย่างต่อเนื่องครับ

ในฉบับนี้ ขอแนะนำบทความเกี่ยวกับโรคมะเร็ง จาก “โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี” สำหรับการถ่ายทอดเนื้อหาเชิงบทความที่อ่านเป็นอย่างยิ่ง อาทิ

คอลัมน์ “เรื่องเด่นประจำฉบับ” บทความวิชาการที่ร้อยเรียงมาจากการทำงานและการศึกษาวิจัยด้านโรคมะเร็งแบบจริงจังอย่างแท้จริง ได้แก่ **เรื่องที่ 1** บทบาทของงานรังสีร่วมรักษาต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี, **เรื่องที่ 2** มีอะไรใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (New model in cervical cancer screening) และ **เรื่องที่ 3** รายงานผลการสำรวจความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง (Prevalence survey of Pressure ulcer in cancer patients At UbonRatchatani Cancer Hospital)

คอลัมน์ “Innovation” นำเสนอถึงนวัตกรรมสำหรับการตรวจหามะเร็งเต้านมที่คิดค้นขึ้นเพื่อสุขภาพสตรีกับ โมเดลจำลอง “3 นิ้ว 3 สัมผัส สกัดมะเร็งเต้านม (Big Breast by Triple Touch)” ที่เป็นผลงานที่น่าชื่นชมของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

จากนั้นขอพาคณผู้อ่านไปร่วมรับฟังเรื่องราวอันน่าทึ่งของ “เรืออากาศโทนายแพทย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์” หนึ่งในบุคคลต้นแบบทางการแพทย์ และถือเป็นผู้บุกเบิกโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในช่วงเริ่มต้น ในคอลัมน์ “Hall Of Fame” ซึ่งจะเป็นคำสัมภาษณ์บอกเล่าผ่านทางนายแพทย์พงษ์ธร ศุภอรธรกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีคนปัจจุบัน ที่มีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดท่านในช่วงหนึ่ง

และทิ้งท้ายด้วยคอลัมน์ “Hospital Visit” กับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวมของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ และรับทราบถึงการบริหารจัดการภายในส่วนต่างๆ ที่ร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนาให้ก้าวสู่อีกหนึ่งสถาบันสำคัญด้านโรคมะเร็งของประเทศไทย

แล้วพบกันฉบับหน้า... สวัสดีครับ

นายอากาศ พัฒนเรืองไฉ
บรรณาธิการวารสารกรมการแพทย์

วารสารกรมการแพทย์เป็นวารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) โดยเป็นวารสารที่ผ่านการประเมินในกลุ่มที่ 1 ประโยชน์ที่ได้รับแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- กลุ่มที่ 1 นักศึกษา : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อจบการศึกษา
- กลุ่มที่ 2 ข้าราชการ : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อขอปรับตำแหน่งทางวิชาการ
- กลุ่มที่ 3 องค์กรหรือสถาบัน : สามารถอ้างอิงคุณภาพวารสารได้

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับบทความและผลงานทางวิชาการเพื่อพิจารณาพิมพ์ลงในวารสาร จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์ไปยังสำนักงานวารสารกรมการแพทย์

โดยส่งมาที่...บรรณาธิการวารสารกรมการแพทย์

สำนักงานวารสารกรมการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร.0 2590 6276 โทรสาร 0 2965 9862
E-mail: arkas_dms@yahoo.com, dms_mol@yahoo.com

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารกรมการแพทย์

สารบัญ

เรื่องเด่นประจำฉบับ	หน้า
บทบาทของงานวิจัยร่วมรักษาต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	5
มีอะไรใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (New model in cervical cancer screening)	7
รายงานผลการสำรวจความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง (Prevalence survey of Pressure ulcer in cancer patients At UbonRatchatani Cancer Hospital)	11
Hall of Fame	14
“เรืออากาศโทนายแพทย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์” ผู้บุกเบิกโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	
Innovation	18
การพัฒนานวัตกรรมโมเดลจำลอง “3 นิ้ว 3 สัมผัส สกิดมะเร็งเต้านม (Big Breast by Triple Touch)	
Interesting Case	20
Renal angiomyolipoma (Renal AML)	
Photo Quiz	22
Hot จาก Web	23
Pro & Con?	25
กัญชาทางการแพทย์	
Hospital Visit	27
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี : การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม	
สารบัญนิพนธ์ต้นฉบับ	32
คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์	155
จดหมายจากผู้อ่าน	158

บทบาทของงานรังสีร่วมรักษา ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

มนต์ มีแก้ว พ.บ.
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

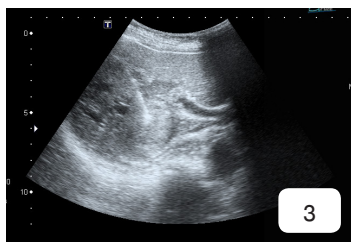
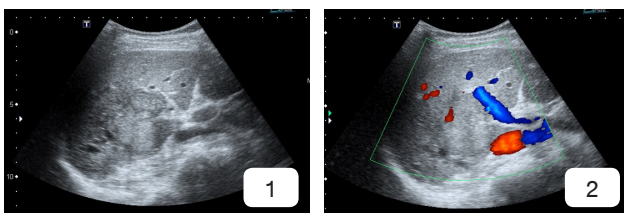
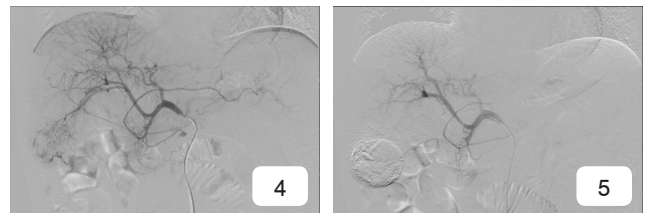
บทนำ

มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Hepatocellular Carcinoma and Cholangiocarcinoma) เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ สาเหตุเนื่องจากพฤติกรรมการกิน การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ (กินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ) ร่วมกับได้รับสารก่อมะเร็งในกลุ่มไนโตรซามีน (สารที่ใช้หมักถั่วอาหาร เช่น ปลาร้า) การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว รวมถึงการรักษาที่มีผลข้างเคียงต่ำ และมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน ถือเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

งานด้านรังสีร่วมรักษา (Interventional Radiology) ปัจจุบันถือว่ามีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตัวอย่างเช่น

1. การนำชิ้นเนื้อตัวอย่างตรวจโดยไม่ต้องผ่าตัด การวินิจฉัยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจ tumor marker และการตรวจทางรังสีวิทยา (Ultrasound, CT scan, MRI and angiography) ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยได้ แต่อย่างไรก็ดี ในกลุ่มที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้จากการตรวจดังกล่าว ผู้ป่วยไม่แข็งแรงเพียงพอที่จะผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยในระยะที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ การนำตัวอย่างชิ้นเนื้อมาตรวจถือว่ามีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

2. การรักษามะเร็งตับโดยการให้ยาเคมีบำบัดและสารอุดหลอดเลือดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงในตับ เป็นการรักษาโรคมะเร็งตับ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในระยะ intermediate stage ของโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) เพื่อประคับประคองและช่วยเพิ่ม survival rate ของผู้ป่วย นอกจากนั้นบางกรณีก็ใช้เพื่อ curative treatment ใน early stage ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัด หรือ tumor ablation ได้



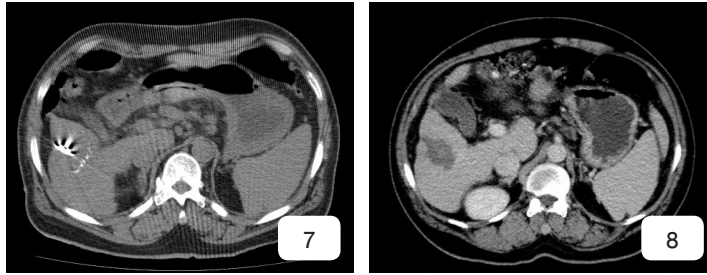
ภาพที่ 4 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือด (DSA) แสดงก่อนฉีดก้อนในตับด้านขวา ก่อนทำ TACE

ภาพที่ 5 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือด (DSA) แสดงการจับของสาร Lipiodol ในก้อนเนื้องอกในตับด้านขวา หลังทำ TACE

ภาพที่ 6 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แสดงการจับของสาร Lipiodol ในก้อนเนื้องอกในตับด้านขวา หลังทำ TACE 1 เดือน โดยไม่พบส่วนของเนื้องอกที่ยังมีชีวิตอยู่

3. การทำลายเนื้องอกโดยใช้เข็มให้ความร้อนแบบพิเศษ (Radiofrequency Ablation or Microwave Ablation) ใช้เป็นการรักษาโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกในผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดได้ หรือใช้ร่วมกับการรักษาอย่างอื่นเพื่อประคับประคองตัวโรค เป็นการสอดเข็มชนิดพิเศษผ่านผิวหนังเข้าไปในตัวก้อนเนื้องอก ทำให้เนื้องอกตายจากความร้อนที่ปลายเข็ม

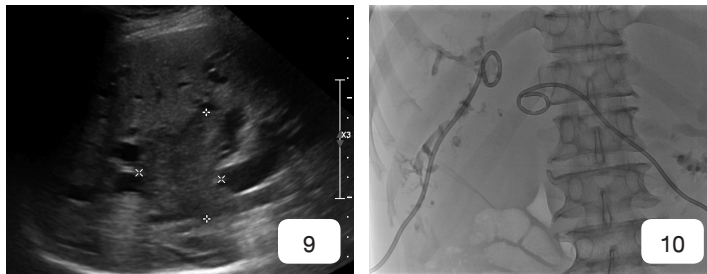
ภาพที่ 1 และ 2 ภาพอัลตราซาวด์ แสดงก้อนเนื้องอกและหลอดเลือดในตับ
ภาพที่ 3 ภาพอัลตราซาวด์ แสดงให้เห็นเข็ม biopsy ที่ผ่านเนื้อเยื่อในตับ ไปสู่ก้อนเนื้องอก โดยหลีกเลี่ยงทางที่ต้องผ่านหลอดเลือดในตับ



ภาพที่ 7 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แสดงเนื้องอกตับด้านขวา

ภาพที่ 8 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หลังทำ RFA 1 เดือนส่วนของเนื้องอกก็ยังบ้ชั้วคอยู่

4. การระบายน้ำดีผ่านสายสวนทางหน้าท้อง ในมะเร็งท่อน้ำดี (Percutaneous transbiliary drainage หรือ PTBD) ใช้ระบายน้ำดี เพื่อรักษาภาวะติดเชื่อในท่อน้ำดี หรือเป็น palliative treatment ในผู้ป่วยระยะที่ผ่าตัดไม่ได้ เพื่อช่วยลดความทรมานจากอาการที่เกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน



ภาพที่ 9 ภาพอัลตราซาวด์ แสดงก้อนเนื้องอกในตับและการวางตัวของท่อน้ำดีข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของ Obstructive Jaundice

ภาพที่ 10 ภาพเอกซเรย์ แสดงให้เห็นสายระบายน้ำดีด้านขวาและด้านซ้าย

สรุป

งานด้านรังสีร่วมรักษาถือว่ามืบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีตามที่กล่าวข้างต้น แต่เนื่องจากงานด้านนี้ ต้องอาศัย ความชำนาญเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์รังสีร่วมรักษา (Interventional Radiologist) รวมถึงนักรังสีเทคนิคและพยาบาลที่ต้องได้รับการฝึกอบรม เฉพาะด้าน อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการทำหัตถการยังเป็นเครื่องมือพิเศษที่มีราคาค่อนข้างสูง ดังนั้นจากข้อจำกัดเหล่านี้ หน่วยงานที่ทำงานด้านนี้ จึงยังมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ที่มีในประเทศไทยก็จะกระจายตัวอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลในเขตศูนย์กลางภูมิภาคเท่านั้น

ดังนั้นการพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานด้านรังสีร่วมรักษาให้ครอบคลุมการบริการผู้ป่วยในเขตภูมิภาครอบนอก จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป'

References

1. Khan SA, Toledano MB. Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of cholangiocarcinoma. HPB (Oxford) 2008; 10:77-82.
2. Sahil Mittal MS, Hashem B, El-Serag MPH. Epidemiology of HCC: Consider the Population. J Clin Gastroenterol 2013 July; 47:S2-S6.
3. Sithithaworn P, Melissa R. Haswell-Elkins. Parasitie-associated morbidity: Liver fluke infection and bile duct cancer in Northeast Thailand. International Journal for Parasitology 1994; 6: 833-43.
4. Sripa B, Kaewkes S, Sithithaworn P. Liver Fluke Induces Cholangiocarcinoma. PLoS Med 2007; 4: e201.
5. Jorge A. Marrero MD, Joseph Ahn MD, FACG. ACG Clinical GUIDeline: The Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions. Am J Gasttoenterol advance online publication, 19 August 2014.
6. Jong Woo Kim, Jin Hyoung Kim. Transarterial Chemoembolization vs. Radiofrequency Ablation for Treatment of Single Hepatocellular Carcinoma 2 cm or Smaller. The American Journal of Gastroenterology 2014; 109: 1234-40.
7. Beat M Kunzli, Paolo Abitabile. Radiogrequency ablation of liver tumors; Actual limitations and potential solutions in the future. World J Hepatol 2011; 3:8-14.
8. Otto M. van Delden Johan S. Lameris. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction. Eur Radiol 2008; 18:448-56.

มือใหม่ใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(New model in cervical cancer screening)

ดาริกา ดาโรจน์ พ.บ.

กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

ข้อมูลจากรายงานทางระบาดวิทยาของมะเร็งในประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2553 พบว่า อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ คือ 18.1 คน ต่อ ประชากรแสนคน นับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม (20.9 คน ต่อ ประชากรแสนคน) เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 9,999 คน เสียชีวิต 5,216 คน ถ้าคิดเป็นรายวันแล้วจะมีหญิงไทยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละ 14 คน แม้ว่าจะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่พบว่าใน 15 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อเทียบกับประเทศในแถบทวีปยุโรปตะวันออกหรืออเมริกาที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกลงไปได้ไม่ต่ำกว่า 50%

การตรวจคัดกรองมะเร็งคืออะไร

คือการตรวจหาโรคมะเร็งก่อนที่จะมีอาการหรืออาการแสดง โดยมีเป้าหมายคือสามารถวินิจฉัยโรคได้เร็ว เพื่อความง่ายในการรักษาและเพื่อลดโอกาสการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยมะเร็งที่สามารถวินิจฉัยโรคได้ก่อนที่จะมีอาการหรืออาการแสดง ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีข้อเด่นอย่างไร

แม้จะมีโรคมะเร็งอยู่หลายชนิดที่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งได้ แต่มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งเพียงชนิดเดียวที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งได้ ด้วยมะเร็งปากมดลูกมีข้อเด่นดังต่อไปนี้

- มีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง ที่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้รู้ก่อนเป็นมะเร็งและสามารถทำให้ไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ การแบ่งรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งแบ่งได้สามระดับจากความรุนแรงน้อยไปมากเป็น CIN1-3 โดยมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในอนาคต 1%, 5%, 12% ตามลำดับ

- ตำแหน่งกำเนิดมะเร็งนั้นค่อนข้างจำเพาะ โดยปกติปากมดลูกมีรูปร่างเป็นรูปทรงกระบอก ยาว 2-3 เซนติเมตร แต่ตำแหน่งกำเนิดมะเร็งปากมดลูกจะเริ่มที่ transformation zone ก่อน ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อเล็กๆ ระหว่างปากมดลูกด้านนอกและด้านใน ทำให้สะดวกในการเก็บตัวอย่างไปตรวจ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมก็สามารถทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

- ปากมดลูกเป็นอวัยวะที่เข้าถึงได้โดยไม่เจ็บตัวหรือเสียเลือด (non invasive) จึงเป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่ไม่มีความเสี่ยง

- ระยะเวลาจากรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งจนกระทั่งกลายเป็นมะเร็งใช้เวลาประมาณ 10 ปี ดังนั้นจึงมีโอกาสดูแลตรวจพบก่อนเป็นมะเร็งได้มาก

- มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหลังจากพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการทำ colposcopy และการทำ diagnostic excisional procedure

- ทำให้ไม่เป็นมะเร็งได้ด้วย excisional procedure ซึ่งวิธีการนี้นอกจากใช้วินิจฉัยรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งแล้ว ยังสามารถใช้ป้องกันการเกิดมะเร็งได้อีกด้วย เนื่องจากรอยโรคก่อนจะกลายเป็นมะเร็งนั้นได้ถูกตัดออกไป

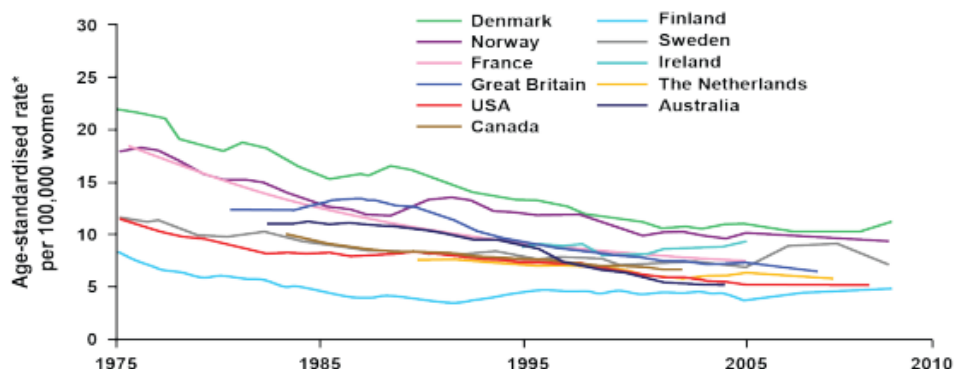
- มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุที่ชัดเจนมาจากเชื้อก่อมะเร็งเอชพีวี เราได้นำความรู้นี้มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลดีที่ขึ้นป้องกันมะเร็งปากมดลูก

- ลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกได้จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งได้ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยทางคลินิกได้พิสูจน์ว่าสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งได้จริงและยังไม่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งชนิดใดทำได้มาก่อน

กราฟแสดงการลดลงของอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ เมื่อทำ Pap smear

Cervical Cancer Incidence



Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>. Accessed March 15, 2012. IARC CancerBase. Lyon; 2010

* Standardised using the world reference population.

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังมีจุดอ่อน

จากหลักฐานที่ว่า

- กราฟแสดงการลดลงของอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ หลังจากติดตามไปได้ 15 ปี พบว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกเริ่มคงที่ไม่สามารถลดลงไปได้มากกว่านี้อีก และเปอร์เซ็นต์การลดลงของมะเร็งปากมดลูกคือ 50 - 60% แต่จำนวนประชากรที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นอยู่ที่ประมาณ 80% แสดงให้เห็นว่าในประชากรที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นยังมีประชากรบางส่วนยังคงเป็นมะเร็งปากมดลูก

- วารสารของสมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยยังมีการตีพิมพ์ข้อร้องเรียนอันเกิดจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปรากฏอยู่ในทุกปี บางกรณีพบว่าแพทย์ที่ทำการตรวจได้ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกประการแต่ก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้จนเกิดการร้องเรียนขึ้น

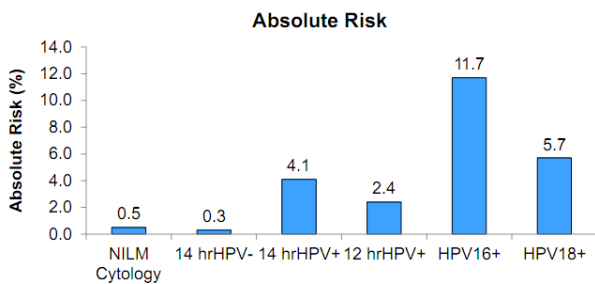
- เป็นที่ทราบกันดีว่าความไวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นประมาณ 40 - 60% ซึ่งเป็นค่าที่ไม่ได้สูงมาก แต่เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคนั้นยาวนานทำให้มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำๆ ทำให้ความไวมีค่าเพิ่มขึ้น

HPV DNA test คืออะไร

เป็นที่ทราบแล้วว่ามะเร็งปากมดลูก (ยกเว้นกลุ่มซาร์โคมา) มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสก่อมะเร็งที่ชื่อว่าเอชพีวี ซึ่งมีทั้งหมด 14 สายพันธุ์ โดยมีสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 เป็นสัดส่วนถึง 70% ของมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด การตรวจ HPV DNA test นี้ เป็นการตรวจเพื่อหาเชื้อก่อมะเร็งที่ปากมดลูกว่ามีกรดดีดีเอชพีวีหรือไม่ โดยการแปลผลตรวจ ในปัจจุบันสามารถรายงานผลการติดเชื้อก่อมะเร็งแยกเป็นสายพันธุ์ได้เป็นสามแบบ คือ สายพันธุ์ 16 สายพันธุ์ 18 และ 12 สายพันธุ์ที่เหลือ

HPV DNA test ลดจุดอ่อนของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

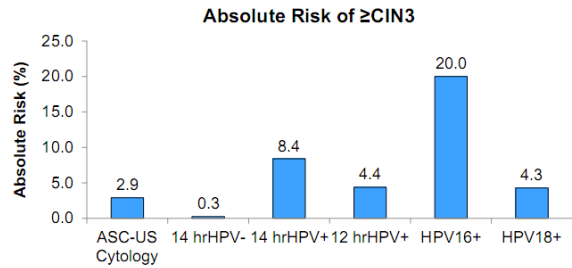
- สามารถตรวจพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้ แม้ว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐานจะได้ผลปกติ โดยพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งแบบรุนแรง (CIN3) เป็นต้นไป สูงถึง 11.7% ในสายพันธุ์ 16, 5.7% ในสายพันธุ์ 18, 2.4% ใน 12 สายพันธุ์ที่เหลือ



Nearly 1 in 8 women with normal cytology who were HPV16+ had high-grade cervical disease that was missed by cytology

Wright T, et al. Am J Clin Pathol. 2011;136: 578-586.

หรือแม้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะพบความผิดปกติเพียงเล็กน้อยมาก (asc-us) แต่หากตรวจด้วยวิธีการหาเชื้อก่อมะเร็งเอชพีวีจะพบ CIN3 อยู่สูงที่สุดถึง 20%



cobas® HPV test (genotyping) identifies HPV16 in a sub-population with ASC-US cytology that is at the highest risk of ≥CIN3

Stoler MH, et al. Am J Clin Pathol. 2011;135:468-475.

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยมีที่แบบ

สามารถตรวจพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้ แม้ว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐานจะได้ผลปกติ โดยพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งแบบรุนแรง (CIN

1. ตรวจโดยดูเซลล์วิทยา คือการนำเซลล์ปากมดลูกมาตรวจเพื่อหารอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง โดยยังแบ่งเป็นวิธีย่อยดังนี้

1) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐาน (conventional Pap smear) เป็นการนำเซลล์ปากมดลูกมาป้ายบนสไลด์ย้อมสี แล้วส่องกล้องขยายดูเซลล์

2) การตรวจวิธีเซลล์วิทยาอิงของเหลว (Liquid Based Cytology - LBC) เป็นการนำเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วยไม้กวาดใส่ลงในน้ำยา รักษาสภาพเซลล์แล้วนำเข้าสู่อุปกรณ์เตรียมเซลล์บนกระจกแก้ว ซึ่งมีข้อดี คือทำให้เซลล์เรียงตัวเป็นชั้นบาง การแปลผลใช้เวลาไม่นานและมีความแม่นยำมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมีน้ำยาตรวจที่นิยมใช้อยู่ 2 ชนิด ดังนี้ Thin Prep และ SurePathTM

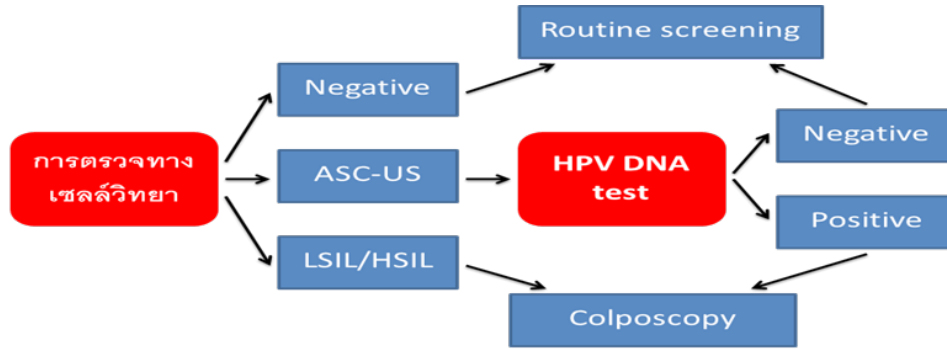
2. วิธีตรวจหาเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV DNA Test) คือ วิธีการตรวจหาเชื้อ HPV โดยเทคนิคทางชีวโมเลกุล (การเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส) ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3. VIA (visual inspection with acetic acid) เป็นการตรวจโดยใช้น้ำยา acetic acid เจือจาง 3 - 5% ซัลโบลบนปากมดลูก แล้วสังเกตดูการเปลี่ยนแปลงของสีเยื่อปากมดลูกหลังจาก 1 นาที ซึ่งจะเกิดเป็นฝ้าขาวขึ้นชั่วคราวในจุดที่สงสัยว่าจะมีรอยโรคของปากมดลูก (แต่ไม่สามารถแยกรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งออกจากรอยโรคที่เป็นมะเร็งได้ในบางกรณี) การตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA สามารถรู้ผลได้ทันที และถ้ามีข้อบ่งชี้ในการบำบัดก็สามารถทำได้ทันที อย่างไรก็ตามไม่สามารถประเมินความผิดปกติ หรือรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูกได้ รวมทั้งไม่สามารถทำการตรวจได้แม่นยำในหญิงที่ transformation zone เห็นได้ไม่ครบ โดยเฉพาะในหญิงสูงอายุ นอกจากนี้การตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA ในปัจจุบันยังไม่มีผลขึ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย จึงเหมาะที่จะเลือกใช้ในพื้นที่ของประเทศไทยที่ไม่สะดวกที่จะตรวจติดตาม

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอดีตถึงปัจจุบัน

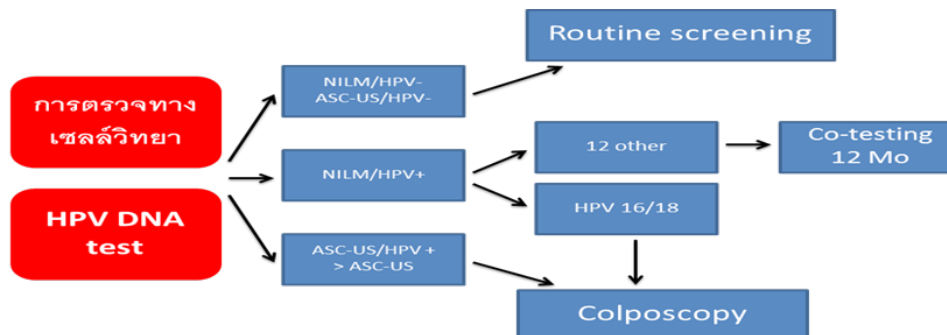
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเริ่มต้นด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยา จากการทำ Pap smear เปลี่ยนมาเป็น Liquid-base cytology เมื่อเริ่มมี HPV DNA test นั้น การตรวจเซลล์วิทยายังเป็นการตรวจหลัก ส่วนการตรวจหาเชื้อก่อมะเร็งเป็นเพียงการตรวจเสริมในบางกรณีเท่านั้น โดยเริ่มตรวจคัดกรองเมื่ออายุ 21 ปี และหยุดตรวจเมื่ออายุ 65 ปี (โดยอาจหยุดตรวจคัดกรองก่อนเวลาได้หรืออาจยังต้องตรวจต่อไปแม้ว่าอายุจะมากกว่า 65 ปีแล้ว ทั้งนี้ ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด)

การตรวจเซลล์วิทยาเป็นการตรวจหลัก การตรวจหาเชื้อไวรัสก่อมะเร็งเป็นการตรวจเสริม



ต่อมาค้นพบว่าการตรวจหาเชื้อไวรัสก่อมะเร็งทำให้ความไวในการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นมากจึงทำให้การตรวจทั้งสองอย่างนี้ใช้พิจารณาร่วมกันหรือใช้เป็นการตรวจหลักทั้งคู่ เรียกการตรวจแบบนี้ว่า co-testing การตรวจแบบ co-testing นี้เริ่มตรวจคัดกรองเมื่ออายุ 30 ปี และหยุดตรวจเมื่ออายุ 65 ปี

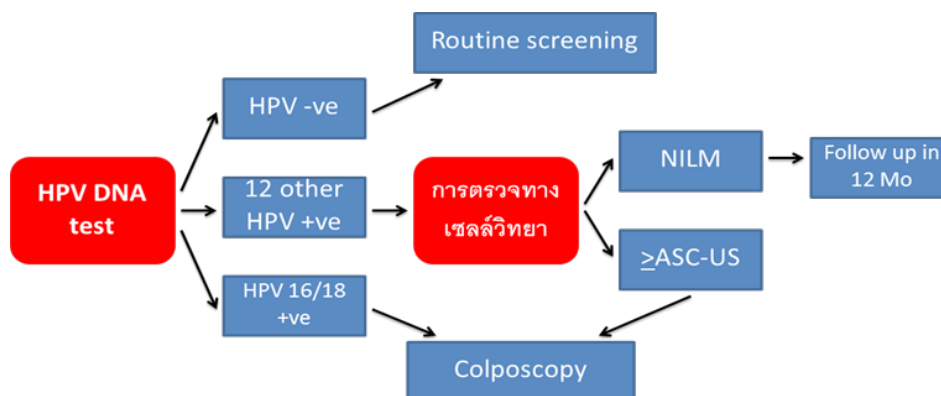
การตรวจเซลล์วิทยาและการตรวจหาเชื้อไวรัสก่อมะเร็งเป็นการตรวจหลักด้วยกัน



เนื่องจากความแม่นยำของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีตรวจหาการติดเชื้อก่อมะเร็งนั้นมีความแม่นยำสูงมาก ได้มีการพยายามให้การตรวจหาเชื้อไวรัสก่อมะเร็งเป็นการตรวจหลักเพียงอย่างเดียว โดยเริ่มตรวจคัดกรองเมื่ออายุ 25 ปี และหยุดตรวจเมื่ออายุ 65 ปี ได้มีแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจหาการติดเชื้อเอชพีวีเป็นหลักออกมาเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2559 สามารถอ่านเพิ่มเติมที่ http://www.medscape.com/viewarticle/870149?nlid=110036_2043&src=WNL_mdplsnews_161014_mscpedit_obgy&uac=159124HN&spon=16&impID=1215343&faf=1

ในความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนการยกเลิกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางเซลล์วิทยาไม่ได้ทำให้ความไวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงแต่ประโยชน์อื่นของการตรวจเซลล์วิทยาอาจหายไป เช่น ไม่สามารถตรวจพบการอักเสบติดเชื้อในช่องคลอด ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติเซลล์เยื่อโพรงมดลูกหรือเซลล์ในช่องท้องที่หลุดมาในปากมดลูกได้ ไม่สามารถตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิดอื่นที่กระจายมาที่ปากมดลูก เนื่องจากความผิดปกติเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากเชื้อเอชพีวี

การตรวจหาเชื้อไวรัสก่อมะเร็งเป็นการตรวจหลัก การตรวจเซลล์วิทยาเป็นการตรวจเสริม



ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรทำเมื่อไร

สามารถตรวจพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้ แม้ว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐานจะได้ผลปกติ โดยพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งแบบรุนแรง (CIN

POPULATION	PAGE NUMBER	RECOMMENDED SCREENING METHOD ^a	MANAGEMENT OF SCREEN RESULTS	COMMENTS
Aged < 21 y	7	No screening		HPV testing should not be used for screening or management of ASC-US in this age group
Aged 21-29 y	8-9	Cytology alone every 3 y	HPV-positive ASC-US ^b or cytology of LSIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ² Cytology negative or HPV-negative ASC-US: Rescreen with cytology in 3 y	HPV testing should not be used for screening in this age group
Aged 30-65 y	9-16	HPV and cytology "cotesting" every 5 y (preferred)	HPV-positive ASC-US or cytology of LSIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ² HPV positive, cytology negative: Option 1: 12-mo follow-up with cotesting Option 2: Test for HPV16 or HPV16/18 genotypes • If HPV16 or HPV16/18 positive: refer to colposcopy • If HPV16 or HPV16/18 negative: 12-mo follow-up with cotesting Cotest negative or HPV-negative ASC-US: Rescreen with cotesting in 5 y	Screening by HPV testing alone is not recommended for most clinical settings
		Cytology alone every 3 y (acceptable)	HPV-positive ASC-US ^b or cytology of LSIL or more severe: Refer to ASCCP guidelines ² Cytology negative or HPV-negative ASC-US: Rescreen with cytology in 3 y	
Aged > 65 y	16-17	No screening following adequate negative prior screening		Women with a history of CIN2 or a more severe diagnosis should continue routine screening for at least 20 y
After hysterectomy	17-18	No screening		Applies to women without a cervix and without a history of CIN2 or a more severe diagnosis in the past 20 y or cervical cancer ever
HPV vaccinated	18-19	Follow age-specific recommendations (same as unvaccinated women)		

ASCCP indicates American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; ASC-US, atypical squamous cells of undetermined significance; CIN2, cervical intra-epithelial neoplasia grade 2; HPV, human papillomavirus; LSIL, low-grade squamous intraepithelial lesion.

^aWomen should not be screened annually at any age by any method.

^bASC-US cytology with secondary HPV testing for management decisions.

จะหยุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อไร

1. อายุน้อยกว่า 65 ปี ได้ตัดมดลูกและปากมดลูกออกไปด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก และมีประวัติผลคัดกรองปกติคือตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาปากมดลูกต่อเนื่อง 3 ครั้งหรือ 2 ครั้งภายใน 10 ปี และผลคัดกรองครั้งสุดท้ายไม่เกิน 5 ปี และต้องไม่มีประวัติ เช่น มีคู่นอนคนใหม่
2. หญิงอายุมากกว่า 65 ปี หากมีประวัติผลคัดกรองปกติคือตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาปากมดลูกต่อเนื่อง 3 ครั้งหรือ 2 ครั้งภายใน 10 ปี และผลคัดกรองครั้งสุดท้ายไม่เกิน 5 ปี ไม่มีประวัติเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ CIN2+ ภายใน 20 ปี ไม่ต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อ

อายุมากกว่า 65 ปี ไม่ควรหยุดตรวจได้แก่

1. เป็นมะเร็งปากมดลูก แม้จะรักษาครบแล้ว
2. มีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง > CIN2 ควรตรวจติดตามต่อไปอีก 20 ปี
3. ได้รับสาร Diethylstilbestrol (DES) ตั้งแต่อยู่ในครรภ์
4. ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ติดเชื้อ HIV
5. มีคู่นอนคนใหม่

References

1. WHO/ICO 2010 Summary Report on HPV and Cervical cancer statistics in Thailand, 1-61.
2. Kruhaprema T, Srivatanakul P, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S. Cancer in Thailand, Vol V, 2011-2003. Bangkok : Bangkok Medical Publisher : 52-82.
3. Saslow D. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin 2012; 62:147-72.
4. Ferlay J.GLOBACAN 2008. Available from : URL:http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp.
5. White J. Evaluation of HPV-16 and HPV-18 Genotyping for the Triage of Women With High Risk HPV + Cytology Negative Results. Am J Clin Pathol 2011;136:578-86.
6. Jose J, et al. ASCO Issues New Guideline for Global Cervical Cancer Screening. J Glob Oncol 2012. Available from : URL; http://www.medscape.com/viewarticle/870149?nlid=110036_2043&src=WNL_mdplsnews_161014_mscpedit_obgy&uac=159124HN&spn=16&impID=1215343&faf=1

รายงานผลการสำรวจ ความชุกแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็ง

(Prevalence survey of Pressure ulcer in cancer patients
At UbonRatchatani Cancer Hospital)

พลอยแก้ว ดวงแก้ว พว. ET nurse, วิรุษ อุ่นซิม พว. ET nurse, อนุชตรา
จรรณเสก พว. ET nurse,
กัญชวส สิงห์คำ พว. ET nurse, สุภารัตน์ หอมแพง พว. ET nurse
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำนายของการดูแล ที่ยังไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่นอนติดเตียงนาน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดเป็นแผลกดทับแล้ว ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นตามลำดับ การดูแลแผลกดทับจำเป็นต้องมีพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลบาดแผลโดยตรง ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อกระบวนการหายของแผลกดทับหายเร็วยิ่งขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแผลกดทับอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล จะเห็นได้จากอัตราการเกิดแผลกดทับได้ถูกนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์ การประกอบกับโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การป้องกันดูแลรักษา พื่นฟู ผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการรักษาครอบคลุมทั้งด้าน การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา รังสีร่วมรักษา การให้ยาเคมีบำบัด และการดูแลแบบประคับประคอง มีนโยบายให้จัดตั้งงานการพยาบาลออลไทม์ และการดูแลบาดแผล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ให้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวจึงได้ร่วมมือกับกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สํารวจความชุกแผลกดทับในหอผู้ป่วย จำนวน 7 หอผู้ป่วย เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการนำมาวางแผนพัฒนาในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยแผลกดทับให้ได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ

คำนิยาม

แผลกดทับ(Pressure Ulcer)¹⁻⁴ หมายถึงบริเวณใดก็ตามที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากแรงกดเป็นเวลานาน ตามปกติจะเกิดบริเวณที่มีการกดทับบนผิวหนังที่ทับกับปุ่มกระดูก สาเหตุเกิดจากแรงกดอย่างเดียวหรือมีแรงกดร่วมกับแรงเสียดและหรือแรงเสียดสี

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา The National Pressure Ulcer Advisory Panel ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศ ได้มีการทบทวนการแบ่งระดับของแผลกดทับและความหมายของแต่ละระดับให้มีความเหมาะสมและง่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ โดยมีการเพิ่มจาก 4 ระดับเดิม และมีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2007 โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้¹⁻⁵

1. Suspected deep tissue injury ลักษณะของผิวหนังจะเปลี่ยนไปเป็นสีม่วง หรือสีน้ำตาลแดง หรือมีผิวหนังพองที่มีเลือดอยู่ข้างใน เนื่องจาก เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดและ/หรือแรงเสียด (แรงเสียด) บริเวณนี้อาจจะมีการเจ็บปวด แฉก เหลว ความรู้สึกแสบ คัน หรือ เย็น เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อเยื่อผิวหนังใกล้เคียง

2. ระดับ 1 ผิวหนังเป็นรอยแดงเฉพาะที่ โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกในผิวหนังที่มีสีคล้ำอาจมองไม่เห็นรอยขีด สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆ

3. ระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน ถึงชั้น dermis โดยมองเห็นเป็นแผลเปิด พื้นแผลแดงชมพู ไม่มีเนื้อตายสีเหลือง หรืออาจเห็นเป็นตุ่มน้ำพองที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน อยู่บนผิวหนังหรือการแตกของตุ่มพองน้ำ

4. ระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด คือชั้น epidermis และ dermis ไปจนถึง subcutaneous fat แต่ไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก อาจเห็นเนื้อเหลืองปกคลุมแต่ไม่เปิดส่วนที่ลึกที่สุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงใต้ผิวหนังหรือช่องใต้

5. ระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก พื้นแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ปกคลุมบางส่วน บ่อยครั้งพบโพรงใต้ผิวหนังและช่องใต้

6. Unstageable wounds มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตาย สีเหลือง สีน้ำตาลเข้ม สีเทา สีเขียว หรือสีน้ำตาล และ/ หรือ สะเก็ดแข็ง สีน้ำตาลเข้ม สีน้ำตาลหรือสีดำ ปกคลุมบริเวณพื้นผิวแผล

อุบัติการณ์และอัตราอุบัติการณ์ของโรค⁶⁻⁷

การดูแลแผลกดทับ ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการวัดคุณภาพการดูแลรักษามีทั้งอัตราอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และอัตราความชุกของแผลกดทับ มีระเบียบวิธีศึกษาและวิธีการคิดคำนวณดังนี้

- **อุบัติการณ์ของโรค** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น ระยะเวลา 1 ปี
- **อัตราอุบัติการณ์ของโรค** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดต่อหน่วยประชากรที่เฝ้าสังเกตในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

การดำเนินการสำรวจความชุกแผลกดทับ

การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจความชุกแผลกดทับในโรงพยาบาลขนาด 143 เตียง 7 หอผู้ป่วย

1. ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรม

1.1 จัดประชุมชี้แจงสำหรับผู้เก็บข้อมูล เพื่อทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับแบบบันทึก การลงข้อมูล เพื่อปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันวันที่ 5 มกราคม 2559 ณ ห้องประชุมศูนย์มีตราภาพบำบัด อาคารบำบัดและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จัดประชุมชี้แจงสำหรับผู้เก็บข้อมูล

1.2 เตรียมแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งแบบบันทึกก็จะมีข้อมูล ได้แก่ หอผู้ป่วย ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยปัญหา แผนการรักษาที่ได้รับ Braden scale, PPSv2, Pain score , vital sign การประเมินสภาพผิวหนังและปัจจัยเสี่ยง โดยจัดเตรียมแบบบันทึก 1 ชุด สำหรับผู้ป่วย 1 ราย

1.3 การสำรวจอัตราความชุกแผลกดทับ กำหนดเวลาและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการเก็บข้อมูล ในการสำรวจครั้งนี้ สำรวจผู้ป่วยทุกรายที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ในวันที่ 21 มกราคม 2559 เป็นการศึกษาลักษณะ 1 day Prevalence survey

1.4 การเลือกผู้เก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลความชุกแผลกดทับ ผู้ที่เก็บข้อมูลคือ พยาบาลที่จบการอบรมเป็นพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ แผล และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีชื่อเรียกเฉพาะทางว่า Enterostomal Therapist Nurse (ETNurse) จำนวน 5 คน ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมพยาบาลผู้เก็บข้อมูลความชุกแผลกดทับและผ่านการทดสอบความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลวันที่ 21 มกราคม 2559 เริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 - 12.00 น. ลงพื้นที่หอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีผู้ป่วยพักค้างคืน มีการวางแผนเส้นทางเดินของทีม เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความรวดเร็วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดกลุ่มผู้ป่วย คือผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกรายในวันที่สำรวจความชุกแผลกดทับโดยแบ่งตามหอผู้ป่วยได้แก่ หอผู้ป่วยบุษบง หอผู้ป่วยบุษบง หอผู้ป่วย ICU หอผู้ป่วยสัดตบงกช หอผู้ป่วยสโรชา หอผู้ป่วยปัทมา และหอผู้ป่วยปทุมมาลัย ตามลำดับ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลแนะนำตัวเองและบอกวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อผู้ป่วยอนุญาต เริ่มตรวจผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ถ้าพบว่ามีแผลกดทับ ให้บันทึก ระดับแผลกดทับ ตำแหน่ง ลงในแบบประเมินโดยใช้แบบประเมิน 1 ฉบับ/ผู้ป่วย 1 ราย ข้อมูลที่เหลือดูจากบันทึกประวัติผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล⁶⁻⁷

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ข้อมูลระดับแผลกดทับ ข้อมูลจำแนกตามตำแหน่งแผลกดทับBarden scale และ PPSv2 โดยใช้คำร้อยละ

5.2 วิเคราะห์อัตราความชุกของแผลกดทับ

$$\text{อัตราความชุกของแผลกดทับ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีแผลกดทับในวันที่สำรวจ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \quad (\text{ระดับที่ยอมรับได้ ร้อยละ 3})$$

5.3 อัตราการเกิดแผลกดทับ = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับใหม่ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 เดือน}} \quad (\text{ระดับที่ยอมรับได้ 3 ครั้ง /1000 วันผู้ป่วยนอน})$

6. ผลการสำรวจ

6.1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

6.1.1 ผลการสำรวจความชุกของแผลกดทับ ณ วันที่ 21 มกราคม 2559 มีผู้ป่วย 105 ราย เป็นชาย 58 ราย (55.24%) เป็นหญิง 47 ราย (44.76%) อายุอยู่ช่วง 9 - 83 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46 - 65 ปี 53 ราย (50.47%)

6.1.2 การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และอื่นๆดังนี้ การรักษาด้วยเคมีบำบัด 50 ราย (47.62%) การรักษาด้วยวิธีประคับประคอง 20 ราย (19.05%) การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา (RT) 17 ราย (16.20%) การรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมรังสีรักษา (CCRT) 6 ราย (5.71%) การรักษาด้วยรังสีร่วมรักษา (IR) 6 ราย (5.71%) และการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 1.90

6.1.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากBarden scaleอยู่ในช่วงคะแนน 6 - 9 คะแนน 3 ราย (2.86%) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงBarden scaleอยู่ในช่วงคะแนน 10 - 12 คะแนน 2 ราย (1.90%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลแบบประคับประคองที่PPSv2 (คะแนน 70 - 100) 92 ราย (87.62%) รองลงมาแบบประคับประคองผ่าน PPSv2 (คะแนน 40 - 60) 8 ราย (15.23%) และระยะสุดท้ายระดับ PPSv2 (คะแนน 0 - 30) 5 ราย (4.76%)

6.2 ข้อมูลเกี่ยวกับแผลกดทับ

6.2.1 ผลการสำรวจความชุกของแผลกดทับ ณ วันที่ 21 มกราคม 2559 มีผู้ป่วย 105 รายมีแผลกดทับ 6 ราย (5.71%) แผลกดทับเกิดจากที่บ้าน 5 ราย (83.33%) และแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล 1 ราย (16.67%) อัตราความชุกของแผลกดทับที่สำรวจพบ 5.71% (ตารางที่ 1)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

แบบสำรวจความชุกแผลกดทับที่พัฒนาโดยงานพยาบาลออสโตมี และการดูแลบาดแผล กลุ่มงานวิชาการพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี

รูปที่ 2 แบบสำรวจความชุกของแผลกดทับ

The form is titled 'แบบสำรวจความชุกของแผลกดทับ (Prevalence of Pressure Ulcers)'. It contains fields for 'ชื่อผู้ป่วย', 'เลขที่เตียง', 'วันที่', and 'หอผู้ป่วย'. Below these are checkboxes for 'การเคลื่อนไหว', 'การรับรู้', 'Braden scale', and 'Pain score'. A section for 'การประเมินสภาพผิวหนัง (Skin assessment)' includes a table with columns for 'ตำแหน่ง' and 'ผิวหนัง' (with sub-columns for 'สี', 'อุณหภูมิ', 'ความชื้น', 'ความรู้สึก', 'การเคลื่อนไหว'). To the right of the table is a diagram of a human body with arrows pointing to various skin areas. At the bottom, there are checkboxes for 'Mobility', 'Activity', 'Sensory perception', 'Shearing Force', 'Fiction', 'Excessive moisture', 'Malnutrition', 'Advanced Age', 'Increase temperature', 'Chronic illness', and 'Other'. The form is numbered '7' in the top right corner.

ตารางที่ 1 ผลการสำรวจความชุกแผลกดทับ และการจำแนกตามสถานที่เกิดแผลกดทับ

รายการ	จำนวน	แผลกดทับเกิดจากที่บ้าน	แผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล	อัตราความชุกของแผลกดทับ
ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ	6	5	1	6/105 x 100
ร้อยละ	100	83.33	16.67	5.71

6.2.2 จากผู้ป่วย 105 ราย มีแผลกดทับรวมทั้งสิ้น 6 แผล พบมีระดับความรุนแรงของแผลระดับ 2 จำนวน 3 แผล (50%) ระดับ 3 จำนวน 2 แผล (33.33%) และระดับ 1 จำนวน 1 แผล (16.17%) แผลระดับ 2 พบบ่อยสุดที่ตำแหน่ง ปุ่มกระดูกก้นกบ (Coccyx) 3 แผล (50%) จากทั้งหมด 6 แผล รายละเอียดตำแหน่งและระดับความรุนแรงของแผล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนแผลกดทับจำแนกตามตำแหน่งและระดับความรุนแรงของแผล

ตำแหน่งแผล	จำนวนแผล					
	ระดับความรุนแรง	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ร้อยละ
Coccyx		0	3	0	3	50
Sacrum		0	0	2	2	33.33
Malleolous		1	0	0	1	16.17
รวม		1	3	2	6	100
ร้อยละ		16.17	50.00	33.33	100	

สรุป

การสำรวจอัตราความชุกของแผลกดทับ ณ วันที่ 21 มกราคม 2559 มีวัตถุประสงค์ในการสำรวจการเกิดแผลกดทับเพื่อนำผลของการสำรวจมาหาแนวทางในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ โดยในการสำรวจ พบว่าผู้ป่วย 105 ราย มีแผลกดทับทั้งสิ้น 6 แผลคิดเป็นอัตราความชุกของแผลกดทับ 5.71% แผลระดับ 2 พบบ่อยสุดที่ตำแหน่ง ปุ่มกระดูกก้นกบ (Coccyx) 3 แผล (50%)

การสำรวจครั้งนี้ คณะผู้สำรวจได้พบประเด็นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้แก่

1. แผลกดทับส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยนอนแช่ปัสสาวะ อุจจาระ โดยการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีการสื่อสารและวางแผนดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุม ป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้ Risk Assessment เพื่อทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ทุกราย โดยใช้แบบประเมินของ Braden Scale⁸⁻⁹ ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของแผลกดทับ
2. ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มเสี่ยงในทุกหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
3. ควรมีการทบทวนการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน วางแผนดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพเมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน
4. จัดโครงการ/กิจกรรม Pressure ulcer to zero¹⁰ ร่วมกันระหว่างบุคลากร ward กับ ET Nurse
5. สอนสาธิตการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยนอนติดเตียง) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเองที่บ้าน

References

1. ยูวดี เกตสัมพันธ์,อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิวัดวิเศษชัย, จุฬารพร ประสงค์สิต. การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ไทยเอฟเฟคทีฟสตูดิโอ; 2552

2. The National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Pressure Ulcer Stages/Categories 2007. (Update 2012 Jun 5). Available from: www.npuap.org/wp.../01/NPUAP-Pressure-Ulcer-Stages-Categories.pdf
3. Cushing CA, Phillips LG. Evidence-based medicine : pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 2013;136(6):1720-32.
4. Bale S, Dealey C, Defloor T, Hopkin A. The experience of living with a pressure ulcer .2007, June vol 103, issue: 15, page no:42. Available from :<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/the-experience-of-living-with-a-pressure-ulcer/201874>. Article
5. จรัสพรพร วงษ์วิเศษกาญจน์, ปองหทัย พุ่มระย้า, สศิธร ปัทมเมธิน. Nursing Challenge of wound and Skin Care for the Future. *ชมรมออสโตมีและแผล* .2558.
6. ยูวดี เกตสัมพันธ์, สุรัตน์ ช่างสวัสดิ์, อัญชญา ท้วมเพิ่มผล, นภาพร อภิวัดวิเศษชัย. บูรณาการดูแลแผลและ ออสโตมี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2556
7. ยูวดี เกตสัมพันธ์, จุฬารพร ประสงค์สิต, กัญญา รุ่งแสงจันทร์, วิมลลักษณ์ ชัยศักดิ์ชาติ. Prevalence Pressure ulcersurvey. *ชมรมเครือข่ายแผลกดทับ*. (cited 2016 Jun 5). Available from :<http://www.1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u11/ka1.pdf>
8. Bergsten N Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40 :747-58.
9. Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure risk in a nursing home population . *Res Nurs Health*. 1994; 409-70.
10. ยูวดี เกตสัมพันธ์, ทิพวรรณวัฒน์เวช. Pressure Ulcers to Zero. ใน: จรัสพรพร วงษ์วิเศษกาญจน์, ปองหทัย พุ่มระย้า, สศิธร ปัทมเมธิน. ในการประชุม วิชาการของชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล เรื่อง "Nursing Challenge of Wound and Skin Care for the Future". วันที่ 30 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม 2558 ณ โรงแรม ปรินทร์พาเลซ มหานคร; 2558. หน้า 88-89.

เรืออากาศโท นายแพทย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์

ผู้บุกเบิกโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



คอลัมน์ “Hall Of Fame” ฉบับนี้ ขอนำคุณผู้อ่านไปทำความรู้จักกับ “ท่านอาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์” บุคลากรคนสำคัญของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคคลต้นแบบของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่มีกจะยึดถือท่านเป็นตัวอย่างในการทำงานเพื่อสังคม ถึงแม้ว่าท่านจะเกษียณอายุราชการไปแล้ว แต่คุณงามความดีและความรู้ความสามารถที่ท่านได้ถ่ายทอดและแบ่งปันนั้นมิคุณค่ามาจนถึงทุกวันนี้

โดยเรื่องราวเกียรติประวัติของเรืออากาศโทนายแพทย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ ในครั้งนั้น ได้รับเกียรติจาก นายแพทย์ พงศธร ศุภอรธกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีคนปัจจุบัน ที่มีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดเคียงบ่าเคียงไหล่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

“ท่านอาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานีคนแรก จนถึงปี พ.ศ. 2535 เนื่องจากท่านเห็นว่าเป็นคนจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่กำเนิด จึงมีความรักใคร่ผูกพันกับจังหวัดอุบลราชธานี และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานีเป็นพิเศษ”

อาจารย์พงศธร ยังเล่าให้ฟังอีกว่า ท่านอาจารย์สิริศักดิ์เป็นผู้มีวิสัยทัศน์มองการณ์ไกล เข้มงวดเรื่องระเบียบวินัยสูง และที่สำคัญที่สุดคือ ท่านเป็นผู้ที่สำนึกถึงบ้านเกิดเป็นอย่างมาก ท่านมีความเอื้ออาทรต่อลูกน้องทุกคนโดยเสมอภาค ไต่ถามสารทุกข์สุกดิบ พร้อมให้ขวัญกำลังใจในการทำงานอยู่เสมอ อีกทั้งท่านยังเป็นผู้บริหารที่มีคุณธรรม สร้างความเจริญให้กับศูนย์มะเร็งทุกศูนย์

“ในช่วงที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี สร้างเสร็จแล้ว เจ้าหน้าที่ขณะนั้นมี 2 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 1 คน (ปัจจุบันตำแหน่งเปลี่ยนเป็นนักจัดการงานทั่วไป) ท่านอาจารย์สิริศักดิ์ได้สั่งให้เปิดห้องประชุม เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่างๆ จากท่านในเรื่องการจัดทำแผน 5 ปี ซึ่งขณะนั้นมีเจ้าหน้าที่ศูนย์หลายแห่ง ได้แก่

ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัด ชลบุรี ลำปาง ลพบุรี และอุบลราชธานี”

ซึ่งจากการถ่ายทอดองค์ความรู้ดังกล่าว ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ศูนย์จากที่ไม่มีความรู้เรื่องการจัดทำแผน 5 ปีเลย ได้รับประโยชน์และจดจำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับในครั้งนั้นมาใช้ปฏิบัติงาน รวมทั้งสามารถจดจำและพร้อมนำไปถ่ายทอดต่อมาจวบจนทุกวันนี้ ทั้งนี้ นับเป็นเวลา 28 ปีเต็มแล้ว ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้เปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยในเขตอีสานตอนล่าง เริ่มจากให้บริการตรวจสุขภาพ ต่อมาเริ่มแผนก รังสีรักษาและแผนกอื่นๆ ตามมา ทั้งการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ประคับประคอง อีกทั้งมีผลงานทางวิชาการออกมามากมาย เป็นวิวัฒนาการที่เกิดจากการวางรากฐานของอาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ และผู้อำนวยการทุกท่านในเวลาต่อมา

ก่อนจบบทสนทนา อาจารย์พงศธร ได้ทิ้งท้ายเรื่องราวตอนที่ตนเองได้ทำเรื่องขออนุญาตเพื่อเรียนต่อสาขาวิชารังสีรักษากับท่านอาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ โดยหลังจากที่อาจารย์พงศธรได้รับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ก็ได้มีโอกาสไปเยี่ยมท่านที่บ้านที่กรุงเทพมหานคร ท่านก็ได้กรุณาให้คำสอนในการบริหารงานกับอาจารย์และคณะที่ไปเยี่ยม ซึ่งทั้งคณะทุกคนยังคงมุ่งมั่นสานต่องานที่อาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ ได้เริ่มต้นไว้

“ผมได้รู้จักอาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2537 ขณะที่ท่านดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งอุบลราชธานี ขณะนั้นผมไปขออนุญาต

ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี (ชื่อในขณะนั้น) เพื่อเรียนต่อสาขาวิชารังสีรักษากับท่าน พอท่านเห็นผมและรู้ว่าท่านคือคนอุบลราชธานีเช่นเดียวกับท่าน ท่านก็ตอบรับผมทันทีและบอกให้ผมตั้งใจเรียนเพื่อกลับไปพัฒนาบ้านเกิดของท่าน”

“หลังจากผมเรียนจบแพทย์ประจำบ้านสาขาวิชารังสีรักษา กลับมาเป็นแพทย์ประจำที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งท่านอาจารย์สิริศักดิ์ได้เกษียณอายุราชการแล้ว แต่ผมก็ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับท่านอีก ในช่วงที่ท่านได้ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการมูลนิธิโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยมีโอกาสได้ร่วมประชุมกับท่านบ่อยๆ ซึ่งท่านได้ชักชวนให้ผมมีชื่อเสียงในจังหวัดอุบลราชธานีมาร่วมเป็นกรรมการมูลนิธิฯ เพื่อช่วยในการพัฒนาโรงพยาบาล การประชุมแต่ละครั้งทำให้ผมรู้สึกว่าคุณครูรักโรงพยาบาลที่ท่านสร้างมาและผลักดัน สนับสนุนงานของโรงพยาบาลให้ก้าวหน้า”

“ครั้งที่ผมได้รับทุนไปดูงานต่างประเทศ ทำให้จำเป็นต้องหาแพทย์ทางรังสีรักษามาช่วยดูแลคนไข้แทนผม ท่านก็ได้กรุณาช่วยตรวจที่โรงพยาบาล หลังจากผมกลับจากต่างประเทศ ผมได้ดูแลผู้ป่วยต่อจากท่าน ได้เห็นถึงการบันทึกเวชระเบียนที่ละเอียด ได้ข้อมูลที่ครบตามรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน การรักษาที่ท่านให้กับผู้ป่วยมีความละเอียดเป็นอย่างดี ผมได้เอาแบบรูปแบบการรักษาของท่านนำมาใช้ในคนไข้ของผมเอง ซึ่งนับว่าได้ผลเป็นอย่างดี”

ถึงแม้ว่าทางวารสารกรมการแพทย์ จะไม่ได้มีโอกาสสัมภาษณ์อาจารย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ ด้วยตัวเอง แต่เราก็ได้รับรู้ถึงความตั้งใจและหลัก
การในการบริหารงานของอาจารย์ได้ว่า “หัวใจสำคัญที่สุด คือ การรักบ้านเกิดของตัวเองที่เราได้อาศัยอยู่และช่วยกันสรรค์สร้างและพัฒนาให้ความ
เป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของคนที่นี่ดีขึ้น”

การศึกษา

- โรงเรียนศรีทอง จังหวัดอุบลราชธานี จบ ม. 5 (ม. 3 ปัจจุบัน)
- โรงเรียนสวนกุหลาบ จบเตรียมอุดมศึกษา 2 (ม. 6 ปัจจุบัน) 2493
- เตรียมแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2495
- มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2499 (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปัจจุบัน)
- ศึกษาต่อ โรงพยาบาล American Oncologic Hospital Philadelphia Pennsylvania, USA

ประวัติการศึกษาและดูงาน

- ทูต British Council-Radiationtherapy (เน้นHyperthermia,Brachytherapy)LONDON , ENGLAND
- ทูต JICA-Radiatharapy ,Brachytherapy Gan Center TOKYO , JAPAN Gan Center TOKYO , JAPAN
- ทูต JICA - Oncology และ Nuclear Medicine TOKYO AND KYOTO

นักบริหารสาธารณสุขชั้นสูงรุ่นที่ 3

- การบริหารโรงพยาบาล (อิสราเอล เน้นเศรษฐศาสตร์)
- การบริหารโรงพยาบาล (เน้นคณิตศาสตร์ สิงคโปร์)
- การบริหาร (เน้นข้อมูลข่าวสาร Banff , CANADA)

ประวัติการรับราชการ

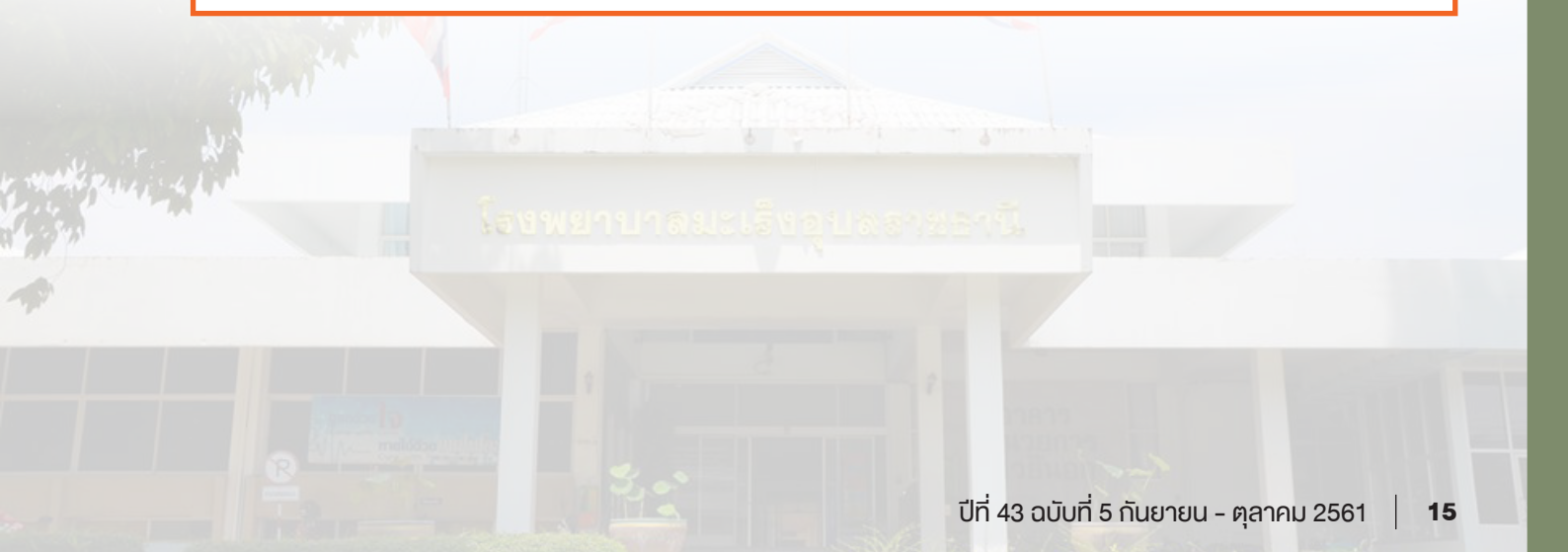
- กรมการแพทย์ทหารอากาศ
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2534 - 2536) รับผิดชอบการก่อสร้างศูนย์มะเร็งภูมิภาคอุบลราชธานี ชลบุรี ลพบุรี สุราษฎร์ธานี อุตรธานี และลำปาง
- ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี (พ.ศ.2534 - 2536)
- ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ได้เป็นแพทย์ 10 (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ สาขารังสีวิทยา)

ผลงาน

- กรรมการรังสีสมาคมแห่งประเทศไทย
- หนึ่งในผู้ก่อตั้งสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย
- หนึ่งในผู้ก่อตั้ง และนายกสมาคม สมาคมรังสีรักษา และมะเร็งแห่งประเทศไทย

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- เหรียญปดมาภรณ์มงกุฎไทย ปดมาภรณ์ช้างเผือก



Flying Officer Dr.Sirisak Puribhat, M.D.

The person who laid the groundwork for Ubon Ratchathani Cancer Hospital

This issue of “Hall Of Fame” wish to introduce “Dr.Sirisak Puribhat”, a very important person at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. Though already retired, he is held in high esteem by the hospital workers as role model for social responsibility. His exemplary work and knowledge that he shared with others is still highly regarded and cherished.



The story about Flying Officer Dr. Sirisak Puribhat in this issue is shared by Dr. Pongsatorn Supaattagorn, current director of Ubon Ratchathani Cancer Hospital, who worked closely with him for a period of time.

“Dr.Sirisak Puribhat was the first director of Ubon Ratchathani Cancer Protection and Control Center (previous name of Ubon Ratchathani Cancer Hospital) until 1992. As he was born and bred in Ubon Ratchathani, he has a special tie and bonding with the province and its Cancer Control and Protection Center.”

Dr.Pongsatorn mentioned that Dr.Sirisak had a far-sighted vision and attached great importance to discipline. Most importantly, he was truly attached to his hometown. He cared for his workers. He would ask about their wellbeing and was ready to encourage them to do greater work. He was an administrator with moral conscience who wanted to see every cancer centers prosper.

“When the Ubon Ratchachani Cancer Protection and Control Center was first established, there were only two workers, one being registered nurse and the other administration officer (the latter position has changed its name to general work management officer). Dr.Sirisak had a meeting room prepared where he could impart various kinds of knowledge, especially the preparation of 5-year plans, to his team. At that time, there were also people coming from other centers, including those from Chonburi, Lampang, Lopburi and Ubon Ratchathani.”

Through such transfer of knowledge, those with little or no prior knowledge about the preparation of 5 years plans were able to do so and pass it on to others.

For 28 years Ubon Ratchathani Cancer Hospital has been providing service and treatment to patients in the Lower North-eastern region of Thailand, ranging from cancer screening service to radiotherapy, surgery, chemotherapy and palliative care. It has also contributed a lot of researches. All this is made possible by the solid foundation laid by Dr. Sirisak Puribhat and subsequent directors.

At the end of the conversation, Dr.Pongsatorn mentioned an episode about how he applied for a scholarship for further study in radiotherapy and went to Dr. Sirisak for advice and application. Later when Dr.Pongsatorn became the director of the Ubon Ratchathani Cancer Hospital, he went to visit Dr. Sirisak at his home in Bangkok. On that occasion, he and his team were given valuable advice on work administration and further motivated to carry forward his legacy.

“I first knew Dr.Sirisak Puribhat in 1994 when he was the director of the National Cancer Institute of Thailand and director of Ubon Ratchathani Cancer Protection and Control Center. That was when I applied for a scholarship from the Ubon Ratchathani Cancer Protection and Control Center (the name then) for further study in radiotherapy. When he saw me and knew that I was a native of Ubon Ratchathani just like

him, he said yes to my request straight away and told me to work hard and come back to develop our hometown.”

“After my radiotherapy residency training, I came to work as a medical doctor at Ubon Ratchathani Cancer Protection and Control Center. He had already retired then. So, I never had a chance to work with him again. However, I attended several meetings while he was the chairperson of Ubon Ratchathani Cancer Hospital Foundation Committee. He persuaded a number of local celebrities to serve on the Committee. At each meeting, I could feel how much he loved the hospital, something that he had built and engineered forward, in his attempt to promote the hospital work.”

“When I was granted a scholarship for a study visit abroad, it was necessary to find a replacement for me. He was kind enough to do the work himself at the hospital. On my return, I resumed my duty and saw how carefully the medical history was recorded, with all the essential information. He treated each patient very thoroughly. I even emulated him with my patients, with very good results.”

Although the Department of Medical Service Journal did not have an opportunity to interview Dr. Sirisak Puribhat in person, we all acknowledge his good deeds and work principles that can be summarized as follows: “It is of utmost importance to love the place where you were born and help to create and develop a better quality of life for the people who live there.”

Education

- Completing lower secondary education at Si Thong School, Ubon Ratchathani Province
- Completing upper secondary education at Suankularb School, 1950
- Pre-Med School, Chulalongkorn University, 1952
- University of Medicine, Chulalongkorn Hospital, 1956, (Chulalongkorn University today)
- Further training at American Oncologic Hospital, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Study visits

- Radiation therapy (focusing on Hyperthermia,Brachytherapy), London, England - British Council scholarship
- Radiotherapy,Brachytherapy, Gan Center, Tokyo, Japan – JICA scholarship
- Oncology and Nuclear Medicine, Tokyo and Kyoto, Japan - JICA scholarship

Third High-level Public Health Administration Development Program

- Hospital administration (Israel, focusing on economics)
- Hospital administration (Singapore, focusing on mathematics)
- Administration (Banff, Canada, focusing on information)

Government service

- Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health
- National Cancer Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health
- Director, National Cancer Institute of Thailand (1991-1993), responsible for the creation of regional cancer centers of Ubon Ratchathani, Chonburi, Lopburi, Surat Thani, Udon Thani and Lampang
- Director, Ubon Ratchathani Cancer Center (1991-1993)
- Assistant Director-General, Department of Medical Services, Ministry of Public Health
- Medical doctor, level 10 (medical expert in radiology)

Achievement

- Committee member of Radiological Society of Thailand
- A founding member of Cancer Association of Thailand
- A founding member and President of Thai Society of Therapeutic Radiology and Oncology

Royal decoration

- Knight Grand Cross (First Class) of the Most Noble Order of the Crown of Thailand
- Knight Grand Cross (First Class) of the Most Exalted Order of the White Elephant



การพัฒนานวัตกรรมโมเดลจำลอง

“3 นิ้ว 3 สัมผัส สักตมะเร็งเต้านม (Big Breast by Triple Touch)”

ธรรมนูญ จันทาป ศศ.บ, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์ พย.บ., ชลียา วามะลูน พย.บ.

และ อาสาสมัครศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด

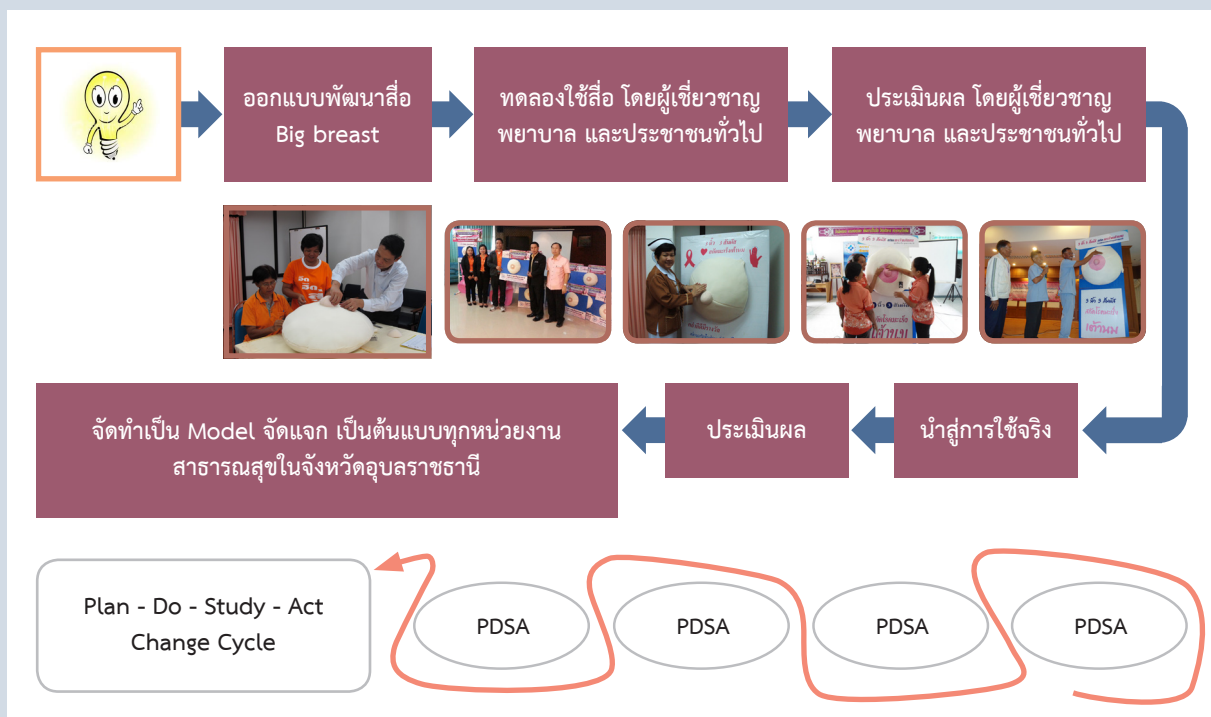
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสตรี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันในผู้หญิงไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง และในผู้ชายเป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นกันแต่พบได้น้อยเพียง 1-2 % ของประชากรเพศชาย ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมาพบแพทย์ด้วยอาการพบก้อนที่บริเวณเต้านม และก้อนเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะตรวจพบหรือคลำได้ด้วยตนเอง ซึ่งการตรวจพบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกทำให้มีโอกาสรักษาสำเร็จและหายจากโรคได้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้การสร้างความตระหนักและการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือพบว่าเป็นระยะแรก สามารถรักษาได้หายขาด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความสามารถของสตรีไทยในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ
2. เป็นอุปกรณ์สื่อที่ใช้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถติดตามผล ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์



*อุปกรณ์สอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งภายในเต้านมเทียมบรรจุก้อนเนื้อออกขนาดและลักษณะที่ผิดปกติต่างๆ ไว้ เพื่อฝึกปฏิบัติ

ผลลัพธ์ของการพัฒนาวัตกรรม

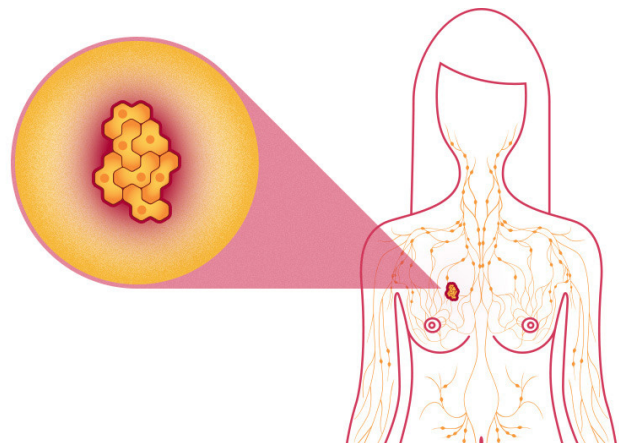
จากกระบวนการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โมเดลจำลองเต้านมมีความเหมาะสมและสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการสอน-สาธิต ซึ่งผลการประเมินสื่อสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองในผู้รับผลงานไปใช้ คือ บุคลากรทางสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ 10 จำนวน 100 คน พบว่า นอกจากสื่อสามารถกระตุ้นและดึงดูดความสนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด 72.6% ความพึงพอใจในสื่อการตรวจอยู่ในระดับมากที่สุด 87.9% สามารถตรวจและแสดงความผิดปกติในสื่อชัดเจนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด 50% ความเหมาะสมของสื่อ อยู่ในระดับมากที่สุด 75.8% และเนื้อหา/คำอธิบายสื่อมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด 71%

ความสัมฤทธิ์ผล ของการตรวจค้นหาคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่า จากสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 1,184 คน ตรวจพบความผิดปกติ จำนวน 9 คน และตรวจพบมะเร็งเต้านมจำนวน 3 คน

ประโยชน์การนำไปใช้

ส่งมอบ Big breast ให้กับหน่วยงานดังนี้

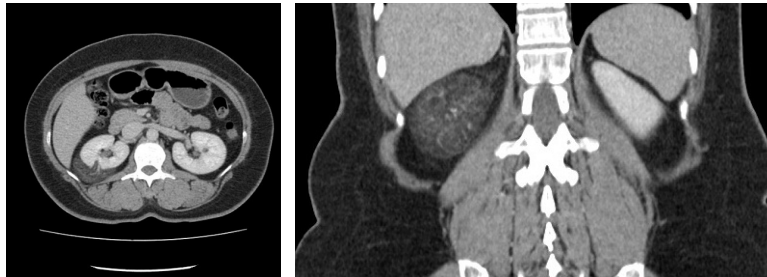
- เครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย รพช./รพ.สต./เทศบาล/ในปี พ.ศ. 2558 - 2561 รวมจำนวนทั้งหมด 300 ชุด
- รพ.สว.ห้วยเขต และเครือข่าย จำนวน 4 ชุด



Renal angiomyolipoma (Renal AML)

มนต์ มีแก้ว พ.บ.
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

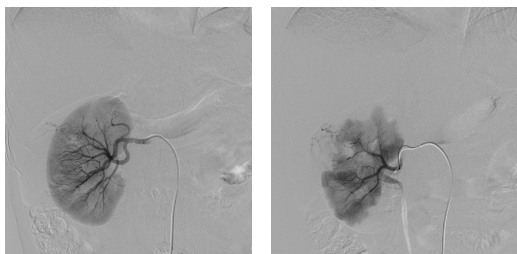
ผู้ป่วยหญิงอายุ 43 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ด้วยอัลตราซาวด์ พบความผิดปกติที่ไตด้านขวา จึงส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบเนื้องอกที่ไตด้านขวาขนาด 4.8x7.3 เซนติเมตรตามภาพที่แสดงด้านล่าง



ภาพที่ 1 และ 2 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในท่า axial และท่า coronal แสดงลักษณะของก้อนเนื้องอกในไตด้านขวาที่มีส่วนประกอบของส่วนใหญ่เป็นไขมัน มีหลอดเลือดภายในตัวก้อนไขมันและส่วนน้อยที่เป็น soft tissue

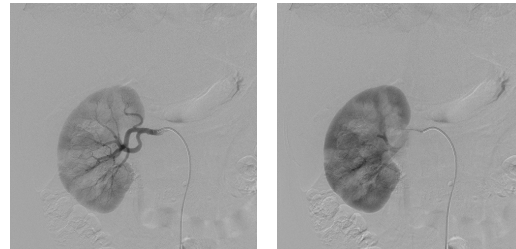
จากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Renal angiomyolipoma (Renal AML) และเนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวจากแพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะมาที่หน่วยรังสีร่วมรักษาเพื่อพิจารณาทำการอุดหลอดเลือด (embolization) เพื่อลดขนาดและลดโอกาสที่ก้อนเนื้องอกจะแตกจนทำให้เสียเลือดฉับพลันและเป็นอันตรายรุนแรงได้

แพทย์รังสีร่วมรักษาได้ทำเอกซเรย์หลอดเลือดในไตและอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอก (Right renal angiography and embolization) ซึ่งภาพเอกซเรย์หลอดเลือดก่อนทำ embolization ดังแสดงด้านล่าง



ภาพที่ 3 และ 4 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือด (DSA) ก่อนอุดหลอดเลือด แสดง hypervascularization and neovascularization ในก้อนเนื้องอกที่ไตด้านขวา ซึ่ง feeding มาจากหลอดเลือดแดงของไตด้านขวา

ผู้ป่วยได้รับการอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้องอกที่ไตด้านขวาด้วยวัสดุอุดหลอดเลือดแบบถาวรภาพเอกซเรย์หลอดเลือดหลังทำ embolization ดังแสดงด้านล่าง



ภาพที่ 5 และ 6 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือด (DSA) หลังอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อน ไม่แสดงลักษณะหลอดเลือดที่ผิดปกติในก้อนเนื้องอกแล้ว

หลังทำการหัตถการผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ ไม่มีอาการปวดหรือมีไข้ และในวันต่อมา ผู้ป่วยก็สามารถกลับบ้านได้

ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังทำการหัตถการที่ 2 เดือนและ 7 เดือน พบว่าก้อนมีขนาดลดลงจากขนาด 4.8x7.3 เซนติเมตรเป็น 1.8x3.2 เซนติเมตรที่ 7 เดือน ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ดังแสดงด้านล่าง



ภาพที่ 7 และ 8 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในท่า axial และท่า coronal ของผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในไตด้านขวา (Renal angiomyolipoma) 7 เดือนหลังอุดหลอดเลือดพบก้อนเนื้องอกมีขนาดลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนทำการหัตถการ

ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ที่เป็นผลจากการอุดหลอดเลือด ร่วมกับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่าก้อนเนื้ออกมีขนาดลดลงอย่างชัดเจน และไม่พบหลอดเลือดที่มาเลี้ยงในก้อนแล้วผู้ป่วยจึงถูกส่งกลับพบแพทย์เจ้าของไข้เดิมและนัดติดตามด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นระยะอีกที

Renal angiomyolipoma (Renal AML)

คำนิยามของ Renal AML เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1900 โดย Grawitz¹ ซึ่งได้ให้ความหมายว่า เป็นเนื้องอกในไตที่ประกอบด้วยไขมัน กล้ามเนื้อเรียบ และเส้นเลือด โดยจำแนกเป็นสองแบบ ได้แก่ แบบที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรค tuberous sclerosis complex (TSC) หรือกลุ่มโรค lymphangiomyomatosis และแบบที่สองคือเกิดขึ้นเอง โดยไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคที่กล่าวเบื้องต้น โดยจากงานวิจัยของ Bourneville² และ Brissaud³ ถือเป็นสองคนแรกที่ได้มีการกล่าวถึงความสัมพันธ์ของ Renal AML ใน tuberous sclerosis complex (TSC)

ใน Renal AML ผู้ป่วยอาจไม่ได้แสดงอาการของโรค มักพบโดยบังเอิญจากการตรวจเพื่อหาความผิดปกติของอวัยวะอื่นในช่องท้อง บางรายอาจแสดงอาการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่สำคัญที่เรียกว่า Wonderlich syndrome⁵ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่เกิดจากการมีเลือดออกที่ตำแหน่ง retroperitoneum ของไต โดยประกอบด้วย triad คือ มีอาการปวดอย่างฉับพลัน คล้ายก้อนได้บริเวณซี่ข้างตำแหน่งที่เจ็บ และมีภาวะ hypovolemic shock โดยใน renal AML ที่มีการโตขึ้นมี macroaneurysm หรือ microaneurysm⁶⁻⁷ ก็มีความเสี่ยงมากที่จะเกิดการแตกของเส้นเลือด จนทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

มีรายงานความสัมพันธ์ของขนาดของ renal AML กับความเสี่ยงที่จะเกิด rupture^{4,8} โดยก้อนที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 4 เซนติเมตร ถือเป็นเกณฑ์ที่ต้องมีการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

ภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะในกรณีที่เป็น multiple หรือ diffuse bilateral renal AMLs คืออาจทำให้มีการทำงานของไตผิดปกติ และมีโอกาสเกิดภาวะไตวายได้⁹⁻¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อการพิจารณาการรักษาใน renal AML ได้แก่ การแสดงอาการที่สัมพันธ์กับตัวโรค เช่น มีอาการปวดฉับพลันหรือสงสัยการแตกของก้อน ขนาดของตัวก้อน การมี aneurysm ค่าการทำงานของไต รวมถึงปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ภาวะตั้งครรภ์ในเพศหญิง อาชีพ และกิจกรรมของผู้ป่วย รวมถึงการยินยอมที่จะรักษาในวิธีการต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

ปัจจุบันการรักษาที่เป็นที่ยอมรับได้แก่ การรักษาแบบ renal sparing procedure¹¹ ซึ่งได้แก่ การทำ partial nephrectomy และการทำ embolization ในส่วนการทำ total nephrectomy จะเหลือทำในข้อบ่งชี้บางอย่าง เช่น มีภาวะร่วมของไตไม่ทำงาน ก้อนเนื้อลูกกลมเข้าเส้นเลือดดำของไต หรือมีหลักฐานบ่งชี้ว่ามีการเกิดมะเร็งขึ้น¹²⁻¹³

การรักษาโดยการทำ embolization เริ่มมีมาเมื่อประมาณ 30 ปีก่อน เป็นการอุดเส้นเลือดที่จะไปเลี้ยงตัว renal AML เพื่อลดภาวะการแตกของก้อน¹⁴ ซึ่งปัจจุบันถือว่า embolization เป็นการรักษาแบบ renal sparing procedure ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด¹¹

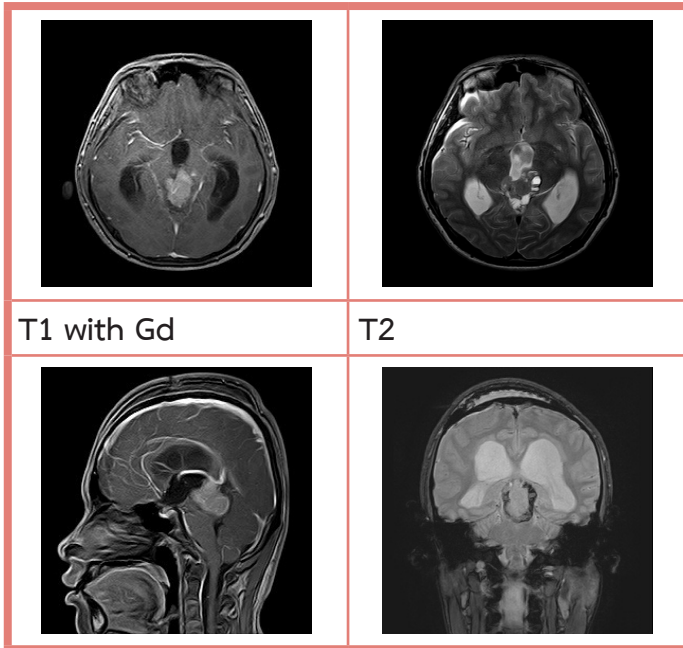
References

1. Grawitz P. Demonstration eines grossen Angio-Myo-Lipoms der Niere. Dtsch Med Wochenschr 1900; 26:290.
2. Bourneville DM. Sclerose tuberuse des ciconvolution-scerebrales; Idiotie et epilepsie hemiplegique. Arch Neurol 1880; 1:81-91.
3. Bourneville DM, Brissaud E. A Pidiotie et epilepsiesymptomatique de sclerose tubereuse ou hypertrophique. Arch Neurol 1900; 10:29-39.
4. Steinrt MS, Goldman SM, Fishman EK, et al. The natural history of renal angiomyolipoma. J Urol 1993; 150:1782-6.
5. Chesa ponce N, Artiles hernandez JL, Ponce socorro JM, et al. Wonderlich's syndrome as the first manifestation of a renal angiomyolipoma. Arch Esp Urol 1995; 48:305-8.
6. Adler J, Greweldinger J, Litzky G. "Macro" aneurysm in renal angiomyolipoma: Two cases, with therapeutic embolization in one patient. Urol Radiol 1984; 6:201-3.
7. Bissler JJ, Racadio J, Donnelly LF, et al. Reduction of postembolization syndrome after ablation of renal angiomyolipoma. Am J Kidney Dis 2002; 39:966-71
8. Dickinson M, Ruckle H, Beaghtler M, et al. Renal angiomyolipoma: Optimal treatment based on size and symptoms. Clin Nephrol 1998; 49:281-6
9. SCHILLINGER F, MONTAGNAC R: Chronic renal failure and its treatment in tuberous sclerosis. Nephrol Dial Transplant 11:481-485, 1996
10. Clarke A, Hancock E, Kingswood C, et al. End-stage renal failure in adults with the tuberous sclerosis complex. Nephrol Dial Transplant 1999; 14:988-91.
11. Nelson CP, Sanda MG. Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. J Urol 2002; 168:1315-25.
12. Arenson AM, Graham RT, Shaw P, et al. Angiomyolipoma of the kidney extending into the inferior vena cava: Sonographic and CT findings. AJR Am J Roentgenol 1988; 151:1159-61.
13. Back W, Heine M, Potempa D. Intravaskulare Form eines Angiomyolipoms der Niere. Fallericht und Literaturubersicht. Pathologie 1992; 13:212-4.
14. Moorhead JD, Fritzsche P, Hadley HL. Management of hemorrhage secondary to renal angiomyolipoma with selection arterial embolization. J Urol 1977; 117:122-3.

CASE 1 ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 18 ปี มาด้วยอาการปวดศีรษะตามัว 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการตรวจ MRI Brain

1. จงบรรยายผล MRI
2. จงให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้



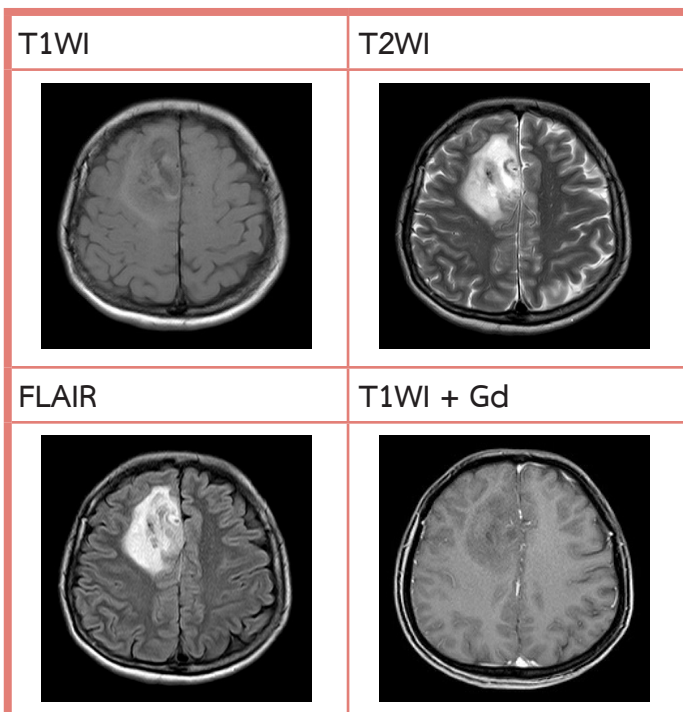
เฉลย

1. A macrolubulated mass with thick irregular wall at pineal region with moderated hydrocephalus
2. Pineal Germ cell tumor (patho: Biopsy pineal mass: Geminoma)

CASE 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 44 ปี มาด้วยอาการชัก หมดสติ ไม่มีอาการอ่อนแรง

ผลการตรวจ MRI brain เป็นดังนี้

1. จงบรรยายผล MRI brain
2. จงให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้



เฉลย

1. A lobulated lesion at right frontal lobe shows low signal intensity(SI) on T1W, high SI on T2W with low SI on FLAIR with mild rim enhancement. Perilesional edema at right frontal lobe is also seen.
2. Low grade glioma (Pathology from biopsy : Astrocytoma, WHO grade II)

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในปี 2561

หลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในโลกของการแพทย์ แต่หากคำพยากรณ์ของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องต่อไปนี้เป็นจริง ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะเกิดเร็วกว่าที่คิด

โลกจะเห็นบริษัทเทคโนโลยีเป็นผู้เล่นตัวสำคัญขึ้นในการรักษาพยาบาลไม่แพ้บริษัทผู้ผลิตยา มีการพัฒนาใหม่ๆ ทุกด้าน ตั้งแต่ระบบการเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยไปจนถึงการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับ ซึ่งอาจเปลี่ยนวิธีคิดของเราปัจจุบันอย่างหน้ามือเป็นหลังมือทีเดียว

โรงพยาบาลคลีฟแลนด์คลินิกในช่วงสิบปีที่ผ่านมาได้รวบรวมนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง โดย นายแพทย์ไมเคิล รอยเซ็น หัวหน้าเจ้าหน้าที่บริหารด้านสุขภาพ ชี้แจงว่า ในห้วงเวลาดังกล่าวได้พยากรณ์ผิดพลาดไปเพียงครั้งเดียวในบางเรื่อง คณะผู้รวบรวมนวัตกรรมอาจพยากรณ์ล่วงหน้าเร็วกว่าที่เกิดขึ้นจริงด้วยซ้ำ แต่ทุกอย่างที่พยากรณ์ล้วนเกิดขึ้นจริงในที่สุด

ในการคำพยากรณ์นี้ คณะผู้รวบรวมสัมภาษณ์แพทย์กว่า 150 คน นักลงทุนในธุรกิจร่วมทุน 30 - 40 ราย รวมทั้งสื่อกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่งที่รายงานข่าวอุตสาหกรรมแพทย์ในประเทศ ทั้งนี้เพื่อรวบรวมความคิดเห็นในเรื่องที่คิดว่ากำลังจะเกิดขึ้น แล้วคัดแยกเอาเรื่องที่คิดว่าเป็นไปได้ออกไป จากนั้นทำการคัดอีกครั้งหนึ่งโดยดูจากคะแนนเสียงของแพทย์และนักลงทุนกลุ่มเดียวกันนี้ การพิจารณาทำกันอย่างละเอียด โดยคณะผู้รวบรวมจะตัดเรื่องที่คิดว่าไม่ใช่ออกไป

ต่อไปนี่คือสิ่งที่คิดว่าจะเกิดขึ้นในปีนี้ โดยคณะผู้รวบรวม...

ยีนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคจอตาที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Gene therapy for inherited retinal diseases)

ในการตัดสินใจครั้งประวัติศาสตร์ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา หรือ FDA ได้อนุญาตให้ใช้ยีนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคจอตาที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

การอนุญาตครั้งนี้ส่งสัญญาณที่ดีสำหรับการรักษาด้วยวิธียีนบำบัด ซึ่งหยุดชะงักมาหลายปี ให้เริ่มวิ่งไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของยีนชื่อ



RPE65 - ซึ่งเป็นตัวผลิตโปรตีนในประสาทรับแสงในตา จะเป็นโรคของจอตาชนิด Leber Congenital Amaurosis หรือตาบอดกลางคืนที่เป็นมาแต่กำเนิดและ Retinitis Pigmentosa ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความหวังมากขึ้น

วิธีการรักษาทำโดยบริษัทผลิตยาชื่อ Spark Therapeutics โดยใช้ตัวยา Luxturna ฉีดเข้าไปในตาโดยมีไวรัสชนิดดีเอ็นเอยีนแข็งแรงหลายชุดไปที่จอตา

วิธีนี้อาจไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยสายตาดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นักวิจัยบอก แต่การรักษาเสียค่าใช้จ่ายแพงหูฉี่ ถึง 850,000 ดอลลาร์ต่อการรักษาแต่ละครั้ง

การพัฒนาแนวใหม่นี้อาจเป็นก้าวใหญ่ก้าวแรกในวงการแพทย์ “ดูโรคมะเร็งเป็น

ตัวอย่าง เราเชื่อว่ามะเร็งส่วนใหญ่เริ่มจากดีเอ็นเอผิดปกติ” ดร. รอยเซ็นกล่าว “แต่เจ้าตัวดีเอ็นเอที่ผิดปกตินี้สามารถแก้ไขหรือทำให้ดีขึ้นได้ สมมุติว่าครอบครัวคุณคิดจะทำเด็กหลอดแก้ว ก็ต้องมีการตรวจสอบยีนเอ็มบริโอก่อนจะฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้วลงในผนังมดลูกว่าอาจมีปัญหาอะไรหรือไม่ หากมีปัญหา เราจะสามารถแทรกแซงแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร... ตรงนี้แหละเป็นโอกาสมหาศาสตร์ที่กำลังจะมากับนวัตกรรมใหม่นี้”

ลดจำนวนโคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำลงได้มาก (Big reductions in LDL cholesterol)

โคเลสเตอรอลชนิดไม่ดี หรือโคเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เป็นโรคหัวใจ มียาสูตรผสมใหม่ๆ หลายชนิดสามารถลดระดับของ LDL ได้ถึง 75% ยาชนิดลดไขมันที่เรียกว่า PCSK9 Inhibitors และ สแตติน สามารถออกฤทธิ์ลดจำนวนโคเลสเตอรอลชนิดไม่ดีได้เป็นอย่างดี ตรงนี้อาจช่วยผู้ป่วยให้มีวิถีชีวิตใหม่สามารถใช้ชีวิตอย่างคนทั่วไปได้ รอยเซ็นกล่าว

ขณะนี้มีการทดลองเพื่อทดสอบแนวคิดนี้ว่าควรลด LDL ลงถึงระดับใด ขณะนี้แพทย์ก็มีเครื่องมือและงานวิจัยที่สามารถช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว



การเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยชนิดใหม่ (A new kind of patient monitoring)

ส่วนหนึ่งที่ทำให้หอผู้ป่วยวิกฤตดูโกลาหลุ่นวายก็เพราะมีสัญญาณบอกเหตุฉุกเฉินดังขึ้นตลอดเวลา - บ่อยครั้งโดยไม่มีเหตุอันสมควร (งานวิจัยชิ้นหนึ่งรายงานว่า 80% ของเสียงสัญญาณบอกเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลถูกมองว่าไม่จำเป็น รอยเซ็นกล่าว)

ข้อมูลขนาดใหญ่ที่เรียกว่า Big Data กำลังเข้ามาใช้ในระบบโรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ และนี่อาจเป็นจุดหักเหสำคัญ เพราะจะเสริมระบบปฏิบัติการควบคุมแบบ “Mission Control” ซึ่งจะตรวจการทำงานของสัญญาณบอกเหตุฉุกเฉินที่เตือนให้เจ้าหน้าที่รู้ว่าจะต้องเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อไร หน่วยปฏิบัติการเหล่านี้จะสามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นอะไรได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาลซึ่งต้องคอยวิ่งจากวิกฤตหนึ่งไปอีกวิกฤตหนึ่งจนบางครั้งทำอะไรไม่ถูก เมื่อมีการใช้อัลกอริทึมของปัญญาประดิษฐ์แล้ว เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาลจะสามารถรู้ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยรายใดจะมีอาการหนักที่แพทย์พยาบาลต้องรีบรักษา ก่อนวิกฤตจะเกิดขึ้น

ทำนองเดียวกัน โรงพยาบาลจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วกว่าที่เป็นอยู่ ส่วนการนัดหมายของผู้ป่วยกับแพทย์เพื่อติดตามผลก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ทำทนายเช่นกัน - เพราะมีความไม่สะดวกหลายประการ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องขับรถ (หรือต้องมีคนขับไปส่ง) ไปหาแพทย์เพื่อตรวจสอบอาการซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาเพียงห้านาที

“คนไข้หลังผ่าตัดกว่า 80% ของเราขณะนี้สามารถพบแพทย์ผู้ผ่าตัดได้ทุกวันโดยผ่านแอ็พทางไอโฟน ให้แพทย์ดูผลและพูดคุยกับแพทย์ได้เลย” รอยเซ็นกล่าว “ซึ่งสะดวกสบายมากสำหรับผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายสัปดาห์ละครั้ง ตอนนี้อยู่ได้ทุกวัน”



นอนหลับสบาย (A better night's sleep)

อาการหยุดหายใจชั่วคราวขณะหลับกระทบประชากรถึง 22 ล้านคนและสามารถนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาที่นิยมใช้ทั่วไป เช่น เครื่องช่วยหายใจ CPAP อาจได้ผลอยู่บ้าง แต่ก็ทำให้นอนหลับยากสำหรับผู้ที่มีอาการหยุดหายใจชั่วคราว นี่คือสาเหตุที่คาดว่าผู้ป่วยโรคหยุดหายใจชั่วคราวขณะหลับกว่า 40% ปฏิเสธไม่ยอมใช้อุปกรณ์ตัวนี้

การรักษาแบบปรับเปลี่ยนการทำงานของระบบประสาท หรือ Neuromodulation เป็นแนวทางใหม่ที่รักษาอาการหยุดหายใจชั่วคราวขณะหลับ ทำงานเหมือนเครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจสำหรับคนนอนหลับยาก เครื่องที่ฝังในร่างกายจะถูกควบคุมโดยแผ่นที่สวมบนร่างกายเวลานอน ซึ่งจะกระตุ้นผู้ป่วยและทำให้ช่องอากาศมีการไหลเวียนระหว่างนอนหลับ มีการทดสอบทางคลินิก ซึ่งจะให้ผลดี และผู้ป่วยดูจะใช้สบายดีกว่าอุปกรณ์ CPAP



“ตอนนี้ยังเป็นระยะเริ่มต้น แต่จะไปแทนอุปกรณ์ CPAP สำหรับผู้ป่วย 50 - 70% ในที่สุด” รอยเซ็นพยากรณ์ “จะทำให้คืนนอนกลับมาอนร่วมกันได้อีก แทนที่จะแยกนอนกันคนละห้อง”

ตับอ่อนเทียม (An artificial pancreas)

โรคเบาหวานคร่าชีวิตชาวอเมริกันมากขึ้นทุกปี มากกว่าโรคเอดส์และโรคมะเร็งเต้านมรวมกัน จากข้อมูลจากสมาคมโรคเบาหวาน



อเมริกัน ขณะนี้ชาวอเมริกัน 1.25 ล้านคนที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เริ่มมีความหวังขึ้นมาแล้ว เพราะมีอุปกรณ์ที่ช่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและปรับขนาดที่เหมาะสมของอินซูลินให้แก่ร่างกายโดยอัตโนมัติที่เรียกว่า Hybrid Close-Loop Insulin Delivery System ที่เริ่มใช้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมที่แล้ว

เทคโนโลยีใหม่นี้โดยเฉพาะตับอ่อนเทียมคาดว่าจะใช้แพร่หลายมากขึ้นในปีนี้ เนื่องจากจะมีผู้ป่วยต้องการใช้โดยสามารถเบิกจ่ายจากบริษัทผู้ให้ประกันสุขภาพได้ เทคโนโลยีนี้ใช้อัลกอริทึมคอมพิวเตอร์ในการให้อินซูลินที่ร่างกายต้องการโดยอัตโนมัติอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เทคโนโลยีนี้ได้รับอนุญาตจาก FDA ให้ใช้ได้แล้ว และสามารถทำการสื่อสารโดยตรงระหว่างอุปกรณ์ตรวจปริมาณน้ำตาลในเลือดกับเครื่องจ่ายอินซูลินเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเสถียร

สุดท้ายแล้ว ก็นับว่าเป็นข่าวดีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคนเป็นกันมาก

“เทคโนโลยีนี้จะประโยชน์โดยเฉพาะกับผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่เราเชื่อว่าจะมีการใช้แพร่หลายอย่างรวดเร็วในผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเช่นกัน” รอยเซ็นกล่าว

แหล่งที่มา : <https://www.cnbc.com/2018/01/17/6-big-medical-advancements-to-expect-in-2018.html>

กัญชาทางการแพทย์

พญ.ชัญวลี ศรีสุโข

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (Bioactive compounds) กว่า 400 ชนิด พบมากที่สุดเป็น สารแคนนาบินอยด์ส (cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (tetrahydrocannabinoid : THC) และแคนนาบิไดโอล์ (cannabidiol) ออกฤทธิ์ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันและระบบอื่นๆ ของร่างกาย มีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชีย แต่สามารถปลูกได้ทุกประเทศทั่วโลก

ประเทศไทยเป็นถิ่นกำเนิดกัญชาสายพันธุ์ Cannabis sativa L. ssp. Indico ที่มีชื่อเสียง เพราะนักวิทยาศาสตร์นิยมสกัดเอาสารแคนนาบินอยด์สที่มีปริมาณสูงมาใช้ทดลองทางการแพทย์ โดยประสิทธิภาพของกัญชาวัดจากปริมาณของTHC

กัญชาใช้เป็นยาตั้งแต่สมัยโบราณ มีบันทึกในตำราอายุรเวทของชนเผ่าต่างๆ มานานกว่า 3,000 ปี หลายประเทศในยุโรป แคนาดา และบางมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ล่าสุดได้แก่รัฐแคลิฟอร์เนีย อนุญาตให้เสพกัญชาได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่เพราะฤทธิ์เสพติด จึงทำให้หลายประเทศ ประกาศเป็นสารเสพติด ประเทศไทยถือกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปี พ.ศ. 2522 ปัจจุบันกัญชาถือเป็นยาเสพติดผิดกฎหมายที่ใช้กันมากที่สุดทั่วโลก ส่วนใหญ่ใช้เพื่อความผ่อนคลาย (Recreation)

สถานการณ์การเสวกัญชาและปัจจัยเสี่ยง

ข้อมูลจากงานวิจัยประมาณว่ามีคนเสวกัญชา ในปี ค.ศ. 2016 จำนวน 192 ล้านคนทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ใน 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเสพดังนี้

1. อายุ 18 - 25 ปี เพศชายเสพมากกว่าเพศหญิงสองเท่า
2. เชื้อชาติ ขาดพันธุ คนตะวันตกเสพมากกว่าคนเอเชีย
3. การศึกษาต่ำกว่าระดับวิทยาลัย ว่างงาน รายได้ต่ำ
4. มีความรุนแรงในครอบครัว โสัดไม่แต่งงาน ครอบครัวไม่อบอุ่น
5. ไม่มีศรัทธาในศาสนา ติดเหล้า บุหรี่

การเสวกัญชา (Cannabis use disorder)

งานวิจัยพบ ผู้เสวกัญชา ตั้งแต่ร้อยละ 0.19 - 12.7 ของผู้เสพที่ข้อมูลแตกต่างกันมาก อาจเกิดจากความแตกต่างของประชากรที่นำมาศึกษา โดยพบว่า

- การเสวกัญชาพร้อมกับแอลกอฮอล์ บุหรี่ ฝิ่น เฮโรอีน โคเคน ยาบ้า หรือยาแก้ปวดประสาท ทำให้ติดสารเหล่านั้นมากขึ้น และเสวกัญชามากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งจากกัญชาและสารเหล่านั้นนั้นสูงขึ้น 2 - 10 เท่า

การเสวกัญชาในคนไข้ที่เป็นโรคจิต โรคประสาท นอกจากมีจำนวนสูงกว่าคนทั่วไปแล้ว คนไข้เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเสวกัญชามากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งจากกัญชาและสารเหล่านั้นนั้นสูงขึ้น 2 - 10 เท่า

การเสวกัญชาในคนไข้ที่เป็นโรคจิต โรคประสาท นอกจากมีจำนวนสูงกว่าคนทั่วไปแล้ว คนไข้เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเสวกัญชามากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งจากกัญชาและสารเหล่านั้นนั้นสูงขึ้น 2 - 10 เท่า

การเสวกัญชาในคนไข้ที่เป็นโรคจิต โรคประสาท นอกจากมีจำนวนสูงกว่าคนทั่วไปแล้ว คนไข้เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเสวกัญชามากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงทั้งจากกัญชาและสารเหล่านั้นนั้นสูงขึ้น 2 - 10 เท่า

deficit hyperactive disorder) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder)

ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (Total disability) ของกัญชา

ในบรรดาสารเสพติดทั้งหลาย ไม่รวมบุหรี่ กัญชาเป็นสารเสพติดที่สร้างปัญหาสุขภาพไม่มากนัก เมื่อเทียบกับสารเสพติดอื่นๆ ดังนี้

1. แอลกอฮอล์ ร้อยละ 47
2. ฝิ่น เฮโรอีน ร้อยละ 24.3
3. ยาบ้า ร้อยละ 7
4. กัญชา ร้อยละ 5.5
5. โคเคน ร้อยละ 2.9
6. ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ร้อยละ 13.4

References:

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2018, Vienna 2018.
2. HYPERLINK "https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/5" Hasin DS, Saha TD, Kerridge BT, et al. Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States Between 2001-2002 and 2012-2013. JAMA Psychiatry 2015; 72:1235.
3. HYPERLINK "https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/13" Blanco C, Hasin DS, Wall MM, et al. Cannabis Use and Risk of Psychiatric Disorders: Prospective Evidence From a US National Longitudinal Study. JAMA Psychiatry 2016; 73:388.
4. HYPERLINK "https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/18" Hasin DS, Kerridge BT, Saha TD, et al. Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Am J Psychiatry 2016; 173:588.
5. HYPERLINK "https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/24" Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2016; 206:321.

6. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/26>" Mammen G, Rueda S, Roerecke M, et al. Association of Cannabis With Long-Term Clinical Symptoms in Anxiety and Mood Disorders: A Systematic Review of Prospective Studies. *J Clin Psychiatry* 2018; 79.
7. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/29>" Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187:306.
8. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/39>" Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29:318.
9. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/44>" Manrique-Garcia E, Ponce de Leon A, Dalman C, et al. Cannabis, Psychosis, and Mortality: A Cohort Study of 50,373 Swedish Men. *Am J Psychiatry* 2016; 173:790.
10. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/49>" Melchior M, Bolze C, Fombonne E, et al. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study. *Int J Epidemiol* 2017; 46:1641.
11. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/50>" Meier MH, Hill ML, Small PJ, Luthar SS. Associations of adolescent cannabis use with academic performance and mental health: A longitudinal study of upper middle class youth. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156:207.
12. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/51>" Nader DA, Sanchez ZM. Effects of regular cannabis use on neurocognition, brain structure, and function: a systematic review of findings in adults. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018; 44:4.
13. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/54>" Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:292.
14. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/60>" Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370:319.
15. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/61>" Mustonen A, Niemelä S, Nordström T, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2018; 212:227.
16. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/68>" Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. *J Affect Disord* 2015; 172:211.
17. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/73>" Ghasemiesfe M, Ravi D, Vali M, et al. Marijuana Use, Respiratory Symptoms, and Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2018; 169:106.
18. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/86>" Ravi D, Ghasemiesfe M, Korenstein D, et al. Associations Between Marijuana Use and Cardiovascular Risk Factors and Outcomes: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2018; 168:187.
19. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/97>" Gundersen TD, Jørgensen N, Andersson AM, et al. Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men. *Am J Epidemiol* 2015; 182:473.
20. HYPERLINK "<https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status/abstract/104>" Metz TD, Allshouse AA, Hogue CJ, et al. Maternal marijuana use, adverse pregnancy outcomes, and neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:478.e1.

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี: การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม



โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เดิมมีชื่อว่าศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี เปิดให้บริการเมื่อปี พ.ศ.2538 ต่อมาในปี พ.ศ.2545 เปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี และเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2555 โดยปัจจุบันมีนายแพทย์พงศธร ศุภอรรถกรเป็นผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้บริการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งด้านผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา

ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างวารสารกรมการแพทย์ขอนำชมและแนะนำการให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



นายแพทย์พงศธร ศุภอรรถกร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ศูนย์รังสีวินิจฉัยและรังสีร่วมรักษา

ได้เปิดให้บริการด้านรังสีวินิจฉัยและรังสีร่วมรักษา โดยมีการตรวจเอกซเรย์ทั่วไป เอกซเรย์พิเศษ ที่ต้องใช้สารทึบรังสีร่วมด้วย เช่น I.V.P, UGI, BE, CT scan, Ultrasound, Mammogram Tomosynthesis และ Stereotactic นอกจากนี้ยังให้บริการด้านรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Interventional Radiology) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Hepatocellular Carcinoma and Cholangio carcinoma) ที่พบมากในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือแต่หน่วยงานที่ทำงานด้านนี้มีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่ที่มีในประเทศไทยก็จะอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลในเขตศูนย์กลางภูมิภาคเท่านั้น ทางกลุ่มงานรังสีวินิจฉัยฯ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้เปิดให้บริการทางด้านรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Interventional Radiology) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน โดยการทำการต่างๆ ดังต่อไปนี้

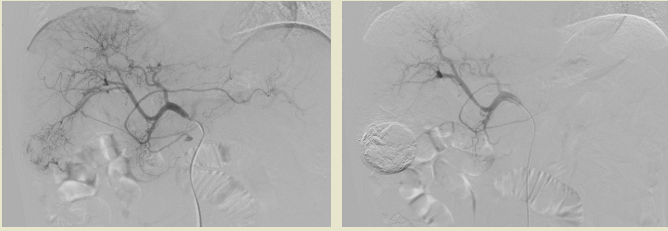
1. การนำชิ้นเนื้อตัวอย่างตรวจโดยไม่ต้องผ่าตัด (Imaging guided percutaneous biopsy) เป็นการวินิจฉัยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรงพอที่จะผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยในระยะที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ การนำตัวอย่าง



ภาพที่ 1 ภาพอัลตราซาวด์แสดงให้เห็นเข็ม Biopsy ที่ผ่านเนื้อเยื่อในตับไปสู่ก้อนเนื้ออกโดยหลีกเลี่ยงทางที่ต้องผ่านเส้นเลือดในตับ

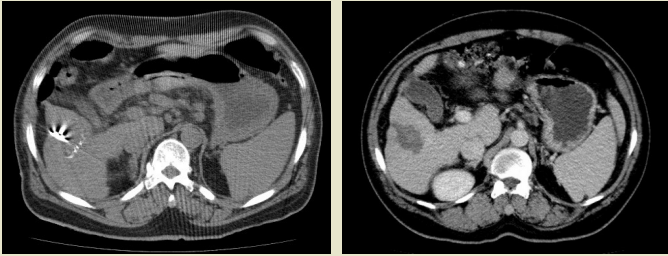
ชิ้นเนื้อมาตรวจถือว่ามีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

2. การรักษามะเร็งตับโดยการให้ยาเคมีบำบัดและสารอุดหลอดเลือดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงในตับ (Transarterial Chemoembolization) เป็นการรักษามะเร็งตับ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในระยะ Intermediate stage ของโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) เพื่อประคับประคอง และช่วยเพิ่ม Survival Rate ของผู้ป่วยนอกจากนั้นบางกรณีก็ใช้เพื่อ Curative treatment ใน Early stage ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือไม่สามารถทำ Tumor ablation ได้



ภาพที่ 2 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือดดำ (DSA) แสดงก้อนเนื้องอกในตับด้านขวา ก่อนทำ TACE
ภาพที่ 3 ภาพเอกซเรย์หลอดเลือดดำ (DSA) แสดงการจับของสาร Lipiodol ในก้อนเนื้องอกในตับด้านขวา หลังทำ TACE 1 เดือน โดยไม่พบส่วนของเนื้องอกที่ยังมีชีวิตอยู่

3. การทำลายเนื้องอกโดยใช้เข็มให้ความร้อนแบบพิเศษ (Radiofrequency Ablation or Microwave Ablation) ใช้เป็นการรักษา มะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือใช้ร่วม กับการรักษาอย่างอื่นเพื่อประคับประคองตัวโรค เป็นการ สอดเข็มชนิดพิเศษผ่านผิวหนังเข้าไปในตัวก้อน เนื้องอกทำให้เนื้องอกตาย จากความร้อนที่ปลายเข็ม



ภาพที่ 4 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) แสดงเข็ม RFA ในตำแหน่งเนื้องอกตับด้านขวา
ภาพที่ 5 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หลังทำ RFA 1 เดือน ส่วนของเนื้องอกที่ยังมี ชีวิตอยู่

4. การระบายน้ำดีผ่านสายสวนทางหน้าท้อง ในมะเร็งท่อน้ำดี (Percutaneous transbiliary drainage หรือ PTBD) ใช้ระบายน้ำดี เพื่อ รักษาภาวะติดขัดในท่อน้ำดีหรือเป็น Palliative treatment ในผู้ป่วยระยะที่ผ่าตัดไม่ได้ เพื่อช่วยลดความทรมานจากอาการที่เกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน



ภาพที่ 6 ภาพอัลตราซาวด์แสดงก่อนเนื้องอกใน ตับและการขยายตัวของท่อน้ำดีข้างเคียง ทำให้ ผู้ป่วยมีอาการของ Obstructive Jaundice
ภาพที่ 7 ภาพเอกซเรย์แสดงให้เห็นสายระบาย น้ำดีด้านขวาและด้านซ้าย

และนอกจากนี้ทางกลุ่มงานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ยังได้เปิดให้บริการทางด้านรังสีร่วมรักษาของเต้านม (Breast interventional Radiology) เนื่องจากปัจจุบันพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยหญิงไทยและการตรวจค้นหามะเร็งเต้านมได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้การรักษาได้ผลดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นทางกลุ่มงานรังสีวินิจฉัยฯ จึงได้เปิดให้บริการทางด้านรังสีร่วมรักษา ของเต้านมมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งรังสีร่วมรักษาของเต้านมมีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยภายหลังจากการตรวจพบ ความผิดปกติจากการตรวจเอกซเรย์เต้านมหรืออัลตราซาวด์เต้านม โดยการนำเอาตัวอย่างเนื้อเยื่อที่ผิดปกตินั้นออกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา หรือมีบทบาทในการช่วยชี้ตำแหน่งให้ศัลยแพทย์ ผ่าตัดเอารอยโรคที่ผิดปกตินั้นออกมา ในกรณีที่รอยโรคนั้นมีขนาดเล็กมากไม่สามารถคลำได้ หัตถการที่ทำในทางรังสีร่วมรักษาของเต้านมมีดังนี้

1. Core Needle Biopsy จะใช้เข็มที่สามารถตัดชิ้นเนื้อได้ สุ่มตัดบริเวณรอยโรคที่ผิดปกติออกมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
2. Fine Needle Aspiration ใช้เข็มขนาดเล็กเจาะดูดเซลล์จากรอยโรคที่ผิดปกติออกมาส่งตรวจทางด้านเซลล์วิทยา
3. Needle Localization Guide Biopsy เป็นการแทงเข็มเพื่อบอกตำแหน่งก้อนเนื้อหรือรอยโรคที่ผิดปกติ โดยใช้เครื่องเอกซเรย์ เต้านมหรือเครื่องอัลตราซาวด์ช่วยชี้ตำแหน่งรอยโรคให้การผ่าตัดแม่นยำถูกต้องยิ่งขึ้น

4. Stereotactic Breast Biopsy ใช้ในความผิดปกติที่พบ หินปูนขนาดเล็กมากๆ (Microcalcification) ซึ่งหินปูนขนาดเล็กนี้ จะตรวจพบเฉพาะในการตรวจ เอกซเรย์เต้านมเท่านั้นแล้วทำการ เจาะตรวจเอาเนื้อเยื่อออกมา โดย อาศัยเครื่องมือแม่เหล็กชนิด พิเศษที่บอกตำแหน่งพิกัดของจุด ผิดปกติแล้วใช้เข็มเจาะเข้าไปตัด ชิ้นเนื้อในตำแหน่งที่ผิดปกติ



เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan 160 slides)

ศูนย์รังสีรักษา

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยกลุ่มงานรังสีรักษาให้บริการด้านรังสีรักษาตติยภูมิที่ได้มาตรฐานสากลสำหรับประชาชนทุกระดับอย่างรวดเร็ว ทันสมัย ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมีผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยการฉายแสงเฉลี่ยประมาณ 2,000 คนต่อปี และใส่แร่เฉลี่ยประมาณ 1,000 ครั้งต่อปี สามารถให้การรักษาก่อนผ่าตัดด้วยการฉายแสงทั้งแบบ 2 มิติ, 3 มิติ, 3 มิติแบบปรับความเข้ม Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT)/ Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT) และใส่แร่ปริมาณรังสีสูง (Ir-192 Brachytherapy)

เครื่องมือสำหรับการจำลองการฉายแสงประกอบไปด้วยเครื่องจำลองการรักษาแบบดิจิทัล (Digital Simulator) จำนวน 1 เครื่อง, เครื่องจำลองการรักษาแบบคอมพิวเตอร์

(CT Simulator) จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งสามารถจำลองการฉายแสงได้ทั้ง 3 มิติ และ 4 มิติ, และเครื่องจำลองการรักษาแบบคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Simulator) จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งจะสามารถเห็นภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เครื่องฉายแสงระยะไกล มีทั้งหมด 4 เครื่อง คือ เครื่องฉายแสงแบบเร่งอนุภาค (Linear Accelerator) จำนวน 3 เครื่องและเครื่องฉายรังสีโคบอลต์-60 (Cobalt-60 Teletherapy Machine) จำนวน 1 เครื่อง

การรักษาโดยการใส่แร่ สามารถจำลองภาพเพื่อวางแผนการใส่แร่แบบ 2 มิติ โดยใช้เครื่องเอกซเรย์ชนิดซีอาร์เอ็ม (C-arm X-ray Unit) ซึ่งมีจำนวน 1 เครื่องหรือแบบ 3 มิติ โดยใช้เครื่องจำลองการรักษาแบบคอมพิวเตอร์ (CT Simulator) และสำหรับในขั้นตอนการรักษามีเครื่องสอดใส่สารกัมมันตรังสีชนิดอัตรารังสีสูง (High Dose Rate Remote Control After Loading brachytherapy system) จำนวน 1 เครื่อง

บุคลากรในกลุ่มงานรังสีรักษา ประกอบไปด้วย แพทย์ 6 คน นักฟิสิกส์การแพทย์ 3 คน นักรังสีการแพทย์ 10 คน ร่วมให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย



เครื่องฉายรังสีชนิดเครื่องเร่งอนุภาค VMAT

ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด (Ambulatory Chemotherapy Center)

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีได้จัดตั้งหน่วยให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกขึ้นโดยเริ่มแรกเปิดให้บริการจำนวน 5 เตียง และในปัจจุบันมีการเพิ่มเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็น 20 เตียง สำหรับศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีบทบาทสำคัญดังนี้

- 1) ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
- 2) ให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
- 3) ถ่ายองค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชน

ด้านการจัดบริการของศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดเป็นแบบ One stop service โดยมีการตรวจ คัดกรอง การเตรียมยาเคมีบำบัดและการบริหารยาเคมีบำบัดในพื้นที่เดียวกัน เพื่อลดขั้นตอนการบริการ และผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น ถูกต้องได้มาตรฐานตามวิชาชีพ ดังนั้นในการรักษาพยาบาลจึงต้องประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญจากทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดต้องผ่านหลักสูตรการบริหารเคมีบำบัดที่สภาการพยาบาลกำหนดแล้ว หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง จากการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

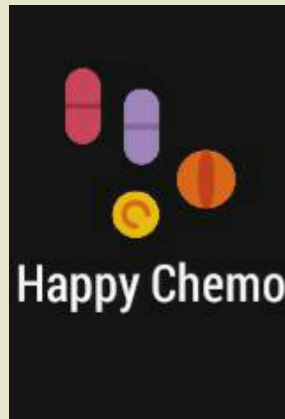
ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในด้านการพยาบาลได้นำระบบพยาบาลเจ้าของไข้เข้ามาบริหารจัดการทำให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม มีการติดตามอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเมื่อกลับบ้าน และได้จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การพยาบาลระหว่างให้ยาเคมีบำบัด การพยาบาลหลังให้ยาเคมีบำบัดและการวางแผนการจำหน่าย โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความจำเพาะของยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติสะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ได้นำผลงานวิจัยและหลักฐาน เชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดโดยผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่เกิดกับผู้ป่วยไม่เกินเกรด 2 นอกจากนี้ ได้นำเทคโนโลยีมาช่วยในการประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดโดยร่วมมือกับวิทยาลัยบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ในการพัฒนาและจัดทำโครงการโมบายแอปพลิเคชัน CIPN (Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy) และได้จัดทำแอปพลิเคชันการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติตลอดจนเป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้าน เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด



เป็นสถานที่ศึกษาดูงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด



โครงการนโยบายแอปพลิเคชัน CIPN
(Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy)



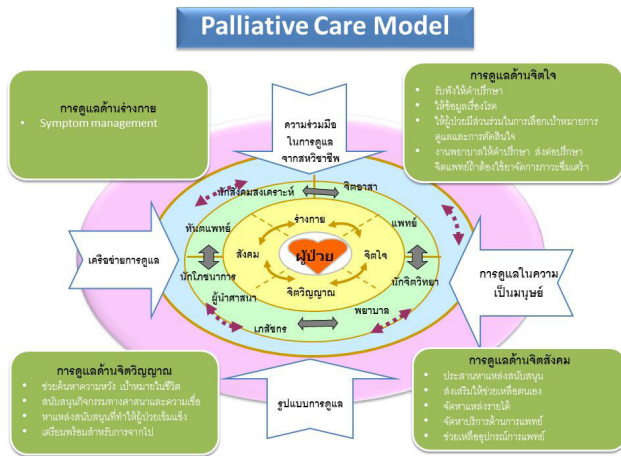
จัดทำแอปพลิเคชันการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง



การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานีเป็นการดูแล โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มุ่งเน้นการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงอาการรบกวนและการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ โดยได้ให้การดูแลแบบ Palliative care ในทุกระยะของโรคซึ่งทำควบคู่กับการรักษาตัวโรคตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อเนื่องตลอดการรักษาและ

การมีชีวิตอยู่โดยเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้สามารถเข้าถึงข้อมูลและทางเลือกของการดูแลรักษาเป็นจุดเน้นหลักของการดูแลรักษาสอดคล้องกับทิศทางของโรคมะเร็งมีชีวิตต่อช่วงการรักษาที่ไม่ได้ผลตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบในการดูแลเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักประาษฎ์ ผู้นำศาสนา อาสาสมัครจิตอาสา ผู้ดูแล และอื่นๆ ด้วยการบูรณาการความรู้ ที่ใช้ศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ หรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพทุกฝ่ายล้วนมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละด้านตามความถนัดในแต่ละสาขา และมีศิลปะที่จะให้การรักษายาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ โดยมีรูปแบบการดูแล (ภาพที่ 8)



ภาพที่ 8 กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ตลอดจนการเข้าร่วมกับชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่อยู่ระหว่างรับการรักษาโรคร้ายแบบไป - กลับ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากชุมชน และเครือข่ายสุขภาพเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งถึงระยะท้ายของโรค ตาม Trajectories of Cancer ซึ่งในระยะท้ายนี้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาและปรับปรุงทักษะของผู้ดูแลให้มีความพร้อม และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี นอกจากความร่วมมือจาก สหสาขาวิชาชีพแล้ว เรายังมีศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม เชื่อมโยงการดำเนินงาน และสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสร้างอาสาสมัครที่มีคุณภาพ ขยายเครือข่ายสู่ชุมชนให้ยั่งยืนประกอบด้วย 10 กิจกรรมดังต่อไปนี้คือ กิจกรรมกลุ่มบำบัด (เพื่อนช่วยเพื่อน) กิจกรรมอาสาสมัครกัลยาณมิตรบำบัด กิจกรรมขอข้อเท็จจริงกับสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดพลัง กิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล กิจกรรมเรียนรู้ ดูกายใจด้วยธรรมและสมาธิ กิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง กิจกรรมออกกำลังกายคลายเส้นและกิจกรรมคืนสู่บ้านบูรณาการชีวิตใหม่



โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีความมุ่งมั่นที่จะเป็น “ผู้นำทางวิชาการและบริการด้านตติยภูมิโรคมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง” เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งและร่วมพัฒนาวิชาการ - บริการในเขตสุขภาพ

สารบัญ Contents	หน้า Page
นิพนธ์ต้นฉบับ : ORIGINAL ARTICLES	
<p>อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ณัฐวรรตต์ เอนกวิทย์ พ.บ. <p>Relapse Rate of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Patients at Mahasarakham Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Natwarat Anekwit, M.D. 	35
<p>ประสิทธิผลของการฝังเข็มต่ออาการปลายประสาทขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภัทพร ริมชลา พ.บ. <p>Effectiveness of Acupuncture on Peripheral Neuropathy among Type 2 Diabetic Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pattaraporn Rimchala, M.D. 	40
<p>การคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดด้วยการตรวจวัดบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่าน</p> <ul style="list-style-type: none"> • วิพัฒน์ เจริญศิริวัฒน์ พ.บ. <p>Term Neonatal Jaundice Screening by Transmission Transcutaneous Bilirubinometer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vipat Charoensiriwat, M.D. 	45
<p>การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการเลิกยาสูบโดยใช้ยาระหว่าง นอร์ทริปทีลีน (Nortriptyline) กับ โคลนิดีน (Clonidine) ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี</p> <ul style="list-style-type: none"> • ธญรัช ทิพวงษ์ พ.บ. <p>Comparative Effectiveness Study between Nortriptyline and Clonidine for Smoking Cessation in Patients at Princess Mother National Institute on Drug Addict Treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thayaroch Tipyawong, M.D. 	49
<p>การศึกษาการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียวในโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะและโรคถุงน้ำในเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</p> <ul style="list-style-type: none"> • จารุพงษ์ น้อยคำแย พ.บ. <p>Laparoscopic Single Incision of Extraperitoneal Closure (LSEC) in Indirect Inguinal Hernia and Hydrocele in Infant and Children</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jarruphong Noitumyae, M.D. 	56
<p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปรัชพร กลีบประทุม วท.ม • บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ วท.ม • ปุณิกา สุ่มทอง วท.ม • วาติณี อางภักดี วท.บ <p>Effects of Health Promotion Program for Blood Pressure Control among Hypertention Patients at Internal Medicine Clinic, Angthong Hospital, Angthong Provinc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratchaporn Kleebpratoom, M.sc • Bunyiam Suthiphongkiart, M.sc • Punika sumthong, M.sc • Wasinee Oadpakdee, B.sc 	60
<p>ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด ของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันตก</p> <ul style="list-style-type: none"> • วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย กก. • ปริญญา บรรจงมณี ป.ร.ด. <p>The Patient's Behaviour, Expectation, and Satisfaction on the Service Quality of Physical Therapy Services in Government Hospitals Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Western Thailand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanpen Leungnarutai, PT. • Parinya Banjongmanee, Ph.D. 	67
<p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <ul style="list-style-type: none"> • พัศตราภรณ์ แก้วพะวงค์ พย.ม. • เกียรติกำจร กุศล ป.ร.ด. • จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ ป.ร.ด. <p>Factors Related to Iron Deficiency Anemia among Pre-school Children in Child Development Centers, Tasala District, Nakhon Si Thammarat Province</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastraporn Kaewpawong, M.N.S. • Kiatkamjorn Kusol, Ph.D. • Jiraporn Sonpaveerawong, Ph.D. 	75
<p>ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา</p> <ul style="list-style-type: none"> • ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ พ.บ. <p>Prevalence and Predicting Factors of Depression among Elderly in Primary Care Unit, Chachoengsao Province</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siriluk Pongchitsiri, M.D. 	81

สารบัญ Contents	หน้า Page
<p>ประสบการณ์ของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน (โวจโรลเลอร์) ต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน: การศึกษาเชิงคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • อนุชาติ เชื้อนนิล วท.บ., วท.ม., ปร.ด. • ปิณรณี ฤทธิประวัตี วท.บ., วท.ม., ปร.ด. • สุรชาติ ทองชุมสิน วท.บ., วท.ม. • พีรเดช ธิจันทร์เปี้ยง วท.บ., วท.ม., ปร.ด. • วีรวัฒน์ แสนศรี วท.บ., วท.ม., ปร.ด. <p>Hemiplegic Clients' Experiences after the Virtual Reality (Gyro Roller) Rehabilitation on Activities of Daily Living: Qualitative Study</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anuchart Kaunnil, BSc., MSc., PhD. • Panrasee Ritthipravat, BEng., MEng., DEng. • Surachart Thongchoomsin, BSc., MSc. • Peeradech Thichanpiang, BSc., MSc., Ph.D. • Veerawat Sansri, BSc., MSc., Ph.D. 	87
<p>ความไวของการตรวจคัดกรองโรคปอดและหัวใจด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการซักประวัติและอาการในสถาบันโรคทรวงอก</p> <ul style="list-style-type: none"> • สุจารัตน์ ตั้งสกุลวัฒนา พ.บ. • สุรภา ไทรัญพิจิตร วท.บ. • ลำเนียง อรรถาเวช พย.บ. <p>Sensitivity of Routine Chest Radiographs with Clinical History for Screening Cardiothoracic Abnormalities in Central Chest Institute of Thailand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sutarat Tungasagunwattana, M.D. • Surapa Hairunpijit, B.Sc. • Samniang Atthawet, B.N.S. 	94
<p>ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไทยระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> • กนกนันท์ วิทยาเกษมสันต์ วท.บ. • ชลศณีย์ คล้ายทอง พ.บ. • กุลฉัตร ภูโกสัย พ.บ. • วิสิษฐ จະวะลิต ปร.ด. • ดุลยพร ตราชูธรรม ท.บ., ปร.ด. <p>Nutritional Status of Thai Patients with Head and Neck Cancer During and After Completion of Radiotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kanoknun Vittayakasemsont, B.Sc. • Chonsanee Klaitong, M.D. • Kulachatr Phukos, Ph.D. • Visith Chavasit, Ph.D. • Dunyapom Trachootham, D.D.S., Ph.D. 	99
<p>ภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลหามแห่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี</p> <ul style="list-style-type: none"> • รัตน์ภรณ์ อาษา ส.ม. • พิชชุดา เดชบุญ วท.ม. • ประภัศรา รัตน์วงษ์ ส.บ. • อนุสตรา สุดธี ส.บ. • ดาวประกาย ลาแก้ว ส.บ. <p>Health Status of Rubber Farmers in Namteang Sub-District, Srimuangmai District, Ubonratchathani Province</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rattanapom Arsa, M.P.H. • Pithasuda Detboon, M.Sc. • Prapatsara Rattanawong, B.P.H. • Anussara Sudthee, B.P.H. • Daoprakai Lakaew, B.P.H. 	105
<p>เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่มีเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • จอม สุวรรณโณ ปร.ด. • นฤเบศร์ โกศล พย.ม. <p>Comparison of Risk Score, Risk Levels and Risk Factors for Developing Cardiovascular Disease in Hypertension with Comorbid Diabetes and Non-Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jom Suwanno, Ph.D. • Nareubeth Koson, M.N.S. 	109

<p>การวิเคราะห์หนังสือรับรองการตายที่โรงพยาบาลลำปาง ในปี 2560</p> <ul style="list-style-type: none"> • กำพล เครือคำขาว พ.บ. • มนต์ชนก วิเศษสิริ น.บ. • สุพัตรนา อีสาระ ค.บ. • ครณ์เพชร ดวงแก้ว วท.ม. <p>Analysis of the Certification of Death at Lampang Hospital, Year 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gampon Klukamkao, MD • Manatchanok Visessiri, LL.B • Supatt Thisara, B.Ed. • Sornpachara Dounkaew, M.Sc. 	117
<p>ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> • วันชัย กิตติโชติวัฒน์ พ.บ. <p>Prevalence and Associated Factors of Postpartum Depression in Kaengkhoi Hospital, Saraburi Province</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanchai Kittichotiwat, M.D. 	125
<p>ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการ: พหุกรณีศึกษาผู้ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • นภดล คำเต็ม พย.ม. <p>Life Experiences of Burn Patients who had Deprived of Organ(s) and Become Handicapped: Multi - Cases Study at a Northeastern Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Napadon Khamterm, M.N.S. 	131
<p>ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> • ชำชูดิน ดายะ พ.บ. • นีรัชรา ลิลละฮ์กุล พย.ม • เจษฎากร โนนินทร์ ปร.ด. <p>Experience of Parents of Thai Muslim Childhood Aged 0-5 Years in Yala Province Who Rejected the Service of Expanded Program Immunization with Vaccine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumsuding Daya, M.D. • Niratchara Lillahkul, B.N.S • Jetsadakorn Noin, Dr.P.H 	137
<p>วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร กับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีต่อการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภัทธิษา ชุมพล พย.ม. • ทิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ศษ.ด. • ดุสิต สุจิรารัตน์,วท.ม. • พรชัย สิทธิศรีรัมย์กุล,Dr.P.H. <p>Organizational Safety Culture, Nursing Practices under Safety Standards and Registered Nurses' Perception Affecting Incidence and Report of Adverse Events and Near Miss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pattarisa Chumphon, M.N.S. • Pimphan Sillapasuwan, • Dusit Sujirarat, M.Sc. • Pornchai Sittisarankul, Dr.P.H. 	142
<p>ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน</p> <ul style="list-style-type: none"> • จินห์จุษา ชัยเสนา ดาลลาส พย.ด • นุชนาถ แก้วมาตร ศษ.ม • ภาคินี เดชชัยยศ วท.ม • ทพย์ชนก เผ่าวีริยะ พย.ม <p>The Effectiveness of Motivational Enhancement Group Therapy Program on Optimism among Youths with Amphetamine Abuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. • Nutchanat Kaewmart, M.Ed • Pakinee Dethchaiyot, M.Sc. • Hathaichanok Phaowiriyaya, M.N.S. 	148

อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

ณัฐจิวรีตต์ เอนกวิทย์ พ.อ.

กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

Abstract: Relapse Rate of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Patients at Mahasarakham Hospital

Anekwit N

Department of mental health, psychiatry and drugs, Mahasarakham Hospital, Talad, Mueang Mahasarakham, Mahasarakham ,44000

(E-mail: pearjadejanejame@gmail.com)

Background: The numbers of patients with schizophrenia and other psychotic disorders who received psychiatric service at Mahasarakham hospital during 2014 - 2016 were 1007, 1024, and 1095 respectively. Although these disorders were prevalent, relapse rates have not yet been identified. **Objectives:** To study relapse rates of schizophrenia and other psychotic disorders at Mahasarakham Hospital. **Methods:** This was a retrospective descriptive study. Data of patients diagnosed with ICD-10 F20-F29 schizophrenia and other psychotic disorders during October 1st 2016 - September 30th 2017 were retrospectively collected from medical records. Relapse was defined as the psychiatric visit with a CGI-S score higher than 4. **Results:** There were 1,069 patients included into the study. Schizophrenia (F20) accounted for 838 patients (78.4%) with male predominance (64.2%). Mean age was 43.5 ±13.1 years. Relapse was found in 78 patients (7.3%). Major reasons for relapse were discontinuation of medication (35.9%), and substance use (32.1%). Most patients with relapse (60.3%) still received outpatient treatment, 32% were referred and only 7.7% received inpatient treatment. **Conclusion:** Relapse rate of schizophrenia and other psychotic disorders at Mahasarakham hospital was 7.3%.

Keywords: Relapse rate, Schizophrenia and other psychotic disorders

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีจำนวน 1,007, 1,024 และ 1,095 รายตามลำดับ แม้ว่าจะพบโรคนี้ได้มาก แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อหาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย ICD-10 รหัส F20-F29 โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยกำหนดนิยามของการกำเริบซ้ำจากค่าคะแนน CGI-S ที่มากกว่า 4 **ผล:** ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย เป็น F20 schizophrenia จำนวน 838 ราย (ร้อยละ 78.4) เป็นเพศชายจำนวน 686 ราย (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 43.51 ปี (± SD 13.06) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีจำนวน 78 ราย อัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็น ร้อยละ 7.3 มีสาเหตุอาการกำเริบซ้ำจากขาดยา ร้อยละ 35.9 และมีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 32.1 ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ

60.3 ส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าร้อยละ 32.0 และรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 7.7 **สรุป:** อัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นร้อยละ 7.3

คำสำคัญ: อัตราการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia)¹ คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิดทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การใช้ชีวิตในสังคม มีการศึกษาในประชากรทั่วไปที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007² พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (lifetime prevalence of schizophrenia) อยู่ที่ร้อยละ 0.87 สอดคล้องกับอีกการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา³ ที่ได้รับการสนับสนุนโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH : National Institute of Mental Health) พบว่า ความชุกของโรคจิตเภทอยู่ระหว่างร้อยละ 0.6 - 1.9 หรือประมาณร้อยละ 1 ซึ่งหมายถึง ในจำนวนคน 100 คน มี 1 คนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทในระหว่างช่วงชีวิต ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมมีผลต่อการเกิดโรคนี้อย่างมาก ในประเทศไทย

การเก็บข้อมูลของกรมสุขภาพจิตจนถึงปีงบประมาณ 2560 มีการเก็บข้อมูลของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ร่วมกัน และรายงานผลในการตรวจราชการเป็นกลุ่มโรคดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ส่วนใหญ่ เมื่อมีการกำเริบซ้ำเกิดขึ้น เพิ่มโอกาสในการนอนโรงพยาบาล ต้องไปพบแพทย์ถี่มากขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้จ่ายหลายชนิดหรือปริมาณสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง³ และส่งผลต่อการทำหน้าที่โดยทั่วไปลดลง⁴ กลายเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและการที่มีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้เกิดภาระโรค (DALY)⁵ ของประเทศสูงขึ้น นโยบายด้านสุขภาพในปัจจุบันจึงส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น เพื่อลดภาระโรคในอนาคตที่แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากสถิติจำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ มารับบริการที่โรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีจำนวน 1,007⁶ 1,024⁷ และ 1,095⁸ รายตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2559⁹ จำนวน 111 ราย มีทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ โดยยังไม่มีการศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาอัตราการกำเริบของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในปีงบประมาณ 2560 ทั้งหมด เพื่อทราบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) รหัส F20-F29 ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลที่ทำการศึกษา แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ รหัสโรคในการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2560

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	1,069	100
ชาย	686	64.2
หญิง	383	35.8
ชนิดของโรคจิต	1,069	100
- schizophrenia (โรคจิตเภท)	838	78.4
- delusional disorder	13	1.2
- brief psychotic disorder	113	10.6
- schizoaffective disorder	38	3.6
- other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition	9	0.8
- unspecified psychotic not due to a substance or known physiological condition	58	5.4

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 มีจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 7.3) ในจำนวนนี้มีสาเหตุอาการกำเริบซ้ำจากขาดยาจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 35.9) ใช้สารเสพติดจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 32.1) รับประทานยาไม่ถูกต้องจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.2) มีความเครียดหรือสิ่งเร้าอื่น ๆ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 9) มีปัญหาการนอนหลับจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4) และมีโรคทางกายแทรกซ้อนจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4) (ตารางที่ 2)

วินิจฉัย กับคะแนน Clinical global illness of severity (CGI-S)¹⁰ รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า นอกจากนี้ยังมีการเก็บสาเหตุที่มีการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 ว่าเกิดจากปัจจัยใด ประเมินความรุนแรงของอาการป่วยด้วยแบบประเมิน CGI-S โดยเจ้าหน้าที่พยาบาล จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาที่คลินิกที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจ มีการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินทุกคนที่เกี่ยวข้องว่ามีความเที่ยงของการประเมิน ที่เลือกใช้แบบประเมินนี้เนื่องจากใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน สะดวก โดยแบบประเมินนี้แม้จะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนถึงค่าความไวและความจำเพาะ แต่มีการใช้อย่างแพร่หลาย การวิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การใช้ Odds ratio และใช้ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่จุดตัดคะแนน CGI-S มากกว่า 4 คะแนน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผล

ข้อมูลทั่วไป ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 838 ราย (ร้อยละ 78.4), delusional disorder จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 1.2), brief psychotic disorder จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 10.6), schizoaffective disorder จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 3.6), other psychotic disorder not due to a substance or known physiological condition จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 0.8) และ unspecified psychotic not due to a substance or known physiological condition จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 5.4) ผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 686 ราย (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 43.51 ปี (\pm SD 13.06) โดยผู้ป่วยอายุน้อยสุด 14 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี (ตารางที่ 1)

ข้อมูล CGI-S	จำนวน	ร้อยละ
ค่าคะแนน CGI-S	1,069	100
1. ปกติไม่ได้มีอาการ (normal, not at all ill)	132	12.3
2. สงสัยอาจมีอาการป่วย (borderline mentally ill)	130	12.2
3. ป่วยเล็กน้อย (mildly ill)	378	35.4
4. ป่วยปานกลาง (moderately ill)	351	32.8
5. ป่วยชัดเจน (markedly ill)	61	5.7
6. ป่วยรุนแรง (severely ill)	10	0.9
7. ป่วยรุนแรงมากที่สุด (among the most extremely ill patients)	7	0.7
สาเหตุอาการกำเริบ (CGI-S มากกว่า 4)	78	100
1. ขาดยา	28	35.9
2. มีการใช้สารเสพติด	25	32.1
3. รับประทานยาไม่ถูกต้อง	8	10.2
4. มีความเครียดหรือสิ่งเร้าอื่นๆ	7	9
5. มีปัญหาการนอนหลับ	5	6.4
6. มีโรคทางกายแทรกซ้อน	5	6.4

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอาการกำเริบซ้ำ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 60.3) ผู้ป่วยในจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.7) และได้รับการส่งไปรักษาตัวต่อจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 32.0) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 5 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด แบบผู้ป่วยในจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อจำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 6 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 7 คะแนนทั้งหมด 7 ราย ได้รับการส่งต่อทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับแยกรายคะแนน

ข้อมูลรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวน (ร้อยละ)
รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	78 (100)
ผู้ป่วยนอก	47 (60.3)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	47 (100)
6 คะแนน	0
7 คะแนน	0
ผู้ป่วยใน	6 (7.7)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	4 (66.7)
6 คะแนน	2 (33.3)
7 คะแนน	0
ส่งไปรักษาตัวต่อ	25 (32.0)
คะแนน CGI-S 5 คะแนน	10 (40.0)
6 คะแนน	8 (32.0)
7 คะแนน	7 (28.0)

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนดังกล่าวมีผลการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกลดลง 0.3 เท่า (odds ratio 0.3, 95%CI 0.2 - 0.4, $p < 0.01$) และการส่งตัวไปรับการรักษาต่อเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า (odds ratio 2.7, 95%CI 1.6 - 4.5, $p < 0.01$) รวมถึงการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4)

รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	CGI-S ≤ 4	CGI-S > 4	Odd ratio	95% CI	p-value
ผู้ป่วยนอก	843	47	0.3	0.2-0.4	<0.01
ผู้ป่วยใน	0	6	-	-	<0.01
ส่งตัวไปรับการรักษาต่อ	148	25	2.7	1.6-4.5	<0.01

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเกณฑ์ CGI-S มากกว่า 4 เป็นร้อยละ 7.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการรักษา มีอัตราการกำเริบซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 16 - 23 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) มีอัตราการกำเริบซ้ำร้อยละ 25 เมื่อติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี แต่หากหยุดการรักษาอัตราการกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า¹ และหากเป็นอัตราการกำเริบซ้ำตลอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 70¹¹ ผลของการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะประชากรในการศึกษาแตกต่างกัน เนื่องจากในการศึกษานี้ใช้กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ไม่ได้เลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทอย่างเดียว และไม่เลือกเฉพาะประชากรที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) นอกจากนี้เกณฑ์ในการกำหนดอาการกำเริบซ้ำไม่ใช่เกณฑ์เดียวกัน แม้จะใช้คำนิยามในการกำเริบซ้ำเหมือนกันก็ตาม

จากการศึกษานี้พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำเกิดจาก 1) การขาดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Emsley⁴ ของ Suzuki¹² และของ Porcelli¹¹ ที่พบว่า การไม่ใช้ยาต่อเนื่องหรือขาดยา เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรคมากขึ้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาในแคนาดาของ Zipursky¹³ พบว่า หากใน 1 ปี ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องมีอัตราการกำเริบซ้ำร้อยละ 77 และเพิ่มมากขึ้นมากกว่า ร้อยละ 90 ใน 2 ปี หากเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาสม่ำเสมอ 2) การใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta¹⁴ ที่พบว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มการกำเริบซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ San¹⁵ ที่กล่าวว่า การเลิกใช้สารเสพติดกลุ่มกัญชาเป็นปัจจัยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพิ่มเติมของ Morriss¹⁶ ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการขาดยาเป็นความห่างของการนัดแต่ละครั้ง ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความห่างของการนัด

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 5 คะแนน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาที่ดีและมีญาติดูแล แม้จะมีบางส่วนที่ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและส่งต่อ เนื่องจากญาติกังวลใจ ไม่สามารถดูแลได้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 6 คะแนน มักพบว่าความร่วมมือในการรักษาไม่ดี จึงไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และได้รับการส่งต่อมากกว่ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคามดูแลผู้ป่วยในได้ในระยะเฉียบพลัน 24 - 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยอาการไม่สงบหรือมีแนวโน้มมีอาการรุนแรงต้องส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S 7 คะแนนได้รับการส่งต่อทั้งหมด

จากการศึกษานี้ยังพบว่า การใช้ค่าคะแนน CGI-S มากกว่า 4 คะแนน สามารถช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในการรักษาและพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังมีการใช้ค่าคะแนน CGI-S คือ ก่อนมีการใช้และการอธิบาย การประเมิน CGI-S มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในปีงบประมาณ 2556 คิดเป็นร้อยละ 40¹⁷ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษา เมื่อเริ่มมีการใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่น

ของการประเมินคะแนนแล้วเริ่มมีการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นในปีงบประมาณ 2559 นั้นพบว่า มีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65⁸ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษา และในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.8 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทั้งหมดที่มารับการรักษาทางผู้ศึกษาจึงได้นำผลการศึกษาในครั้งนี้เพื่อจัดทำเกณฑ์ในการพิจารณาการคัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้าตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจแผนกสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลมหาสารคาม เกณฑ์การพิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อภายในจังหวัดมหาสารคาม ทั้งจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลมหาสารคาม และจากโรงพยาบาลมหาสารคามไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Shibasaki¹⁸ ที่ใช้ค่าคะแนน CGI-S ตั้งแต่ 6 ขึ้นไปในการคัดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ในการศึกษาการตอบสนองหลังการรักษาด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า

สรุป

มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,069 ราย ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยที่มีคะแนน CGI-S มากกว่า 4 ซึ่งจากการศึกษาให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนดังกล่าวคือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีจำนวน 78 ราย การศึกษานี้จึงพบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นร้อยละ 7.3 การแก้ไขปัญหาคาดการณ์การกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่อง และการแก้ไขไม่ให้มีการใช้สารเสพติด การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การให้ความรู้และความเข้าใจกับญาติ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะลดอัตราการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ได้ การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ไม่ได้เลือกเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทอย่างเดียว ทำให้อัตราการกำเริบซ้ำที่ได้ไม่ใช่ของโรคจิตเภทอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และการศึกษานี้ไม่ได้เลือกเฉพาะประชากรที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการป่วย 1 ครั้ง (1 episode) การศึกษาต่อไปอาจศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งเดียวกับหลายครั้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำอาจจะเกี่ยวข้องเนื่องกับการขาดยาเป็นความห่างของการนัดแต่ละครั้ง ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเรื่องความห่างของการนัด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความห่างของการนัดที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำของโรคต่อไป เพื่อนำมาปรับในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดร่วมด้วย

ควรมีกระบวนการในการคัดกรองและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทุกวัย เพื่อลดอัตราการกำเริบซ้ำ

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry 11th ed. Philadelphia: William & Wilkins; 2015: 300-46.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19-28.
3. Li H, Song X, Yu X. A review of consequences of relapse in schizophrenia. *Value in Health* 2012; 15: A670.
4. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13:50.
5. International Health Policy Program Foundation. Disability-Adjusted Life Year: DALY. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand officer of printing mill; 2014.
6. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2014.
7. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2015.
8. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2016.
9. Data center of KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital. Results of operations in KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital. KhonKaen: KhonKaen Rajanagarindra psychiatric Hospital; 2016.
10. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; 4: 28-37.
11. Porcelli S, Bianchini O, De Girolamo G, Aguglia E, Crea L, Serretti A. Clinical factors related to schizophrenia relapse. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016;20: 54-69.
12. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Tsuboi T, Hirano J, Mimura M. A review on schizophrenia and relapse-a quest for user-friendly psychopharmacotherapy. *Hum Psychopharmacol.* 2014 Sep;29(5):414-26.
13. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2014; 152:408-14.
14. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophrenia Res* 1996;20:153-6.
15. San L, Bernardo M, Gómez A, Peña M. Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013;17:2-9.
16. Morriss R, Vinjamuri I, Faizal MA, Bolton CA, McCarthy JP. Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD005147.
17. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2013.
18. Shibasaki C, Takebayashi M, Fujita Y, Yamawaki S. Factors associated with the risk of relapse in schizophrenic patients after a response to electroconvulsive therapy: a retrospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11: 67-73.

ประสิทธิผลของการฝังเข็มต่อการปลายประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ภัทสรวิมล ริมชลา พ.บ.

ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง เลขที่ 23 ถนนสุขุมวิท เขตบางนา กรุงเทพมหานคร 10260

Abstract: Effectiveness of Acupuncture on Peripheral Neuropathy among Type 2 Diabetic Patients

Rimchala P

Public health center 8 Boonrod Rungrueang, 23 Sukhumvit Rd., Bangna, Bangkok, 10260

(E-mail: kate_pr@hotmail.com)

This study aimed to determine the effectiveness of acupuncture on peripheral neuropathy in type 2 diabetic patients. DM is the second most common chronic disease in public health center 8, Boonrod Rungrueang. Patients often had numbness in foot. Providing early care can prevent and reduce severe complications. There were thirty-seven diabetic volunteers who had 1 or more foot numbness points were included into the study and 2 drop-out cases during January - June 2018. Volunteers were screened for foot exams with Semmes-Weinstein 10 grams monofilament and measured ankle brachial index. Afterwards, acupuncture had been treated to patients on both right and left standard points, (Hegu : LI4, Taichong : LR3, Zusanli : ST36, Sanyinjiao : SP6 and Bafeng : Ex-LE10) twice a week for 5 consecutive weeks (10 times). Patients were followed-up by monofilament examination and ABI measurement at 5th week and 12th week after initial acupuncture. The statistics used compare means method (paired t-test) showed that average numbness points was significantly decreased in postoperative acupuncture at 5th week (2.14 (SD 2.68) p value < 0.001) and still continues to effect until 12th week (1.29 SD 1.775, p value < 0.001). ABI values were not different between before and after acupuncture. So that acupuncture can be a good alternative treatment for diabetic peripheral neuropathy. As a result, acupuncture can reduce prescribing and preventing medicated side effects, reducing the budget for purchasing and importing of medicine.

Keywords: Acupuncture, Numbness foot, Diabetic peripheral neuropathy

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มต่ออาการปลายประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเท้าชาพร้อมด้วย การให้การดูแลในระยะเริ่มต้นจะช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่รุนแรงได้ อาสาสมัครเบาหวานที่มีจำนวนจุดชาเท้าตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป จำนวน 37 รายที่เข้าร่วมโครงการระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2561 และออกจากการศึกษากลางคัน 2 ราย อาสาสมัครได้รับการตรวจคัดกรองจำนวนจุดชาของเท้า 2 ข้างด้วย Semmes-Weinstein monofilament ขนาด 10 กรัม และวัดค่า ankle brachial Index หลังจากนั้นได้ทำการฝังเข็มตามจุดมาตรฐานโดยการฝังเข็มตามวิธีการของแพทย์แผนจีนทั้งด้านขวาและซ้าย ได้แก่ เทอгу (LI4) ไทชง (LR3) จูซานหลี่ (ST36) ซานอินเจียว (SP6) และจุดฝังเข็มปาเฟิง (Ex-LE10) ด้านขวา และซ้าย สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ (รวม 10 ครั้ง) ติดตามผล การตรวจ monofilament และ วัดค่า ABI ซ้ำในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 12 หลังการฝังเข็มครั้งแรก โดยใช้สถิติทดสอบ compare means (paired t-test) พบว่าจุดชาเท้าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 5 2.14 SD 2.680, p value < 0.001 และยังคงมีผลต่อเนื่องถึงสัปดาห์ที่ 12 1.29 SD 1.775, p value < 0.001 ค่า ABI ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังฝังเข็ม ดังนั้น การฝังเข็มสามารถเป็นทางเลือกที่ตีทางหนึ่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้นแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องใช้ยา ป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยา และ ทำให้ลดงบประมาณในการซื้อยาและการนำเข้ายาจากต่างประเทศได้มาก

คำสำคัญ: การฝังเข็ม เท้าชา ปลายประสาทจากเบาหวาน

บทนำ

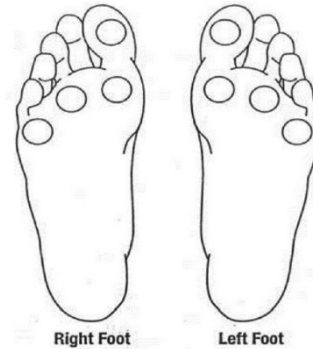
จำนวนของคนที่เป็นโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 และความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 ในปี ค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 8.5 ในปี ค.ศ. 2014¹ สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) ประมาณการว่า ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกในผู้ใหญ่ (อายุ 20 - 79 ปี) จะอยู่ที่ร้อยละ 6.4 ประมาณ 285 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2510 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 หรือประมาณ 439 ล้านคน ภายในปี 2030 ระหว่าง ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2030 จะมีเพิ่มขึ้นร้อยละ 69 ในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานในประเทศกำลังพัฒนาและเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว² โรคเบาหวานเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต 1.6 ล้านคนในปี 2015 ซึ่งเพิ่มจากมีผู้เสียชีวิตน้อยกว่า 1 ล้านคนในปี 2000 เป็นสาเหตุการตายสูงสุดอันดับ 73 ความเสียหายที่เกิดกับเส้นประสาทของร่างกายที่เรียกว่า diabetic peripheral neuropathy (DPN) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของโรคเบาหวาน³ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี 2560 จำนวน 598 ราย พบมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ต้องส่งตัวรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 ราย สาเหตุมาจากผู้ป่วยมีอาการชาปลายเท้า และไม่มีความรู้ในการดูแลเท้าด้วยตนเองเมื่อเป็นแผลแล้วทำให้เกิดแผลติดเชื้อลุกลามหายยาก จนสูญเสียการทำงาน

และมีโอกาสสูงที่สุดในการสูญเสียความรู้สึกร่วมเท้า มีโอกาสเกิดแผลเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า⁵ มีการใช้ยาหลากหลายทั้งชนิดเดี่ยวและยาร่วมรักษาภาวะปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน แต่ผลยังไม่เป็นที่น่าพอใจ และยังมีวิธีการรักษาอาการปลายประสาทจากโรคเบาหวาน แบบ alternative มากมายที่อาจจะช่วยลดอาการได้ แต่ยังไม่พบวิธีที่ได้ผลดีนัก⁷⁻¹⁰ มีการศึกษารักษาโดยการฝังเข็มว่าได้ผลดี¹¹⁻¹² แต่ยังมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน เช่น ระยะเวลา จำนวนครั้งของการฝังเข็ม ความถี่ในการฝังเข็ม และยังไม่พบการศึกษาผลการฝังเข็มที่ยังคงอยู่หลังจากครบคอร์สฝังเข็มในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา เพื่อช่วยวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่รุนแรงขึ้น (secondary prevention) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแผลเรื้อรัง จนอาจถึงการตัดขา หรือพิการในที่สุด ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการฝังเข็ม เพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานในคนไทยเพื่อเปรียบเทียบผลที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว รวมทั้งติดตามผลของการรักษาอาการเท้าชาหลังจากครบคอร์สการรักษา โดยออกแบบการศึกษาให้สอดคล้องกับการบริการ ให้สะดวกและประหยัดและพอเพียง หากได้ผลดีศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง จะได้นำผลของการศึกษามาเป็นทางเลือกและบูรณาการให้ความรู้ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์ฯ และขยายผลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพอื่นในกรุงเทพฯ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Pre-test Post-test One Group Design กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ศูนย์ฯ 8 บุนนาค รุ่งเรือง ในช่วงมกราคม - มิถุนายน 2561 จำนวน 37 ราย (การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม PS-power and sample size 3 โดย William D. Dupont และ Walton D. Plummer 1997 Power = 80% ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง n = 29 ราย ทางผู้ศึกษาได้ประมาณการออกจากการศึกษากลางคืนของอาสาสมัคร ร้อยละ 20 ได้ n = 35 (34.8 ราย) โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากการตรวจรับความรู้สึกของเท้าด้วย Semmes Weinstien monofilament 10 กรัม ตามตำแหน่งดังรูปที่ 1 โดยพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน และเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีดำเนินการ และสิ่งที่จะปฏิบัติแก่อาสาสมัคร ตั้งแต่การชักประวัติ วัดความดันแขน และเหนือข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยเครื่องวัดความดันแบบ automated oscillometric คำนวณค่า ABI ซึ่งการคำนวณค่า ABI นี้ มีความจำเพาะ 89% (95% CI 67% to 95%) และความไว 97% (95% confidence interval (CI) 93% to 99 %)¹³ พิจารณาอาสาสมัครที่เข้าเกณฑ์การศึกษา และให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการเท้าชาหรือเท้า ระดับ HbA1c น้อยกว่า 7.5 ไม่สามารถรับรู้สัมผัสจากการตรวจด้วย monofilament ตั้งแต่ 1 ตำแหน่งขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคประจำตัวบางชนิดที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (ไม่รวมการทานยา Aspirin) มีการตัดนิ้วเท้าบางนิ้วหรือตัดเท้าข้างใดข้างหนึ่ง มีแผลสดหรือแผลติดเชื้อ บริเวณที่เป็นจุดฝังเข็ม เป็นโรคหัวใจที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือค่าคำนวณ ABI < 0.6 เนื่องจากมีการตีบของหลอดเลือดที่ขา ร่วมกับมีอาการขาดเลือดที่ขาาร่วมด้วย เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เกิดการติดเชื้อบริเวณที่จุดฝังเข็มที่ใช้ในการศึกษา มีเลือดออกได้ผิวหนังระหว่างที่รับการฝังเข็ม หรือผู้ป่วยปฏิเสธการฝังเข็มในครั้งต่อไป หลังจากนั้นผู้ศึกษาวางแผนกำหนดตารางการฝังเข็มให้กับอาสาสมัครและดำเนินการฝังเข็มตามจุดมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ เทอถู (LI4) ไท่ซิง (LR3) จูซานหลี่ (ST36) ซานอินเจียว (SP6) ด้านซ้ายและด้านขวา และจุดฝังเข็มปาเฟิง (Ex-LE10) เท้าละ 4 จุด

ด้านซ้ายและขวา รวม 16 จุด สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกันเป็นเวลา 10 ครั้ง (ฝังเข็มโดยแพทย์ผู้วิจัยเพียงท่านเดียว) เมื่อครบ พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานจะดำเนินการตรวจประเมินประสาทความรู้สึกด้วย monofilament และค่า ABI ซ้ำในสัปดาห์ที่ 5 (วันเดียวกันหลังการฝังเข็มครั้งสุดท้าย) และติดตามอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 หลังเริ่มโครงการ และบันทึกผลในแบบบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ microcomputer และใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ใช้ paired t-test (compare means) เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนจุดขาที่เท้า และค่า ABI ในสัปดาห์ที่ 0, 5 และ 12 ของการฝังเข็ม การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร



รูปที่ 1 ตำแหน่งการทดสอบความรู้สึก 8 จุดของเท้าทั้ง 2 ข้าง ด้วย monofilament

ผล

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาจำนวน 37 ราย ที่สมัครใจเข้าร่วมการฝังเข็ม อยู่รับการฝังเข็มครบ 10 ครั้ง 35 ราย (ร้อยละ 94.59) ออกจากการศึกษากลางคืน 2 ราย (ร้อยละ 5.41) เนื่องจากมีอาการบวมเท้า และผ่าตัดฝ่ามือจากพังผืด การศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย 15 ราย (ร้อยละ 42.86) เพศหญิง 20 ราย (ร้อยละ 57.14) อายุเฉลี่ย 70.17 ปี SD 9.53 min-max 50 - 80 ไม่เคยสูบบุหรี่ 31 ราย (ร้อยละ 88.57) เคยสูบบุหรี่แล้ว 4 ราย (ร้อยละ 11.43) มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 27 ราย (ร้อยละ 77.14) มีไขมันในเลือดสูง 18 ราย (ร้อยละ 51.43) ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 11.85 ปี SD 8.72 min-max 1 - 30 ระยะเวลาของอาการเท้าชา 6.15 ปี SD 6.89 min-max 1 - 20 ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 7.23 SD 0.504 min-max 5.6 - 7.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับมีอาการเท้าชาที่รับบริการฝังเข็ม

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 35 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	42.86
หญิง	20	57.14
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	31	88.57
เคยสูบแต่หยุดแล้ว	4	11.43
ยังสูบบุหรี่อยู่	0	0.00
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	27	77.14
ไขมันในเลือดสูง	18	51.43
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)		
< 23	11	31.43
23 - 24.99	9	25.71
25 - 29.99	12	34.29
≥ 30	3	8.57
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ร้อยละ)		
< 6	3	8.57
6 = 7	3	8.57
>7 - 7.5	29	82.86
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)		
< 10	20	57.14
10 - 20	6	17.14
> 20	9	25.72
ระยะเวลาที่มีอาการเท้าชา (ปี)		
< 10	26	74.29
10 - 20	9	25.71
>20	0	0.00

ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสก่อนและหลังการฝังเข็ม พบว่า ก่อนฝังเข็มมีจำนวนจุดชาเฉลี่ย 5.97 SD 2.479 หลังฝังเข็มสัปดาห์ที่ 5 มีจำนวนจุดชาเฉลี่ย 2.14 SD 2.68 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) และค่า ABI เฉลี่ย ก่อนฝังเข็ม 0.93 SD 0.140 หลังฝังเข็ม 0.93 SD 0.082 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P-value 0.991) (ตารางที่ 2) และในสัปดาห์ที่ 12 (หลังจากการฝังเข็มครบอีก 7 สัปดาห์) พบว่า มีจำนวนจุดชาเฉลี่ย 1.29 SD 1.775 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนจุดชาเฉลี่ยและค่า ABI ก่อนและหลังการฝังเข็ม สัปดาห์ที่ 0 และ 5

	สัปดาห์ที่ 0 mean (SD)	สัปดาห์ที่ 5 mean (SD)	t	95% CI	P-value
จำนวนจุดชาเฉลี่ย	5.97 (2.479)	2.14 (2.68)	8.337	2.895 – 4.762	< 0.001
ABI	0.93 (0.140)	0.93 (0.082)	-0.012	-0.042 – 0.41	0.991

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนจุดชาเฉลี่ยและค่า ABI ก่อนและหลังการฝังเข็ม สัปดาห์ที่ 0 และ 12

	สัปดาห์ที่ 0 mean (SD)	สัปดาห์ที่ 12 mean (SD)	t	95% CI	P-value
จำนวนจุดชาเฉลี่ย	5.97 (2.479)	1.29 (1.775)	10.532	3.782 - 5.590	< 0.001
ABI	0.93 (0.140)	0.92 (0.103)	0.374	-0.031 – 0.045	0.711

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนฝังเข็ม แต่ค่า ABI ก่อนและหลังฝังเข็มไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนจุดชาเฉลี่ย หลังฝังเข็มในสัปดาห์ที่ 5 และติดตามในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า จุดชาเฉลี่ยลดลง 2.14 SD 2.68 และ 1.29 SD 1.775 ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.003) และค่า ABI หลังฝังเข็มทั้งสองครั้งไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4)

	สัปดาห์ที่ 5 mean (SD)	สัปดาห์ที่ 12 mean (SD)	t	95% CI	P-value
จำนวนจุดชาเฉลี่ย	2.14 (2.68)	1.29 (1.775)	3.147	0.304 – 1.411	0.003
ABI	0.93 (0.082)	0.92 (0.103)	0.329	-0.037 – 0.052	0.744

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้รับอาสาสมัครผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาปลายเท้าจากคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุณยรอด รุ่งเรือง สำนักอนามัย ซึ่งเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิ ตั้งอยู่ในชุมชน มีอาสาสมัครจำนวน 35 ราย สามารถมาฝังเข็มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครบทั้ง 10 ครั้ง มีอัตราการออกจากการศึกษากลางคันต่ำ ร้อยละ 5.41 (2 ราย จาก 37 ราย) โดยการศึกษานี้สอดคล้องของการศึกษา โดยมีแพทย์ผู้ทำการฝังเข็ม 1 ท่านที่ห้องฝังเข็มชั้น 2 และให้พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานเพียง 1 ท่าน ตรวจหาจำนวนจุดชาที่เท้า และวัดความดันแขนขา ค่าความค่า ABI ที่ห้องให้คำปรึกษาโรคเรื้อรังใน OPD ชั้น 1 แก่อาสาสมัคร ทั้งก่อนและหลังเริ่มฝังเข็มสัปดาห์ที่ 5 และ 12 และระหว่างที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการไม่มีการปรับยาที่จะมีผลต่ออาการ ทั้งยาเบาหวาน วิตามินบี และยาที่มีผลต่อระบบประสาทอื่น เช่น gabapentin แต่ยังคงให้คำแนะนำในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายตามปกติ

หลังได้รับการฝังเข็ม อาสาสมัครได้รับการตรวจประเมินจำนวนจุดชาที่เท้าด้วย Semmes Weinstein monofilament 10 g พบว่า จำนวนจุดชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sereechetpong¹¹ และ Virasombat¹⁴ ซึ่งมีบางรายฝังเข็มไม่ครบ 8 ครั้ง แต่มีอาการชาเท้าลดลง แตกต่างจากก่อนฝังเข็มอย่างมีนัยสำคัญ และมีวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบในอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาปลายเท้าโดยไม่มีโรคประจำตัวอื่นในโรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสระบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มการรักษาด้วยยาตัวเดียวกับกลุ่มรักษาด้วยยาร่วมกับกับการฝังเข็ม พบว่า การฝังเข็มร่วมกับการใช้ยา สามารถช่วยลดอาการชาปลายเท้าได้ดีกว่าการรับประทานยาอย่างเดียวยุติ (RR = 0.22, 95%CI = 0.062-0.794)¹⁵ โดยจุดฝังเข็มที่เลือกใช้ในครั้งนี้ได้เลือกจากจุดมาตรฐานที่มีข้อบ่งใช้ในการลดอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดลม ซึ่งมีบางจุดที่เหมือนกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น จุดชานหลี่ (ST36) ชานอินเจียว (SP6) และจุดฝังเข็มปาเฟิง (Ex-LE10) และมีจุดแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้คือ เทอจู (LI4) และ ไทซง (LR3) ซึ่งทั้ง 2 จุดนี้ เมื่อใช้คู่กันเรียกว่า ไคซื่อกวาน เป็นการเปิดตัน 4 ตัน ของแหล่งเลือดลมและชี้ ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดดีขึ้นตามศาสตร์แพทย์แผนจีน

และเมื่อติดตามผลการฝังเข็มหลังครบคอร์ส อีก 7 สัปดาห์ พบว่ามีจำนวนจุดชาเฉลี่ย 1.29 SD 1.775 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนฝังเข็ม และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนจุดชาเฉลี่ย หลังฝังเข็มในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า จุดชาเฉลี่ยลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.003) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้ว (HbA1c น้อยกว่า 7.5) และค่า ABI จากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ก่อนการฝังเข็ม อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ABI เฉลี่ย > 0.9) และติดตามค่า ABI ก่อนและหลังฝังเข็ม (สัปดาห์ที่ 0, 5 และ 12) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยังสรุปได้ไม่ชัดเจนว่าการฝังเข็มมีผลต่อค่า ABI หรือไม่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยของ ABI ก่อนฝังเข็มอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ > 0.9 ดังนั้นเพื่อให้ประสิทธิผลของการฝังเข็มในการลดจำนวน

จุดชาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระยะสั้นและต่อเนื่องอีก 7 สัปดาห์ หลังฝังเข็มครบ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยควรมีองค์ประกอบของโรค เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่า ABI เช่นเดียวกับการศึกษา และได้รับการฝังเข็มครบคอร์สด้วย การศึกษานี้ได้ประโยชน์ทางอ้อมจากการที่ได้กำหนดเกณฑ์ในการเข้าร่วมโครงการที่อาสาสมัคร ต้องควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้ได้ ≤ 7.5% จึงทำให้อาสาสมัคร มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหาร และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

มีการศึกษาการฝังเข็ม แบบตะวันตกเพื่อจะอธิบายถึง Neuro-anatomy, Physiology ที่เกิดขึ้นจากการฝังเข็ม โดยพอสรูป ทฤษฎีกลไกการออกฤทธิ์ การทำงานของการฝังเข็มเบื้องต้น ได้ดังนี้

1. Local effect: ในตำแหน่งฝังเข็ม จะมีการกระตุ้น เครือข่ายเส้นประสาทที่อยู่บริเวณกล้ามเนื้อของจุดฝังเข็ม ช่วยให้ปล่อย neuropeptides > vasodilatation > เพิ่มการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่ > เนื้อเยื่อชุ่มชื้นตัวเองและลดอาการปวด¹⁶⁻¹⁷

2. Somato-autonomic reflex: การฝังเข็มช่วยปรับสมดุลของระบบพาราซิมพาเทติกและซิมพาเทติกของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งสอดคล้องกับการปรับสมดุลระหว่างหยินและหยางในการแพทย์แผนจีน¹⁸⁻²¹

3. Distal system effects: Neurotransmitter: เป็นที่ได้รับการยอมรับว่าการฝังเข็มจะช่วยกระตุ้นการหลั่งของสารเอ็นโดรฟิน และยังอาจส่งผลกระทบต่อสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น serotonin และ dopamine ในระบบ Limbic ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการขับเคลื่อนทางอารมณ์ที่เป็นพื้นฐานในการฝังเข็มเพื่อเลือกเลิกบุหรี่และรักษาภาวะซึมเศร้า²²⁻²³

ประกอบกับจุดฝังเข็มที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันไป และจุดที่ใช้อยู่ในตำแหน่งที่มีอาการชา รวมทั้งการกระตุ้นเข็ม ทำให้ลมปราณและเลือดไหลเวียนดีขึ้น ทำให้ได้ผลจตุรัสสัมผัสที่เท้าเพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลใหญ่ระดับตติยภูมิ มีเครื่อง electromyography วัด nerve conductivity ช่วยประเมินการฟื้นตัวของเส้นประสาท ที่ต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งไม่เหมาะสมกับศูนย์บริการสาธารณสุข และระบบบริการสาธารณสุขไทย ที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาจำนวนมาก และรักษาอยู่ในสถานพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ

การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าวิธีการใดดีที่สุดในการรักษาอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวาน ฉะนั้นการฝังเข็มเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาและสามารถใช้บูรณาการควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบันสามารถทำได้ง่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ค่าใช้จ่ายน้อย เห็นผลเร็ว ชัดเจน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ เป็นผลเรื้อรัง ตลอดจนการตัดขา นำมาสู่ความพิการ ตลอดจนช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วย และงบประมาณของประเทศชาติได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครที่ต้องคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีก่อน ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาเรื่องเบาหวานจากแพทย์ท่านอื่นในระยะแรก ในการกำหนดจำนวนครั้งของการฝังเข็ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 5 สัปดาห์ต่อเนื่อง ผู้ทำการศึกษาดังกล่าววางแผนนัดอาสาสมัครระยะยาว เพื่อไม่ให้ขาดจากการศึกษากลางคันและนัดรับยาใหม่หลังกรณีหยุด

นักชดถุภษ การเดินทางของอาสาสมัคร อาสาสมัครในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงศูนย์ฯ ซึ่งเดินทางสะดวกเพื่อมารับ บริการได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการขาเท้าที่ยังคุม ระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้เปรียบเทียบ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการฝังเข็มต่อ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับค่า ABI ที่แตกต่างกัน และควรมีการศึกษาถึง Unit

References

1. Who.int .Geneva: Diabetes Fact sheet; 2016 [cited 2017 Jun 2]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;87:4-14.
3. Who.int .Geneva: The top 10 causes of death; 2017[cited 2017 Jun 2]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
4. Who.int .Geneva: Complications of diabetes.Diabetes Programme; 2017[cited 2017 Jun 2]. Available from: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index3.html.
5. Kiatpakdee J, Leelasamran W, Permsirivanich W, Tipchatyotin S. Using 10-g monofilament to test insensate foot in diabetes mellitus type 2 patients. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 2009;19:86-90.
6. Rai S, Gupta, Rai M, Birari KV. Diabetic peripheral neuropathy-emerging pharmacologic options. *Bombay Hospital Journal* 2008;50:595-606.
7. Saad Javed, Uazman Alam, and Rayaz A. Malik.Treating Diabetic Neuropathy: Present Strategies and Emerging Solutions. *The Review of Diabetic Studies.Journal of The Society for Biomedical Diabetes Research.* 2015 Spring-Summer; 12(1-2): 63-83. Available form : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397984/>. Accessed 23 Sep 2017.
8. Tomlinson DR, Moriarty RJ, Mayer JH. Prevention and reversal of defective axonal transport and motor nerve conduction velocity in rats with experimental diabetes by treatment with the aldose reductase inhibitor Sorbinil. *Diabetes* 1984; 33:470-6.
9. Boulton AJ, Malik RA, Arezzo JC, Sosenko JM. Diabetic somatic neuropathies. *Diabetes Care* 2004;27:1458-86.
10. Goto Y, Hotta N, Shigeta Y, Sakamoto N, Kikkawa R. Effects of an aldose reductase inhibitor, epalrestat, on diabetic neuropathy. Clinical benefit and indication for the drug assessed from the results of a placebo-controlled double-blind study. *Biomed Pharmacother* 1995;49:269-77.
11. Sereechetpong S. Effect of acupuncture treatment of diabetic peripheral neuropathy. *J Health Sys Res* 2007;1:279-83.

cost ของการฝังเข็มเปรียบเทียบกับยาที่ใช้รักษาอาการขาเท้าในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและสูงขึ้นไป

สรุป

การศึกษาผลของการฝังเข็มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและสมัครใจรับการฝังเข็ม พบว่ามีอาการขาเท้าลดลงหลังฝังเข็มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 10 ครั้ง และยังคงมีผลต่อเนื่องเมื่อติดตามผลหลังจากการฝังเข็ม อีก 7 สัปดาห์

12. Bunrin S, Sakunasing J. Effect of acupuncture and foot massage for treatment of diabetic peripheral neuropathy. *Journal of Health Science* 2012; 21:907-16.
13. Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease [cite 2017 Sep 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27623758>.
14. Virasombat N, Riyachan P, Chairat P, Kongsantia P, Singthong D, et al. The Efficacy of Acupuncture in Integrated Care for Patients with Diabetic Peripheral Neuropathy at Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province, 2012. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2014;12(3):231-40.
15. Tanakornnuwat S, Hua W, Ping F, Jiakang L, Fengxia L. The Effectiveness of Acupuncture in Diabetic Peripheral Neuropathy. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2012;10: 177-86.
16. White A, Cummings M, Filshie J. An introduction to Western medical acupuncture. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2008:17-25.
17. Carlsson C. Acupuncture mechanisms for clinically relevant long-term effects:reconsideration and a hypothesis. *Acupunct Med* 2002; 20:82-99.
18. Sato A, Schmidt RF. The modulation of visceral functions by somatic afferent activity. *Jpn J Physiol* 1987;37:1-17.
19. Sato A. Neural mechanisms of autonomic responses elicited by somatic sensory stimulation. *Neurosci Behav Physiol* 1997;27:610-21.
20. Li P, Longhurst JC. Neural mechanism of electroacupuncture's hypotensive effects. *Auton Neurosci* 2010;157:24-30.
21. Zhou W, Fu LW, Tjen-A-Looi SC, Li P, Longhurst JC. Afferent mechanisms underlying stimulation modality-related modulation of acupuncture-related cardiovascular responses. *J Appl Physiol* 2005;98:872-80.
22. Cabioğlu MT, Ergene N, Tan U. Smoking cessation after acupuncture treatment. *Int J Neurosci* 2007;117:571-8.
23. Yang CH, Lee BH, Sohn SH. A possible mechanism underlying the effectiveness of acupuncture in the treatment of drug addiction. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5:257-66.

Term Neonatal Jaundice Screening by Transmission Transcutaneous Bilirubinometer

Charoensiriwat V

Department of Pediatric, Lerdsin Hospital, College of Medicine, Rangsit University, Bangkok

(E-mail:wipajaro@yahoo.com)

บทคัดย่อ: การคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดด้วยการตรวจวัดบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่าน

วิวัฒน์ เจริญศิริวัฒน์ พ.บ.

กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน, สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์, มหาวิทยาลัยรังสิต

ภูมิหลัง: ศึกษาความน่าเชื่อถือในการคัดกรองด้วยเครื่องวัดบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่าน **วิธีการ:** เป็นการศึกษาไปข้างหน้าในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง เปรียบเทียบการวัดค่าบิลิรูบินในทารกแรกคลอดด้วยการวัดทางผิวหนังแบบส่องผ่านกับการเจาะเลือดตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกใช้เครื่องวัดบิลิรูบินในทารกแรกคลอดเป็นอุปกรณ์ในการคัดกรองขั้นต้นต่อไป **ผล:** พบว่า จากจำนวนทารกที่มีปัญหาสงสัยว่า ตัวเหลือง จำนวน 100 ราย อายุครรภ์ 39.15 ± 1.29 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด $3,066.70 \pm 382.62$ กรัม การคัดกรองด้วยเครื่องวัดบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่าน มีความไวระหว่างร้อยละ 91.67-100 ความจำเพาะระหว่างร้อยละ 44.00 - 78.02 บิลิรูบินที่วัดได้สามารถนำไปสร้างสมการความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างระดับบิลิรูบินที่ผิวหนังแบบส่องผ่าน และที่วัดจากเลือด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แสดงการตัดสินใจ เท่ากับ 0.636 **สรุป:** ความสามารถของการวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่านในการทำนายระดับบิลิรูบินในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง สามารถใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้นได้

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ค่าบิลิรูบินทางผิวหนังแบบส่องผ่าน ค่าบิลิรูบินในเลือด

Abstract

Background: To find reliability of bilirubin measurement in term neonates using transcutaneous bilirubinometer. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study. Term neonates who had jaundice were collected blood for serum bilirubin and transcutaneous bilirubin also collected in the same time. Correlation between transcutaneous bilirubin and serum bilirubin level was calculated. **Result:** 100 term neonates born at gestational age of 39.15 ± 1.29 weeks and birth weight of $3,066.70 \pm 382.62$ grams were measured for bilirubin level. The result of the screening test using bilirubinometer has sensitivity 91.67-100%, specificity 44.00 - 78.02 % with correlation between transcutaneous bilirubin and serum bilirubin level could be created as a linear equation with coefficient of determination (r^2) was equal to 0.636. **Conclusions:** Transmission transcutaneous bilirubin measurement had moderate level of accuracy in measuring serum bilirubin level and could be used as a screening method.

Keywords: Neonatal non-hemolytic jaundice, Phototherapy with T8 (18 watt) fluorescent tubes mounted on light reflecting lamp holder

Introduction

Neonatal jaundice is a common problem which might lead to kernicterus¹. Early diagnosis and treatment can reduce severe brain damage². Nowadays, heel-stick technique is the standard method to collect neonatal blood for bilirubin measurement. The collected blood in hematocrit tubes were then measured for bilirubin by spectrophotometry. Only neonates suspected of jaundice by physicians or attending nurses would be measured for bilirubin level which required high experiences health care professionals.

Today, efficacy of transcutaneous bilirubinometer for screening of neonatal jaundice have been reported³⁻⁶. Principle of this method depends on reflection of light from the equipment placed at forehead or sternum⁷⁻¹². This requires experiences from examiner and is easy to have errors in interpretation¹³⁻¹⁶. Therefore, pitfalls in measuring techniques had been corrected

by placing the equipment at the back of ear pinna instead of forehead or sternum. One study in 60 term neonates¹⁷ found that transmission transcutaneous bilirubinometer had high predictive value for serum bilirubin level and can be used as a screening method.

In this study, the investigator wants to study the possibility of using transmission transcutaneous bilirubinometer as screening test for term neonatal jaundice. If the results are accurate in assessing term neonatal jaundice, it will be used as policy data for using the equipment as screening test instead of eyesight.

Materials and Methods

This was a cross-sectional descriptive study in term neonates born at Lerdsin Hospital between April 2015 and June 2015 that attending health care personnel suspected of jaundice. All neonates were collected blood for serum bilirubin

measurement and collected transcutaneous by equipment placed at the back of ear pinna as described above. Detailed information of neonates including maternal pregnancy history, maternal gestational age, sex, birth weight and time of blood collection were recorded. The consent from all participants were done by their parents and the study was approved by ethics committee of Lerdsin Hospital.

Equipments

1. A transmission transcutaneous bilirubinometer (Natus®), model BiliCare, serial number S/N 141270 (figure 1).
2. A serum bilirubin measurement equipment (Optima Inc, Japan), model BR 400, which was calibrated regularly as scheduled (last calibration was December 3rd, 2014).

Samples

Term neonates who were born at Lerdsin hospital between April 2015 to June 2015

Inclusion criteria:

Term neonates who were born at Lerdsin Hospital and were suspected to have jaundice by attending physicians.

Exclusion criteria:

1. Neonates who were in critical condition.
2. Neonates with ear pinna abnormality.
3. Request for withdrawal from custodians
4. Previous treatment for neonatal jaundice

Sample size was calculated according to preliminary study in 60 neonates (17) as follows,

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \text{Spec}(1-\text{Spec})}{d^2(1-\text{Prev})}$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$\text{Spec} = 61.54\% = 0.6154$$

$$1 - \text{Spec} = 0.3846$$

$$d = 0.15$$

$$= 95 \text{ cases}$$

Sample size was round to 95 cases and added up to 100 cases.

Research methodology

According to standard Lerdsin Hospital Protocol, term neonates who were born at the hospital will be assessed for jaundice by attending physicians' eyes. If they were suspected of jaundice, they would be checked blood for serum bilirubin level using our standard equipment. Signed informed consent form from custodians would be needed before blood collection. If the bilirubin levels are above the standard value for neonatal age, they would be treated according to the standard treatment protocol.

All participants needed to have consent from their custodians. The investigator and team will measure transcutaneous bilirubin level at ear pinna (figure 2) with Natus® transmission transcutaneous bilirubinometer, model BiliCare for 5 seconds. Results will be recorded in case report forms (CRFs) in mg/dL.

Blood will be collected from participants' heel no less than 30 minutes later and measured for bilirubin level and recorded in the CRFs.



Figure 1 Transmission transcutaneous Bilirubinometer



Fig 2 Transcutaneous bilirubin measurement at ear pinna

Definition of variables

Jaundice means yellowish discoloration seen at neonates face, body and trunks by attending physicians.

Transmission transcutaneous bilirubin (tTcB) index is bilirubin level measured from transmission transcutaneous bilirubinometer which is a new equipment to assess jaundice transcutaneous at ear pinna and unit measurement of mg/dL.

Serum bilirubin level (TSB) is bilirubin level measured heel stuck blood with serum bilirubin equipment (Optima Inc, Japan), model BR400 which was calibrated regularly as scheduled.

Data analysis

Results from the study were analyzed to find the sensitivity and specificity of the equipment used for screening test in neonatal jaundice. In addition, we also calculate the association between tTcB index and TSB in a form of simple linear regression equation. The derived coefficient of determination (r^2) was used to assess how good the linear regression equation can predict TSB from tTcB index.

Results

One hundred neonates who participated in the study had average gestational age of 39.15 ± 1.29 weeks and birth weight of $3,066 \pm 382.62$ grams. They were 44 cases of male (44 percent) and 56 cases of female (56 percent). The average age of the neonates at the time of bilirubin measurement was 50.36 ± 2.82 hours as shown in table 1.

Table 1 Samples characteristics

Number (cases)	100
Male (percent)	44 (44.0)
Female (percent)	56 (56.0)
Average gestational age (weeks)	39.1 ± 1.29
Average birth weight (grams)	3,066.70 ± 382.62
Average age at time of bilirubin measurement (hours)	50.36 ± 2.82
Routes of delivery	
Normal delivery (percent)	68 (68.0)
C/S (percent)	27 (27.0)
Forceps (percent)	3 (3.0)
V/E (percent)	2 (2.0)
Skin color	
White/yellow (percent)	100 (100.0)
Black (percent)	0 (0.0)

When transcutaneous bilirubinometer was used to screen neonates who had bilirubin level ≥ 11 mg/dl, we found that 33 cases had serum bilirubin level higher than 11 mg/dl. We found the sensitivity and specificity to be 91.67 percent and 59.38 percent respectively (table 2).

Table 2 Accuracy, sensitivity and specificity of the equipment (comparing tTcB with TSB)

TSB	tTcB	prevalence	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
10	12.00	50.00	94.00	44.00	62.67	88.00	69.00
11	12.84	36.00	91.67	59.38	55.93	92.68	71.00
12	13.67	26.00	92.31	62.16	46.15	95.83	70.00
13	14.51	15.00	93.33	72.94	37.84	98.41	76.00
14	15.35	9.00	100.00	78.02	31.03	100.00	80.00

When the transcutaneous bilirubinometer was used to screen neonate whose serum bilirubin level ≥ 12 mg/dl, we found that 24 neonates had serum bilirubin level higher than 12 mg/dl and sensitivity and specificity from using the simple linear regression equation were 92.31 and 62.16 respectively (table 2).

When the derived simple regression equation was used to calculate serum bilirubin level from tTcB index, resulted in the following equation, $tTcB = 3.623 + 0.837$ TSB

The coefficient of correlation (r) was equal to 0.849 and coefficient of determination (r^2) was equal to 0.636 as shown in diagram 1.

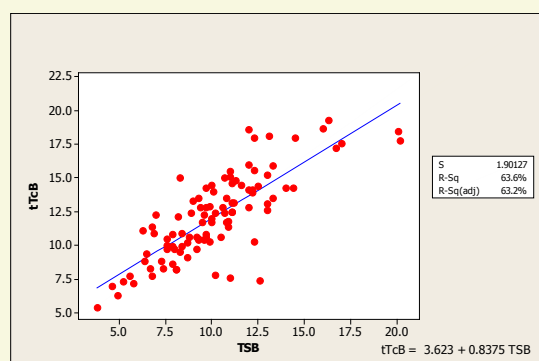


Diagram 1 Linear correlation between tTcB index and TSB

Discussion

Neonatal jaundice is a common pediatrics problem that can be diagnosed from measurement of serum bilirubin level. Today, decision to withdraw blood measurement depends on physicians' judgment from the appearance of skin color of the neonates. The judgment of each physician can be different so the transcutaneous bilirubinometer had been developed to screen for neonatal jaundice. The objectives were to reduce blood withdrawal, expense and reduce complications from drawing blood. Our study found that tTcB index is highly associated with serum bilirubin level and the derived simple regression equation could predict TSB with coefficient of determination (r^2) of 0.636. This means that the accuracy in predicting serum bilirubin level from tTcB index is 63.6 percent.

Care for neonatal jaundice and decision to treat it depend on neonatal age and serum bilirubin level including other risk factors leading to harmful effect from severe jaundice. Selecting too low level of serum bilirubin for treatment leads to over admission of neonates while selecting too high level leads to neonatal risks from severe jaundice. Term neonates born at Lerdsin Hospital are discharged at 48 - 72 hours after birth where their serum bilirubin level should not exceed 11-12 mg/dl (75th percentile of bilirubin level) (10, 11). When

we used tTcB index to screen for term neonatal jaundice, we found that this method had sensitivity in predicting serum bilirubin level of ≥ 12 mg/dl more than serum bilirubin level ≥ 11 mg/dl. So the criteria to treat neonatal jaundice at serum bilirubin level of 12 mg/dl seem to be appropriate and safe for the neonates.

When we compared these results with our previous study that used the traditional transcutaneous bilirubin measurement method, we found that the value of coefficient of determination (r^2) differed in the range of 0.57 - 0.95 (12-16). The equipment had sensitivity and specificity of diagnosing neonatal jaundice around 80 - 100 percent and 45-95 percent respectively (12, 13). The traditional transcutaneous bilirubin measurement needed experienced users as measurement from the same site three times in three minutes yield different results of 1-2 mg/dl so that we have to use the average of the three measurements (17). Our findings from measuring the same site for three times in three minutes with transmission transcutaneous bilirubinometer yielded the different results of 0.1-0.2 mg/dl (the first ten cases of measurement). When we compared results from each ear pinna, we also found the different of 0.1 - 0.2 mg/dl. Our study performed tests in 100 term neonates and showed that it is convenient to use and had moderate efficacy. We did not have black-skin color neonates in our study and would extend our study in pre-term neonates in the future.

Conclusions

Our study of 100 neonates found that tTcB index and the derived regression equation could predict serum bilirubin level with moderate efficacy. In using transmission transcutaneous bilirubinometer for screening term neonatal jaundice, we should know the efficacy of the equipment to predict serum bilirubin level and aware of the errors that could happen. It should be used to screen only neonates who fit to the inclusion criteria as described above and suspected of jaundice as there is still no supported evidence so far for the use in other types of neonates such as pre-terms or sick neonates. The decision to treat should be based on serum bilirubin level only. Users should also operate the equipment with correct technique to prevent errors from the measurements and interpretation of the results.

Acknowledgements

The investigators would like to thank Sompong Tanjariyaporn MD, director of Lerdsin Hospital for supporting this study. Our thanks also go to Supitra Suwanproma MD, head of pediatrics department, who support the study. We are grateful to all officers at neonatal ward who gave us full cooperation during the study. Finally, we would like to extend our sincere gratitude to Miss Chatrawee Jindapol, statistical analyst, who helped us with the data analyses.

References

1. Brown AK, Kim MH, Wu PY, Bryla DA. Efficacy of phototherapy in prevention and management of neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1985;75:393-400.
2. Cockington RA. A guide to the use of phototherapy in the management of neonatal hyperbilirubinemia. *J Pediatr* 1979;95:281-5.
3. Petersen JR, Okorodudu AO, Mohammad AA, Fernando A, Shattuck KE. Association of transcutaneous bilirubin testing in hospital with decreased readmission rate for hyperbilirubinemia. *Clin Chem*. 2005;51:540-4.
4. el-Beshbishi SN, Shattuck KE, Mohammad AA, Petersen JR. Hyperbilirubinemia and transcutaneous bilirubinometry. *Clin Chem* 2009;55:1280-7.
5. Sanpavat S , Find all citations by this author (default). Or filter your current search Nuchprayoon I. Noninvasive transcutaneous bilirubin as a screening test to identify the need for serum bilirubin assessment. *J Med Assoc Thai* 2004; 87:1193-8. 20
6. Janjindamai W, Tansantiwong T. Accuracy of transcutaneous bilirubinometer estimates using BiliCheck in Thai neonates. *J Med Assoc Thai* 2005; 88:187-90.
7. Sanpavat S, Nuchprayoon I. Comparison of two transcutaneous bilirubinometers—Minolta AirShields Jaundice Meter JM103 and Spectrx Bilicheck—in Thai neonates. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36:1533-7.
8. Dai J, Parry DM, Krahn J. Transcutaneous bilirubinometry: its role in the assessment of neonatal jaundice. *Clin Biochem*. 1997;30:1-9.
9. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999;103:6-14.
10. Bhutani VK, Gourley GR, Adler S, Kreamer B, Dalin C, Johnson LH. Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial predischarge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 2000;106:E17
11. Briscoe L, Clark S, Yoxall CW. Can transcutaneous bilirubinometry reduce the need blood tests in jaundiced full term babies? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;86:F190-2.
12. Yamanouchi I, Yamauchi Y, Igarachi I. . Transcutaneous bilirubinometry: preliminary studies of noninvasive transcutaneous bilirubinometry in the Okayama National Hospital. *Pediatrics* 1980;65:195-202.
13. Saengaroon P, Barlee A. Transcutaneous bilirubinometry in Thai neonates. *J Pedi Society of Thailand* 1983;22:19-24.
14. Kolatat T, Vanaprappa N, Inchargm L. Transcutaneous bilirubinometry. Effect of postnatal age serum bilirubin concentration. *Siriraj Hosp Gaz* 1994;46:597-60.
15. Janjindamai W. Transcutaneous bilirubin measurements in fullterm neonate. *Songkla Med J* 2001;19:61-7.
16. Pirunnet T, Chamnanvanakij S, Saengaroon P. Screening of neonatal Jaundice Using Transcutaneous Bilirubinometry. *RTA Med J* 2005;58: 95-100.
17. Yooprasert J, Chareonsiriwat V. Relationship between transmission transcutaneous bilirubin (tTcB) and total serum bilirubin (TSB) measurement. *Thai Journal of Pediatrics* 2015;54:50-7.

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการเลิกยาสูบโดยใช้ยาระหว่าง นอร์ทริปทีลีน (Nortriptyline) กับ โคลนิดีน (Clonidine) ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี

รณรัช กิพยวงษ์ พ.บ.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

Abstract: Comparative Effectiveness Study between Nortriptyline and Clonidine for Smoking Cessation in Patients at Princess Mother National Institute on Drug Addict Treatment

Tipyawong T

Princess Mother National Institute on Drug Addict Treatment, Thunyaburi, Pathum Thani, 12130

(E-mail: t_thayaroch@yahoo.com)

This is a comparative study: between nortriptyline and clonidine for smoking cessation in patients at Princess Mother National Institute on Drug Addict Treatment (PMNIDAT). A 6 months of randomized controlled trial open labeled was conducted in out-patient cases in smoking cessation clinic. Participants were ≥ 18 years attending PMNIDAT during April 2017 - April 2018. A total of 100 participants were randomized to receive either 12 weeks nortriptyline 50 - 75 mg/day ($n = 29$) or 12 weeks, clonidine 0.15 - 0.3 mg/day ($n = 30$). There were 41 participants leaved out. All smokers also received the same intensive cognitive behavior therapy. Follow-up visits were at week 1, 2, 4, 12, and 24. Abstinence was defined as number of continuous days of not smoking since the target-quitting day. Participants' craving intensity were measured by the Brief Questionnaire Smoking Urge (BQSU), and nicotine withdrawal intensity was evaluated by modified Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. Statistical analysis was performed by using the Statistical Repeated Measure ANOVA. The significance level was determined at $p < 0.05$. The results showed that both drugs decreased craving symptom Factor 1 and Factor 2 in BQSU, but these were not significantly different. (Factor 1; $F = 0.574$, p -value = 0.452 Factor 2; $F = 1.344$ p -value = 0.251 and the combination factor 1 and 2; $F = 0.108$, p -value = 0.744). Both drugs also decreased all seven Nicotine withdrawal symptoms but no statistical significance was found. (symptoms 1; $F = 0.617$ p -value = 0.435, symptoms 2; $F = 0.443$ p -value = 0.508, symptoms 3; $F = 2.202$ p -value = 0.143, symptoms 4; $F = 1.059$ p -value = 0.308, symptoms 5; $F = 0.309$ p -value = 0.580, symptoms 6; $F = 1.665$ p -value = 0.202, symptoms 7; $F = 0.343$ p -value = 0.560). Continuous Abstinence Rate (CAR) by both drugs was not significantly different. There were participants from each group returned to use tobacco. Both nortriptyline and clonidine caused dry mouth. There were 2 participants who could not tolerate clonidine side effects and withdrew from the study. One had drowsiness with headache (to interfere with daily-living) and another had orthostatic hypotension. However, all the severity of side effects were only level 1.

Keywords: Nortriptyline, Clonidine, Smoking cessation, Craving symptom, Withdrawal symptom, Continuous abstinence rate

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างยานอร์ทริปทีลีนกับยาโคลนิดีน ในการทำให้ผู้ป่วยที่ติดยาสูบเลิกยาสูบได้ในคลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในระยะสั้นที่ 6 เดือน การศึกษานี้เป็นแบบสุ่มและเปิด (randomized controlled trial open labeled) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยยาเสพติดมารับการรักษาเพื่อการหยุดเสพยาสูอายุ 18 ปีขึ้นไปในคลินิกเลิกบุหรี่ ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึง เมษายน พ.ศ. 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัย 100 ราย จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 50 ราย โดยกลุ่มหนึ่งจะได้รับการรักษาช่วยเลิกยาสูบด้วยยานอร์ทริปทีลีน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและนัดติดตามอีกกลุ่มหนึ่งจะได้รับยาโคลนิดีน ร่วมกับการให้คำปรึกษา นัดติดตามผลการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม สัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12, 24 การประเมินในแต่ละการติดตามผลการรักษา ประกอบด้วยประเมินอาการอยากเสพยาสูบ (Craving) โดยใช้

แบบประเมิน Brief Questionnaire Smoking Urge (BQSU) โดยประเมินทั้ง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 (Factor 1) และปัจจัยที่ 2 (Factor 2) รวมทั้งประเมินเป็นภาพรวมทั้งสองปัจจัย ประเมินอาการถอนนิโคติน โดยใช้ Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) ฉบับปรับปรุงและประเมินผลข้างเคียงยาที่เกิดขึ้นรวมถึงความรุนแรง สถิติที่ใช้คือ Repeated Measure ANOVA กำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าทั้ง 2 ชนิดช่วยลดอาการอยากเสพยาสูบ (craving) ทั้งปัจจัยที่ 1 และปัจจัยที่ 2 รวมถึงภาพรวมของทั้งสองปัจจัยได้ผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Factor 1; $F = 0.574$, p -value = 0.452 Factor 2; $F = 1.344$ p -value = 0.251 และภาพรวมทั้งสองปัจจัย; $F = 0.108$, p -value = 0.744) ยาทั้งสองชนิด ลดอาการถอนนิโคติน (Nicotinic Withdrawal) ได้ไม่แตกต่างกัน ใน 7 กลุ่มอาการตามลำดับ (กลุ่มอาการที่ 1; $F = 0.617$

p-value = 0.435, กลุ่มอาการที่ 2; F = 0.443 p-value = 0.508, กลุ่มอาการที่3; F = 2.202 p-value = 0.143, กลุ่มอาการที่ 4; F = 1.059 p-value = 0.308, กลุ่มอาการที่ 5; F = 0.309 p-value = 0.580, กลุ่มอาการที่ 6; F = 1.665 p-value = 0.202, กลุ่มอาการที่ 7; F = 0.343 p-value = 0.560) อัตราการเลิกยาสูบอย่างต่อเนื่อง (CAR) จากยาทั้งสองชนิดไม่แตกต่างกัน ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีการกลับมาเสพยาสูบในกลุ่มยานอร์ทรिพทีลีนมี 3 ราย และกลุ่มยาโคลนิติน 3 ราย รวมทั้งสิ้น 6 ราย เมื่อติดตามถึงเดือนที่ 6 ในส่วนของผลข้างเคียงจากการให้ยานอร์ทริพทีลีนและยาโคลนิติน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีผลข้างเคียงอาการปากแห้ง (dry mouth) บ่อยที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัย 2 รายไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาโคลนิตินจนต้องขอยกจากการวิจัยมี 2 ราย 1 รายเกิดอาการง่วงนอน และปวดศีรษะมากจนส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันได้ และอีก 1 รายมีอาการ orthostatic hypotension โดยสรุปความรุนแรงของผลข้างเคียงของทุกคนอยู่ในระดับ 1

คำสำคัญ: นอร์ทริพทีลีน โคลนิติน การเลิกยาสูบ อาการอยากเสพยาสูบ อาการถอนนิโคติน อัตราการเลิกยาสูบอย่างต่อเนื่อง

บทนำ

ในแต่ละปีการเสพยาสูบบั่นทอนชีวิตและสุขภาพของประชากรไทยและทั่วโลกมากกว่าสี่ล้านคน ในปัจจุบันนี้การตายจากการเสพยาสูบเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพแบ่งได้ 4 กลุ่มหลักคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) โรคมะเร็งโรคมะเร็งทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน ผลกระทบต่อประชากรที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือราว 28 ล้านคนทั่วโลก มีผู้เสพยาสูบทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปี (รวมถึงผลกระทบจากการสัมผัสกับควันมือสอง) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนในปี 2030¹

นิโคตินในยาสูบเป็นสารเสพติดหลักที่ทำให้ผู้เสพยาสูบมีความยากลำบากในการเลิกยาสูบ เมื่อร่างกายขาดนิโคตินจะรู้สึกทรมาน มีอาการกระสับกระส่าย ง่วงเหงาหาวนอน ขาดสมาธิทำงานได้ไม่ดี กังวล หิวนอนไม่หลับ²⁻³ อาการจะเป็นมากที่สุดในวันที่สองและสามของการหยุดเสพยาสูบ และจะค่อยๆ ลดลงภายใน 7-10 วัน⁴⁻⁶ ตามแนวทางจากการรักษาของ WHO ในกระบวนการช่วยเลิกเสพยาสูบ แพทย์ผู้รักษาจะให้คำปรึกษาและเริ่มการบำบัดเพื่อเลิกเสพยาสูบโดยใช้ยาซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การใช้ยาโคตินเพื่อทดแทน (Nicotine replacement therapy หรือ NRT) อีกกลุ่มหนึ่งคือ การใช้ยาที่ไม่ใช่โคตินเพื่อทดแทน (non-Nicotine replacement therapy หรือ n-NRT) ซึ่งได้แก่ ยาบูโพรพิออน (bupropion HCL) และยาวาเรนิคลีน (varenicline)^{1,7-8} จากการศึกษาพบว่ายาทั้งสองกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาสูบได้ร้อยละ 17-30 เท่านั้น และพบว่ายามีค่าใช้จ่ายสูง ผลข้างเคียงที่ต้องระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก ยารับประทานที่ไม่ใช่โคตินแต่ทดแทนการเสพยาสูบได้ ได้แก่ ยานอร์ทริพทีลีนและยาโคลนิติน⁷⁻¹⁰ ยากลุ่มนี้ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาถูก แต่มีผลข้างเคียงมาก รายงานวิจัยผลสำเร็จจากการให้ยานอร์ทริพทีลีนและยาโคลนิตินมีน้อย การศึกษานี้จึงมุ่งเปรียบเทียบประสิทธิภาพของผลการบำบัดการเลิกเสพยาสูบของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดการเลิกเสพยาสูบ ระหว่างใช้นอร์ทริพทีลีนและโคลนิตินที่ระยะเวลา 6 เดือน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบสุ่มและเปิด (randomized controlled trial open labeled) ของผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดเรื่องการเลิกเสพยาสูบในคลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันบำบัด

รักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 - เมษายน 2561 ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับ การคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า/คัดออกการสุ่มเลือกอย่างไม่มีความคิด เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้เข้าร่วมศึกษาอายุ 18-70 ปี ที่เสพยาสูบชนิดใดก็ได้ มากกว่า 4 มวนต่อวัน หรือต้องเสพยาสูบ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน และมีความต้องการอยากเลิกยาสูบ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ปฏิเสธการสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น มีประวัติแพ้ยานอร์ทริพทีลีนหรือยาโคลนิติน น้ำหนักตัวไม่มาตรฐานโดยค่า BMI > 38 หรือ < 15 หญิงตั้งครรภ์หรืออยู่ระหว่างให้นมบุตร ความดันโลหิตสูงในระยะอันตรายโดย Systolic blood pressure > 150 mmHg หรือ diastolic blood pressure > 95 mmHg ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบการเต้นผิดจังหวะของหัวใจรุนแรง โรคหลอดเลือดหัวใจชนิดรุนแรง โรคไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป โรคตับแข็ง ระยะสุดท้าย ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ โรคมะเร็ง ยกเว้นมะเร็งผิวหนังที่ได้รับการรักษาแล้ว มีโรคประจำตัวรุนแรงที่คาดว่าอาการไม่คงที่ภายใน 6 เดือน หรือมีประวัติโรคทางสมอง โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือมีภาวะทางจิตอื่นๆ กลุ่มทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับวิธีการมาตรฐานในการช่วยเลิกเสพยาสูบโดยใช้นอร์ทริพทีลีนและยาโคลนิตินตามแนวทางการรักษาของ A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 เพื่อประเมินผลลัพธ์ และผลแทรกซ้อนจากการได้รับยาทั้ง 2 กลุ่มระหว่างการทดลอง โดยที่การเลิกยาสูบได้สำเร็จ คือ ผู้เข้าร่วมศึกษาไม่เสพยาสูบเลยในช่วงระยะเวลาติดตาม คณะผู้ศึกษาร่วมกันคัดกรองผู้เสพยาสูบที่มีความประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ ที่คลินิกเลิกบุหรี่ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยถูกคัดกรองเข้าสู่โครงการศึกษา แต่ละกลุ่มจะมีจำนวนผู้เข้ารับการศึกษานี้เท่าๆ กันคือกลุ่มละ 50 ราย ในการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีรหัสที่บันทึกว่าได้รับยานอร์ทริพทีลีนหรือยาโคลนิติน จากนั้นรับผู้ป่วยมาเพื่อคัดกรองการเก็บข้อมูลต่างๆ ข้อมูลพื้นฐาน วัตถุประสงค์การบอมนอกไซต์ในลมหายใจออกเป็นข้อมูลพื้นฐานและติดตามการกลับไปสูบบุหรี่ พร้อมกับได้รับการบำบัดแบบ individual counseling ร่วมกับให้ยานอร์ทริพทีลีนหรือยาโคลนิติน โดยที่ผู้ป่วยจะทราบว่ายาทาที่ตนเองได้รับคือยาในกลุ่มใด ในรายที่ไม่มีข้อห้ามตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออกข้างต้น วิธีการประเมินระดับการติดนิโคติน Smoking urges ในปัจจุบันที่มีผลต่อความอยากยาสูบ (Craving) โดยใช้ The brief Questionnaire of smoking urges ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว และ แบบประเมิน Assessing Nicotine Withdrawal

2. ขนาดยา

(1) ขนาดยานอร์ทริพทีลีนนี้เริ่มต้นจากขนาดต่ำที่สุดคือ 25 มิลลิกรัมต่อวัน แล้วเพิ่มขนาดขึ้นทุกๆ 7 วันจนถึงเป้าหมายที่ 50-75 มิลลิกรัมต่อวัน รับประทาน วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ภายใน 2 สัปดาห์แรก และกำหนดวันเลิกยาสูบเด็ดขาดหลังจากเริ่มยานอร์ทริพทีลีนไปแล้ว 2 สัปดาห์ ต่อไปจะให้รับประทานยาต่อเนื่องในขนาด 50-75 มิลลิกรัมต่อวันนาน 6 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินผลการใช้ยา ณ จุดเวลาดังกล่าว ให้ลดขนาดยาลงเหลือ 50 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 7 วัน จากนั้นลดลงเหลือ 25 มิลลิกรัมต่อวันอีก 7 วัน แล้วให้หยุดการใช้ ยานอร์ทริพทีลีนทันที จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการติดตามผล 6 เดือน โดยระยะเวลาที่ติดตามผลสามารถยืดหยุ่นได้ภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับยานอร์ทริพทีลีน ดังนั้นจะได้รับการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12, 24 ตามลำดับ

(2) ขนาดยาโคลนิติน คือขนาดเริ่มต้นรับประทาน ขนาด รับประทาน 0.15 mg วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น หรือเริ่มที่ขนาด 0.3 mg ต่อวัน จนครบ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้สามารถเพิ่มขนาดรับประทานสูงสุดได้ถึง 0.45 mg/วัน โดยมีการประเมินผลการใช้ยา ติดตามผลที่ระยะ 1 และ 2 สัปดาห์ โดยระยะเวลาที่ติดตามผลสามารถยืดหยุ่นได้ภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับยาโคลนิตินและติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 12, 24 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบบ Intention to treat ใช้สถิติเชิงพรรณนา มีการวิเคราะห์ระหว่างการใช้ยาทั้ง 2 กลุ่ม คือ นอร์ทริปทีลีนหรือโคลนิติน ใช้ Repeated Measure ANOVA กำหนดค่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.05$

ผล

ผู้เข้าร่วมศึกษามีทั้งหมด 100 ราย เป็นเพศชาย 61 ราย และหญิง 39 ราย อายุเฉลี่ย ($\bar{x} \pm SD$) ที่ 33.74 (± 9.31) ปี เพศชาย อายุ 34.31 (± 10.62) ปี เพศหญิง 32.85 (± 6.67) ปี ในจำนวนผู้เข้ารับการรักษา 100 ราย 96 ราย ให้ประวัติว่าไม่เคยเข้ารับการรักษาบำบัดเลิกเสพยาสูบ 4 รายที่เคยเข้าบำบัดเลิกเสพยาสูบ โดยมีผู้ใช้ชาสมุนไพรรักษา 1 ราย เข้ารับคำปรึกษาการเลิกเสพยาสูบจากสถานบำบัด 1 ราย บำบัดด้วยหมากฝรั่งนิโคติน 2 ราย ผู้เข้าร่วมศึกษา มีจำนวน 50 ราย ได้เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกน้อยกว่า 15 ปี ที่เหลือ อายุที่เริ่มเสพยาสูบ ครั้งแรกมากกว่า 15 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประวัติการเข้าบำบัดเลิกเสพยาสูบ

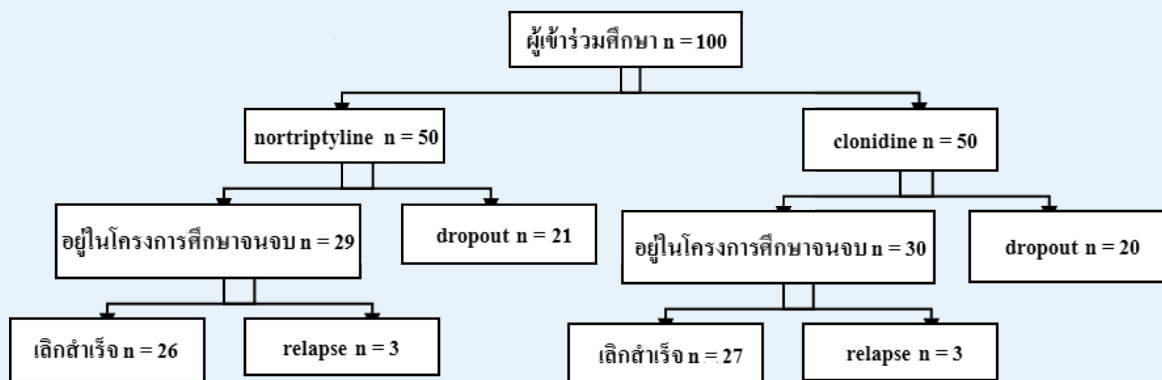
อายุที่เริ่มเสพยาสูบ ครั้งแรก	จำนวน
อายุที่เริ่มเสพยาสูบ ครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	50
อายุที่เริ่มเสพยาสูบ ครั้งแรกมากกว่า 15 ปี	50

ยาสูบ ที่สูบในปัจจุบัน เป็นยาสูบมวนสำเร็จ 90 ราย และเป็นบุหรี่มวนเองหรือชนิดอื่นๆ 10 ราย จากแบบประเมินแบบทดสอบการติดยาสูบหรือแบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม(Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND)) เพื่อวัดระดับการติดยาสูบนิโคตินได้ผลดังนี้ ผู้เข้าร่วมศึกษามีการติดยาสูบระดับเล็กน้อยร้อยละ 39 ระดับปานกลางร้อยละ 32 และระดับรุนแรงร้อยละ 29 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 wa Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND) score

คะแนน	ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
0, 1, 2, 3	mild	39 (39.0)
4,5	moderate	32 (32.0)
>6	severe	29 (29.0)

ผู้เข้าร่วมศึกษามีภาวะเสพติดยาสูบทั้ง 3 อย่าง คือภาวะเสพติดนิโคติน ภาวะเสพติดทางจิตใจ และภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน¹¹ มีทั้งสิ้น 89 ราย มีภาวะเสพติดนิโคตินและภาวะเสพติดทางจิตใจ 1 ราย มีภาวะเสพติดนิโคตินและภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน มี 4 ราย และ ภาวะเสพติดทางจิตใจ และภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน มี 6 ราย ในระหว่างดำเนินโครงการฯ ได้มีผู้เข้าร่วมศึกษาออกจากการศึกษาตั้งแต่สัปดาห์แรกโดยผู้ศึกษาได้พยายามติดตามจนดำเนินโครงการได้สำเร็จตามรูปที่ 1 ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ออกจากการศึกษาที่มิได้ติดตามกลุ่มดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่กลับไปสูบบุหรี่ และบางรายไม่สามารถติดตามได้ ในระหว่างการติดตามทั้ง 5 ครั้งภายใน 6 เดือน พบว่ามีผู้เข้าร่วมศึกษาที่ในระหว่างวันติดตามการรักษา มีการกลับมาเสพยาสูบเวลา รวม 6 ราย เป็นกลุ่มที่ใช้ยานอร์ทริปทีลีน 3 ราย และกลุ่มที่ใช้ยาโคลนิติน 3 ราย ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่สามารถเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CAR) คือ นับตั้งแต่วันที่กำหนดให้เลิกเสพ ในแต่ละสัปดาห์ตามกำหนดนัดหมาย เมื่อครบ 24 สัปดาห์ กลุ่มยานอร์ทริปทีลีน 26 ราย ยาโคลนิติน 27 ราย



รูปที่ 1 จำนวนผู้เข้าร่วมศึกษาอยู่ในโครงการศึกษาจนจบ และจำนวนผู้ออกจากการศึกษา

BQSU แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อความอยากยาสูบ (Craving) โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยแยกเป็นรายปัจจัย คือ ปัจจัยที่ 1 (Factor 1) เป็นการแสดงความปรารถนาและความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และมองว่าเป็นรางวัล หรือ Positive Reinforcement (ข้อที่ 1, 3, 6, 7, 10) ปัจจัยที่ 2 (Factor 2) เป็นตัวแทนของการสูบบุหรี่เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคตินหรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือ Relief Negative Symptom (ข้อที่ 2, 4, 5, 8, 9) การเปรียบเทียบด้วยวิธี repeated measures ANOVA พบว่าการลดอาการความอยากยาสูบ (Craving) ในกลุ่มยานอร์ทริปทีลีน (nortriptyline) และยาโคลนิติน (clonidine) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการ smoking urges ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยานอร์ทริปิกซิน กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาโคลนิดีน

ปัจจัย	เวลา	Nortriptyline n = 29	Clonidine n = 30	F	p-value
		($\bar{x} \pm SD$)	($\bar{x} \pm SD$)		
ปัจจัยที่ 1 (Factor 1)	สัปดาห์ที่ 1	8.21±4.17	9.00±4.08	1.344	0.251
	สัปดาห์ที่ 2	6.90±3.18	8.10±3.92		
	สัปดาห์ที่ 4	6.38±3.66	7.27±3.83		
	สัปดาห์ที่ 12	6.31±2.66	6.13±2.21		
	สัปดาห์ที่ 24	6.72±3.22	7.90±3.98		
ปัจจัยที่ 2 (Factor 2)	สัปดาห์ที่ 1	8.07±4.46	8.23±4.05	0.108	0.744
	สัปดาห์ที่ 2	7.72±4.00	8.23±4.42		
	สัปดาห์ที่ 4	6.55±3.56	7.20±3.67		
	สัปดาห์ที่ 12	6.55±3.52	5.87±2.16		
	สัปดาห์ที่ 24	7.55±4.22	8.07±4.93		
รวมปัจจัยทั้ง 2	สัปดาห์ที่ 1	16.28±8.12	17.23±7.61	0.574	0.452
	สัปดาห์ที่ 2	14.62±6.84	16.33±7.98		
	สัปดาห์ที่ 4	12.93±6.75	14.47±7.19		
	สัปดาห์ที่ 12	12.86±6.02	12.00±4.15		
	สัปดาห์ที่ 24	14.28±7.31	15.97±8.27		

MNSW ฉบับปรับปรุงมีการประเมินรายข้อดังนี้

1. ความโกรธ / หงุดหงิด / กระทบกระชวย/โหยหา
2. ความวิตกกังวล / ความกังวลใจ/ หงุดหงิด/ โหม่งง่าย
3. ความยากลำบากในการทำสมาธิหรือทำงานให้สำเร็จ
4. ความร่อนรน/ไม่สามารถทำจิตใจให้สงบได้/กระสับกระส่าย
5. นอนไม่หลับ / นอนหลับๆตื่นๆ/หลับยาก / ตื่นในเวลากลางคืน
6. ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น / น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
7. อารมณ์ซึมเศร้า

ตารางที่ 4 สรุปผลค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{x} \pm SD$) ของแบบสอบถามอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms)

Nicotine withdrawal symptoms	Group	ระยะเวลา				
		สัปดาห์ที่ 1 ($\bar{x} \pm SD$)	สัปดาห์ที่ 2 ($\bar{x} \pm SD$)	เดือนที่ 1 ($\bar{x} \pm SD$)	เดือนที่ 3 ($\bar{x} \pm SD$)	เดือนที่ 6 ($\bar{x} \pm SD$)
Desire/cravings Anger/irritability/ frustration	Nortriptyline	2.17±1.10	1.66±0.90	1.66±1.05	1.38±0.78	1.69±1.00
	Clonidine	2.07±1.17	2.10±1.24	1.87±1.22	1.67±1.16	1.53±0.78
Anxiety/nervousness	Nortriptyline	2.31±1.31	1.97±1.18	1.66±0.97	1.59±1.09	1.93±1.25
	Clonidine	2.43±1.25	2.10±1.27	1.93±1.26	1.77±1.14	1.83±1.15
Difficulty concentrating	Nortriptyline	2.28±1.36	1.59±1.02	1.83±1.42	1.41±0.78	1.55±0.99
	Clonidine	2.73±1.39	1.90±1.19	2.07±1.23	1.50±0.94	1.87±1.17
Restlessness	Nortriptyline	1.86±1.16	1.62±0.98	1.83±1.28	1.41±0.78	1.55±1.09
	Clonidine	2.43±1.25	1.80±1.00	1.67±0.96	1.67±1.32	1.60±0.93
Insomnia/sleep problems/waking at night	Nortriptyline	2.14±1.33	2.00±1.17	1.90±1.35	1.66±1.05	1.45±0.63
	Clonidine	2.23±1.19	1.97±1.10	2.10±1.19	1.63±0.96	1.73±1.31
Weight Gain/ Increase on Appetite	Nortriptyline	2.72±1.51	2.52±1.12	2.76±1.50	2.69±1.51	1.93±1.00
	Clonidine	2.43±0.94	2.43±1.25	2.17±1.12	2.23±1.22	2.10±0.96
Feeling depressed	Nortriptyline	2.00±1.10	1.55±0.95	1.45±0.87	1.21±0.49	1.59±1.30
	Clonidine	1.73±1.02	1.43±0.63	1.40±0.77	1.50±0.90	1.27±0.58

Nortriptyline n = 29 Clonidine n = 30

ตารางที่ 5 สรุปผลตาม Nicotine withdrawal symptoms ทั้งหมดตามรายชื่อ

Nicotine withdrawal symptoms	แหล่งความแปรปรวน	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Desire/cravings Anger/irritability/frustration	Intercept	932.841	1	932.841	420.306	0.000
	group	1.370	1	1.370	0.617	0.435
	Error	126.508	57	2.219		
Anxiety/nervousness	Intercept	1123.135	1	1123.135	441.484	0.000
	group	1.128	1	1.128	0.443	0.508
	Error	145.008	57	2.544		
Difficulty concentrating	Intercept	1033.699	1	1033.699	387.424	0.000
	group	5.876	1	5.876	2.202	0.143
	Error	152.084	57	2.668		
Restlessness	Intercept	897.256	1	897.256	405.927	0.000
	group	2.340	1	2.340	1.059	0.308
	Error	125.992	57	2.210		
Insomnia/sleep problems/waking at night	Intercept	1042.858	1	1042.858	391.013	0.000
	group	0.824	1	0.824	0.309	0.580
	Error	152.023	57	2.667		
Weight Gain/Increase on Appetite	Intercept	1696.923	1	1696.923	609.255	0.000
	group	4.638	1	4.638	1.665	0.202
	Error	158.759	57	2.785		
Feeling depressed	Intercept	674.793	1	674.793	371.679	0.000
	group	0.623	1	0.623	0.343	0.560
	Error	103.485	57	1.816		

ในกลุ่มอาการถอนนิโคตินกลุ่มอาการความโกรธ / หงุดหงิด / กระวนกระวาย / โหยหา ความวิตกกังวล / ความกังวลใจ / หงุดหงิด / โมโหง่าย ความยากลำบากในการทำสมาธิหรือทำงานให้สำเร็จ ความร้อนรน / ไม่สามารถทำจิตใจให้สงบได้ / กระสับกระส่าย พบว่าในกลุ่มที่ให้ยานอร์ทริปทีลีนลดอาการถอนนิโคตินได้ดีกว่ากลุ่มที่ให้ยาโคลนิติน แต่เมื่อติดตามจนถึงเดือนที่ 6 สามารถลดอาการถอนนิโคตินได้พอกัน (ตารางที่ 4) เฉลี่ยของอาการถอนนิโคตินด้วยการทดสอบค่าความแปรปรวน ทั้ง 2 กลุ่มยา 7 กลุ่มอาการ พบว่ามีผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 5)

อาการไม่พึงประสงค์จากยาของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ใช้ยานอร์ทริปทีลีนและยาโคลนิตินพบว่า ยานอร์ทริปทีลีนและยาโคลนิติน มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นอาการปากแห้งพบบ่อยที่สุด ทั้งสองกลุ่ม โดยเป็นมากในระยะแรกในช่วงที่ให้ยาเพื่อลดการเสพยาสูบ (ตารางที่ 6 และ 7)

ตารางที่ 6 สรุปอาการแทรกซ้อนยานอร์ทริปทีลีน

อาการแทรกซ้อน (Side Effect)	ยานอร์ทริปทีลีน (Nortriptyline) (ราย)				
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6
มือสั่น	3	4	5	4	3
มีน้ิรชะ	8	3	5	4	1
ปวดศีรษะ	4	5	2	1	2
ปากแห้ง	22	22	22	13	8
ท้องผูก	9	10	13	10	4
คลื่นไส้	2	2	2	1	1
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	3	2	3	2	0
ความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะตอนเปลี่ยนท่าทาง	4	5	5	3	2
เป็นลม	0	1	1	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0

อาการแทรกซ้อน (Side Effect)	ยาโคลนิดีน (Clonidine) (ราย)				
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6
ปากแห้ง	26	24	19	13	7
ความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะตอนเปลี่ยนท่าทาง	4	7	2	4	2
ความดันโลหิตต่ำ	7	4	4	2	1
ปวดท้องส่วนบน	3	2	0	1	0
คลื่นไส้	4	0	1	0	0
อาเจียน	0	0	0	0	0
ท้องผูก	7	7	8	6	2
ปวดคราม	1	3	1	0	0
ผื่นลักษณะเป็นปื้นที่ผิวหนัง	0	0	1	0	0
เจ็บหน้าอก	0	0	0	0	0
หัวใจเต้นเร็ว	2	3	1	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0

วิจารณ์

การบำบัดโรคเสพติดเป็นที่ยอมรับว่า การนิเทศ ทั้งแบบ Brief Intervention หรือแบบ Intensive Counseling รวมกับการใช้ยา (Medication) ตามข้อบ่งชี้จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพติด¹² ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับคำปรึกษาจนสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเข้าสู่ขั้นตัดสินใจหยุดใช้ยาเสพติดอย่างจริงจัง ขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมศึกษาได้รับรู้ถึงโทษและพิษภัยของการเสพติดยาสูบ ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการเลิกเสพ โดยมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ทั้งจะให้ความมั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จ บอกถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ในที่สุดผู้เข้าร่วมศึกษา ได้ตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติ มีการให้คำแนะนำเข้ารับยาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ให้แรงเสริมโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายและเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ขณะเดียวกันให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจำกัดสิ่งแวดล้อมและกำจัดตัวกระตุ้น รวมถึงการให้ความสำคัญในพาผู้เข้าร่วมวิจัยมาพบแพทย์ จึงทำให้อัตราการเลิกยาสูบสำเร็จสูง จากการศึกษาพบว่าอัตราการสำเร็จในกลุ่มที่ใช้ยานอร์ทริปทีลีนและโคลนิดีน ร้อยละ 52 และ 54 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall¹² พบว่าการให้ยานอร์ทริปทีลีน ในระยะสั้น 12 สัปดาห์สามารถหยุดเสพติดได้ร้อยละ 50

การเสพติดมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ดังนั้น ยาต้านซึมเศร้าจึงมีบทบาทนำมารักษาช่วยเลิกยาสูบ เช่น นอร์ทริปทีลีนและบูโพรไพออน (Bupropion) และจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดหรือลดปริมาณการเสพติด นอร์ทริปทีลีนมีฤทธิ์ยับยั้ง reuptake ของ norepinephrine และ serotonin มีผลต่อ central noradrenergic systems ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเคลิ้มสุขทำให้ลดอาการอยากเสพติด หรืออาการถอนนิโคตินขณะที่หยุดสูบบุหรี่¹³⁻¹⁴ จะสอดคล้องกับผลการศึกษาที่สามารถลดอาการอยากเสพติดของ Factor 1 และ Factor 2 รวมถึงลดอาการถอนนิโคติน

ส่วนยาโคลนิดีน เป็นยา antihypertensive drug กลุ่ม alpha-2-noradrenergic agonist มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ noradrenergic

activity¹⁵ ทำให้ลดอาการถอนนิโคติน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อนำยาโคลนิดีน สามารถช่วยลดอาการอยากเสพติด ช่วยลดอาการถอนนิโคติน และมีความสำเร็จในการหยุดเสพติดได้ ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ใช้ยานอร์ทริปทีลีน

ทั้งยานอร์ทริปทีลีนและยาโคลนิดีนถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาถูกเพื่อทดแทนยารับประทานที่ไม่ใช้นิโคตินทดแทน

การศึกษานี้รายงานผลสำเร็จจากการใช้ยานอร์ทริปทีลีนและยาโคลนิดีนจะทำให้เพิ่มทางเลือกในการใช้ยาช่วยเลิกและลดต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบ อีกทั้งยังเพิ่มช่องทางการเข้าถึงยาที่ง่ายและมีราคาถูกอีกด้วย อาจจะเป็นทางเลือกใหม่ของยาช่วยเลิกยาสูบในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

สรุป

จากผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการช่วยเลิกยาสูบ ในการลดอาการอยากเสพติด และอาการถอนนิโคติน (Nicotinic Withdrawal) ระหว่างยานอร์ทริปทีลีนและยาโคลนิดีน มีผลไม่แตกต่างกัน ยาทั้งสองกลุ่มจึงเพิ่มทางเลือกในการใช้ยาและลดต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบ อีกทั้งยังเพิ่มช่องทางการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบที่ง่ายและมีราคาถูกอีกด้วย อาจจะเป็นทางเลือกใหม่ของยาช่วยเลิกยาสูบในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ขอขอบคุณเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานการศึกษา ขอขอบคุณบริษัทเซ็นทรัลโพลิเทรตติ้ง จำกัด ที่ได้อนุเคราะห์สนับสนุนยานอร์ทริปทีลีน (Nortriptyline) และโคลนิดีน (Clonidine) ใช้ในการศึกษา

References

1. Rungruanghiranya S, Kongsakon R, editors. Tobacco: toxicity, therapy, and prevention 2013. Bangkok: 2011, p115-9.
2. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009; 49: 57-71.
3. O. George, G.F. Koob. CHAPTER 1 Overview of Nicotine Withdrawal and Negative Reinforcement (Preclinical). In: F.Scott Hall, Jared W.Young, Andre Der-Avakian. *Negative Affective States and Cognitive Impairments in Nicotine Dependence*. United Kingdom. Academic Press. 2017. P 2-4.
4. Hughes JR, Higgins ST, Hatsukami D. Effects of abstinence from tobacco. In: Kozlowski LT, Annis HM, Cappell HD, et al, eds. *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum Press, 1990:317-98.
5. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992; 11:331-4.
6. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implication for smoking cessation treatment. *Am J med* 2008;121:S3-10.
7. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158-76.
8. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. 2008 PHS Guideline Update Panel, *Respir Care* 2008;53:1217-22.
9. Casella G, Caponnetto P, Polosa R. Therapeutic advances in the treatment of nicotine addiction: present and future. *Ther Adv Chronic Dis* 2010; 1: 95-106.
10. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 31:CD009329.
11. Carmody TP. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *J Psychoactive Drugs* 1989;21:331-42.
12. Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Muñoz RF, Cullen J. Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2100-7.
13. Zvolensky MJ, Gonzalez A, Bonn-Miller MO, Bernstein A, Goodwin RD. Negative reinforcement/negative affect reduction cigarette smoking outcome expectancies: incremental validity for anxiety focused on bodily sensations and panic attack symptoms among daily smokers. *Exp Clin Psychopharmacol* 2008; 16:66-76.
14. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 1998; 158:2035-9.
15. Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008;121: S20-31.

การศึกษาการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียวในโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะ และโรคถุงน้ำในเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จารุพงษ์ น้อยคำไย พ.บ.

กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract: Laparoscopic Single Incision of Extraperitoneal Closure (LSEC) in Indirect Inguinal Hernia and Hydrocele in Infant and Children

Noitumyae J

Department of Surgery, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Ratchathewi Rd., Phayathai, Bangkok, 10400

(E-mail: surgeryunit@hotmail.com)

Background: The etiology of indirect inguinal hernia and hydrocele in children is patent processus vaginalis. Conventional open herniotomy and hydrocelectomy in children has been reported the recurrent and metachronous rates. Now a day, Laparoscopic extraperitoneal closure has been reported the reduced these incidences. This report introduces the new combined technique of single incision and extraperitoneal closure of processes vaginalis. **Result:** A series of 20 children were a half of inguinal hernia and hydrocele. The patients were male 14(70%) and female 6 (30%). The number of patent processes vaginalis are unilateral lesion 14 (63.6%), bilateral lesion 4 (18.2%), metachronous lesion 2 (9.1%) and co-incidence with undescended testis 2 (9.1%). The operative time in unilateral lesion was 33 ± 7.2 mins and bilateral lesion was 39 ± 10.2 mins. No recurrent rate, post-operative metachronous rate or complication in 7 days and 30 days after follow up. **Conclusion:** Laparoscopic Single incision of extraperitoneal closure of processes vaginalis has a safe and good result of procedure.

Keywords: Indirect inguinal hernia, Hydrocele

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การรักษาโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะ และถุงน้ำถุงอัณฑะด้วยการผ่าตัดแบบเปิดในปัจจุบัน พบอัตราการเป็นซ้ำและอัตราการเป็นด้านตรงกันข้ามที่สูง มีการรายงานการผ่าตัดส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านนอกสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดดังกล่าวได้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาผลการรักษาการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียวร่วมกับการปิด โดยปมใหม่อยู่ด้านนอกในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี **ผล:** ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 16 ราย ร้อยละ 72.7 และเพศหญิง จำนวน 6 ราย ร้อยละ 27.3 พยาธิสภาพได้แก่ ข้างเดียว จำนวน 14 ราย ร้อยละ 63.6 สองข้าง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 18.2 ด้านตรงกันข้ามจำนวน 2 ราย ร้อยละ 9.1 และพบร่วมกับภาวะอัณฑะไม่ลงถุงจำนวน 2 ราย ร้อยละ 9.1 โดยแบ่งเป็นโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 50 และถุงน้ำถุงอัณฑะ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 50 ผลการรักษาพบว่า ระยะเวลาการผ่าตัดข้างเดียวและสองข้างมีค่าเฉลี่ย 33 ± 7.2 และ 39 ± 10.2 นาที ตามลำดับ ไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำและอัตราการเกิดด้านตรงกันข้ามหลังการผ่าตัดหรือภาวะแทรกซ้อน จากการติดตามผลการรักษาที่ 7 วัน และ 30 วันหลังผ่าตัด **สรุป:** การผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียว จึงเป็นวิธีการผ่าตัดที่ปลอดภัย ให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนถุงอัณฑะ ถุงน้ำถุงอัณฑะ

บทนำ

โรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะ และถุงน้ำถุงอัณฑะ เป็นภาวะที่พบบ่อยของผู้ป่วยเด็กซึ่งสาเหตุเกิดจาก patent processus vaginalis ซึ่งหลักการรักษาคือการผ่าตัดปิด patent processus vaginalis¹ โดยมีการผ่าตัดรักษาทั้งการผ่าตัดแบบเปิด และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง

ในการผ่าตัดรักษาแบบเปิดพบอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 0.3-4.8 และพบอัตราการเป็นด้านตรงกันข้าม ร้อยละ 5.6-30²⁻⁴

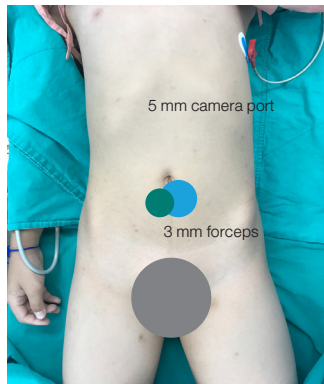
ปัจจุบันการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อรักษาภาวะดังกล่าวเป็นที่นิยมและแพร่หลายมากขึ้น⁵⁻⁷ โดยเทคนิคการผ่าตัดสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มปกติการปิด processus vaginalis ใน indirect inguinal hernia and hydrocele แบบแรก คือ ปิดโดยการสร้างปม โดยการเย็บปิดภายในช่องท้อง หรือที่เรียกว่า ปมใหม่ในช่องท้องและปิดจากด้านนอกช่องท้องโดยการเย็บจากด้านนอกผิวหนัง หรือที่เรียกว่า ปมใหม่นอกช่องท้อง⁷⁻⁸ โดยผลการรักษาพบว่า การกลับเป็นซ้ำลดลง ความสวยงามและสามารถผ่าตัดแก้ไขในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจากการผ่าตัดแบบเปิดทำได้ดีกว่า รวมถึงสามารถตรวจ processus vaginalis ด้านตรงกันข้ามในการผ่าตัดครั้งเดียวกันได้ ทำให้ลดการเกิดด้านตรงกันข้ามภายหลังได้ โดยพบอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 0.003-0.02 และอัตราการเป็นด้านตรงกันข้าม ร้อยละ 0-0.8⁵⁻⁸

Takehara⁷ ได้คิดค้นการผ่าตัดส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านนอกช่องท้องหรือ Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure ขึ้นครั้งแรก ด้วยเข็มที่อยู่หน้าต่อหน้าเชื้อ ไม่มีช่องว่างของเยื่อ peritoneum และจำนวนช่องอุปกรณ์ผ่าตัด ที่ลดลง ทำให้ได้แผลผ่าตัดที่สวยงามขึ้น และการเกิดเป็นซ้ำที่ลดลง ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านนอกในช่องท้อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าโดยประยุกต์เทคนิคการผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดเดียวหลายช่องอุปกรณ์ (Single incision) เพื่อลดจำนวนแผลผ่าตัดลง ร่วมกับการผ่าตัดส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านนอก (Laparoscopic Single incision of Extraperitoneal Closure(LSEC))

วัตถุประสงค์และวิธีการ

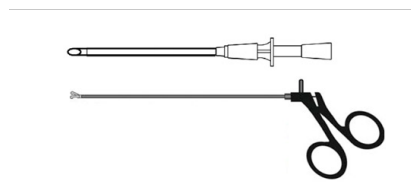
เพื่อศึกษาผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียวในโรคถุงน้ำและไส้เลื่อนถุงอัณฑะในเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะและถุงน้ำในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียว ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 - 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยทำการศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ น้ำหนัก อายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียว ผู้ป่วยได้รับการรักษาก่อนระงับการเจ็บปวดและระงับความเจ็บปวดด้วยการดมยาสลบ ใส่สายระบายกระเพาะอาหารและ

สายสวนปัสสาวะ และนำออกเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด การให้สารน้ำระหว่างการงดน้ำและอาหาร และการได้ยาปฏิชีวนะ โดยเทคนิคการผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย แผลผ่าตัดเดียวบริเวณใต้สะดือ ขนาด 1-2 เซนติเมตร และใส่ช่องอุปกรณ์ขนาด 5 มิลลิเมตร สำหรับกล้องผ่าตัด 30 องศา และใส่ช่องอุปกรณ์ขนาด 3 มิลลิเมตร สำหรับอุปกรณ์ผ่าตัด Grasper forceps ขนาด 3 มิลลิเมตร ผ่านแผลผ่าตัดเดียวกัน ดังรูปที่ 1 และ 2 จากนั้นสร้างภาวะลมในช่องท้องด้วยแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่ระดับความดัน 6-8 มิลลิเมตรปรอท วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คือ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร้อยละ Chi's square p-value และ 95% confidence interval โดยใช้โปรแกรม SPSS

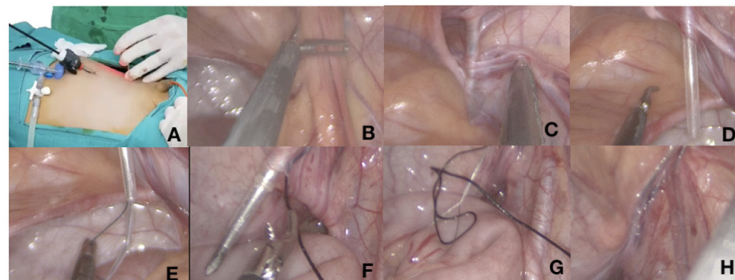


รูปที่ 1 และ 2 ภาพตำแหน่งของช่องอุปกรณ์ผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดเดียว (Single incision with 2 ports) โดยแทงเข็มด้านนอกเชื่อม peritoneum ระหว่าง testicular vessel a: vas deference เพื่อเปิด processus vaginalis แยก vas deference และ testicular vessel ออก

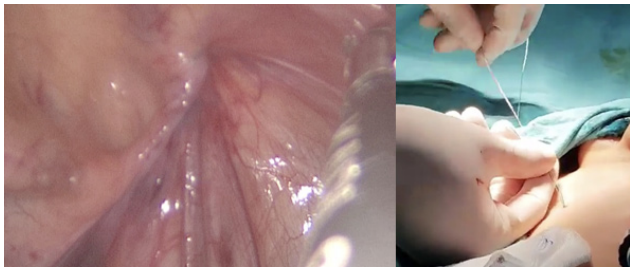
อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดเปิด processus vaginalis คือ เข็มฝอยปลายทู่ ปลายเข็ม (Needle 14G and needle sheath) แทงผ่านเข้าไปรอบบริเวณ deep inguinal ring ใช้ Grasper forceps ขนาด 3 มิลลิเมตร ในการจับเส้นไหม 2/0 peritoneum และ endo wire loop ในการนำและส่งไหม



รูปที่ 3 และ 4 ภาพเข็มฝอยปลายทู่ ปลายเข็ม Grasper forceps ขนาด 3 มิลลิเมตร และ endo wire loop



รูปที่ 5 ภาพการแทงเข็มผ่านผิวหนัง (A) reduction of hernial content (B) แฉกเข็มนอกเชื่อม peritoneum testicular vessel และนำเข็มนอก (C และ D) โดยแทงเข็มด้านนอกเชื่อม peritoneum ระหว่าง testicular vessel a: vas deference เพื่อเปิด processus vaginalis แยก vas deference และ testicular vessel ออก Endo wire loop นำไหมเข้าสู่ช่องท้อง (E) แฉกเข็มนอกเชื่อมเพื่อปิดรอบ processus vaginalis (F) Endo wire loop นำไหมออกนอกช่องท้อง (G) และภาพไหมรอบ processus vaginalis จากนั้นสร้างปมไหมทางด้านนอกช่องท้องใต้ชั้นผิวหนัง (Extraperitoneal closure's knot)



รูปที่ 6 ภาพการสร้างปมบอกลูกต่อท่อไตชั้นผิวหนัง
(Extraperitoneal closure's knot) (A และ B)

โดยติดตามผลการรักษา คือ ระยะเวลาผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเสียเลือด ภาวะติดเชื้อ และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ยังรวมถึงอัตราการกลับซ้ำและอัตราการเป็นด้านตรงกันข้าม หลังการรักษา 1 เดือน

ผล

จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะและถุงน้ำอัณฑะ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทั้งหมด จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 16 ราย ร้อยละ 72.7 และเพศหญิง จำนวน 6 ราย ร้อยละ 27.3 คิดเป็นสัดส่วน 2.7:1 โดย พยาธิสภาพ ได้แก่ ข้างเดียว จำนวน 14 ราย ร้อยละ 63.6 สองข้าง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 18.2 ด้านตรงกันข้าม จำนวน 2 ราย ร้อยละ 9.1 และพบร่วมกับภาวะอัณฑะไม่ลงถุง จำนวน 2 ราย ร้อยละ 9.1 โดยแบ่งเป็นโรคไส้เลื่อนถุงอัณฑะ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 50 และถุงน้ำอัณฑะ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 50 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	16
หญิง	6
อายุ (ปี) mean±SD	3.1±1.7
น้ำหนัก (กิโลกรัม) mean±SD	19.3±10.2
การวินิจฉัย	
การผ่าตัดข้างเดียว	14(63.6)
ภาวะไส้เลื่อนถุงอัณฑะ	6(42.8)
ด้านซ้าย	2(33.3)
ด้านขวา	4(66.7)
ถุงน้ำอัณฑะ	8(57.1)
ด้านซ้าย	2(25.0)
ด้านขวา	6(75.0)
การผ่าตัดสองข้าง	4(18.2)
ภาวะไส้เลื่อนถุงอัณฑะ	2(50.0)
ถุงน้ำอัณฑะ	2(50.0)
พยาธิสภาพด้านตรงกันข้าม (ถุงน้ำอัณฑะ)	2(9.1)
ภาวะอัณฑะไม่ลงถุง	2(9.1)
การดำเนินการผ่าตัด	
การผ่าตัดข้างเดียว	16(72.7)
การผ่าตัดสองข้าง	6(23.7)
ระยะเวลาเข้าพัก (วัน) mean±SD	2.8±0.4

ผลการรักษาพบว่า ระยะเวลาการผ่าตัดข้างเดียว และสองข้าง มีค่าเฉลี่ย 53±7.2 และ 59±10.2 นาทีตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเสียเลือดเล็กน้อย จำนวน 1 ราย ร้อยละ 4.5 ไม่พบภาวะติดเชื้อ การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

จากการศึกษาครั้งนี้พบพยาธิสภาพด้านตรงกันข้าม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 และพบร่วมกับภาวะอัมตะไม่ลงถุง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.1 ซึ่งทำให้พบอัตราด้านตรงกันข้ามระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 18.2 ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วย 201±15.2 วัน ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการเกิดด้านตรงกันข้ามหลังการผ่าตัด จากการติดตามผลการรักษาที่ 7 วันและ 30 วันหลังผ่าตัด โดยการกลับเป็นซ้ำมักจะพบภายหลังการผ่าตัดในช่วง 7 วันและ 30 วันหลังการผ่าตัด⁷

วิจารณ์

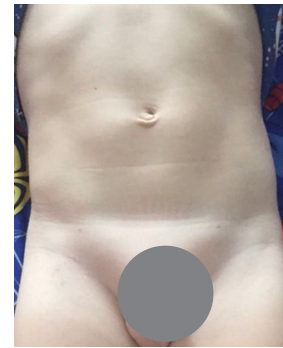
วิธีการผ่าตัดรักษาโรคลิ้นเลื่อนถุงอัมตะ และถุงน้ำ ในเด็กในปัจจุบันพบว่ายังคงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ที่สูง²⁻⁴ ซึ่งขึ้นอยู่กับ 1) ตำแหน่งที่ปิด processus vaginalis ยังสูงไม่เพียงพอ และ 2) อาจมีการข้ามตำแหน่งของเยื่อ peritoneum ทำให้ปิด processus vaginalis ได้ไม่สมบูรณ์ โดยการผ่าตัดส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านนอกช่องท้องสามารถปิด processus vaginalis ได้ตำแหน่งที่สูงที่สุดจากทางด้านใน และยังไม่มีการเย็บข้ามเยื่อ peritoneum ส่งผลให้อัตราการเกิดเป็นซ้ำ ที่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.003-0.02⁵⁻⁸ ให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ ในขณะที่การผ่าตัดส่องกล้องโดยปมใหม่อยู่ด้านในช่องท้อง พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 0.3-4.1⁵⁻⁸ ซึ่งเกิดจากการเย็บข้ามเยื่อ peritoneal ทำให้ปิด patent processus vaginalis ได้ไม่ครบสมบูรณ์ เช่นเดียวกับการผ่าตัดแบบเปิด

ในการศึกษาครั้งนี้พบพยาธิสภาพด้านตรงกันข้ามหรืออัตราการเกิดด้านตรงกันข้ามระหว่างผ่าตัดร้อยละ 18.2 เนื่องจากการผ่าตัดส่องกล้องสามารถประเมินพยาธิสภาพด้านตรงกันข้ามได้ ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิด ไม่สามารถทำได้โดยไม่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁵⁻⁸ ทำให้สามารถทำการรักษาในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว ลดอัตราการเกิดตรงกันข้ามในภายหลังได้

References

- Potts WJ, Riker WL, Lewis JE. The treatment of inguinal hernia in infants and children. *Ann Surg* 1950; 132: 566-76.
- Ingimarsson O, Spak I. Inguinal and femoral hernias. Long-term results in a community hospital. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 291-7.
- Burd RS, Heffington SH, Teague JL. The optimal approach for management of metachronous hernias in children: a decision analysis. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 1190-5.
- Given JP, Rubin SZ. Occurrence of contralateral inguinal hernia following unilateral repair in a pediatric hospital. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 963-5.
- Schier F. Laparoscopic inguinal hernia repair-a prospective personal series of 542 children. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 1081-4.
- Montupet P, Esposito C. Fifteen years experience in laparoscopic inguinal hernia repair in pediatric patients. Results and considerations on a debated procedure. *Surg Endosc* 2011; 25: 450-3.
- Takehara H, Yakabe S, Kameoka K. Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for inguinal hernia in children: clinical outcome of 972 repairs done in 3 pediatric surgical institutions. *J Pediatr Surg* 2006; 41: 1999-2003.
- Shalaby R, Ismail M, Samaha A, Yehya A, Ibrahim R, Gouda S, et al. Laparoscopic inguinal hernia repair; experience with 874 children. *J Pediatr Surg* 2014; 49: 460-4.
- Holcomb GW 3 rd, Brock JW 3 rd, Morgan WM 3 rd. Laparoscopic evaluation for a contralateral patent processus vaginalis. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 970-4.

เทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียวในมีแผลผ่าตัดแผลเดียว ลดจำนวนแผลของช่องอุ้งกรรณลง ส่งผลให้แผลผ่าตัดสวยขึ้น (รูปที่ 7) อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง



รูปที่ 7 ภาพแผลผ่าตัดเมื่อติดตามภายหลัง 7 วัน หลังการรักษา

สรุป

การผ่าตัดรักษาโรคลิ้นเลื่อนถุงอัมตะ และถุงน้ำ ในเด็กด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องผ่านแผลผ่าตัดเดียว ระยะเวลาการผ่าตัดข้างเดียว และสองข้าง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบอัตราการเกิดด้านตรงกันข้ามระหว่างผ่าตัด ร้อยละ 18.2 ไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการเกิดด้านตรงกันข้ามหลังการผ่าตัด ให้ผลการรักษาที่ปลอดภัย ระยะเวลาการผ่าตัดสั้น แผลผ่าตัดที่สวยงามขึ้น สามารถประเมินพยาธิสภาพด้านตรงกันข้ามได้ การติดตามผลการผ่าตัดในระยะยาวยังรอการศึกษาเพิ่มเติมอยู่

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ปรัชพร กลีบประทุม วท.ม, บุญเยี่ยม สุทธิพงษ์เกียรติ วท.ม, ปุณิกา สุ่มทอง วท.ม, วาศินี อางภักดี วท.บ
กลุ่มงานสุศึกษา โรงพยาบาลอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000

Abstract: Effects of Health Promotion Program for Blood Pressure Control among Hypertension Patients at Internal Medicine Clinic, Anghong Hospital, Anghong Province

Kleebratoom P, Suthiphongkiart B, Sumthong P, Oadpakdee W

Public Health Technical Officer Department of Health Education, Anghong Hospital, Mueang Anghong, Anghong, 14000

(E-mail: poohocmed@gmail.com)

The purpose of this quasi - experimental study was to examine the effects of Self-Regulation theory and social support - based blood pressure control among hypertension patients in internal medicine clinic at Anghong hospital, Muang Anghong district, Anghong Province. The samples comprised 37 hypertension patients. The study was conducted over a period of 12 weeks with an intervention period of 6 weeks and a follow up period of 48 weeks. Interview data were collected by questionnaires at three phases, pre-intervention phase, post intervention phase on the 6th, and follow up phase on the 10th week. Statistical analysis was performed by using descriptive statistics and inferential statistics, i.e., Paired Samples t-test, and Repeated measures ANOVA. The results after the health education program revealed that patients had significantly increased in knowledge to hypertension diseases at post intervention on the 12th week and 48th week than pre-intervention phase ($p < 0.001$). Over the three phases for data collection and after completing the intervention program, 24 in 37 hypertension patients of experimental group were able to blood pressure control $\leq 140/90$ mmHg for 36 weeks during to 12th week to 48th week, at 64.8 percent. In conclusion, the theoretical based hypertension program from researcher and public health blood pressure control.

Keywords: Health promotion, Blood pressure control, Self-regulation theory

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งสิ้น 37 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test และ Repeated measures ANOVA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สำหรับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าทั้ง 3 ช่วงเวลา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และพบว่าช่วงเวลาระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าระดับความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 64.8) สรุปว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบโดยทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมระดับความดันโลหิต ทฤษฎีการกำกับตนเอง

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ทำให้เกิดการตายและทุพพลภาพที่สำคัญที่สุดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย เรามี 1 ราย ใน 3 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรทั่วโลก¹

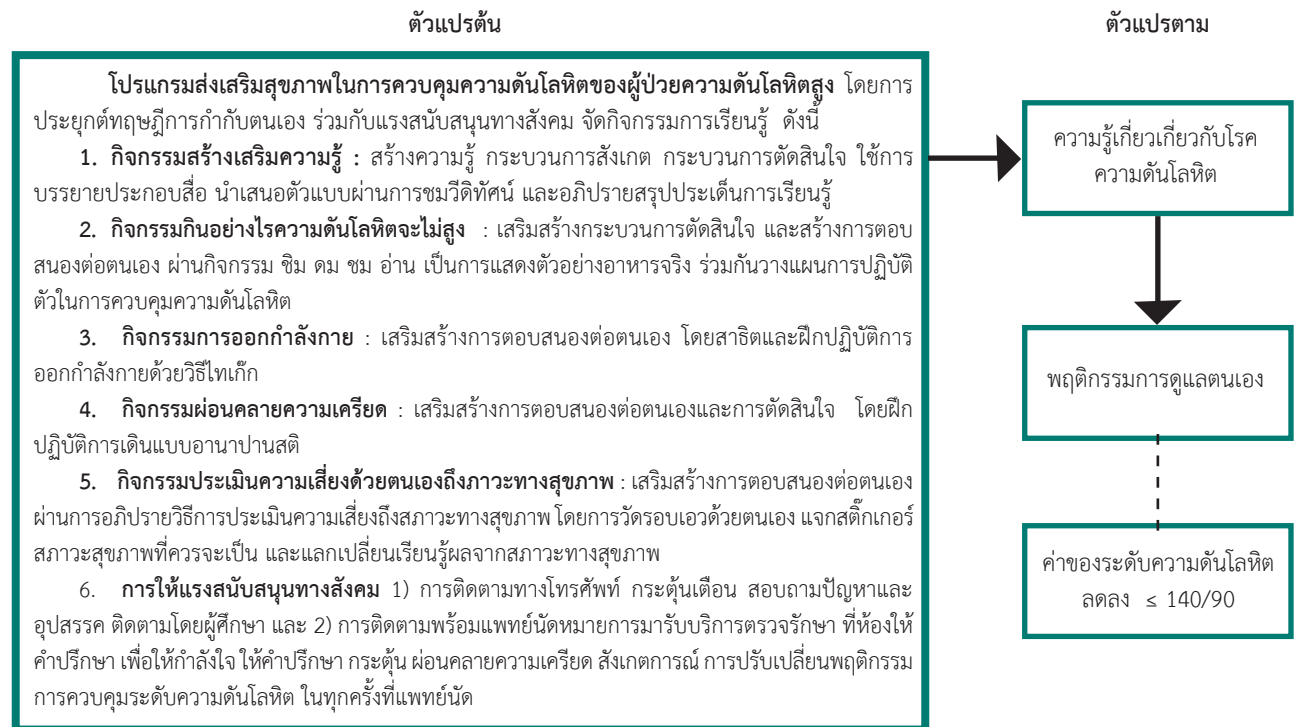
องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านราย หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด เมื่อดูรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าใน ปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5,165 ราย ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 ราย สถานการณ์ผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากปี 2546 และปี 2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนรายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 389.8 (จำนวน 218,218 ราย) เป็น 1,621.72 (จำนวน 1,047,979 ราย) ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า (4.16 เท่า)²

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 - 2557 พบว่า จำนวน และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง³ และจากการจัดลำดับการสูญเสียของประชากรไทย ปี 2557 พบว่าสูญเสียจาก อัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นลำดับที่ 3 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 2 ในเพศหญิง⁴ ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของจังหวัดอ่างทอง ปี 2557 - ปี 2559 พบผู้ป่วย 25,159 คน 29,311 คน และ 17,313 คน ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2558 มีจำนวน 4,930 ราย ปี 2559 มีจำนวน 3,617 ราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 48 และร้อยละ 40.17 ตามลำดับ⁵ รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง ในปี 2557 ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็ม พบว่ามีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงจำพวก ซุปก้อน ผงชูรส ผงปรุงรส ในอาหาร ร้อยละ 80.95 เมื่อรับประทานอาหารเช้าสำเร็จรูป มักเติมเครื่องปรุงรสจนหมดของ ร้อยละ 55.24 คนที่รับประทานอาหารมักมีเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ววางไว้เสมอ ร้อยละ 46.67 เวลาที่กินอาหารตามร้านอาหารนอกบ้าน เช่น

ก๋วยเตี๋ยว อาหารจานเดียว ข้าวราดแกง มักเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม ร้อยละ 43.81 ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 38.10 และยังอ่านฉลากโภชนาการไม่เป็น หรือไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเลย ร้อยละ 27.60⁶ จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งระดับโรงพยาบาลและจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอ่างทอง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีแนวโน้มลดลง และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำให้ภาวะโรครุนแรง โดยเฉพาะอาหารเค็ม⁷

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถปรับพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยการสร้างการกำกับตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเป็น การลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตที่สืบเนื่องจากการมีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับยาความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3,617 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Lameshow⁸ โดยผู้ศึกษาใช้ผลการศึกษาของ Kukhontod⁹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 12 รายต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 40 ซึ่งจากสูตรการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง¹⁰ ดังนั้น การศึกษาคือครั้งนี้ จึงมีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 34 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

และต้องได้รับการรักษาด้วยยาความดันโลหิตสูง 3. ผลของค่าระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ในวันที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 4. ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จนเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางเข้าร่วมโปรแกรม 5. สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 6. ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม หลังจากการคัดเลือกตัวอย่างด้วยเกณฑ์คัดเลือกเข้า พบว่า มีตัวอย่างทั้งสิ้น 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 8 ชั่วโมง และกิจกรรมรายบุคคล โดยผู้ศึกษารวมระยะเวลาทั้งสิ้น 48 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมรายกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมสร้างเสริมความรู้: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 1 ใช้เวลา 180 นาที เพื่อสร้างความรู้สร้างกระบวนการสังเกต และกระบวนการตัดสินใจ ใช้การบรรยายประกอบสื่อ นำเสนอตัวแบบผ่านการชมวีดิทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และอภิปรายสรุปประเด็นการเรียนรู้

กิจกรรมกินอย่างไรความดันโลหิตจะไม่สูง: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างกระบวนการตัดสินใจ และสร้างการตอบสนองต่อตนเอง ผ่านกิจกรรม ชิม ตม ชม อ่าน เป็นการแสดงตัวอย่างอาหารจริง พร้อมให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงปริมาณโซเดียมในอาหารแต่ละชนิด ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต

กิจกรรมการออกกำลังกายลดความดันโลหิต: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเอง โดยสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีไทเก๊ก

กิจกรรมผ่อนคลายความเครียด: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 4 ใช้เวลา 40 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเองและการตัดสินใจ โดยฝึกปฏิบัติการเดินแบบอานาปานสติ

กิจกรรมประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองถึงภาวะทางสุขภาพ: เป็นกิจกรรมช่วงที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเอง ผ่านการอภิปรายวิธีการประเมินความเสี่ยงถึงภาวะทางสุขภาพ โดยการวัดรอบเอวด้วยตนเอง แจกสติ๊กเกอร์สภาวะสุขภาพที่ควรจะเป็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากสภาวะทางสุขภาพ มีการใช้คำพูดชักจูง พร้อมกับทบทวนความรู้และสรุปกิจกรรม

กิจกรรมรายบุคคล ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม จากผู้ศึกษา ดังนี้

- 1) การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและอุปสรรค และ 2) การติดตามพร้อมแพทย์นัดหมายการมารับบริการตรวจรักษา ที่ห้องให้คำปรึกษา เพื่อให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้น ผ่อนคลายความเครียด สังเกตการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต ในทุกครั้งที่แพทย์นัด
- การศึกษาค้นคว้านี้ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะ

ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนที่ 4 การวัดค่าระดับความดันโลหิต จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำตอบ จากการวัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ผ่านการทดสอบการเทียบค่ามาตรฐานจากกองวิศวกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ศึกษาดำเนินการวัดความดันโลหิตในช่วงเช้าตามระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคะแนนรวมของข้อถามในส่วนที่ 2 - 3 นี้ ผู้ศึกษานำมาจัดกลุ่มการนำเสนอผลออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹¹ คือ สูง (มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนทั้งหมด) ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนทั้งหมด) และต่ำ (ร้อยละต่ำกว่า 60 ของคะแนนรวมทั้งหมด)

แบบสอบถามชุดนี้ได้รับตรวจสอบคุณภาพ ในด้านความชัดเจนของภาษาและความตรงของเนื้อหา และนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน ด้วยวิธี KR-20 และ Cronbach's Alpha พบว่า ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.744 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Repeated Measure ANOVA การศึกษาค้นคว้านี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง

ผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.1 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ และค้าขาย ร้อยละ 21.6 และ 21.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 37)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	35.1
หญิง	24	64.9
การศึกษา		
ประถมศึกษา	14	37.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	16.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	16.2
ปริญญาตรี	10	27.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	27.0
เกษตรกร	2	5.4
ค้าขาย	8	21.6
รับจ้าง	4	10.8
ข้าราชการบำนาญ	8	21.6
รับราชการ	5	13.5
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	64.1 ± 9.84	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ด้านสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วน ร้อยละ 64.9 มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.8 โดยที่พบโรคร่วมมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 51.6 และมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามสถานะสุขภาพ (n = 37)

สถานะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร ² (รูปร่างสมส่วน)	6	16.2
23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร ² (น้ำหนักเกิน)	7	18.9
25.0 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป (ภาวะอ้วน)	24	64.9
โรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	6	16.2
มี	31	83.8

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ จำนวน 37 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าในช่วงก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.9) และเปลี่ยนเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ 70.3) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 64.9) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและลดลง จาก 8.7 คะแนน เป็น 10.0 คะแนน และ 9.7 คะแนน และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ระหว่าง 3 ช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.273, df = 1.966, 70.785$ p-value < 0.001) คือก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value < 0.001) ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value = 0.005) ยกเว้นหลังการทดลองกับระยะติดตาม (p-value = 0.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในช่วงก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (p < 0.001) ยกเว้นระยะติดตาม (p = 0.210)

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในรอบเดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 และเปลี่ยนเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต จำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

56.8) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 83.8) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 55.54 คะแนน เป็น 58.05 คะแนน และ 61.32 คะแนน ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ระหว่าง 3 ช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.019, df = 1.835, 66.061$ p-value < 0.001) คือ ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value = 0.001) ยกเว้นก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value = 0.031) และหลังการทดลองกับระยะติดตาม (p-value = 0.032) เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ไม่แตกต่างกัน ทั้งในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (p > 0.05) ยกเว้นระยะติดตาม (p < 0.001)

2.3 ค่าระดับความดันโลหิต พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 100.0) และเปลี่ยนเป็นค่าระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ หลังการทดลอง (ร้อยละ 75.7) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 64.9) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 156/85 mmHg เป็น 135/78 mmHg และ 138/78 mmHg ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (p = 0.002) ยกเว้นระยะติดตาม (p = 0.16) (ตารางที่ 3)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=37)			t	df	p-value
	\bar{x}	SD	d			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
- ก่อนการทดลอง	8.7	1.8	-1.297 ^{d1}	4.64	36	0.001
- หลังการทดลอง	10.0	1.2	-0.973 ^{d2}	3.43	36	0.002
- ระยะติดตามผล	9.7	1.6	0.324 ^{d3}	1.27	36	0.210
	F = 12.273 df = 1.966, 70.785 p-value < 0.001					
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
- ก่อนการทดลอง	55.5	5.7	-2.514 ^{d1}	2.70	36	0.010
- หลังการทดลอง	58.0	7.0	-5.784 ^{d2}	5.16	36	0.001
- ระยะติดตามผล	61.3	5.3	-3.270 ^{d3}	2.68	36	0.011
	F = 14.019 df = 1.835, 66.061 p-value < 0.001					
3. ค่าระดับความดันโลหิต						
	BP	\bar{x}	SD	t	df	p-value
- ก่อนการทดลอง	SBp	156.4	14.8	3.37	36	0.002
- หลังการทดลอง	DBp	85.2	10.8			
- ระยะติดตามผล	SBp	135.0	11.2	2.52	36	0.016
	DBp	78.5	8.8			
	SBp	138.0	14.0	1.07	36	0.291
	DBp	78.3	10.6			

หมายเหตุ 1) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

2) ^{d1} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12

^{d2} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลอง และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 48

^{d3} = ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 48

3) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired t-test

3. สัดส่วนระดับความดันโลหิต การศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง จำนวน 28 จาก 37 ราย (ร้อยละ 75.7)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความดันโลหิตจำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

ระยะเวลา	ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 48			รวม
	ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		
หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12	ค่า BP ≤ 140/90	ค่า BP ≤ 140/90	ค่า BP ≥ 140/90	28 (75.6)
	ค่า BP ≥ 140/90	5 (13.5)	4 (10.9)	9 (24.4)
รวม		24 (64.8)	13 (35.2)	37 (100.0)

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาล อ่างทอง ส่วนใหญ่มีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆ ตามสมมติฐานที่กำหนด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value > 0.001) ก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value < 0.005) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตในแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ช่วงเวลา (p-value > 0.001) ซึ่งเป็นตามสมมติฐานการวิจัยอันเนื่องมาจากทุกๆ ครั้งที่จัดกิจกรรม และทุกๆ ครั้งที่กลุ่มตัวอย่าง มาเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดหมาย ผู้ศึกษาจะเริ่มต้นบทวนความรู้อยู่เสมอ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจรับฟังในกิจกรรมการบรรยาย การให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์จากกิจกรรม ชม ดม อ่าน ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงปริมาณของเกลือในอาหารแต่ละชนิดด้วยตนเอง รวมถึงกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความกลัวภาวะแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถระลึกจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในส่วนของ การสังเกตของ Bandura¹²

นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.631) แสดงถึงการคงอยู่ของความรู้ อาจเป็นผลมาจากความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลและการให้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ศึกษาขณะมารับบริการที่ห้องคำปรึกษาและขณะการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 6 และหลังเสร็จสิ้น

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 ส่วนที่เหลืออีก 9 คน (ร้อยละ 24.3) ปรับระดับความดันโลหิตลดลงจากเดิม สำหรับระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งสิ้น 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.9 ส่วนที่เหลือ พบว่า 13 ราย (ร้อยละ 35.1) ระดับค่าความดันโลหิตยังคงเกินเกณฑ์

เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของระดับความดันโลหิตนาน 36 สัปดาห์ โดยนับจากสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลอง 19 ราย ใน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ต่อเนื่อง ส่วนที่เหลือส่วนใหญ่ จำนวน 24 รายจาก 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.8 ยังคงควบคุมระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์ และ 4 ราย (ร้อยละ 10.8) กลับมาสูงดังเดิม (ตารางที่ 4)

โปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ที่สอดแทรกและเน้นย้ำอยู่เสมอเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย การจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องของอาหาร การผ่อนคลายความเครียดและการออกกำลังกาย ตลอดจนการให้คำปรึกษาจากผู้ศึกษา เป็นการกระตุ้นความทรงจำ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bermudez¹³ ที่กล่าวว่า แนวทางที่ทำให้บุคคลมีการกำกับตนเองนั้น ประกอบด้วย 1) การจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจการกระตุ้นให้มีการตัดสินใจในการกระทำ 2) การตัดสินใจในการกระทำ คือปัจจัยที่ทำให้มีการตัดสินใจเกิดจากการที่บุคคลนั้นวิเคราะห์ และการประเมินสิ่งเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rujira¹⁴ ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และเสี่ยงต่อโรคอ้วน โดยการประยุกต์ใช้ “The Take PRIDE” โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Loyha¹⁵ ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตในระดับสูงเกือบทุกช่วง การเก็บข้อมูล ยกเว้นในระดับปานกลางในช่วงก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันในช่วงเวลาก่อนการทดลองและระยะติดตามผล (p-value = 0.001) และคงที่หรือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (p-value = 0.031) และช่วงหลังการทดลองกับระยะติดตามผล (p-value = 0.032) ซึ่งไม่เป็นไป

ตามสมมติฐานทั้งหมด คือ ระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100) เคยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จึงยังมีความคาดหวังสูงว่าจะมีพฤติกรรมที่ดีสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นไม่สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมให้คงทนและสูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukprasert¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองบัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษาที่นิยมนำปลาร้าเป็นส่วนประกอบของอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทน้ำพริกปลาร้า จึงมีผลทำให้ควบคุมการรับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bermudez¹³ ที่ศึกษาเรื่อง “Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior” ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการฝึกฝนการกำกับตนเอง มีความสามารถที่จะสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ตัดสินใจที่จะเลือกกระทำสิ่งนั้นด้วยตนเอง และตอบสนองต่อตนเองตามแนวทางที่ต้องการ บุคคลนั้นก็จะสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกมา และ Youkong¹⁷, Tanomcheep¹⁸, Thasatan¹⁹ และ Khongphianthum²⁰ ที่ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3. สัดส่วนระดับความดันโลหิต พบว่าในแต่ละช่วงเวลากการติดตามระดับความดันโลหิต ได้แก่ ภายหลังกการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ $\geq 140/90$ mmHg จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 75.6) และ 24 ราย (ร้อยละ 64.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของค่าระดับความดันโลหิตนับจากสัปดาห์ที่ 12 ถึงสัปดาห์ที่ 48 พบว่ากลุ่มทดลอง 19 ราย ใน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตติดต่อกันนาน 36 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นเพราะการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งปรับพฤติกรรมภายในตัวบุคคลโดยที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักการสังเกตตนเอง การตัดสินใจที่จะเลือกมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และรู้จักตอบสนองต่อการกระทำของตนเองเพื่อจิตใจให้ตนเองมีพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงทำให้สัดส่วนของค่าระดับความดันโลหิตลดลง อีกทั้งการจัดกิจกรรมให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ทั้งจากที่เป็นแหล่งที่เป็นทางการ ได้แก่ นักวิจัย ในทุกๆ ครั้งที่แพทย์นัดมาตรวจรักษา และไม่เป็นทางการ จากการโทรศัพท์ 6 ครั้ง ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งมั่นที่จะควบคุมค่าระดับความดันโลหิตให้สำเร็จ เพราะรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความหวังดีของบุคคลรอบข้างที่มาจากแหล่งให้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Catherine²¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของเบนดูรา อ้างใน lamsupasit²² ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากต้องอาศัยการสังเกตตนเองร่วมด้วย จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน ดังนั้นการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loyha¹⁵, Sukprasert¹⁶, Thasatan¹⁹, Wattanawirod²³ และ Kamnordchadn²⁴ ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังกการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วนระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบโดยทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสัดส่วนระดับความดันโลหิตที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิด/ทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ใดๆ กับการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยวิธีการให้คำแนะนำแบบสั้น ตลอดจนจนกระบวนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จึงควรศึกษาเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยศึกษาในเชิงคุณภาพ และควรมีการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น ประเภทกลุ่มยาลดความดันโลหิต ชนิดของยาลดความดันโลหิต ขนาดของยาลดความดันโลหิต

ข้อจำกัดจากการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ศึกษาผู้ที่ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง โดยได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้ผู้ศึกษาไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของกลุ่มยาลดความดันโลหิต และขนาดยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน ซึ่งการได้รับประทานยาที่แตกต่างกันนั้น นอกจากจะส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยตรงแล้วยังมีผลต่อการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างด้วย เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่น ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่กระตุ้นการขับปัสสาวะ จะทำให้ปัสสาวะบ่อย กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจไม่ชอบรับประทานยาเพราะอาการข้างเคียงดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษาที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ของการศึกษานี้

References

1. Hypertension fact sheet Department of Sustainable Development and Healthy Environments September 2011, World Health Organization Regional Office for South-East Asia [online]. Accessed on April 10, 2016. Available from: URL; http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
2. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Hypertension Disease Report in Thailand. 2014.
3. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. Public Health Statistics A.D.2012 [online]. Accessed on March 10, 2016. Available from: URL; <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/statistic55.html>.
4. Tammarangsri T, International Health Policy Program. NCDs Disease Report Crisis Health Crisis Society. n.p.; 2014.
5. Department of medical informatics AngThong Hospital. Conclusion of the results of AngThong Hospital 2014 - 2016. n.p.; 2016.
6. Department of health education AngThong Hospital. Health behavior survey hypertension patients. n.p.; 2014.
7. Department of health education AngThong Hospital. Conclusion of the results of health behavior survey hypertension patients. n.p.; 2014.
8. Lameshow S, Hosmer, DW, Klor J, Lwnga S. Adequacy of sample size estimation in health studies. New York: Wiley & Son; 1990.
9. Kukhontod S. Effectiveness of health education program in hypertensive patients (Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Behavioral Sciences). Graduate school. Bangkok: Mahidol University; 2009.
10. Jirawatkul A. Biostatistics in Health science Research. 3rd. Khon Kaen: Kangnana wittaya Publishers; 2007.
11. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
13. Bermudez J. Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior. Applied Psychology: an international review; 2006.
14. Rujira D. The effect of modified "take PRIDE" program on a weight control project in Nakhonphanom Municipality (Doctor of Public Health (International Program)). Graduate studies. Bangkok: Mahidol University; 2001.
15. Loyha P. The Effectiveness an application by self-regulation and social support for behavioral development for self-care among on Hypertensive Patients who cannot control level of blood pressure to normal level of bankhoo health service center muang district khom khen province (Master of Public Health Program in Health Education and Health Promotion). Graduate school. khom khen: khom khen University; 2007.
16. Sukprasert C. Effects of self-management with Application of Self-regulations and Social Support among on Hypertensive Patients of bannongbua health service center Khun Han district Si Sa Ket province (Master of Public Health Program in Health Systems Management). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2010.
17. Youkong S, Sompopcharoen M, Kengganpanich T, Rawiworrakul T. Effects of self-regulation on diet control for patients with type 2 diabetes. National Health Education Conference 7th; 14-16 May 2015; Jomtien Palm Beach Hotel & Resort. Chon Buri province; 2015.
18. Tanomcheep R, Duangsong R. Effects of Health Education Program on Blood Glucose Control among Diabetes Type 2 Patients. Srinagarind Medical Journal 2016 ; 31: 297-304.
19. Thasatan S, Homsin P, Srisuriyawet R, Klajon J. Effects of Self-Regulation with Applied Buddhist Medicine on Self-Care
20. Khongphianthum O, Rattanagreethakul S, Toonsiri C. Effects of self – regulation program on hula hoop exercise, dietary control and waist circumference among central obesity health volunteers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016; 24: 77-88.
21. Catherine A, Heaney B, Israel A. Social networks and social support. In: Karen G, Rimer BK, Viswanath K. (Eds.), (4thed.) Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey – Bass; 2008.
22. Iamsupasit S. Theories and techniques in Behavior modification. 7th. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010
23. Wattanawirod N. Management for changing behavior of essential hypertensive elderly patients in Urban Primary Care Unit, Nakhon Phanom Province (Master of Public Health Program). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2010.
24. Kamnordchadn M. Management participation on health care hypertensive patients. (Master of Public Health Program). Graduate school. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2008.

ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด ของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันตก

วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย กก.*,ปริญญา บรจมนณี ปส.ด.**

*แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลห้วยหิน อำเภห้วยหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ 77110

**มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด วิทยาเขตห้วยหิน อำเภชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 76120

Abstract: The Patient's Behaviour, Expectation, and Satisfaction on the Service Quality of Physical Therapy Services in Government Hospitals Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Western Thailand

Leungnarutai W, Bunjongmanee P

*Physical Therapy Department Hua Hin Hospital, Hua Hin, Prachuap Khiri Khan, 77110

**Stamford international University Hua-Hin campus, Cha-am, Phetchaburi, 76120

(E-mail: wanpenkku1234@hotmail.com)

The objectives of this research was 1) To determine the behavior of patients who came to receive physical therapy services at the government hospital, western region, 2) To study the patient expectations and satisfaction toward the Physical therapy standard services, and 3) To compare between patient's expectations and satisfactions with personal factors. The sample consisted of 400 patients of Physical therapy department in government hospitals, Western region. The data were analyzed by descriptive analysis consisted of percentage, mean, standard deviation, compared by t-test and one - way ANOVA. The finding found that 1) Most of them were female over 61 years old, government/state enterprises occupation, and average income / month not exceeding 10,000 baht. 2) The patients behavior, they usually came to Physical therapy unit at 08.00 -09.00 A.M., in orthopedics system treatment's room, frequency over 5 times a month, and they paid money for service less than 200 Baht each time. Most patients lived with family and had got the financial support from government and others. 3) expectations was at high level, and the maximum was the facilities of instruments and equipment. 4) Overall satisfaction was at the highest level, which maximum score was the physical therapy process. 5) The highest expectation of the patients over 61 years old was the facilities of instruments and equipment. 6) The highest expectation of patients who did commercial/ private businesses occupation was Physical Therapy staff. 7) The satisfaction after received physical therapy services standard was significantly higher than expectation, $p < 0.05$

Keywords: Physical therapy services, Expectations, Satisfaction

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด 2) ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) เปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัด 400 คน โดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ t-test และ one way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รายได้เฉลี่ย/เดือนไม่เกิน 10,000 บาท 2) ส่วนใหญ่มาช่วงเวลา 08.00 -09.00 น. ที่ห้องกระดูกและข้อ ความถี่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า/เท่ากับ 200 บาทต่อครั้ง อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพได้ มีผู้ดูแลและได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่นและได้เงินสวัสดิการจากภาครัฐ 3) ความคาดหวังของผู้ป่วยภาพรวมในระดับมาก สูงสุดคือด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยภาพรวมในระดับมากที่สุด สูงสุดคือด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด

5) ผู้ป่วยอายุ 61 ปีขึ้นไปไม่มีความคาดหวังด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกมากที่สุด 6) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีความคาดหวังด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดมากที่สุด 7) ความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการมากกว่าความคาดหวังต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : มาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด ความคาดหวัง ความพึงพอใจ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้บริการด้านกายภาพบำบัดจำนวน 857 แห่ง¹ มีคลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจำนวน 157 แห่ง² ในภาคตะวันตก³ มีการบริการทางกายภาพบำบัดทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 110 แห่ง⁴ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการให้บริการด้านกายภาพบำบัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐหน่วยงานกายภาพบำบัด

ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แบ่งเป็น 4 กลุ่มโรคคือ ระบบกระดูกและข้อ ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและหัวใจ และการดูแลคนพิการด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งโรคดังกล่าวจะพบมากในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ อีกทั้งกายภาพบำบัดยังมีบทบาทสำคัญในสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งคาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1)⁵ แม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ มีการดำเนินงานคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การบริการเป็นมาตรฐานตามข้อกำหนดของแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะวิชาชีพด้านกายภาพบำบัด⁶ ที่มีการสร้างระบบการบริการตามหลักของ SERQUAL⁷⁻⁹ ประกอบด้วย 1) ลักษณะทางกายภาพ 2) ความน่าเชื่อถือของการบริการ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 4) การเข้าถึงจิตใจ และ 5) ความไว้วางใจ แต่ด้วยทรัพยากรของโรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนจำกัด ทั้งในเรื่องงบประมาณ อัตราค่าจ้าง สถานที่ให้บริการ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เมื่ออัตราของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อความต้องการและความคาดหวังด้านการบริการระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าหน่วยงานกายภาพบำบัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องพฤติกรรมความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการ ด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก เพื่อนำผลการวิจัยมาออกแบบพัฒนาปรับปรุงกลยุทธ์ระบบการบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการและรองรับผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก 2) เพื่อศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก และ 3) เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตกจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

วัตถุประสงค์และวิธีการ

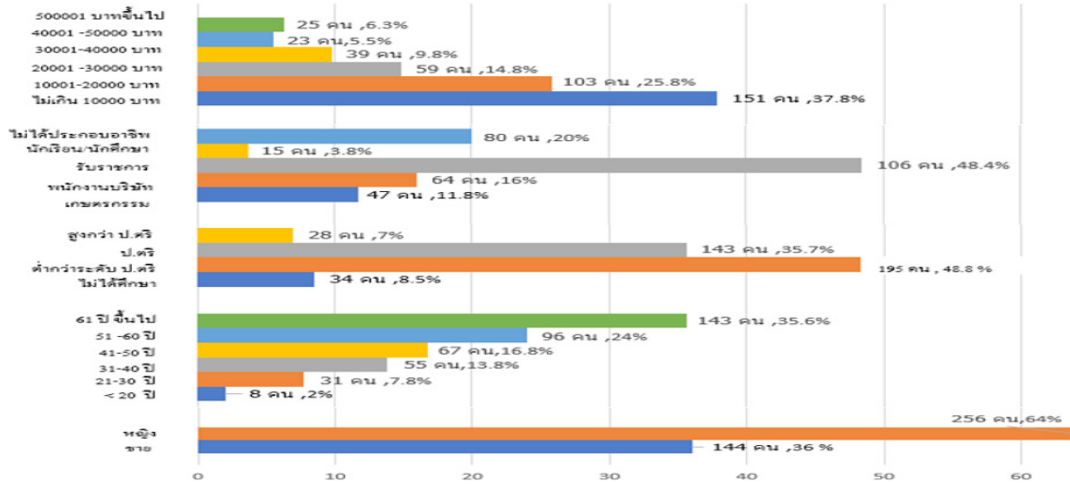
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยของแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก 6 แห่ง จำนวน 400 คน โดยวิธีสุ่ม 2 ขั้นตอน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G Cochran (1953)¹⁰ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน 5% ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีลำดับขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การใช้สุ่มตัวอย่างแบบ cluster Sampling โดยกำหนดให้เลือกรวมตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการใกล้เคียงกัน กำหนดวันในการเข้าไปเก็บข้อมูลช่วง วันที่ 17 เมษายน 2561 - 30 เมษายน 2561 ได้แก่ โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีและโรงพยาบาล

เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยถือว่าผู้ป่วยในแผนกกายภาพบำบัดทุกๆ คนมีโอกาสจะถูกเลือกเท่าๆ กัน ซึ่งจะให้ผู้เจ้าหน้าที่นำรายชื่อของผู้ป่วยรายเก่าที่มีนัดทั้งหมดในวันนั้น กำหนดเลขที่กำกับแล้วจับสลากเลือกเลขที่ของผู้ป่วยรายนั้น ถ้าเป็นผู้ป่วยรายใหม่จะให้ตอบแบบสอบถามในทุกๆ 2 ราย เนื่องจากยังไม่ทราบจำนวนและไม่มีเลขกำกับ จนกว่าจะครบ 400 ชุด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำมาออกแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้โดยเฉลี่ย/เดือน 2) พฤติกรรมการเลือกใช้บริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก ประกอบด้วย ช่วงเวลาที่มีมารับบริการ แผนกย่อยในแผนกกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ความถี่ในการเข้ารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง (ค่าใช้จ่ายตามสิทธิและรวมค่าอาหารค่าเดินทาง) การมีผู้ดูแลด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง และ 3) แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับ ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก ในปัจจัยต่างๆ โดยกำหนดเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบดัชนีความสอดคล้องได้ค่า Index of item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.99 และ ค่า reliability (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.948 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผ่านคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุกแห่ง ก่อนนำเก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 ชุดโดยสอบถามความสมัครใจจากผู้ป่วย ก่อนนำแบบสอบถามให้ผู้ให้บริการทำพร้อมทั้งอธิบายและแนะนำในการทำแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนเข้ารับบริการ เพื่อลงข้อมูลในส่วนของความคาดหวัง และเมื่อภายหลังเข้ารับบริการให้ทำแบบสอบถามชุดเดิมและลงข้อมูลในส่วนของความพึงพอใจ และรอเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง และตรวจสอบความสมบูรณ์ ระเบียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 400 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม SPSS ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาเป็น ค่าร้อยละ ค่าความถี่ สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ one-way ANOVA และ Pair t-test

ผล

ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 256 ราย (ร้อยละ 64.0) อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 143 ราย (ร้อยละ 35.6) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 195 ราย (ร้อยละ 48.8) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 48.4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 37.8) (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 ค่าความถี่และร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย



พฤติกรรมมารของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการช่วงเวลา 08.00 - 09.00 น. จำนวน 153 ราย (ร้อยละ 38.3) แพนกย้อยในกลุ่มงานกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการเป็นห้องกระดูกและข้อ จำนวน 225 ราย (ร้อยละ 56.3) ความถี่ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน จำนวน 281 ราย (ร้อยละ 70.3) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง น้อยกว่า/เท่ากับ 200 บาท จำนวน 222 ราย (ร้อยละ 55.5) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพได้ มีผู้ดูแล และได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่นและได้เงินสวัสดิการจากภาครัฐ จำนวน 145 ราย (ร้อยละ 36.3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าความถี่และร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วย

พฤติกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
	N=400	100
ช่วงเวลาที่มารับบริการ		
08.00 - 09.00 น.	153	38.3
09.01 - 10.00 น.	75	18.8
10.01 - 11.00 น.	69	17.3
11.01 - 12.00 น.	4	1.0
13.01 - 14.00 น.	26	6.5
14.01 - 15.00 น.	26	6.5
15.01 - 16.00 น.	4	1.0
16.01 - 17.00 น.	27	6.6
17.01 - 18.00 น.	12	3.0
18.01 - 19.00 น.	4	1.0
แผนกย่อยในกลุ่มงานกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ		
ห้องรักษารวม	131	32.8
ห้องรักษาผู้ป่วยระบบประสาท	22	5.3
ห้องรักษาผู้ป่วยระบบกระดูกและข้อ	225	56.3
ห้องธาราบำบัด	9	2.3
ห้องตรวจรักษาด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด	4	1.0
ห้องฝึกกระตุ้นพัฒนาการ	9	2.3
ความถี่ในการเข้ารับบริการ		
5 ครั้งขึ้นไป / เดือน	281	70.3
4 ครั้ง / เดือน	54	13.5
3 ครั้ง / เดือน	31	7.8
2 ครั้ง / เดือน	15	3.6
1 ครั้ง / เดือน	13	3.3
1 ครั้ง / 2 เดือน	4	1.0
1 ครั้ง / 3 เดือน	2	0.5

พฤติกรรม	จำนวน (ราย)	
	N=400	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการกายภาพบำบัดแต่ละครั้ง		
น้อยกว่า / เท่ากับ 200 บาท	222	55.5
201 – 400 บาท	98	24.5
401 – 600 บาท	46	14.2
601 – 800 บาท	16	4.0
801 – 1,000 บาท	7	1.8
การมีผู้ดูแลด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ		
อาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล ประกอบอาชีพได้ แต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสวัสดิการจากภาครัฐ	32	8.0
อาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล ประกอบอาชีพไม่ได้ ไม่ได้รับการช่วยเหลือสวัสดิการจากภาครัฐ	11	2.8
อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพไม่ได้ มีผู้ดูแลและได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่น และเงินสวัสดิการจากภาครัฐ	62	15.5
อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพไม่ได้ มีผู้ดูแลและได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่น ไม่ได้เงินสวัสดิการจากภาครัฐ	42	10.4
อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพได้ มีผู้ดูแลและได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่น ไม่ได้เงินสวัสดิการจากภาครัฐ	108	27.0
อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบอาชีพได้ มีผู้ดูแล และได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้อื่น และได้เงินสวัสดิการจากภาครัฐ	145	36.3

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก โดยภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$ SD = 0.67) เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X} = 4.21$ SD = 0.73) ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.21$ SD = 0.75) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.21$ SD = 0.76) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.19$ SD = 0.74) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.14$ SD = 0.77) และด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.13$ SD = 0.74) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.41$

SD = 0.58) เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.47$ SD = 0.64) ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.44$ SD = 0.65) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.43$ SD = 0.63) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.42$ SD = 0.65) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X} = 4.38$ SD = 0.68) และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.33$ SD = 0.73) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก พบว่าความคาดหวังกับความพึงพอใจ แตกต่างกันทั้งภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = -11.04$ Sig. = 0.000) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก

มาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด	ความคาดหวัง		ความพึงพอใจ		T - test		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	t	df	Sig.
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	4.13	0.74	4.44	0.65	-21.99	5	0.000*
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	4.14	0.77	4.33	0.73	-7.92	5	0.001*
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.21	0.73	4.38	0.68	-14.79	5	0.000*
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	4.19	0.74	4.43	0.63	-17.01	5	0.000*
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	4.21	0.75	4.47	0.64	-23.61	5	0.000*
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	4.21	0.76	4.42	0.65	-15.41	5	0.000*
รวม	4.18	0.67	4.41	0.58	-11.04	5	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ภาพรวมทุกด้านพบว่าไม่แตกต่าง แต่เมื่อพิจารณารายปัจจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีความคาดหวังมาตรฐานด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($f = 2.248$ Sig. = 0.049) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกนั้นไม่แตกต่าง และผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความคาดหวังต่อมาตรฐานด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($f = 2.728$ Sig. = 0.019) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกนั้นไม่แตกต่าง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การทดสอบความแปรปรวน ความคาดหวังต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ความคาดหวังต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด	เพศ		อายุ		ระดับการศึกษา		อาชีพ		รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
	t	Sig.	f	Sig.	f	Sig.	f	Sig.	f	Sig.
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	-1.311	0.191	1.406	0.221	1.151	0.328	2.728	0.019*	1.375	0.233
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	-0.435	0.664	0.834	0.526	1.127	0.338	1.935	0.088	1.026	0.402
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	-1.030	0.304	2.248	0.049*	1.022	0.383	1.561	0.170	1.660	0.143
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	-1.755	0.145	0.788	0.559	1.260	0.288	1.299	0.263	1.706	0.132
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	-1.755	0.08	1.079	0.372	.860	0.462	1.766	0.119	1.233	0.293
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	-1.327	0.186	0.803	0.548	1.315	0.269	0.571	0.722	0.766	0.575
รวม	-1.35	0.177	1.224	0.297	1.327	0.265	1.723	0.128	1.426	0.214

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาอายุกับความคาดหวังด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีความคาดหวังมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, SD = 0.71) รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี ($\bar{X} = 4.23$ SD = 0.67) อายุ 41-50 ปี ($\bar{X} = 4.12$ SD = 0.67) อายุ 51-60 ปี ($\bar{X} = 4.12$ SD = 0.77) อายุ 21-30 ปี ($\bar{X} = 4.04$ SD = 0.80) และอายุน้อยกว่า /เท่ากับ 20 ปี ($\bar{X} = 3.92$ SD = 1.05) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก จำแนกตามอายุ

อายุ	ค่าเฉลี่ย	SD	ลำดับที่
น้อยกว่า/เท่ากับ 20 ปี	3.92	1.05	6
21 - 30 ปี	4.04	0.80	5
31 - 40 ปี	4.23	0.67	2
41 - 50 ปี	4.12	0.67	3
51 - 60 ปี	4.12	0.77	4
61 ปีขึ้นไป	4.36	0.71	1

เมื่อพิจารณาอาชีพกับความคาดหวังด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีความคาดหวังมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$ SD = 0.65) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 4.23$ SD = 0.75) พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง ($\bar{X} = 4.20$ SD = 0.69) อาชีพเกษตรกร ($\bar{X} = 4.03$ SD = 0.77) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.00$ SD = 0.79) และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ($\bar{X} = 3.73$ SD = 0.82) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันตก ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	SD	ลำดับที่
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4.27	0.65	1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4.23	0.75	2
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	4.20	0.69	3
เกษตรกรกรรม	4.03	0.77	4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.00	0.79	5
นักเรียน/นักศึกษา	3.73	0.82	6

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดโดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุต่างกันมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัดในภาพรวม ($f = 1.947$ Sig. = 0.086) ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอายุต่างกันมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัดด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($f = 2.887$ Sig. = 0.014) และด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($f = 4.257$ Sig. = 0.001) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกนั้นไม่แตกต่าง และระดับการศึกษาต่างกันมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดทั้งภาพรวม ($f = 5.947$ Sig. = 0.001) และรายด้าน แตกต่างกันนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การทดสอบความแปรปรวน ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการ	เพศ		อายุ		ระดับการศึกษา		อาชีพ		รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
	t	Sig.	f	Sig.	f	Sig.	f	Sig.	f	Sig.
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	-0.789	0.431	1.478	0.196	5.981	0.001*	1.169	0.324	1.409	0.220
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	-0.862	0.389	2.887	0.014*	4.345	0.005*	1.061	0.382	0.897	0.483
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	-1.096	0.274	4.257	0.001*	5.304	0.001*	0.497	0.779	0.508	0.770
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	-1.580	0.116	1.191	0.313	4.723	0.003*	1.647	0.147	0.819	0.537
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	-1.266	0.207	1.053	0.386	4.671	0.003*	0.760	0.579	0.796	0.553
ด้านผลลัพธ์ การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	-1.065	0.288	1.176	0.320	3.282	0.021*	1.041	0.393	0.762	0.578
รวม	-1.249	0.213	1.947	0.086	5.947	0.001*	0.933	0.459	0.738	0.596

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาอายุกับความพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่า อายุ 61 ปีขึ้นไปมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$ SD = 0.66) รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ($\bar{X} = 4.29$ SD = 0.71) อายุต่ำกว่า/เท่ากับ 20 ปี ($\bar{X} = 4.25$ SD = 0.48) อายุ 51-60 ปี ($\bar{X} = 4.25$ SD = 0.74) อายุ 41-50 ปี ($\bar{X} = 4.21$ SD = 0.74) และอายุ 21-30 ปี ($\bar{X} = 4.12$ SD = 0.95) ตามลำดับ ส่วนอายุกับความพึงพอใจด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพบว่าอายุ 61 ปีขึ้นไปมีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$ SD = 0.63) รองลงมาคืออายุต่ำกว่า/เท่ากับ 20 ปี ($\bar{X} = 4.37$ SD = 0.55) อายุ 31-40 ปี ($\bar{X} = 4.30$ SD = 0.75) อายุ 41-50 ปี ($\bar{X} = 4.28$ SD = 0.63) อายุ 51-60 ปี ($\bar{X} = 4.28$ SD = 0.66) และอายุ 21-30 ปี ($\bar{X} = 4.11$ SD = 0.72) ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก จำแนกตามอายุ

ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการ	น้อยกว่า/เท่ากับ 20 ปี		21 - 30 ปี		31 - 40 ปี		41 - 50 ปี		51 - 60 ปี		61 ปีขึ้นไป	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	4.25	0.48	4.12	0.95	4.29	0.71	4.21	0.74	4.25	0.74	4.51	0.66
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.37	0.55	4.11	0.72	4.30	0.75	4.28	0.63	4.28	0.66	4.57	0.63

ระดับการศึกษากับความพึงพอใจในภาพรวมพบว่าระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีความพึงพอใจในภาพรวมมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$ $SD = 0.39$) รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 4.49$ $SD = 0.50$) ปริญญาตรี ($\bar{X} = 4.33$ $SD = 0.61$) และ ไม่ได้ศึกษา ($\bar{X} = 4.13$ $SD = 0.84$) ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 6 การทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก จำแนกตามระดับการศึกษา

ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด	ไม่ได้ศึกษา		ปริญญาตรี		ต่ำกว่าปริญญาตรี		สูงกว่าปริญญาตรี	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	4.10	1.02	4.37	0.676	4.52	0.565	4.67	0.393
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	4.04	1.00	4.24	0.74	4.44	0.681	4.47	0.522
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.08	0.88	4.28	0.68	4.48	0.63	4.52	0.55
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	4.20	0.77	4.34	0.69	4.52	0.55	4.62	0.48
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	4.17	0.81	4.41	0.69	4.53	0.57	4.70	0.48
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	4.20	0.93	4.36	0.68	4.47	0.59	4.65	0.44
รวม	4.13	0.84	4.33	0.61	4.49	0.50	4.60	0.39

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตก ส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการช่วงเวลา 08.00 - 09.00 น. เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเข้ารับบริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Pitipol¹¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลินิกกายภาพบำบัดของเอกชนของประชากรในกรุงเทพมหานครพบว่าช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกมาใช้บริการกายภาพบำบัดมากที่สุดคือ ช่วงเวลา 09.00 - 12.00 น. แผนกย่อยในกลุ่มงานกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการเป็นห้องกระดูกและข้อ ความถี่ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่ต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการกายภาพบำบัดแต่ละครั้งส่วนใหญ่ น้อยกว่า/เท่ากับ 200 บาท ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Phanomyom¹² ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองพบว่า ประเภทผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ คือ ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

ความคาดหวังในภาพรวมในระดับมาก เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด และด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด สอดคล้องกับ Raktai¹³ ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันตกพบว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตภาคตะวันตกภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก

ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีอายุและอาชีพแตกต่างกันพบว่ามีความคาดหวังแตกต่างกัน ซึ่งอายุแตกต่างกันมีความคาดหวังต่อมาตรฐานด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกแตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในแผนกกายภาพบำบัด ที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหว เช่น ห้องน้ำคนพิการ กริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ ทางลาด และอุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น และอาชีพแตกต่างกันมีความคาดหวังต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดแตกต่างกันโดยเฉพาะอาชีพ

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว สอดคล้องกับ Khanjai¹⁴ ได้ทำการศึกษารื่องความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ประกันตนโรงพยาบาลลำพูนจังหวัดลำพูน พบว่าความคาดหวังคุณภาพการบริการของผู้ประกันตนด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด

ในส่วนของ การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความพึงพอใจต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตกแตกต่างกัน สอดคล้องกับ Pargpreaw¹⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการและความพึงพอใจต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชพบว่า ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้รับบริการที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ และมูลเหตุจูงใจในการเข้ารับบริการ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลของการเปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัดมีความพึงพอใจในมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัดโรงพยาบาลของรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคตะวันตกมากกว่าที่คาดหวังไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีความสอดคล้องกับกัลยา¹⁶ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ต่อความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการโรงแรมในเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการในภาพรวมเป็นบวก โดยค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าความคาดหวัง

สรุป

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป มีความคาดหวังต่อมาตรฐานด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกมากที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีความคาดหวังด้านบุคลากรที่ให้บริการมากที่สุด และผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดมากที่สุด ดังนั้น หน่วยงานกายภาพบำบัดควรควงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของกระบวนการทางกายภาพบำบัด

ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ปริญญา บรรจงมณี ดร.สุเมธ ชูदारาตระกูล อาจารย์ผู้สอน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหินด้านกลุ่มภารกิจ การบริการทุติและตติยภูมิ รวมถึงผู้ช่วย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชาที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

References

1. Basic information of hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. [online]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. [cite 2017 Dec 12]. Available from: https://phdb.moph.go.th/phdb2017/force_down.php?f_id=314.
2. Physical Therapy Clinic. [online]. Bangkok: Physical Therapy Association of Thailand;2017. [cite 2017 Dec 12]. Available from: <http://www.thaipt.org/index.php?module=clinic>.
3. Population-based evidence of registration, announced December 31, 2016. [online]. Bangkok: Department of Administration, Ministry of Interior; 2017. [cite 2017 Dec 12]. Available from : http://stat.bora.dopa.go.th/stat/y_stat59.htm.
4. Explore hospitals and private hospitals. [online]. Bangkok: National Statistical Office; 2012. [cite 2017 Dec 12]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-4-6.html>.
5. Banlu S, Ladda D. Thailand elderly in 2016. [online]. Bangkok: Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute;2013. [cite 2017 Dec 12]. Available from: <https://fopdev.or.th>.
6. Physical Therapy Act BE 2004. Special Issue Volume 121, Part 65. 22 October 2004.
7. Parasuraman A. Zeithaml VA, Berry LL. A Multiple Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. Marketing Science Institute. Working Paper Report: August. V64; 198:1-408.
8. Kotler P. Marketing Management Analysis, Planning, Implementation and Control. New Jersey: A Simon & Schuster Company; 1997
9. Gronroos C. Service quality. The six criteria of good perceived service quality. Review of Business;1988.
10. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons. Inc; 1953.
11. Pitipol P. Factors affecting the decision to use the service. Physiotherapy Clinic of Bangkok Population. Journal of Finance, Investment, Marketing and Business Administration, 3(2): 413-430
12. Phanomyom T. Satisfaction of relatives on the quality of service. Physical Therapy of Ang Thong Hospital Master's Dissertation, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University, Phranakhon Si Ayutthaya, Thailand; 2009.
13. Raktai N. Expectations and perceptions of service recipients on quality of private hospital services Western Thailand. Master's Dissertation, Stamford International University Hua-Hin campus. Phetchaburi, Thailand; 2016.
14. Khanjai A. Expectations and Perceived Quality of Services of Insured Lamphun Hospital, Lamphun Province. National and International Conference Interdisciplinary Researches for local development Sustainability, Northern Rajabhat University Network, 15th July 23 2015; Nakhon Sawan Rajabhat University. Nakhon Sawan; 2015. p 221-35.
15. Pargpreaw S. Quality of service and satisfaction toward outpatient services in Siriraj hospital. Master's Dissertation, Bangkok University, Bangkok, Thailand; 2011
16. Sroysing K. Customer's Expectations and Perception towards Satisfaction of hotel's service Quality in Pattaya city, Chonburi province. Dusit Thani College Journal 2018; 10: 216-38.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

พิศตราภรณ์ แก้วพะวงค์ พย.ม., เกียรติกำจร กุศล ปส.ด. , จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ ปส.ด.

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

Abstract: Factors Related to Iron Deficiency Anemia among Pre-school Children in Child Development Centers, Tasala District, Nakhon Si Thammarat Province

Kaewpawong P, Kusol K, Sonpaveerawong J

Faculty of Nurse, Walailuk University, Thasala, Nakhon Si Thammarat, 80160

(E-mail: Pastraporn3@gmail.com)

This is a Cross-sectional descriptive research aimed to study the Iron deficiency anemia situation and factors related to Iron deficiency anemia among pre-school children. This study used the concept of determinant of health of the World Health Organization (WHO, 2008) including 3 factors as the child, environment and the health service system. The sample consisted of 171 children aged 3 to 5 years from Child development centers, in Tasala subdistrict administrative organization. The sample size was calculated from the Yamane from a population of 299. The questionnaire was used as a general information questionnaire. Health information of pre-school children, a record of the behavior of consuming foods containing iron, lunch menu and blood test of hematocrit and serum ferritin for anemia screening were collected. The questionnaire was used to find the alpha coefficient of 0.83, and the reliability of Kurder-Richard's 20 confidence was 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics, Odd ratio tests. The results revealed that 1) The iron deficiency anemia situation in 171 pre-school children, 34 had anemia, (20%). When measuring with serum ferritin levels in children with anemia, there were 32 who had serum ferritin levels lower than 12 mg / l, 32 had iron deficiency anemia, (18.7%) and no hookworm eggs were found in stool of pre-school children with anemia 2) Factors related to iron deficiency anemia among pre-school children are child factors and environmental factors. For child factors, stunting underweight tooth caries and lice were statistically significantly correlated with iron deficiency anemia. Children with stunting and underweight had iron deficiency anemia higher than those children with normal high and weight with an odd ratio of 3.4 and 1.6, respectively. Children with tooth caries and lice had iron deficiency anemia higher than those children without tooth caries and lice with an odd ratio of 4.9 and 2.6, respectively. For environment at factors, children who consume meat and animal products less than or equal to 1-3 times per week had higher risk of iron deficiency anemia than those who consume foods containing iron, meat and animal products regularly (odd ratio of 2.2).

Keywords: Iron deficiency anemia, Pre-school children, Child development centers

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษารังนี้ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 171 คน อายุ 3 - 5 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารท่าศาลา ผู้ศึกษาคำนวนจากสูตรยามานะจากประชากร 299 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก รายการเมนูอาหารกลางวัน และการประเมินภาวะซีดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การวัดระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น การตรวจระดับซีรั่มเฟอร์ริติน (Serum ferritin) และการตรวจอุจจาระเพื่อประเมินพยาธิปากขอ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นแอลฟาสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก หาค่าความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอริชชาร์ดสัน(Kurder-Richard's 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Odd ratio ผลการศึกษาพบว่า 1. สถานการณ์ความชุกภาวะซีดของเด็กวัยก่อนเรียน จากจำนวน 171 คน พบมีระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าร้อยละ 33 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และมีระดับซีรั่มเฟอร์ริตินต่ำกว่า 12 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 และจากการส่งตรวจอุจจาระ ปรากฏว่าไม่พบไข่พยาธิปากขอในอุจจาระเด็กทั้ง 34 ราย 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยด้านตัวเด็กพบว่า ภาวะส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ ภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ภาวะฟันผุ และการเป็นหามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีภาวะซีดจากการ

ขาดธาตุเหล็กสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงและน้ำหนักน้อยตามเกณฑ์ เป็น 3.4 เท่า และ 1.6 เท่าตามลำดับ และเด็กที่มีฟันผุและเป็นเหามีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุ และเด็กที่ไม่เป็นเหา เป็น 4.9 เท่าและ 2.6 เท่า ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่บริโภคเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์เป็นประจำ

คำสำคัญ: ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก เด็กวัยก่อนเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทนำ

ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบบ่อยในเด็กวัยก่อนเรียน¹ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเจ็บป่วยบ่อยและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในวัยเด็ก² ในภาพรวมองค์การอนามัยโลกสำรวจพบว่าประชากร ร้อยละ 30 หรือมากกว่า 1,300 ล้านคนมีภาวะซีด และประมาณ 500-600 ล้านคนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรมักเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กแต่ยังไม่มีการวินิจฉัยนอกจากนี้ผลการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก ในปี 2008 พบเด็กวัยก่อนเรียนทั่วโลกมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 47.4 และลดลงเหลือร้อยละ 42.6 ในปี 2015¹ ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยก่อนเรียนสูงเป็นอันดับ 2 ของโลกถึงร้อยละ 53.8 รองจากประเทศในทวีปแอฟริกา ร้อยละ 62.3 ส่วนประเทศในแถบยุโรป พบภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 22.9 ความชุกของภาวะดังกล่าวในประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มลดลง จากการป้องกันโดยการเสริมธาตุเหล็กในอาหาร จากแนวทางทางวินิจัย และการรักษาที่ดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่ประสานความร่วมมือกับชุมชน แต่อย่างไรก็ตามความชุกและผลกระทบต่อสุขภาพของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยซึ่งมีความชุกของภาวะซีดในเด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.2 ในปี 2011 เป็นร้อยละ 29 ในปี 2015¹

สถานการณ์ปัญหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะซีดของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในปี พ.ศ. 2543 พบภาวะซีดร้อยละ 15³ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.4 ในปี พ.ศ. 2546⁴ และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 - 2555 ภายใตโครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในเขตชนบทมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กสูงร้อยละ 41.7 ในขณะที่เด็กวัยก่อนเรียนในเขตเมืองพบเพียงร้อยละ 26⁵ จากการสืบค้นข้อมูลสถิติภาวะซีดในเด็กของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีการสำรวจข้อมูลภาวะซีดในเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2558 พบภาวะซีดร้อยละ 17.8, 19.3 และ 19.88 ตามลำดับ⁶ แต่ไม่พบการสำรวจข้อมูลภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยก่อนเรียน และสำหรับอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากเด็กวัยนี้ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย และจากการสำรวจข้อมูลเฉพาะเขียนของโรงพยาบาลท่าศาลา ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบว่ามีการสำรวจข้อมูลเฉพาะเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มารับการตรวจสุขภาพในหน่วยสุขภาพเด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 18.8⁷ ขณะที่กรมอนามัยได้กำหนดเป้าหมายให้เด็กมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กได้ไม่เกินร้อยละ 10⁸ จะเห็นได้ว่าภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กกลุ่มเป้าหมายในอำเภอท่าศาลา มีอัตราสูงกว่าเกณฑ์เกือบ 2 เท่า ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน พบการศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารก⁹ และการศึกษาแนวทางการวินิจัยและการจัดการภาวะซีดในเด็กวัยเรียนระดับประถม

ศึกษา¹⁰ และการสำรวจปัญหาภาวะโลหิตจางและปัจจัยสาเหตุในเด็กอายุ 1 - 4 ปี จังหวัดกระบี่¹¹ และการศึกษาความชุก และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซีดในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมืองศรีสะเกษ นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว¹² จะเห็นได้ว่าการศึกษที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาในทารก เด็กวัยเรียน และเด็กวัยรุ่น อีกทั้งเป็นการศึกษาปัจจัยด้านตัวเด็กและด้านครอบครัว แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาในด้านระบบบริการสุขภาพ

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนตามแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก¹³ ครอบคลุมปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเหมาะสมและถูกต้อง นำไปสู่การเสนอแนวทางและมาตรการในการป้องกันเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในระดับองค์กร ชุมชน และครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากร คือ เด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3 - 5 ปี จำนวน 299 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 171 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองโดยใช้แบบสอบถามโปรแกรมคำนวณสารอาหารสำเร็จรูป INMU-School lunch version 3¹⁵ การตรวจร่างกายเด็กและการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อประเมินระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น จากนั้นในรายที่พบว่ามีความซีด (ระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าร้อยละ 33) จะส่งตรวจซีรั่มเฟอร์ริตินและพลาสมาซีรั่มในอุจจาระเพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้สถิติ Odd ratio การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผล

ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 171 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 มากกว่าเพศชายเล็กน้อย มีอายุ 2-3 ปี ร้อยละ 55 เฉลี่ย 3.73 (SD = 0.62) ปี ศึกษาในระดับชั้นอนุบาล 2 ร้อยละ 55.6 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 60.2 ผู้ดูแลหลักเป็นมารดา ร้อยละ 48.5 อายุของผู้ดูแลหลักอยู่ในช่วง 19 - 40 ปี ร้อยละ 73.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.(ร้อยละ 61.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.6 รองลงมาประกอบอาชีพประมง ร้อยละ 30.0 มีรายได้รวมเฉลี่ยของครอบครัว 10,151.75 (SD = 7,395.69) บาทต่อเดือน จากผลการวิเคราะห์ระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นของเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 171 คน พบว่ามีระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าร้อยละ 33 จำนวน 34 คน (ร้อยละ 20) และมีระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นมากกว่าร้อยละ 33 จำนวน 137 คน (ร้อยละ 80) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 35.6 และจากผลการวิเคราะห์ระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นและค่าซีรั่มเฟอร์ริติน พบว่า ไม่มีภาวะซีดจำนวน 137 คน (ร้อยละ 80.1) มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 18.7) และมีภาวะซีด ไม่ขาดธาตุเหล็ก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.2) อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ปริมาณระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น และภาวะซีดของเด็กวัยก่อนเรียน (n=171)

ระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น และภาวะซีด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (\bar{X} = 35.6 %, Min-Max = 24 - 44%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33	34	20.0
มากกว่าร้อยละ 33	137	80.0
ภาวะซีด		
ไม่มีภาวะซีด	137	80.1
ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก	32	18.7
ภาวะซีด ไม่ขาดธาตุเหล็ก (สาเหตุอื่นๆ)	2	1.2
รวม	171	100.0

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าซีรั่มเฟอร์ริตินในเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะซีด จำนวน 34 คน พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะซีดมีค่าซีรั่มเฟอร์ริตินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 32 คน (ร้อยละ 94.1) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.4 ไมโครกรัมต่อลิตร ค่าต่ำสุด - สูงสุดเท่ากับ 8 - 11 ไมโครกรัมต่อลิตรและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะซีด มีค่าซีรั่มเฟอร์ริตินมากกว่า 12 ไมโครกรัมต่อลิตร เพียงจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และปริมาณซีรั่มเฟอร์ริตินของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะซีด (n = 34)

ค่าซีรั่มเฟอร์ริติน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ค่าซีรั่มเฟอร์ริติน (\bar{X} = 9.4 , Min- Max = 8 - 11 ไมโครกรัมต่อลิตร)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ไมโครกรัมต่อลิตร	32	94.1
มากกว่า 12 ไมโครกรัมต่อลิตร	2	5.9
รวม	34	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า มีเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 2 คน มีภาวะซีดแต่ไม่ขาดธาตุเหล็ก ผู้ศึกษาจึงไม่ได้นำมาร่วมหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเหลือเพียง 169 คน จำแนกเป็นกลุ่มปกติจำนวน 137 คน และกลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 32 คน

ผู้ศึกษาได้ทำการส่งตรวจอุจจาระ ในเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะซีด จำนวน 34 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการตรวจ Katz's modified thick smear (Kato - Katz) เพื่อดูไข่พยาธิปากขอ ซึ่งจากการส่งตรวจไม่พบไข่พยาธิปากขอในอุจจาระของเด็กวัยก่อนเรียนทั้ง 34 คน จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยก่อนเรียน มีเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

ปัจจัยด้านตัวเด็ก พบว่าปัจจัยส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ การเป็นเหา และภาวะฟันผุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.01$) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง จำแนกตามกลุ่มเด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และกลุ่มเด็กปกติ ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 3.4 เท่า (95%CI 1.3 - 4.6) เมื่อเทียบกับเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ และเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 1.6 เท่า (95%CI 0.6 - 2.6) เมื่อเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ และยังพบว่าเด็กวัยที่มีฟันผุมีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 4.9 เท่า (95%CI 1.7 - 14.4) เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ และเด็กที่เป็นเหามีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.6 เท่า (95%CI 1.3 - 3.9) เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่เป็นเหา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านตัวเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน เปรียบเทียบกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ Odd ratio (OR) (n=169)

ปัจจัยด้านตัวเด็ก	จำนวน(ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	กลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 32)	กลุ่มปกติ (n = 137)			
เพศ			0.7	0.3-1.8	0.635
หญิง	19(59.4)	73(53.3)			
ชาย	13(40.6)	64(46.7)			

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านตัวเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน เปรียบเทียบกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ Odd ratio (OR) (n=169) (ต่อ)

ปัจจัยด้านตัวเด็ก	จำนวน(ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	กลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 32)	กลุ่มปกติ (n = 137)			
ภาวะโภชนาการส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A)			3.4	1.3-4.6	0.000***
ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์	18(56.3)	13(9.5)			
ส่วนสูงตามเกณฑ์	14(43.7)	124(90.5)			
ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A)			1.6	0.6-2.6	0.001***
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	19(59.4)	32(23.4)			
น้ำหนักตามเกณฑ์	13(40.6)	105(76.6)			
ภาวะพินสุ			4.9	1.7-14.4	0.000**
ไม่มีพินสุ	5(15.6)	63(46.0)			
มีพินสุ	27(84.4)	74(54.0)			
เหา			2.6	1.3-3.9	0.000***
ไม่มีเหา	12(37.5)	100(73.0)			
มีเหา	20(62.5)	37(27.0)			

p < 0.01 *p < 0.001

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่บ้านและสิ่งแวดล้อมที่ศูนย์เด็กเล็ก จากผลการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01) โดยเด็กวัยก่อนเรียนที่บริโภคเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.2 เท่า (95%CI = 0.5 - 3.8) เมื่อเทียบกับเด็กที่บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ส่วนตัวแปรด้านการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทพืชผัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ครอบครัวต่อเดือน และการจัดเมนูอาหารกลางวันที่มีธาตุเหล็ก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน เปรียบเทียบกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ Odd ratio (OR) (n=169)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน(ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	กลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 32)	กลุ่มปกติ (n = 137)			
การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์			2.2	0.5-3.8	0.004**
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	127(92.7)	257(81.1)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	10(7.3)	7(21.9)			
การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทพืชผัก			0.5	0.2-1.2	0.18
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	87(63.5)	16(50.0)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	50(36.5)	16(50.0)			
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก			0.6	0.2-1.9	0.609
ประถมศึกษา	20(14.6)	7(21.9)			
มัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไป	117(85.4)	25(78.1)			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			0.2	0.9-1.3	0.979
น้อยกว่า 5,000 บาท	5(3.6)	2(6.3)			
5,000 บาท ขึ้นไป	132(96.4)	30(93.7)			
การจัดเมนูอาหารกลางวันที่มีธาตุเหล็ก			0.8	0.7-1.0	0.821
ไม่ผ่านเกณฑ์	42(30.6)	11(34.4)			
ผ่านเกณฑ์	95(69.4)	21(65.6)			

**p < 0.01

สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าตัวแปรปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพทุกตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน เปรียบเทียบกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ Odd ratio (OR) (n=169)

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	กลุ่มปกติ (n = 137)	กลุ่มที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (n = 32)			
การคัดกรองภาวะซีดตามช่วงวัย					
ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซีด	105(76.6)	24(75.0)	0.6	0.4 - 1.7	0.337
ได้รับการคัดกรองภาวะซีด	32(23.4)	8(25.0)			
การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก			0.8	0.2-3.9	0.924
ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	107(78.1)	30(93.7)			
ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	30(21.9)	2(6.3)			

วิจารณ์

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า

1. สถานการณ์ความชุกของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน ในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 18.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 เพศชาย ร้อยละ 40.6 ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าการสำรวจภาวะซีดของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในปี พ.ศ. 2543 โดยพบภาวะซีดร้อยละ 15⁴ แต่น้อยกว่าผลการสำรวจของโครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในเขตชนบทมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กสูงถึงร้อยละ 41.7⁶ ผลการศึกษารั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการสำรวจข้อมูลเฉพาะเป็นของ โรงพยาบาลท่าศาลา ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 สำรวจข้อมูลในเด็กแรกเกิด - 5 ปี มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 18.8⁸ ซึ่งให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่ได้ลดลงจากเดิม และยังเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดไว้เกือบ 2 เท่า⁸ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ปกครอง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องประสานความร่วมมือกัน เพื่อป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งต้องเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน

2.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก ภาวะเตี้ย ภาวะน้ำหนักน้อย ภาวะฟันผุ และการเป็นเหา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 3.4 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ เด็กที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กกลุ่มนี้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะซีดค่อนข้างสูง และยังคงพบว่ามีเด็กที่มีฟันผุมีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 4.9 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุ และจากการตรวจร่างกายพบว่าเด็กที่มีฟันผุเฉลี่ย 3 ซี่ต่อคน ส่วนใหญ่จะมีฟันผุบริเวณฟันกรามและฟันหน้า ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ต้องใช้ฟันบดเคี้ยว

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sidrack¹⁶ พบเด็กที่มีปัญหาการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก จึงควรมีการแก้ปัญหาในเรื่องเด็กฟันผุอย่างจริงจัง และเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นเหามีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.6 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กวัยก่อนเรียนที่ไม่เป็นเหา จากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าอยู่ใกล้ชิดกัน เล่นด้วยกัน นอนหัวชนกัน อีกทั้งเด็กวัยนี้ ยังเป็นช่วงวัยที่ยังบกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำให้เป็นเหตุได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กวัยก่อนเรียนที่บริโภคเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กเป็นประจำ สอดคล้องกับงานวิจัยโครงการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคและสถานการณ์สุขภาพพระยะยาวของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2558 ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กอายุ 2-5 ปี 11 เดือน ในพื้นที่ภาคใต้ พบว่าเด็กกินเนื้อสัตว์ทุกวันเพียงร้อยละ 5.7-10.7 ส่งผลให้เด็กได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ¹⁷ ส่วนตัวแปรด้านกรรมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทพืชผัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ครอบครัวต่อเดือน และการจัดเมนูอาหารกลางวันที่มีธาตุเหล็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติ หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก โดยเฉพาะเรื่องภาวะฟันผุ การเป็นเหา การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมทั้งดูแลให้เด็กบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากสัตว์เป็นประจำ จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษาไปต่อยอดในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กของเด็กขณะอยู่ที่บ้านและที่ศูนย์เด็กเล็ก พร้อมติดตามผลลัพธ์ ขยายพื้นที่ในการศึกษาระดับ

จังหวัด หรือระดับภูมิภาค เพื่อให้ได้ข้อมูลไปใช้ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย แก้ปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

เด็กวัยก่อนเรียนมีการขาดเรียนบ่อย เนื่องจากผู้ปกครองและคุณครูไม่ได้เคร่งครัดในการมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเต็มรูปแบบ เหมือนกับเด็กประถมศึกษา ประกอบกับช่วงที่ลงทะเบียนข้อมูลเป็นช่วงที่ใกล้ปิดเทอม ทำให้เด็กมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่าช่วงปกติ ส่งผลให้บางศูนย์ไม่ได้จำนวนเด็กตามที่คำนวณไว้ จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์อื่นทดแทน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้

สรุป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ตัวแปรด้านส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ การเป็นเหา และภาวะฟันผุ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเรื่อง การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. The global prevalence of anemia in 2011. Geneva World Health Organization; 2015.
2. Jonker FAM, Boele van Hensbroek M. Anaemia, iron deficiency and susceptibility to infections. *Journal of Infection* 2014; 69: S23-7.
3. Sitising A, Warasai B. Prevention of iron deficiency control in Thailand. Bangkok: Committee to consider guidelines for iron supplementation for Thai people. Department of Health, Ministry of Public Health; 2000.
4. Prateepsan M, Jongsuwat R, Saleepan S, Lertlukanavong P. (2006). Food and Nutrition Survey of Thailand, 2003. Nonthaburi: Division of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). Guidelines for iron supplementation for Thai people. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
6. Maternal and child statistics Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office; 2015.
7. Group Medical Records and Statistics Thasala hospital. Annual report of fiscal year. Nakhon Si Thammarat: Thasala hospital; 2015.
8. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the use of weight reference criteria for assessing the growth of Thai children. Bangkok: The War Veterans' Organization Publishing House; 1999.
9. Boonratsamee S, Tonghaw A, Wongchanchailert M, Mosuwan L, Kirinnon W, Tantichantakarun P. Study on the prevention of iron deficiency anemia in infants; 2015.
10. Sanghen J. The Guidelines for Diagnosis and Management of Anemia in Primary Education Students at Banlumnow Subdistrict Bangkhan District Nakhon Si Thammarat Province. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Sciences Program in Community Nurse Practitioner. Walailuk University; 2009.
11. Suwantaraj S, Beonseot Y, Phomsaeng S, Dumdee S, Sukkul J, Wanmueang W, Poomchart A, Pongsawang W. A survey of anemia prevalence and its causes of children 1 to 4 years at Krabi province; 2001.
12. Intavong S. Prevalence and Risk Factors for Anemia among Female upper secondary school Students. Amphoe Mueang Si Sattanag, Lao. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Science Degree in Health Sciences Faculty of Education, Khon Kaen University; 2014.
13. World Health Organization. The Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Switzerland: World Health Organization; 2008.
14. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis (3rd ed.). New York: Harper & Row;1973.
15. Institute of Nutrition Mahidol University. Computer program to calculate nutrients. INMUCAL-Nutrients V3 Database Set NB1. Nakhon Pathom; 2014.
16. Sidrak S, Yoong T, Woolfenden S. Iron deficiency in children with global developmental delay and autism spectrum disorder. *Journal of Paediatrics & Child Health*2014; 50:356.
17. Health Technology Assessment Program. The results of a review of the policy on health promotion and prevention in children aged 0-5 years in Thailand Nonthaburi: Health Technology Assessment Program; 2555.

ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ศิริลักษณ์ พ่องจิตศิริ พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

Abstract: Prevalence and Predicting Factors of Depression among Elderly in Primary Care Unit, Chachoengsao Province

Pongchitsiri S.

Social Medicine Department, Buddhasothorn Hospital, Muang, Chachoengsao, 24000

(E-mail: mam_lala@hotmail.com)

Background: To determine the prevalence and predicting factors of depression among elderly patients attending primary care setting in Chachoengsao province. **Methods:** This is a predictive correlational research. Elderly patients aged ≥ 60 years with at least one chronic disease and attended at least 6 months long in a primary care setting were included into the study. Personal Health Questionnaire-9: PHQ-9 questionnaire was used to screen depression (cut-off score ≥ 9). The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and multiple regression analysis. **Results:** The total number of participants were 261, mean age was 70.0 ± 6.8 year, mostly was female 168 (64.4%) and had 3 underlying disease 114 (43.7%). The prevalence of depression was 12.3%, most of which were female, age ≥ 75 year, educated, unemployed, insufficient income and had ≥ 3 underlying diseases. However, only unemployed and insufficient income were the significant factors to predict depression 6.8% ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of depression among elderly in primary care unit, Chachoengsao province was 12.3%. Predicting factors of depression were unemployed and insufficient income so properly screening for these patient should be encouraged.

Keywords: Prevalence, Elderly, Depression, Primary care setting, Chachoengsao province

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา **วิธีการ:** รูปแบบการศึกษาคือการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประเมินโรคซึมเศร้า คือ แบบคัดกรองโรค ซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Personal Health Questionnaire-9 : PHQ-9) จุดตัดที่บอกว่ามีโรคซึมเศร้าคือคะแนน ≥ 9 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าใช้สถิติ multiple regression analysis **ผล:** กลุ่มประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 261 คน อายุเฉลี่ย 70.0 ± 6.8 ปี เป็นเพศหญิงจำนวน 168 คน (ร้อยละ 64.4) ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 12.3 ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ ≥ 75 ปี ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว ≥ 3 โรค ตัวแปรที่สามารถทำนายโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีอาชีพ และรายได้ไม่เพียงพอสามารถพยากรณ์ตัวแปรตามหรือโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.8 **สรุป:** ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 12.3 โดยปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ การไม่ได้อาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอ จึงควรสนับสนุนให้มีระบบการคัดกรองที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ความชุก ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าภายในปีพ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ¹ ความชุกตลอดชีพ ของโรคซึมเศร้าพบได้ประมาณร้อยละ 17 - 24² โรคซึมเศร้าพบได้ทุกช่วงอายุแต่พบมากขึ้นตามวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ประชากรไทยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจาก 4.2 ล้านคนหรือร้อยละ 7.2 ในปีค.ศ.1990 จะเพิ่มเป็น 7.2 ล้านคนหรือร้อยละ 11.5 ในปีค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปีค.ศ. 2020³ ฉะนั้นภาวะหรือโรคซึมเศร้าก็จะพบมากขึ้นแต่การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็ไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยหรือถูกมองข้าม เนื่องจากอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ไม่เฉพาะเจาะจงโดยผู้สูงอายุมักมาด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัญหาการนอนไม่หลับ เหงื่อซึม เชื่องช้า หลงลืมง่าย อาการเหล่านี้มักถูกเข้าใจว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ค่อยได้ รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหรือโรคซึมเศร้าหรือได้รับการรักษาที่น้อยกว่าความเป็นจริง ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษา และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าได้รับยาขนาดที่ไม่เพียงพอ⁴ มีข้อมูลจากการศึกษามากมายที่ชี้ให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ เกิดภาวะทุพพลภาพ คุณภาพชีวิตลดลง การลดลงทางความคิดความจำและความสามารถทางสมอง และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น⁵⁻⁶ การพยากรณ์โรคของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 24 เดือนพบว่าผู้สูงอายุเพียงอายุร้อยละ 33 มีอาการของโรคที่ขึ้น ร้อยละ 33 หรือ 1 ใน 3 ยังคงมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ และร้อยละ 21 เสียชีวิตในที่สุด⁷

ความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศอยู่ในช่วง ร้อยละ 1.8 - 24.1⁸⁻⁹ และปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุมาก ได้รับการศึกษาน้อยหรือระดับการศึกษาต่ำ พิกัดหรือทิวทัศน์ สภาพเศรษฐกิจฐานะต่ำ มีสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีโรคประจำตัว การลดลงของความจำ การอยู่เพียงลำพัง และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน⁸ สำหรับข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยถึงความชุกของภาวะหรือโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าระหว่างร้อยละ 7.7- 82.3¹⁰⁻¹⁴ ความชุกของภาวะหรือโรคซึมเศร้าในเขตเมืองพบร้อยละ 19.9 - 80.3 และในเขตชนบทพบร้อยละ 17 - 84.8³ ซึ่งเป็นค่าค่อนข้างกว้างขึ้นกับประชากรที่ทำการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน และปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ และความไม่เพียงพอของรายได้¹⁴ ยังไม่พบการศึกษาที่สำรวจโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงเป็นที่มาของการสนใจที่ทำการศึกษานี้ในครั้งนี้ เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดูแล ฝ้าระวังและส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง วัดจีนประชาสโมสรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉด อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาการเก็บข้อมูล คือระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง มารับการรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งใดแห่งหนึ่งอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยจะต้องให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือโรคทางสายตารุนแรง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

จากการคำนวณตามสูตร $Z_{\alpha/2}$ = ค่าคงที่ (3.84) P = Prevalence ในการศึกษานี้ใช้ความชุกร้อยละ 15.3³¹ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 199 คน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ค่าความดันโลหิต ผลเลือดโดยผู้ศึกษาเป็นคนกรอกแบบประเมินและมีการตรวจสอบข้อมูลด้านโรคประจำตัวและผลเลือด จากแฟ้มเวชระเบียน ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (Personal Health Questionnaire-9 : PHQ-9) มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย Lotraku¹⁵ แบบทดสอบนี้มีค่า sensitivity 0.84 และ specificity 0.77 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจะถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของประเทศไทย (Mini - Mental State Examination : Thai version 2002) ประกอบด้วยข้อประเมิน 11 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรืออ่านหนังสือไม่ออก ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้ที่จบการศึกษามากกว่าระดับชั้นประถมศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะบกพร่องทางด้านความจำ¹⁶ ผู้ศึกษาเป็นผู้ทำการทดสอบการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้า ใช้สถิติ multiple regression analysis พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า ≤ 0.05 โดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 261 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 168 คน (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 70.0 ± 6.79 ปี โดยประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 - 69 ปี จำนวน 75 คน (ร้อยละ 28.7) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ ≥ 75 ปี จำนวน 68 คน (ร้อยละ 26.1) มีสถานภาพสมรสคู่ 136 คน (ร้อยละ 52.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 209 คน (ร้อยละ 80.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 128 คน (ร้อยละ 49.0) มีรายได้เพียงพอ 133 คน (ร้อยละ 51.0) พบโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป 167 (ร้อยละ 64.0) มีภาวะบกพร่องด้านความจำ 44 คน (ร้อยละ 16.7) และค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 12.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}(\pm SD)$
เพศ		
ชาย	93(35.6)	
หญิง	168(64.4)	
อายุ		70.06 \pm 6.79
60 - 64 ปี	63(24.1)	
65 - 69 ปี	75(28.7)	
70 - 74 ปี	55(21.1)	
≥ 75 ปี	68(26.1)	
สถานภาพสมรส		
คู่	136(52.2)	
โสด /หย่าร้าง/ หม้าย	125(47.8)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}(=SD)$
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11(4.2)	
ประถมศึกษา	209(80.1)	
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	41(15.7)	
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	128(49.0)	
ประกอบอาชีพ	133(51.0)	
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	128(49.0)	
เพียงพอ	133(51.0)	
จำนวนโรคประจำตัว		
1-2โรค	94(36.0)	
≥ 3 โรค	167(64.0)	
มีภาวะบกพร่องด้านความจำ(MMSE)	44(16.7)	
PHQ 9		3.25±3.52
<9 คะแนน	229(87.7)	
≥9 คะแนน	32(12.3)	

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัย ได้แก่ การไม่ได้ประกอบอาชีพและรายได้ไม่เพียงพอ ความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) 0.262 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R_2) 0.068 หรือตัวแปรอิสระเพียงสองตัว สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามหรือโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.8 และสามารถเขียนสมการโรคซึมเศร้าในรูปของคะแนนดิบ (b) ได้คือ $1.407 - 0.112$ (อาชีพ) - 0.094 (ความเพียงพอของรายได้) เมื่อพิจารณาทิศทางความสัมพันธ์ตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน(beta) พบตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงลบ นั่นคือ การไม่ได้ประกอบอาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 2, 3, และ 4)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

	ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่มีโรคซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	มีโรคซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	Significance (p-value)
เพศ	ชาย	84	9	0.43
	หญิง	145	23	
อายุ	60 – 64 ปี	56	7	0.49
	65 – 69 ปี	69	6	
	70 – 74 ปี	48	7	
	≥ 75 ปี	56	12	
สถานภาพสมรส	คู่	121	15	0.85
	โสด/หย่าร้าง/หม้าย	108	17	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	8	2	0.59
	ได้รับการศึกษา	221	30	
การมีอาชีพ	ไม่มีอาชีพ	105	23	<0.05
	มีอาชีพ	124	9	
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ	105	23	<0.05
	เพียงพอ	124	9	
จำนวนโรคประจำตัว	1-2 โรค	78	14	0.16
	≥3 โรค	151	18	

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยในการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Model	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R_2	Adjusted R square	Std. Error of the Estimate	Significance (p-value)
1	การประกอบอาชีพ	0.222	0.049	0.042	0.322	0.006
2	การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้	0.262	0.068	0.060	0.325	0.002

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรพยากรณ์	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients Beta	t	Significance
	B	Std. Error			
(constant)	1.407	0.081		17.476	0.000
การประกอบอาชีพ	-0.112	0.040	-0.171	-2.789	0.006
ความเพียงพอของรายได้	-0.094	0.041	-0.144	-2.326	0.002

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นพบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 12.3 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา โดยการศึกษาของ Liang¹⁰, Thongtang¹³, Sukhatunga¹², Yaiyong¹⁸, Wongpakaran¹⁹ และ Anantapong²⁶ พบว่าค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 21.0, 12.8, 24.1, 13.2 และ 9.6 ตามลำดับ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าใช้เครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญในระดับคลินิก ค่าความชุกที่ได้มักมีค่าที่สูงกว่าเครื่องมือที่ใช้วัดโรคซึมเศร้าที่อาศัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) หรือ International Statistical Classification of Disease (ICD) ซึ่ง PHQ-9 ที่ใช้ในการศึกษาการศึกษาของ Wongpoom¹⁴ ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เชียงใหม่ พบค่าความชุกแค่ร้อยละ 5.9 ที่ทำการสำรวจในชุมชน แต่ได้ค่าความชุกที่น้อยกว่าการศึกษาค้นครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาที่เชียงใหม่ส่วนหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว จากการศึกษาต่างๆ พบว่า การมีโรคประจำตัวเพิ่มโอกาสการเกิดโรคซึมเศร้า^{23, 26-27, 35} ความชุกที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในชุมชนจะมีค่ามีค่าระหว่างร้อยละ 12.8 - 53.7 และในสถานพยาบาลมีค่าระหว่างร้อยละ 17.8 - 65.4^{10, 20-22}

ผลการศึกษานี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10, 20} แต่พบว่าอายุที่มากขึ้นพบความชุกโรคซึมเศร้าสูงขึ้น อาจเป็นผลจากร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{11, 14, 18, 20, 29} สำหรับสถานะสมรส การไม่มีคู่ครองหรือหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิตในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14, 20, 30} ซึ่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว เช่น ลูก หลาน สอดคล้องกับวัฒนธรรมครอบครัวขยาย ถึงแม้ได้แต่งงานหรือสูญเสียคู่สมรส ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งก็มีครอบครัวคอยสนับสนุน ทำให้ลดการเกิดโรคซึมเศร้าได้^{10, 20, 30, 31} ส่วนระดับการศึกษาในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา และพบว่าระดับการศึกษาที่น้อยหรือไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า^{10, 20} ซึ่งผลศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีโรคซึมเศร้ามากกว่า ซึ่งในกลุ่มสูงอายุในการศึกษากลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค อาจจะมีผลต่อโรคประจำตัวที่เป็น ซึ่งมีร่วมกันหลายโรค ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับเคยประกอบอาชีพแล้วปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ลดลง ความมั่นคงในงานและรายได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าตามมา จากหลายการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะหรือโรคซึมเศร้า^{17-18, 23- 28, 30, 32, 33} โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวและมารับการรักษาต่อเนื่อง และพบโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรคขึ้นไปสูงถึง 226 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 94.3 ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการมีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ

2 โรคขึ้นไป พบโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึง 7 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว³⁵ จึงอาจทำให้พบค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในงานศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

สำหรับปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยการไม่ได้ประกอบอาชีพและปัจจัยการมีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้ง 2 ปัจจัยร่วมกันทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุครั้งนี้ได้ร้อยละ 6.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีอายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือเกษียณจากงานประจำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวหมดไป ความสำคัญหรือมีคุณค่าลดลง การไม่ได้ประกอบอาชีพส่งผลทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะหรือโรคซึมเศร้าตามมาได้เหมือนกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{9, 14, 16, 20, 27, 31, 37} แต่ค่าคะแนนในการทำนายโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนที่ต่ำ อาจมาจากปัจจัยที่นำมาศึกษาเน้นปัจจัยส่วนบุคคลมากกว่าปัจจัยทางครอบครัว สังคมหรือด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้

ข้อจำกัดในการวิจัย พบว่า ปัจจัยบางอย่างที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าไม่ได้นำมาประเมินในการศึกษาค้นครั้งนี้ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การนอนไม่หลับ ความพอใจต่อสุขภาพต่ำ ความกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว^{14, 20, 31} ปัญหาด้านครอบครัวและสังคม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือปัญหาครอบครัว การสูญเสียคนใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคม^{10, 14, 20, 30, 37} ซึ่งมีงานศึกษาว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า³⁵ สุดท้ายแม้จำนวนประชากรที่ศึกษาจะเพียงพอจากการคำนวณทางสถิติ แต่หากเพิ่มจำนวนประชากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันอาจจะทำให้เห็นข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรทำการประเมินในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจินประชาสโมสรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉดเป็นระยะ เนื่องจากพบว่ามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำในระยะเวลา 1 - 2 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 35^{26, 32} สามารถมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี และร้อยละ 33 - 64.4 อาการจะดีขึ้นภายใน 2 ปี^{7, 34} และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 40 ที่เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเข้ารับการรักษา³⁴

สรุป

จากการศึกษาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 12.3 โดยปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพและการมีรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่อนุญาตให้ทำโครงการวิจัย เจ้าหน้าที่บุคลากรประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดร.วรารกร เกรียงไกรศักดิ์ สำหรับเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยและด้านสถิติ

References

1. World Health Organization. The global burden of disease : 2004[online].[cited 24 March 2010]; Available from : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseaseGBD_report_2004_update_full.pdf.
2. Charernboon T. Measures and screening tests for depression in Thailand : A user's guide. *Thammasat Medical Journal* 2011;11:667-76.
3. Wongpakaran N. Geriatric Psychiatry in Thailand . *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53: S39-46.
4. Castro-de-Araujo LFS, Barcelos FR, Martins CB. Depression morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Revista brasileira de Psiquiatria* 2013;35:201-7.
5. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
6. Blazer DG. Depression in late life : review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2003;58:249-65.
7. Cole MG, Ballarance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1182-9.
8. Cole MG, Dandukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
9. Stek ML, Vinkers DJ, Gussckloo J, van der Mart RC, Beckman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *Br J Psychiatry* 2006; 188:65-9.
10. Liang G, Arunpongpaisal P, Kessomboon P, Pinitsoontorn S, Kihirunyaratu P. Depression and cognitive impairment among the community of Khon Kean : a primary care setting descriptive study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54:357-66.
11. Thongtang O, Sukhatunga K, Nagmthipwatthana T, Chulakadabba S, Vutiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. *J Med Assoc Thai* 2002;85:540-4.
12. Sukhatunga K, Pattarayuttawai S, Chantra J, Luckom M, Chaiyasit W, Bunnagulrote K. Depression and dementia in the Thai elderly in urban and rural communities. *Siriraj Hospital Gazette* 1998;232-43.
13. Charernboon T, Phanasathit M, Tangwongchai S, Hemrungronj S, Worakul P. Depression and dementia among members of 15 elderly clubs in Bangkok. *Thammasat Medical Journal* 2010;10:428-36.
14. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul U. Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56: 103-16.
15. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
16. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination. *Siriraj Medical Journal* 1993;45:359-74.
17. Aoon-kaew V, Kuhirunyarath P. The prevalence of depression among the elderly in Ban prow community Hospital. Meuang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2015;3:577-89.
18. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2011; 56: 117-28.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics* 2012;12:11-7.
20. Bhamanl MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 2013;13:181-8.
21. Majdi MR, Mobarhan MG, Salek M, Taghi M, Mokhber N. Prevalence of depression in an elderly population: a population-based study in Iran. *Iranian Journal Psychiatry and Behavioral Sciences* 2011;5:17-21.
22. Maulik S, Dasgupta A. Depression and its determinants in the rural elderly of West Bengal-a cross sectional study. *Int Biol Med Res* 2012;3:1299-302.
23. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2013;6:1-9.
24. Mechakra-Tahiri DS, Dube M, Zunzunegui MV, Preville M, Berbiche D, Brassard J. Pattern of change of depressive disorder over a one-year period among community-dwelling older adults in Quebec. *Depression Research and Treatment* 2013; 2013:451708.
25. Chen S, Conwell Y, Vanorden K, Lu N, Fang Y, Ma Y, et al. Prevalence and natural course of late-life depression in China primary care: a population based study from an urban community. *J Affect Disord* 2012;141:86-93.
26. Katana C, Linnastan G, Cooper C. Functional psychiatric illness in old age. In: Howard MF, Kenneth R, Kenneth W, editors. *Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2010.p 433-6.

27. Robert LK, Joseph GO, Itamar BA, Barbara R, editors. Essential of clinical geriatrics. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
28. Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Bjorkelund C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: a two-year observational study. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:20-5.
29. Li N, Pang L, Chen G, Song X, Zhang J, Zheng X. Risk factors for depression in older adults in Beijing. *Can J Psychiatry* 2011;56: 466-73.
30. Inchaiya C, Sangon S, Nintachan P. Factors predicting depression in older adults in community. *Rama Med J* 2016;30:17-33.
31. Paungrod N. The Study on Depression in Nonthaburi Province Elderly. *Princes of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2015; 2:63-74.
32. Darren JT, Soo B. Major depression and related disorders in late life. In: Mere EA, Gabe JM, editors. Principles and practice of geriatric psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 349-68.
33. Biddulph JP, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, et al. Risk factors for depressed mood amongst a community dwelling older age population in England: cross-sectional survey data from the PRO-AGE study. *BMC Geriatr* 2014; 14:5.
34. Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, Twisk JW, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ* 2009; 338:a3079.
35. Mousseri S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic disease, and decrements in health: result from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851-8.
36. Anantapong K, Pitanupong J, Werachattawan N, Aunjitsakul W. Depression and associated factors among elderly outpatients in Sonklanagarind Hospital, Thailand: a cross-sectional study. *Songklanagarind Medical Journal* 2017; 35: 139-48.
37. Klinwichit S, Klinwichit W, Inchai P, Klinwichit P. Mental health evaluation of the elderly with chronic illness in community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand. *BJM* 2015; 2: 21-33.

ประสบการณ์ของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกหลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน (จอร์โรลเลอร์) ต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน: การศึกษาเชิงคุณภาพ

อนุชาติ เพื่อนนิล วท.บ., วท.ม, ปร.ด,* ปิ่นรสี ฤทธิประวัติ วท.บ., วท.ม., ปร.ด,** สุรชาติ ทองชุมสิน วท.บ., วท.ม.*
พีรเดช ธิจันทร์เปียง วท.บ., วท.ม, ปร.ด,* วีรวัฒน์ แสนศรี วท.บ., วท.ม, ปร.ด.*

*สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

**ภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

Abstract: Hemiplegic Clients' Experiences after the Virtual Reality (Gyro Roller) Rehabilitation on Activities of Daily Living: Qualitative Study

Kaunnil A*, Ritthipravat P**, Thongchoomsin S*, Thichanpiang P*, Sansri V*

*Division of Occupational Therapy, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University, Salaya, Phuttamonthon, Nakhon Pathom,73170

**Department of Biomedical Engineering, Faculty of Engineering, Mahidol University, Salaya, Phuttamonthon, Nakhon Pathom,73170

(Email: anuchart.kau@mahidol.ac.th)

Virtual reality has been used as adjunct therapy for stroke rehabilitation, after patients were discharged. The aim of this study was to determine hemiplegic clients' lived experiences in activities of daily living (ADLs) after using Gyro Roller (Virtual reality technology) as a supplement to conventional occupational therapy (OT) in the Faculty of Physical Therapy, Mahidol University. The study was a qualitative design that included semi-structured interviews and field notes. Five hemiplegic clients participated interventions with Gyro Roller during an eight-week period. In-depth interview was to determine lived experiences in everyday occupations after completing the program intervention. The data responses were coded using thematic analysis to reflect the main themes and sub-themes. These findings illuminated various aspects of hemiplegic participants' lived experiences after using Gyro Roller. Thematic analysis revealed comprehensive understanding of the attitudes and feelings involved in everyday life activities. Three main themes encompassed (i) viewpoints, (ii) activities of daily living and (iii) social engagement. Interview findings were reflected by the accounts and interpretation in relation the themes. Gyro Roller intervention may provide the motivation and challenges for the rehabilitation of upper limb function after stroke leading to perform everyday life activities. The cooperation between engineers and rehabilitation provider should be combined with clinical experience and technological knowledge that will be successful for the rehabilitation in the future.

Keywords: Hemiplegic clients, Virtual reality technology, Occupational therapy

บทคัดย่อ

เทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual reality technology) ได้นำมาใช้บำบัดเพิ่มเติมสำหรับฟื้นฟูของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน หลังได้รับการบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และสมุดจดบันทึก วิธีการศึกษานำจอร์โรลเลอร์เป็นเทคโนโลยีความจริงเสมือน มาใช้บริการกับผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ราย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต หลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน และนำมาค้นหาคำตอบของประเด็นหลักและประเด็นรอง รวมทั้งคำพูดเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ผลการ

ศึกษาพบความหลากหลายจากประสบการณ์ของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกที่มีต่อเทคโนโลยีความจริงเสมือน ซึ่งทำให้สามารถเข้าใจถึงทัศนคติ และความรู้สึกเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยผู้เข้าร่วมศึกษาที่อัมพาตครึ่งซีกสะท้อนออกมา ได้ 3 ประเด็นหลัก คือ มุมมอง กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น ซึ่งคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์แสดงออกมาให้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญต่างๆ สรุปการนำจอร์โรลเลอร์ มาร่วมเป็นกิจกรรมการรักษา อาจช่วยเพิ่มแรงจูงใจ และความท้าทายต่อผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก เกิดการพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนบน และนำไปสู่การทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความร่วมมือระหว่างวิศวกรและผู้บำบัดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทำให้เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์ทางคลินิกและความรู้ทางเทคโนโลยี จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้รับบริการในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก เทคโนโลยีความจริงเสมือน กิจกรรมบำบัด

บทนำ

ปัญหาของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง หลังฟื้นคืนอันตราย อากาศทั่วไปคงที่และโรงพยาบาลได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ผู้ป่วยยังคงมีปัญหามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ผู้ป่วยเคยทำได้ แต่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การที่ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองประสบกับความยุ่งยากในการทำกิจวัตรประจำวัน นั้นมักมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางร่างกาย ความคิดความเข้าใจ และการรับรู้ ที่มีผลต่อรูปแบบการประกอบกิจกรรม¹ ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดเป็นหนึ่งในทีมฟื้นฟูสภาพ จำเป็นต้องให้บริการโดยใช้กิจกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และขั้นสูง ของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก² ช่วยให้ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกมีความอิสระในการดำเนินชีวิตมากขึ้น เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการรักษาทางกิจกรรมบำบัดหรือการให้บริการทั่วไป³

กิจวัตรประจำวันเป็นองค์ประกอบหลักในกิจกรรมการดำเนินชีวิต และต้องนำมาตั้งเป้าประสงค์และวางแผนเป็นกิจกรรมการรักษา โดยต้องสอดคล้องกับความสำคัญ และมีความหมายต่อการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก⁴ นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทหลักที่สำคัญในการส่งเสริมให้ฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก กลับไปมีส่วนร่วมในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าของตนเอง จากการวิจัยมีการนำเทคโนโลยีความจริงเสมือน มาประยุกต์ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนบน ในปี ค.ศ. 2003 ของ Yano, Yoshie และ Iwata โดยประดิษฐ์อุปกรณ์ที่ชื่อว่า Gyro moments และอุปกรณ์รับข้อมูลผ่านร่างกายมนุษย์ โดยอาศัยหลักการ ไจโรสโคป (Gyroscope) โดยมีการเชื่อมประสานล้อหมุน กับมอเตอร์ที่ควบคุมวงแหวนที่ยึดให้เชื่อมที่คออยู่กับที่ จากปฏิกริยาการหมุนอันเนื่องมาจากแรงกระทำรอบแกนหมุนและการควบคุมแรงบิด ทำให้นำมาประยุกต์ใช้ในการช้อมกีฬา หรือการฟื้นฟูสภาพของร่างกายเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว⁵⁻⁶ ซึ่งโมเมนต์ของแรงความเฉื่อยและแรงเหวี่ยง มีบทบาทต่อมวลเมื่อมีการเคลื่อนที่ ทำให้ผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว⁵ จากวิวัฒนาการของเทคโนโลยีความจริงเสมือนและอุปสมผัสเสมือน ดังกล่าวได้มีการพัฒนาสร้างต้นแบบไจโรโรลเลอร์ (Gyro Roller) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีความจริงเสมือนที่ผ่านจอภาพ แบบมีแรงป้อนกลับ โดย Ritthipravit⁷ ซึ่งอาศัยหลักการของไจโรสโคปเชื่อมต่อกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้ผู้ใช้มีส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวและแก้ปัญหา ตอบสนองจากจอภาพที่เห็น ซึ่งเป็นต้นแบบของระบบฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนมือและแขนสำหรับผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งได้วัดสมรรถนะการทำงานของระบบการเคลื่อนไหวและประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว จากการใช้ระบบปฏิบัติการเทคโนโลยีความจริงเสมือน และอุปสมผัสเสมือน อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้ แรงบันดาลใจ ความตั้งใจ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก วิถีชีวิต และประสบการณ์การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่สามารถอธิบายเป็นลักษณะเชิงปริมาณได้⁸ ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะค้นหาความเชื่อมโยงจากการนำเอาทักษะแขนและมือไปใช้ในกิจวัตรประจำวันต่างๆ หลังได้รับการฟื้นฟูด้วยไจโรโรลเลอร์ในผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง และที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้ยังเป็นเครื่องอำนวยความสะดวกในการบำบัด โดยนำมาส่งเสริมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบริการทางกิจกรรมบำบัด และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป โดยอุปสมผัสเสมือนเป็นตัวเชื่อมในการพัฒนาทักษะแขนและมือเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในกิจวัตรประจำวันที่แท้จริงอย่างมีความหมาย และเกิดความสำคัญสำหรับการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต

ดังนั้น เทคโนโลยีความจริงเสมือนและอุปสมผัสเสมือนสามารถนำมาใช้เป็นกิจกรรมการรักษาให้แก่ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายใต้การควบคุมโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยเชื่อมโยงจากการจำลองสภาพแวดล้อมเสมือนให้ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ทางกาย ประสาทสัมผัส อารมณ์ การรับรู้ ความคิดความเข้าใจ คล้ายกับเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมจริง⁹ แม้ว่าในประเทศไทยได้เคยมีการศึกษาปัจจัยบางประการ ถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน¹⁰ รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการให้บริการด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตปฏิบัติของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก และใช้แนวทางในการวางแผนการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ผู้เข้าร่วมการศึกษาโปรแกรมการรักษาด้วยไจโรโรลเลอร์ซึ่งเป็นเทคโนโลยีความจริงเสมือน กระตุ้นให้มีการปฏิสัมพันธ์ของแขนและมือกับเกมฝึกบนจอภาพ ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 - มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 20 - 70 ปี ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร (Aphasia) ผ่านการทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version ได้คะแนนมากกว่า 26 คะแนนขึ้นไป จำนวน 5 ราย โดยใช้อุปกรณ์ แบบประเมิน และฐานข้อมูลดังนี้ 1) เวชระเบียนและฐานข้อมูลของผู้รับบริการ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน 3) แบบประเมิน Barthel index (ฉบับภาษาไทย)¹² 4) ชุดอุปกรณ์เทคโนโลยีความจริงเสมือน (ไจโรโรลเลอร์) (รูปที่ 1) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษา รับบริการด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน (ไจโรโรลเลอร์) ประมาณ 1 - 1.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังการทดสอบทำการสัมภาษณ์ประสบการณ์ที่ได้รับเทคโนโลยีความจริงเสมือน และสะท้อนทัศนคติเชิงลึก ความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ ศักยภาพการทำงานของแขนและมือที่เปลี่ยนแปลงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองทั้งที่บ้านและชุมชน ผ่านการวิเคราะห์แก่นสาระ¹³ เพื่อหาประเด็นที่ใกล้เคียงกัน เกิดเป็นประเด็นสำคัญของคำตอบที่เชื่อมโยงกับข้อมูลภายใน สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น¹⁴ ภายใต้ประเด็นหลักและประเด็นรอง และนำไปสู่การแปลผล¹⁵ และคำตอบของการศึกษา



รูปที่ 1 ไจโรโรลเลอร์ และตัวอย่างการใช้งานกับผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

ผล

จากการเชิญชวนและประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองให้เข้าร่วมการศึกษา ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด และให้สัมภาษณ์หลังที่ได้รับการบริการด้วยใจโรลเลอร์ พบว่ามีผู้สมัครเข้าร่วมทั้งหมด 5 ราย ด้วยความเต็มใจ และพร้อมเข้ารับบริการผ่านการนัดหมายตามช่วงเวลาที่ได้กำหนด พร้อมได้รับการอนุญาตจากญาติ และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และอนุญาตให้สัมภาษณ์หลังได้รับการบริการ ซึ่งผลการสัมภาษณ์ได้ใช้ข้อมูลแทนชื่อจริง ได้แก่ มะขาม มะพร้าว มะไฟ มะนาว และมะลิ ซึ่งอายุ เพศ วย ที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=5)

ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง			ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง		
เพศ	ชาย	3	ระยะเวลาการดำเนินโรค	2 - 3 ปี	3
	หญิง	2		3 - 4 ปี	1
ช่วงอายุ	30 - 40 ปี	1		มากกว่า 4 ปี	1
	41 - 50 ปี	1	ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน: Bathel Index (ฉบับภาษาไทย)	คะแนน	
	51 - 60 ปี	2		70 - 80	2
	61 - 70 ปี	1		81 - 90	3
ร่างกายที่อ่อนแรง	ขวา	3	91 - 100	-	
	ซ้าย	2			

จากศึกษาพบประเด็นหลักและประเด็นรองของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังได้รับการบริการด้วยเทคโนโลยีอุปกรณ์สัมผัสเสมือนจริง ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักสำคัญ ได้แก่ มุมมอง กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่สัมพันธ์กับมุมมองและกิจกรรมการดำเนินชีวิต

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. มุมมอง	1.1 ทักษะและการพัฒนา 1.2 ความเหมาะสมของเวลา อุปกรณ์ และความท้าทาย 1.3 การนำไปประยุกต์ใช้
2. กิจวัตรประจำวัน	2.1 การเคลื่อนย้ายตนเอง 2.2 การอาบน้ำและแปรงฟัน 2.3 การแต่งตัวและแต่งหน้า 2.4 การรับประทานอาหาร
3. กิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น	3.1 กิจกรรมภายในบ้าน 3.2 กิจกรรมนอกบ้าน

1. มุมมอง

มุมมองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก แสดงออกมาจากการมีส่วนร่วมในการใช้เทคโนโลยีความจริงเสมือน ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็ความรู้สึกรู้สึกของผู้เข้าร่วม เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ และปรับตัว และตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองได้รับการบริการ และได้ปฏิบัติมาประมาณ 8 สัปดาห์ สะท้อนออกมาเป็นมุมมอง และแนวคิดที่มีต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัด ประกอบด้วย

1.1 ทักษะและการพัฒนา

ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่ รู้สึกว่าตนเองได้พัฒนาทักษะหลังได้รับกิจกรรมการใช้อุปกรณ์สัมผัสเสมือนใจโรลเลอร์ โดยเฉพาะแขนและมือข้างอัมพาตที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว ดังคำพูดที่ว่า

“จากที่ตรงข้อมือมันเคยตก และมันกำตลอด เดี่ยวนี้มันเริ่มคลายได้ มันเหยียดกระดูกได้มากขึ้น” (มะไฟ)

“ช่วยให้เรารู้สึกว่า เราต้องเคลื่อนไหว เคลื่อนแขนค่ะ” (มะลิ)

“มันช่วยฝึก ประสาทรับรู้ แล้วมีความรู้สึกว่ามีกร

เคลื่อนไหวของมือดีขึ้น” (มะขาม)

“จากเดิมที่เคลื่อนไหวไม่ค่อย เนื่องจากเกร็งที่มือตอนนี้รู้สึกว่าการเกร็งที่ข้อมือ ข้อศอกลดลงบ้าง” (มะพร้าว)

1.2 ความเหมาะสมของเวลา อุปกรณ์ และความท้าทาย การบำบัดด้วยอุปกรณ์สัมผัสเสมือน ระยะเวลาในการให้การบำบัดประมาณ 1- 1.5 ชั่วโมง ในจำนวน 3 เกม ได้แก่ G-Math, G-Drive และ G-Matching ซึ่งอยู่กับความชอบของแต่ละผู้เข้าร่วมศึกษาที่มีความแตกต่างกัน ในแต่ละชนิดของเกม อายุ และวัย ทำให้ระดับความสามารถในการฝึกฝนอุปกรณ์สัมผัสเสมือนใจโรลเลอร์ที่แตกต่างกันไป ดังคำพูดของผู้เข้าร่วมศึกษา ที่ว่า

“สำหรับเวลาที่มีความเหมาะสมครับ ของผมประมาณ ครึ่งชั่วโมง และก็ยังไม่ค่อยเข้าใจกับการใช้เครื่องนี้สักเท่าไร คือเครื่องมันไม่เร็ว มันไม่ตามที่เราคิด... เช่น ยกแขนซ้าย แล้วมันไปข้างซ้ายซ้าย” (มะขาม)
“รู้สึกว่ามันทำทายนะคะ มันเป็นเอนเตอร์เทนอย่างหนึ่ง ทำให้สนใจอยากฝึก แต่อยากจะให้เพิ่มอีกสักหลายๆ เกมหน่อย แล้วก็ตัวเซนเซอร์ไม่ค่อยดีค่ะ” (มะลิ)

“ช่วงเวลาที่ฝึกก็โอเคครับ แต่เกม G-Drive ตรงเวลา อยู่ลือคกลางมันควบคุมยาก เราอยู่ซ้ายจะมากกลาง มาเก็บเหรียญ มันผ่านเหรียญแล้วมันไม่เก็บ” (มะไฟ)
“ก็ดีค่ะ แต่ช่วงที่ฝึกตัวแฮนด์จับเหมือนมีแรงต้าน มันน้อยไป อยากให้เพิ่ม และมีโปรแกรมเยอะกว่านี้ค่ะ” (มะนาว)

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้

ผู้เข้าร่วมศึกษาจะมีการปรับวิธีการประกอบกิจกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งพบว่าจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากระดับความสามารถที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ดังบทสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมศึกษา ที่ว่า

“ทำให้กินข้าวได้ดีขึ้นหน่อย อย่างเวลากลับไปบ้าน ทานข้าว ก็พยายามใช้มือซ้าย จับช้อนล้อมมากขึ้น” (มะขาม)

“รู้สึกว่ามีมันเหยียด และผมสามารถเอามือข้างซ้าย มาช่วยอุ้มเวลาอาบน้ำได้” (มะไฟ)

“ได้ลองบ้าง อย่างที่ไปลองประยุกต์คือจับเมาส์ คอมพิวเตอร์ เพราะเป็นงานที่ชอบอยากทำ แต่ก็ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้างค่ะ” (มะลิ)

2. กิจวัตรประจำวัน

การประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นพื้นฐานทักษะชีวิตในกิจกรรม การดำเนินชีวิต การฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีอุปกรณ์สัมผัสเสมือนจริง ถือว่าเป็น ผู้ช่วย หรือเพิ่มแรงเสริมให้แก่นักบำบัด เพื่อนำพาผู้รับบริการไปสู่การดึงศักยภาพของตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การเคลื่อนย้ายตนเอง การอาบน้ำแปรงฟัน การแต่งหน้าและแต่งตัว การรับประทานอาหาร ดังบทสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมศึกษา ที่ว่า

2.1 การเคลื่อนย้ายตนเอง

การเคลื่อนย้ายตัว มีการใช้ยางค้ำขาและแขนเพื่อทำ กิจกรรมที่ตนเองต้องการ ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับผู้รับ บริการอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ และจำเป็นต้องใช้มือและแขน ควบคุมไปกับการพาตัวเองไปสู่พื้นที่ในการประกอบกิจกรรมนั้น หลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีอุปกรณ์สัมผัส เสมือนจริง พบว่าผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกมีทักษะ เพิ่มขึ้น ดังคำพูดของผู้เข้าร่วมศึกษา ที่ว่า

“เวลาพาตัวเองเข้าห้องน้ำเนี่ย ยังรู้สึกเดินลำบากอยู่ แต่สามารถใช้มือเปิดไฟ และสัมผัสสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการใช้มือและแขนพุงกับราวจับ” (มะลิ)

“ช่วยได้เยอะ ใช้มือเปิดประตูบานเลื่อน และจับราว ในห้องน้ำ” (มะขาม)

“ก็จะลำบากค่ะ เวลาเดินต้องคอยระวัง ไปซ้าๆ แต่ จะใช้มือเกาะกับราวจับไปเรื่อยๆ” (มะนาว)

“ใช้มือช่วยบางส่วน ป้องกันล้มอย่างที่มีอะไรมาขวาง

ภายในห้อง มือสองข้างช่วยพยุงบ้างไม่ให้ล้มล้ม ครับ” (มะไฟ)

2.2 การอาบน้ำและแปรงฟัน

การอาบน้ำ และแปรงฟันเพื่อทำความสะอาดช่อง ปากเป็นกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำและต้องทำทุกวัน เพื่อรักษาสุขภาพระอนามัยที่ดี แต่อาจมีปัญหาในการ เคลื่อนไหวร่างกายซีกอัมพาตทำให้เกิดความยาก ลำบากในการอาบน้ำ ล้างหน้า และแปรงฟัน และพบว่าหลังได้รับการฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีอุปกรณ์ สัมผัสเสมือนจริง ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกมีทักษะใน การทำกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า “ตอนนี้ยังใช้มือข้างที่ไม่ถนัดบีบยาสีฟันไม่ได้ แต่ก็ นำมาช่วยมาถูตัว และใช้อีกทีตอนหนึ่ง ก็ คือ ตอน เช็ดตัวครับ” (มะนาว)

“จากเมื่อก่อนจะเอื้อมไม่ถึง ก็ ฤได้บ้าง แต่เดี๋ยวนี้ สามารถยกมือขึ้นมาได้สูง และเข้าไปตามซอกของ ร่างกายได้ อาบน้ำสะอาดขึ้น” (มะไฟ)

“ผมใช้มือข้างดีจับฝักบัว ใช้มือเลี้ยจับราวจับ ร่วมกับ จับฟองน้ำถูสบู่ และช่วยล้างหน้าที่อ่างล้างมือ” (มะขาม)

“ช่วงอาบน้ำผมนำมืออีกข้างมาถูตัวและถูผมตอน สระด้วย ส่วนแปรงฟันใช้ข้างปกติ เพราะมันยาก ครับ” (มะพร้าว)

2.3 การแต่งตัวและแต่งหน้า

การแต่งตัวและแต่งหน้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้เข้า ร่วมศึกษา โดยเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ความ คล่องแคล่วของแขนและมือ ได้แก่ การใช้เครื่อง ส้าอางค์ การใช้เครื่องประทีนผิว อุปกรณ์เสริมความ สวยงาม การใส่เสื้อ การติดกระดุม การใส่ถุงเท้า รองเท้า ซึ่งผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกได้มีการปรับวิธี การและการใช้อุปกรณ์เพื่อให้สามารถประกอบ กิจกรรมดังกล่าวนี้ได้ตามความต้องการ ดังบท สัมภาษณ์ที่ว่า

“ไม่ค่อยแต่งหน้าค่ะ ทาลิปสติกบ้าง แต่เป็นลิปมัน สำหรับเลื้อชอบใส่เสื้อยืดค่ะ เสื้อที่มีกระดุมก็อยาก ใส่ รอมือมันดีขึ้นก่อน ส่วนยกทรงหนูใช้วิธีการสอย ก่อน แล้วก็ค่อยใส่ ค่อยสวมหัวเอา” (มะลิ)

“แต่งหน้าบ้างค่ะ แต่แต่งบางๆ ไม่ใช่เครื่องสำอางค์ ুদ্ধคาด ทาโลชั่นก่อนนอน เอามือข้างอ่อนแรงมา ประคองบ้างเวลาเปิดฝา ส่วนเลื้อชอบใส่เสื้อยืดที่ไม่มี กระดุมหรือซิปแต่เลือกคอกว้างๆ กางเกงก็กางเกง สแล็ค ไม่ฟิต” (มะนาว)

“หน้าไม่ค่อยทาครีมครับ แต่โกนหนวดโกนเคราเอง ใช้มือข้างดีครับ เสื้อ กางเกง กางเกงในก็ใส่ได้สบาย ครับ แต่ยากที่สุดคือใส่รองเท้าผ้าใบ บังเอิญผมชอบ ครับ คือ รองเท้าผ้าใบ มันมีเชือก มันจะต้องใช้สอง มือในการมัด ถ้าเป็นคัทชูก็ไม่มีไรครับ” (มะไฟ)

2.4 การรับประทานอาหาร

ผู้เข้าร่วมศึกษาไม่มีภาวะการกลืนลำบาก แต่ก็พบ ความยุ่งยากในการใช้แขนและมือเพื่อรับประทานอาหาร แม้ว่าจะใช้ข้างเดียวได้แต่มีความประสงค์ที่ จะใช้มืออีกข้างที่อ่อนแรงมาช่วยในการตัก และจับ หรือประคองภาชนะ และอาหารบางอย่าง รวมทั้ง

การรับประทานอาหารร่วมกันผู้อื่น และที่ร้านอาหาร ได้รับการฟื้นฟู ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกอธิบายถึง การทำกิจกรรมดังกล่าว ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“ทานอาหารทั่วไปปกติค่ะ เริ่มใช้มือข้างอ่อนแรง เริ่ม มีแรงขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้นำมาช่วยประคอง ส่วนใหญ่ จะเอามันวางที่ตักค่ะ” (มะลิ)

“ปกติใช้มือข้างเดียว ถือช้อนอย่างเดียว แต่เดี๋ยวนี้ จะใช้ส้อมอีกข้างหนึ่ง เวลากินข้าวจะหมด ก็เอาส้อม ไปช่วยนิดหนึ่ง เอามือข้างเสียไปช่วยแต่ยังทำไม่ค่อย ดี คือมันจะเกร็ง พอคลายก็เหมือนไม่มีแรง” (มะขาม)

“ก็ใช้มือซ้ายถือช้อนครับ ส่วนมือข้างขวา นานๆ มากจะใช้สักทีครับ ถ้าใช้มือขวาที่ไม่ถนัดกับข้าวส่วนใหญ่จะไม่มีน้ำครับ เช่น ข้าว ตักกับข้าวมา แล้วก็ใช้ มือขวาดักใส่เข้าปาก” (มะไฟ)

3. กิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น

3.1 กิจกรรมในบ้าน

เป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าและมีความหมายในการใช้เวลาร่วมกับ ครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน มีการเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน ได้แบ่งปันกิจกรรมที่ทำร่วมกันใส่ใจความรู้สึก ต่อกัน ก่อให้เกิดผูกพันและเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้เข้าร่วม วิจัย มีความต้องการในการทำกิจกรรมในบ้านร่วมกับ ครอบครัวเช่นกัน แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกาย 羊城และขา ทำให้มีความยากลำบากในการประกอบ กิจกรรมดังกล่าว หลังได้รับการฟื้นฟู ทำให้ได้มีการกลับไป สู่การประกอบกิจกรรมอีกครั้ง สะท้อนให้เห็น ทั้งความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติตน ดังถ้อยคำบทสัมภาษณ์ที่ว่า “ตอนเย็นก็ไปเดินที่สวนหน้าบ้านประมาณ 5 รอบ รอบละ 20 เมตร ช่วยภรรยารดน้ำต้นไม้บ้าง ทำสวนปลูกไม้ ดอกไม้ประดับในกระถางร่วมกัน และบางครั้งลูกก็เอาแก้ว อี มารองให้นั่งแล้วถอนหญ้าที่กระถาง” (มะขาม)

“ร่วมทำอาหารกับเค้าบ้าง เป็นบ้างครั้ง เดิมเป็นคนชอบ ทำอาหาร แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้ทำบ่อย แต่ก็พยายามเป็น ลูกมือ ช่วยหุงข้าวค่ะ เพราะมันเป็นกิจกรรมที่ใช้ 2 มือ พอไหว แต่หั่นหมู หั่นเนื้อยังไม่ได้อะ คิดว่ามันยากค่ะ เพราะถ้าจับแล้วมันเคลื่อนที่มันก็แย่ อาจถูกมีดบาดมือได้ สามีกี่ไม่ให้ทำที่เสีย เปลี่ยนมาเป็นผัดใช้ตะหลิว ละก็ชิม” (มะลิ)

“ทำสวนง่ายๆ ปลูกดอกไม้ในกระถาง แล้วก็รดน้ำวันเว้นวัน เอาสุนัขไปเล่นกันหน้าบ้านพร้อมกับลูกและสามีบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะชอบอ่านนิทานให้ลูกฟังค่ะ” (มะนาว)

3.2 กิจกรรมนอกบ้าน

เป็นกิจกรรมที่อาศัยทักษะชีวิตที่อยู่ภายนอกจากบ้านของตนเอง ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากกิจกรรมภายในบ้าน ต้องแบ่งปันสถานที่ พื้นที่ ธรรมชาติ เวลา ร่วมกับผู้อื่น ที่ไม่ใช่คนในครอบครัวตนเอง มีกฎหมายและกติกาของ มารยาททางสังคมและวัฒนธรรม กิจกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิด การแลกเปลี่ยน เรียนรู้กับผู้อื่น เกิดความคิดสร้างสรรค์ ผ่อนคลาย และสนุกกับสิ่งแวดล้อมที่ออกไปสำรวจ และ ประกอบกิจกรรมเหล่านั้น สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ ที่กล่าวว่า

“ได้ไปทำบุญที่วัดบ้าง ใช้มือทั้งสองประคองถวายสิ่งของให้ พระ ตอนไปทำสังฆทาน ทำแล้วรู้สึกสบายดี อิมบุญดีครับ” (มะขาม)

“ผมกับเพื่อนๆ เพิ่งไปเมืองเพชรมา อย่างตอนขึ้นเขาวัง ผมก็ค่อยๆ ขึ้น บันไดมันสูง และก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระ ให้เพื่อนด้วย ก็ขึ้นไปข้างบนดูเจดีย์ และ ทิวทัศน์ ต่อจากนั้นก็ไปชะอำ สนุกกับเพื่อนๆ ริมหาด ทั้งปี๋ ย่าง และชอบมาก ที่มารวมตัวกันอีกครั้ง” (มะไฟ)

“ออกไปช่วยงานที่ออฟฟิศสามมีบ้าง ก็ลำบากเหมือนกัน เพราะไม่มีลิฟท์ แต่ออฟฟิศใกล้สวนรถไฟ เลยชอบ เพราะที่นั่นอากาศ ดี ต้นไม้เยอะ และชอบไปให้อาหารปลา ดูอุทยานผีเสื้อ และแมลง คือชอบถ่ายภาพด้วย เลยชอบ ธรรมชาติค่ะ” (มะลิ)

“ผมชอบดูพระครับ เลยมีโอกาสไปเที่ยวพิพิธภัณฑ์ พระเครื่องหลายๆ ที่ บางทีก็ไม่มีรางวัลให้คนที่การ แต่ผมก็ไปครับเพราะใจมันชอบ แต่ที่ไปบ่อยคือ สนาม พระเครื่อง เพราะได้ส่องพระ ได้พบปะเพื่อนฝูงวงการ เดียวกัน และที่สำคัญ ได้เข้าพระเครื่องที่เราชอบมาด้วยครับ” (มะพร้าว)

วิจารณ์

การใช้เทคโนโลยีความจริงเสมือน เพื่อบำบัดแก่ผู้รับบริการพบบงาน วิจัยเชิงคุณภาพของ Fager¹⁶ ศึกษาการใช้เทคโนโลยีความจริงเสมือน ในการให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยโรคผิวหนังแข็ง รวม 10 ราย พบสองประเด็นหลัก ได้แก่ มุมมองที่มีต่อเทคโนโลยีเครื่องช่วย และการใช้เทคโนโลยีสำหรับการบำบัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้งาน หน้าที่โอกาส เวลาเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้เป็นเครื่องมือช่วยบำบัด และ เกิดแรงจูงใจ นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้อง กับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด สมองได้สะท้อนประสบการณ์ออกมา ประกอบด้วย มุมมอง ต่อโรโรลเลอร์ ด้านทักษะการประกอบ กิจวัตรประจำวัน โดยมีการพัฒนาความสามารถ และทำ กิจกรรมภายในบ้านและกิจกรรมนอกบ้าน ที่ต้องทำร่วมกับผู้อื่น หลังได้รับการบำบัดด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน

คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Celinder¹⁷ และ Peoples ในปี ค.ศ. 2012 ในผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองชาวเดนมาร์ก จำนวน 9 ราย ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน Wii Sports[®] ประมาณ 30 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นใช้วิธีการสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง เพื่อค้นหาประสบการณ์ที่เชื่อมโยงการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งประกอบด้วยประเด็นหลัก ได้แก่ ความหลากหลายการลงมือทำกิจกรรม อุปสรรค และความท้าทาย ซึ่งเป็น ประโยชน์ในการประกอบกิจกรรมทั้งการฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมยามว่าง สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ในผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด สมอง ในประเด็นเกี่ยวกับ มุมมอง กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่มี ส่วนร่วมกับผู้อื่น พบการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้รับบริการอัมพาต ครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันของตนเองได้มากขึ้น

ในขณะที่การศึกษาของ Wingham¹⁸ พบว่า ผู้พิการอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล สะท้อนประสบการณ์หลังการใช้ เทคโนโลยีเสมือนจริง Nintendo Wii Sports™ game (Wii™) ที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยเกม 5 เกม ซึ่งมีความหลากหลายให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ โบลิ่ง เทนนิส กอล์ฟ ชกมวย และเบสบอล พบว่าสามารถช่วยส่งเสริม สหพันธ์ของมือและตา รวมทั้งความสามารถในการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว

ขณะทำกิจกรรมได้ซึ่งตรงกับประเด็นการศึกษา พบว่าหลังจากได้รับเทคโนโลยีความจริงเสมือน ช่วยส่งเสริมให้แขนและมือข้างอ่อนแรงเกิดการพัฒนาเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหว ในขณะที่ใจโรลเลอร์ ประกอบด้วยเกม 3 เกม ได้แก่ G-math, G-Drive และ G-Matching และสิ่งที่สอดคล้องกันคือผู้เข้าร่วมได้ใช้ทักษะการเคลื่อนไหวของรยางค์แขนและมือ ผ่านการรับรู้ด้านการมองเห็นและการได้ยินเสียง นอกจากนี้ยังช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพความคิดความเข้าใจต่อการแก้ปัญหาในแต่ละเกม แม้ว่า จะมีความยากลำบากในช่วงแรก แต่กลับมีความสุขและทำหายหลังมีการปฏิสัมพันธ์กับเทคโนโลยีความจริงเสมือน

ใจโรลเลอร์ เป็นเทคโนโลยีความจริงเสมือนที่เน้นพื้นฐานในราคาประหยัด ให้แก่ผู้บำบัดเพื่อใช้เป็นทางเลือก และส่งเสริมการเคลื่อนไหวของรยางค์แขนและมือแก่ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยหลักการใจโรลโคป ผ่านการเล่นเกมที่ออกแบบไว้ นับว่าเป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูทางการแพทย์ ทั้งในแง่ต้นทุนในการผลิตที่ไม่สูงเกินไป และลดการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งอาจนำไปเป็นเครื่องมือเสริมทางเลือกในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางการเคลื่อนไหวของแขนและมือ ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟูแขนและมือข้างอ่อนแรง และส่งเสริมให้เกิดความพยายามนำข้างที่อ่อนแอมารประกอบกิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งการฟื้นฟูความคิดความเข้าใจ เกิดการวางแผน และแก้ปัญหาตามโปรแกรมที่กำหนดสัมพันธ์กับระดับความยากง่ายของผู้รับบริการ

จากการศึกษาพบข้อจำกัดการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 5 ราย โดยเก็บข้อมูลเฉพาะบุคคลที่มารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่มีข้อมูลที่หลากหลายของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ทำให้ไม่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานการศึกษาพิจารณาจากความสะดวกในการเก็บข้อมูล ซึ่งหากเป็นผู้รับบริการที่อยู่ไกลจากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ศึกษาไม่สามารถทำการเก็บข้อมูลได้ เนื่องจาก

ข้อจำกัดทางด้านเวลาและสถานที่ นอกจากนี้พบว่าหัวข้อในการสัมภาษณ์ในบางหัวข้อยังไม่ชัดเจน ทำให้ข้อมูลเชิงลึกบางส่วนไม่ครอบคลุมในบางประเด็น โดยเฉพาะความรู้สึกลึกซึ้งที่มีต่อเทคโนโลยีความจริงเสมือน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดเหล่านี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนางานศึกษาในอนาคต

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ ของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการดำรงชีวิตประจำวัน ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังได้รับการทำกิจกรรมบำบัด โดยใช้เครื่องมือใจโรลเลอร์ พบว่า ผู้รับบริการส่วนมากมีทักษะชีวิตในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และมีข้อจำกัดขีดความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตลดลง โดยสะท้อนออกมาเป็นความรู้สึกถึงมุมมองการประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับผู้อื่น ภายหลังได้รับการบริการด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหว ปฏิสัมพันธ์ไปพร้อมกับเกม เพื่อการบำบัดฟื้นฟูแขนและมือ ความคิดความเข้าใจ และเพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้รับบริการในการปฏิบัติตนต่อการฟื้นฟูสภาพ และนำไปสู่การประยุกต์ใช้กับกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้ตามศักยภาพแห่งตน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่เข้ารับการทดสอบฟื้นฟูด้วยเทคโนโลยีความจริงเสมือน (ใจโรลเลอร์) และอนุญาตให้ทำเก็บข้อมูล ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล (ศาลายา) ทุนงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี พ.ศ. 2557 ในการนำมาสร้างต้นแบบเทคโนโลยีความจริงเสมือนใจโรลเลอร์เพื่อการฟื้นฟูกล้ามเนื้อเนื้อมือและแขน

References

1. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Ahmed S, Gordon C, Higgins J, McEwen S. Disablement following stroke. *Disabil Rehabil* 1999; 21:258-68.
2. Latham NK, Jette DU, Coster W, Richards L, Smout RJ, James RA. Occupational therapy activities and intervention techniques for clients with stroke in six rehabilitation hospitals. *Am J Occup Ther* 2006; 60:369-78.
3. Legg L, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4:CD003585.
4. Wicock A. Occupational and health: Are they one and the same? *J Occup Sci* 2007;14:3-8.
5. Yano H, Yoshie M, Iwata H, editors. Development of a Nongrounded Haptic Interface Using the Gyro Effect. The 11th Symposium on Haptic Interface for Virtual Environment and Teleoperator System (HAPTICS'03); 2003; Tsukuba, Japan: IEEE Computer Society.
6. Akinwuntan AE, De Weerd W, Feys H, Pauwels J, Baten G, Arno P, et al. Effect of simulator training on driving after stroke: a randomized controlled trial. *Neurology* 2005; 65:843-50.
7. Ritthipravit P, Rohitasathira N, Sarincarinkul T. Stroke rehabilitation system: Upper Extremity. Thai Governmental Research Funds (Budget); 2014.
8. Parahoo K. *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. 2, editor. Basingstoke: Palgrave; 2006.
9. Wiss P, Kizony R, Feintuch U, Katz N. Virtual reality in neurorehabilitation In: Selzer M, Cohen L, Clarke S, Duncan P, Gage G, editors. *Textbook of neural repair and rehabilitation* Cambridge and NY: Cambridge University Press; 2006. p. 182-97.
10. Sakunhongsophon S, Ananthachock S, K. H. Selected Factors, Activities of Daily Living and Complications in Stroke Survivors at Home. *Journal of Nursing and Education* 2011; 4:37-52.
11. Leelacharas S, Virunrach C. Stroke: Nursing Care and Advice. *Journal of Public Health Nursing* 2007;21:80-93.
12. Dajpratham P, Meenaphant R, Junthon P, Pianmanakij S, Jantharakasamjit S, Yuwan A. The inter-rater reliability of Barthel Index (Thai version) in stroke patients. *J Thai Rehabil* 2006; 16: 1-9.

13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006; 3:77-101.
14. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Methods* 2006; 5:1-11.
15. Daly J, Kellehear A, Gliksman M. *The public health researcher: A methodological approach*. Melbourne, Australia: Oxford University Press; 1997.
16. Fager SK, Burnfield JM. Patients' experiences with technology during inpatient rehabilitation: opportunities to support independence and therapeutic engagement. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2014; 9:121-7.
17. Celinder D, Peoples H. Stroke patients' experiences with Wii Sports® during inpatient rehabilitation. *Scand J Occup Ther* 2012; 19:457-63.
18. Wingham J, Adie K, Turner D, Schofield C, Pritchard C. Participant and caregiver experience of the Nintendo Wii Sports™ after stroke: qualitative study of the trial of Wii™ in stroke (TWIST). *Clin Rehabil* 2015; 29:295-305.

ความไวของการตรวจคัดกรองโรคปอดและหัวใจด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการซักประวัติและอาการในสถาบันโรคทรวงอก

สุทาร์ตน์ ตั้งสกุลวัฒนา พ.บ., สุรภา ไทรัญพิจิตร วท.บ., สำเนียง อรรถาเวช พย.บ.
กลุ่มงานรังสีวิทยา สถาบันโรคทรวงอก ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Abstract: Sensitivity of Routine Chest Radiographs with Clinical History for Screening Cardiothoracic Abnormalities in Central Chest Institute of Thailand

Tungsagunwattana S, Hairunpijit S, Atthawet S

Department of Radiology, Chest Disease Institute of Thailand, Bangkrasor, Mueang Nonthaburi, 11000
(E-mail:sutarat_5@hotmail.com)

The purpose of this study was to evaluate the sensitivity of the routine chest radiographs with clinical history for screening cardiothoracic abnormalities by using new design patient registration forms. The three hundred and eighty-nine new patients (178 men, 211 women; age 13-84 years, mean age 47 years) were collected. The findings revealed that new design patient registration forms provided more clinical symptom information than the old method ($p < 0.01$). Chest radiographs were suitable tools for screening cardiothoracic abnormalities in our institute with the sensitivity of 79% and the specificity of 79%. These tools still provide effective screening, convenience in service arrangement and accuracy in treatment by specialist physicians.

Keywords: Screening, Chest X-ray/Chest radiographs, Cardiothoracic diseases/Abnormalities, Sensitivity

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไวของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคปอด และหรือโรคหัวใจด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการซักประวัติและอาการตามแบบกรอกประวัติที่ออกแบบใหม่ เพื่อความเหมาะสมของการตรวจกรองและแยกผู้ป่วยใหม่ในสถาบันโรคทรวงอก ทำการศึกษาสุ่ม ผู้ป่วยใหม่ที่มารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 389 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 178 ราย ผู้ป่วยหญิงจำนวน 211 ราย อายุระหว่าง 13 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี พบว่า การซักอาการตามแบบกรอกประวัติที่ออกแบบใหม่ให้ข้อมูลอาการมากกว่ากรอกประวัติตามแบบกรอกประวัติเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การตรวจคัดกรองโรคปอด และหรือโรคหัวใจ ด้วยภาพรังสีทรวงอกยังคงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสม ในการตรวจกรองและแยกโรคปอดและหรือโรคหัวใจในสถาบันโรคทรวงอก ด้วยความไวต่อโรคปอดและหรือหัวใจร้อยละ 79 และความจำเพาะต่อโรคร้อยละ 79 ตามลำดับ ทั้งยังช่วยลดขั้นตอนการให้บริการ สะดวกต่อการจัดระบบบริการ และช่วยแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การตรวจกรอง เอกซเรย์ปอด/ภาพถ่ายรังสีทรวงอก โรคปอดและหรือโรคหัวใจ ความไว

บทนำ

สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันวิชาการ ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคปอดและหัวใจ ผู้มารับบริการเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคปอดและหัวใจอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ในปัจจุบันสถาบันได้ใช้ภาพรังสีทรวงอกเป็นเครื่องมือหนึ่งในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยใหม่ทุกราย เพื่อแยกผู้ป่วยเข้าตรวจตามห้องตรวจโรคต่าง ๆ โดยอาศัยอาการที่ได้จากการกรอกประวัติอาการในแบบกรอกประวัติผู้ป่วยของสถาบัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาถึงแม้ว่าภาพรังสีทรวงอกจะมีประโยชน์ในการคัดกรองโรคปอด¹⁻² ได้มีความพยายามที่จะลดการเอกซเรย์ปอดในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น อาทิ

การเอกซเรย์ปอดก่อน การผ่าตัด³⁻⁵ การเอกซเรย์ปอดในหอผู้ป่วยหนัก⁶⁻¹⁰ การเอกซเรย์ปอดก่อน การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล¹¹⁻¹² และการเอกซเรย์ปอด หลังการทำหัตถการบางอย่าง¹³⁻¹⁴ เช่น การเจาะคอผู้ป่วย เป็นต้น การศึกษาของ Panich¹⁵ ทำการศึกษาผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 9,583 ราย ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติไม่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจขณะผ่าตัดเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ร่วมกับมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ สรุปว่า ภาพรังสีทรวงอกไม่จำเป็นในผู้ป่วยทุกรายก่อนการผ่าตัด

ในปัจจุบันแบบกรอกประวัติผู้ป่วยของสถาบัน ได้ให้ผู้ป่วยกรอกประวัติอาการโดยถามข้อมูลอาการของผู้ป่วย อาทิ ไข้ ไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ ไอเลือดออก เบื่ออาหาร/ผอมลง เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก/ใจสั่น โดยไม่มีรายละเอียด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนถูกแปลผลแตกต่างกันไป ผู้ศึกษาจึงมีความเห็นว่าควรเพิ่มรายละเอียดของอาการเพิ่มคือ อาการไอเรื้อรังให้ระบุระยะเวลาด้วย เบื่ออาหาร/ผอมลงแรงรายละเอียดเป็น เบื่ออาหาร ผอมลง เหนื่อยหอบแรงรายละเอียดเป็น เหนื่อยง่ายกว่าปกติ เหนื่อยตลอดเวลา เหนื่อยเวลาออกแรง หอบ (หายใจเร็วหรือมีเสียงดังในระหว่างหายใจ) เจ็บแน่นหน้าอก/ใจสั่นแรงรายละเอียดเป็น เจ็บหน้าอกแน่นหน้าอก ใจสั่น (ตารางที่ 1)

จากการศึกษานำร่องผู้ป่วย 50 รายในสถาบันโรคทรวงอกในเดือนกันยายน 2549 คณะผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 28) ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นๆ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคกระดูกอ่อนอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และรอยแผลเก่าในปอด เป็นต้น ซึ่งภาพรังสีทรวงอกไม่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงหรือช่วยการวินิจฉัยโรคดังกล่าวแต่อย่างใด

ถึงแม้ว่าสถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะทางผู้ป่วยที่มารับบริการมีความต้องการตรวจหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคปอดและหรือโรคหัวใจ ทำให้ความชุกของโรคค่อนข้างสูง และพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกอยู่ในเกณฑ์ที่สูง แต่ก็ยังมีคำถามเสมอว่า ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเหล่านี้สัมพันธ์กับการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือไม่ และจำเป็นมากน้อยแค่ไหน คณะผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

คณะผู้ศึกษาได้สุ่มศึกษาผู้ป่วยที่มาตรวจใหม่และได้รับการเอกซเรย์ปอดที่สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 389 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 178 ราย ผู้ป่วยหญิง 211 ราย อายุระหว่าง 13 - 84 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อหาความไว และประเมินความเหมาะสม การตรวจคัดกรองโรคปอดและหัวใจด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการซักประวัติและอาการ โดยผู้ป่วยจะ

ต้องไม่มาเพื่อขอใบรับรองแพทย์ หรือเป็นผู้ป่วยที่มีหนังสือส่งตัวมาจากสถานบริการอื่น ข้อมูลได้ถูกบันทึกโดยผู้ป่วยตามแบบกรอกประวัติผู้ป่วยของสถาบัน และจากการซักตามแบบกรอกประวัติผู้ป่วยที่ออกแบบใหม่โดยคณะศึกษา ภาพเอกซเรย์ปอดทั้งหมดได้รับการอ่านโดยรังสีแพทย์ประจำสถาบัน 3 ท่าน การวินิจฉัยโดยแพทย์อายุรกรรมหลังจากได้รับผลเอกซเรย์ปอดและตรวจอาการผู้ป่วยโดยติดตามผู้ป่วยหลังการตรวจอื่นๆ เพิ่มเติม อาทิ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามหลังการรักษา โดยจำแนกผลการวินิจฉัยเป็น โรคปอด โรคหัวใจ และโรคอื่นๆ ลงผลข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์เปรียบเทียบอาการตามแบบกรอกประวัติผู้ป่วยและอาการจากการซักประวัติโดยใช้ Chi-Square หาความไวต่ออาการเป็นโรคปอดและหรือโรคหัวใจของภาพรังสีทรวงอก และของเครื่องมืออื่นๆ อาทิ อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี หรืออาการทางโรคปอดและหรือโรคหัวใจ เป็นต้น

ตารางที่ 1 อาการเปรียบเทียบจากการซักประวัติ กับจากการกรอกประวัติ (n = 389)

อาการ	จากการซักประวัติ		อาการ	จากการซักประวัติ	
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	17	4.4	ไม่มีอาการ	-	-
ไข้	67	17.2	ไข้	55	14.1
ไอน้อยกว่าหรือเท่ากับสัปดาห์	64	16.5		101	26.0
ไอนามากกว่า 2 สัปดาห์	118	30.3			
ไอมีเสมหะ	137	35.2	ไอมีเสมหะ	109	28.0
ไอเลือดออก	20	5.1	ไอเลือดออก	17	4.4
เบื่ออาหาร	128	33	เบื่ออาหาร/ ผอมลง*	71	18.3
ผอมลง	85	21.9			
เหนื่อยง่ายกว่าปกติ	307	78.9			
เหนื่อยตลอดเวลา	80	20.6			
เหนื่อยเวลาออกแรง	214	55	เหนื่อยหอบ*	195	50.1
เหนื่อยไม่ระบุ	13	3.3			
หอบ	157	40.4			
เจ็บหน้าอก	213	54.8	เจ็บแน่นหน้าอก/ ใจสั่น*	204	52.5
แน่นหน้าอก	190	48.8			
ใจสั่น	166	42.7			
*ไม่ระบุรายละเอียด					

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโดยภาพรังสีทรวงอกเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ (n = 389)

ผลการวินิจฉัย	ผลอ่านภาพรังสีทรวงอก		การวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ปกติ	173	44.5	154	39.6
โรคปอดและหรือโรคหัวใจ	216	55.5	113	29.0
โรคอื่น	-	-	122	31.4
รวม	389	100.0	389	100.0

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคอื่นๆ

การวินิจฉัย	ผลเอกซเรย์ปอด (ราย)	การวินิจฉัยโรคอื่น (ราย)
HT	*	10
URI / Allergy	*	18
Costochondritis	*	18
Dyspepsia	*	37
Muscle pain	*	23
Palpitation	*	7
Thyroid	*	3
Anxiety	*	6
Bone abnormality	7	**
Diaphragm	2	**
รวม	9	122

* ไม่สามารถวินิจฉัยโรคด้วยภาพรังสีทรวงอก

**ไม่มีความสำคัญทางคลินิก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรอง

เครื่องมือคัดกรอง	sensitivity	specificity	Accuracy	PPV	NPV	F -ve	F +ve
ใช้อาการจากการรอก	85	10	56	60	31	15	90
ใช้อาการจากการชัก	95	3	59	60	29	5	97
ใช้อายุเท่ากับหรือมากกว่า 45 ปี	58	51	55	64	44	42	49
X-ray วินิจฉัยโรคปอดและหรือโรคหัวใจ	79	79	79	85	71	21	21
X-ray กลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี	74	89	80	89	73	26	11
X-ray กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	82	69	77	83	68	18	31
X-ray วินิจฉัยโรคปอด	72	87	81	80	81	28	13
X-ray วินิจฉัยโรคหัวใจ	60	95	89	69	93	40	5

ผล

การศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอก มีอาการทางทรวงอกถึง 372 ราย คิดเป็น ร้อยละ 95.6 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการเหนื่อยหอบ และเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อซักประวัติและอาการแฉะรายละเอียดตามแบบกรอกประวัติที่ออกแบบใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ ถึง ร้อยละ 78.9 และวิธีการซักประวัติอาการพบจำนวนผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ในเกือบทุกกลุ่มอาการมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอาการจากการกรอกประวัติเองของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า อาการจากการชักประวัติมากกว่าอาการจากแบบกรอกประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการศึกษาวินิจฉัยโรคพบว่า ผู้ป่วย 154 ราย (ร้อยละ 39.6) วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ว่าปกติ (ตารางที่ 2) ผู้ป่วย 122 ราย (ร้อยละ 31.4) เป็นโรคอื่น ที่ไม่เกี่ยวกับโรคทรวงอก (ตารางที่ 3) และไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยอายุรแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคปอดและอายุรแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจของสถาบัน ผู้ป่วยที่เหลือประมาณ 113 ราย (ร้อยละ 29.0) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในช่องทรวงอกที่สถาบันรับไว้รักษา

ภาพรังสีทรวงอกให้ผลปกติถึง 173 ราย มากกว่าการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ ไม่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวกับโรคทรวงอกด้วยภาพรังสีทรวงอกเลย การวินิจฉัยโรคปอดและหรือโรคหัวใจ ด้วยภาพรังสีมากกว่าการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ (ตารางที่ 2) เนื่องจากโรคทางทรวงอกบางโรคไม่สามารถวินิจฉัยโดยภาพรังสีอย่างเดียว

การศึกษเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองต่างๆ (ตารางที่ 4) พบว่า การใช้อายุที่เท่ากับหรือมากกว่า 45 ปี มีความไวต่อโรคปอดและหัวใจเพียงร้อยละ 58 การใช้อาการในการคัดกรองมีความไวต่อโรคปอดและหัวใจสูงถึงร้อยละ 85.0 ขณะที่ความจำเพาะต่อโรคประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น ภาพรังสีทรวงอกมีความไวต่อโรคปอดและหัวใจ ร้อยละ 79.0 และความจำเพาะต่อโรค ร้อยละ 79.0 นอกจากนี้พบว่า ภาพรังสีทรวงอกให้ความไวที่สูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 45 ปี คือ ร้อยละ 82.0 เมื่อศึกษาประสิทธิภาพการวินิจฉัยแยกต่อโรคปอด และต่อโรคหัวใจ พบว่า ภาพรังสีทรวงอกมีความไวลดลง คือ ร้อยละ 72.0 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ส่วนความจำเพาะต่อโรคมักขึ้น คือ ร้อยละ 87.0 และ ร้อยละ 95.0 ตามลำดับ

วิจารณ์

สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคปอดและหัวใจ รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาภายในทรวงอก ได้แก่ โรคของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจ และโรคของอวัยวะภายในทรวงอกโดยแพทย์ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคปอดและโรคหัวใจ ซึ่งแพทย์ดังกล่าวมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานที่มาก สถาบันจำเป็นต้องหาเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นที่ทราบกัน

ในกลุ่มผู้มาใช้บริการที่สถาบัน ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาส่วนใหญ่ล้วนมีอาการทางโรคทรวงอก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเกือบทั้งหมดของประชากรคือ 372 ราย (ร้อยละ 96.0) มีอาการทางโรคทรวงอก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งสำหรับการถ่ายเอกซเรย์ปอด

ผู้ศึกษาได้ปรับรายละเอียดของอาการจากแบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ของสถาบันให้ละเอียดมากขึ้น และให้เจ้าหน้าที่ซักอาการแทนการกรอกประวัติโดยผู้ป่วย แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่า การซักอาการพบจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการ มากกว่าวิธีการกรอกแบบประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) แต่อาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมารักษาคือเนื้อเยื่ออ่อนกว่าปกติถึงร้อยละ 78.9 ซึ่งอาการดังกล่าวไม่จำเพาะต่อโรคปอดหรือโรคหัวใจแต่อย่างใด และอาการอย่างเดียวกันไม่สามารถใช้วินิจฉัยแยกโรคได้ จำเป็นต้องได้รับการตรวจ ได้แก่ การเอกซเรย์ปอด เป็นต้น

การศึกษายังถึงความเหมาะสมของการใช้ภาพรังสีทรวงอก เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ ซึ่งเป็นวิธีที่สถาบันโรคทรวงอกใช้ในปัจจุบัน ผู้ศึกษาใช้เปรียบเทียบค่าความไวต่อโรคปอดและหรือโรคหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ พบว่า ภาพรังสีทรวงอกมีความไวต่อโรคปอดและหรือหัวใจถึงร้อยละ 79.0 เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้เครื่องมืออื่นๆ อาทิ อายุ หรือ อาการของผู้ป่วย (ตารางที่ 4) เนื่องด้วยการศึกษาของ Panich¹⁵ พบว่าภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจขณะผ่าตัดเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ร่วมกับมีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุที่เท่ากับหรือมากกว่า 45 ปี มีความไวต่อโรคปอดและหรือโรคหัวใจเพียงร้อยละ 58.0 แต่เมื่อศึกษาร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติพบว่า ความไวต่อโรคปอดและหรือโรคหัวใจมากขึ้นเป็นร้อยละ 82.0 ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 45 ปี และร้อยละ 74.0 ในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ตามลำดับ การใช้อายุร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเหมาะสมที่จะเป็นเครื่องมือในการคัดกรอง โรคปอดและหัวใจมากกว่า การใช้อายุอย่างเดียว

ส่วนการใช้อาการเป็นเครื่องมือคัดกรอง พบว่ามีความไวสูงกว่าเครื่องมืออื่นๆ โดยความไวต่อโรคปอดและหรือโรคหัวใจของอาการจากการซักสูงกว่า ความไวต่อโรคปอดและหรือโรคหัวใจของอาการจากการกรอกคือร้อยละ 95.0 และ ร้อยละ 85.0 ตามลำดับ แต่พบว่า ความจำเพาะต่อโรคต่ำมาก คือ ร้อยละ 3.0 และ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ จึงทำให้ประสิทธิภาพการคัดกรองต่ำ นอกจากนี้อาการของผู้ป่วยพบว่ามาด้วยเนื้อเยื่ออ่อนกว่าปกติถึง ร้อยละ 78.9 ซึ่งไม่จำเพาะต่อโรคปอดหรือโรคหัวใจแต่อย่างใด เพียงอาการอย่างเดียวกันไม่สามารถแยก โรคปอด โรคหัวใจ หรือโรคอื่นๆ ได้ ทำให้ไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ อาทิ อายุรแพทย์โรคปอด อายุรแพทย์โรคหัวใจ ได้อย่างเหมาะสม

ภาพรังสีทรวงอกมีความไว ต่อโรคปอดและหัวใจ ร้อยละ 79.0 และความจำเพาะต่อโรค ร้อยละ 79.0 ตามลำดับการศึกษานี้พบว่า

ผู้ป่วยถึง 173 ราย (ร้อยละ 44.5) มีภาพรังสีทรวงอกที่ปกติ ซึ่งมีได้หมายความว่าผู้ป่วยดังกล่าวจะไม่ป่วยเป็นโรคปอดและหัวใจ การวินิจฉัยโรคปอดและหรือโรคหัวใจโดยอายุรแพทย์น้อยกว่าการวินิจฉัยจากภาพรังสีทรวงอกกล่าวคือ 113 ราย และ 216 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.0 และ ร้อยละ 55.5 ตามลำดับ(ตารางที่ 2) การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่ภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถวินิจฉัยได้ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง ไช้หัวใจและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน กระดูกอ่อนอักเสบ โรคกระเพาะ กล้ามเนื้ออักเสบ ไส้ตันที่ไม่ใช่Arrhythmia (palpitation) โรคไทรอยด์ วิตกกังวล เป็นต้น (ตารางที่ 3) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 122 ราย (ร้อยละ 31.4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นๆ แม้ว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคปอดหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ แต่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและแนะนำโดยแพทย์ การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาพรังสีทรวงอกมีประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดและหรือโรคหัวใจ แต่ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ภาพรังสีทรวงอกอย่างเดียวไม่น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสม

ถึงแม้ภาพรังสีทรวงอกจะเป็นเครื่องมือที่ไม่เหมาะสมในการตรวจหาผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ภาพรังสีทรวงอกมีความไวต่อโรคหัวใจเพียงร้อยละ 60.0 ขณะที่มีความไวต่อโรคปอด ร้อยละ 74.0 การใช้ภาพรังสีทรวงอกสามารถคัดแยกผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจ เพื่อพบอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคปอด และโรคหัวใจได้ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ภาพรังสีทรวงอกไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ประมาณร้อยละ 44.5 (173 ราย) ร่วมกับประวัติอาการและการตรวจเพิ่มเติม อาทิ การตรวจคลื่นหัวใจ เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคหัวใจเพื่อส่งเข้าพบอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ ด้วยวิธีดังกล่าวสถาบันโรคทรวงอกสามารถลดภาระงานของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กล่าวคือผู้ป่วยประมาณร้อยละ 31.0 (122 ราย) ไม่จำเป็นต้องรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งยังช่วยเพิ่มความสะดวกให้ระบบบริการผู้ป่วยใหม่ และเพิ่มความมั่นใจแก่แพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

สรุป

จากผลการศึกษาผู้ศึกษาพบว่าการใช้ภาพรังสีทรวงอกร่วมกับการซักประวัติอาการเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองและแยกผู้ป่วยใหม่ของสถาบันโรคทรวงอก แม้ว่าผู้ป่วยประมาณ หนึ่งในสามไม่จำเป็นต้องมารับการรักษาที่สถาบันโรคทรวงอก และอาจได้รับการเอกซเรย์โดยไม่จำเป็น แต่ภาพรังสีทรวงอกที่ปกติร่วมกับอาการ การตรวจร่างกาย และการตรวจอื่น ๆ เพิ่มความมั่นใจใน การวินิจฉัยโรคเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้สถาบันจะเป็นสถาบันเฉพาะทางระดับตติยภูมิทางด้านโรคปอดและหัวใจ เพื่อเพิ่มมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยสถาบันควรจัดหาแพทย์ทั่วไปเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่อาจมีอาการคล้ายคลึงกับโรคทางทรวงอก และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การคัดกรองผู้ป่วยควรเปลี่ยนเป็นการซักประวัติ แทนการกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่

References

1. Chen EA, Carlson GA, Coughlin BF, Reed WP Jr, Garb JL, Garb JL, et al. Routine chest roentgenography is necessary in the workup of stage I and II breast cancer. *L Clin Oncol* 2001; 19:1234.
2. Tungsagunwattana S, Vijitsanuan C, Suphannachart P, Chuchottaworn C, Uttawet S. Screening chest radiographs: accuracy in pulmonary tuberculosis. *Chest Disease Institute Journal* 2008;6:21-7.
3. Garcia-Miguel FJ, Garcia Caballero J, Gomez de Caso-Canto JA. Indications for thoracic radiography in the preoperative evaluation for elective surgery. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2002;49:80-8.
4. Bouillot JL, Fingerhut A, Paquet JC, Hay JM, Coggia M. Are routine preoperative chest radiographs useful in general surgery? A prospective, multicentre study in 3959 patients. *Association des Chirurgiens de l' Assistance Publique pour les Evaluations medicales. Eur J Surg* 1996;162 :597-604.
5. Escolano F, Alonso J, Gomar C, Sierra P, Castillo J, Castano J. Usefulness of preoperative chest radiography in elective surgery. *Rev Esp Anestesi ol Reanim* 1994;41:7-12.
6. Henschke CI, Yankelevitz DF, Wand A, Davis SD, Shiau M. Chest radiography in the ICU. *Clin Imaging* 1997;21:90-103.
7. Graat ME, Stoker J, Vroom MB, Schultz MJ. Can we abandon daily routine chest radiography in intensive care patients? *J Intensive Care Med* 2005;20:238-46.
8. Geijer M, Jensen C, Schlossman D. Chest radiography in the intensive care unit. Indications for radiography and effects of select archiving of films. *Acta Radiol* 1990; 31:321-3.
9. Greenbaum DM, Marschall KE. The value of routine chest x-rays in intubated patients in the medical intensive care unit. *Crit Care Med* 1982;10:29-30.
10. Henschke CI, Yankelevitz DF, Wand A, Davis SD, Shiau M. Accuracy and efficacy of chest radiography in the intensive care unit. *Radiol Clin North Am* 1996;34:21-31.
11. Sliwa JA, Mason K, Yarkony G, Press J, Lovell L. The value of routine chest roentgenograms on admission for rehabilitation after traumatic spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* 1994;73:84-8.
12. Hubbell FA, Greenfield S, Tyler JL, Chetty K, Wyle FA. The impact of routine admission chest x-ray films on patient care. *N Engl J Med* 1985;312:209-13.
13. Park SY, Smith RV. Comparison of postoperative cardiopulmonary examinations and chest radiographs to detect pulmonary complications after adult tracheotomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:274-6.
14. Izbicki G, Shitrit D, Yarmolovsky A, Bendayan D, Miller G, Fink G, et al. Is routine chest radiography after tranbronchial biopsy necessary? : A prospect study of 350 cases. *Chest* 2006; 129:1561-4.
15. Panich A, Panjasawadwong Y. Routine preoperative chest roentgenogram and its impact on intraoperative complications. *J Med Assoc Thai* 1994;77:477-83.

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไทยระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีรักษา

กนกนันท์ วิทยาเกษมสันต์ วท.บ.*, ชลศณีย์ คล้ายทอง พ.บ.**, กุลฉัตร ภูโกสัย พ.บ.**, วิสิฐ จะวะสิต ปร.ด.***, ดุสยพร ตราชูธรรม ก.บ., ปร.ด.***

* นักศึกษาระดับปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

** กลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม วิทยาลัยการแพทย์ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12110

*** สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอฟุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

Abstract: Nutritional Status of Thai Patients with Head and Neck Cancer During and After Completion of Radiotherapy

Vittayakasemsont K*, Klaithong C**, Phukosi K**, Chavasit V***, Trachootham D***

* Graduate student in Master of Science Program in Nutrition, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital and Institute of Nutrition, Mahidol University

** Department of Radiation Oncology, Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital, Pathum Thani, 12110

*** Institute of Nutrition, Mahidol University, Phutthamonthon, Nakhon Pathom, 73170

(E-mail: dunyaporn.tra@mahidol.ac.th)

Background: Radiotherapy is a common treatment for head and neck cancer. However, its adverse side effects include oral mucositis, taste loss, dry mouth, limited mouth opening, chewing and swallowing difficulties. Previous studies in foreign countries showed that during radiotherapy head and neck cancer patients often have reduced oral intake and malnutrition. However, research studies on nutritional changes in Thai patients are limited. Objective: To study changes in nutritional status of Thai patients with head and neck cancer during and after completion of radiotherapy. **Methods:** A prospective observational study was conducted in thirty one head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. Nutritional status was assessed by body weight and clinical nutritional status (Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). 3-day dietary records were used to monitor changes in dietary intake and normalcy of food intake (ability to eat by mouth). Normalcy of food intake for head and neck cancer scores were determined by ratios between tube feeding and oral intake. Energy and protein intakes were analyzed from the diet record by using INMUCAL software. The data were collected six time points at baseline (prior to radiation or less than 400 cGy), 1,000 - 1,200 cGy, 2,000 - 2,400 cGy, 2,800-3,400 cGy, 5,400 - 7,000 cGy of radiation, and 1 - 2 month-follow up after radiotherapy. **Results:** During radiation therapy, the frequency of severe malnutrition (PG-SGA score > 9) continuously increased after receiving 1,000 - 2,000 cGy of radiation until the end of treatment. Furthermore, the normalcy of food intakes and body weight were continuously reduced after receiving 2,800 - 3,400 cGy of radiation until the end of treatment. Thus, the participants required tube feeding. Energy and protein intakes were reduced after receiving 1,000 - 2,000 cGy but recovered after 4,000 - 4,400 cGy due to oral supplement. At two months after completion of radiotherapy, the nutritional status (PG-SGA score) and the normalcy of food intake were recovered because of the removal of tube feeding. In contrast, the energy intake and body weight were significantly decreased. **Conclusions:** After receiving radiotherapy, head and neck cancer patients had poorer nutritional status and required tube feeding. Persistence of weight loss after completion of radiotherapy indicated that appropriate nutritional-care is needed prior to removal of tube feeding. Resuming of oral intake step-by-step with proper nutrient intake should be advised. A large-scale study is warranted to confirm such findings.

Keywords: Nutritional status, Head and neck cancer, Radiotherapy, Normalcy of food intake, Weight loss

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้สำหรับมะเร็งศีรษะและคอ แต่มักมีผลข้างเคียงจากการรักษาได้แก่ เยื่อช่องปากอักเสบ สูญเสียการรับรส ปากแห้ง อ้าปากแคบ เคี้ยวลำบากและกลืนลำบาก งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ระหว่างรับรังสีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีรับประทานอาหารทางปากได้น้อยลงจนเกิดภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาว่า ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยหลังรับรังสีรักษา

เป็นอย่างไร **วัตถุประสงค์** ศึกษาการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการรับรังสี **วิธีการ:** การศึกษาแบบสังเกตไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีจำนวน 31 คน โดยวัดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการด้วยการชั่งน้ำหนักและประเมินอาการทางคลินิกตามแบบประเมินพีจีเอสจีเอ ติดตามการเปลี่ยนแปลงปริมาณอาหารที่รับประทานและความสามารถในการรับ

ประทานอาหารทางปากด้วยแบบบันทึกอาหารสามวัน โดยประเมินความสามารถการรับประทานอาหารทางปากจากสัดส่วนพลังงานที่ได้รับอาหารทางปากและอาหารทางสาย ปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ได้รับต่อวัน วิเคราะห์จากแบบบันทึกอาหารโดยใช้โปรแกรมอินมูแคล การเก็บข้อมูลดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งแรกเริ่มต้น (ก่อนรับรังสีหรือรับรังสีไม่เกิน 400 เซนติเกรย์) หลังรับรังสี 1,000 - 1,200 เซนติเกรย์ 2,000 - 2,400 เซนติเกรย์ 2,800 - 3,400 เซนติเกรย์ 5,400 - 7,000 เซนติเกรย์ และหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน ผล: ระหว่างรับรังสี ความถี่ของภาวะทุโภชนาการรุนแรง (คะแนนพีจีเอสจีเอมากกว่าหรือเท่ากับ 9) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังได้รับรังสีตั้งแต่ 1,000 - 2,000 เซนติเกรย์เป็นต้นไปจนเสร็จสิ้นการรักษา นอกจากนี้ ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก และน้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อได้รับรังสีตั้งแต่ 2,800 - 3,400 เซนติเกรย์เป็นต้นไปจนเสร็จสิ้นการรักษา ดังนั้นจึงต้องรับอาหารทางสาย ปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ได้รับลดลงเมื่อได้รับรังสี 1,000 - 1,200 เซนติเกรย์ แต่กลับมาเพิ่มสูงขึ้นอีกหลังรับรังสี 4,000 - 4,400 เซนติเกรย์เนื่องจากการรับอาหารเสริมทางปาก หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน พบว่า ภาวะโภชนาการทางคลินิก (คะแนนพีจีเอสจีเอ) และความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากกลับสู่ระดับเดียวกับครั้งแรกเริ่มต้นเนื่องจากการถอดสายอาหารออก อย่างไรก็ตามพบว่าพลังงานที่ได้รับและน้ำหนักตัวกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สรุป: หลังการรับรังสี ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไทยมีภาวะโภชนาการที่แยกลงและจำเป็นต้องรับอาหารทางสาย การที่น้ำหนักตัวยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีและถอดสายอาหารแล้ว บ่งชี้ว่าจำเป็นต้องมีการดูแลด้านโภชนาการให้ดีกว่าถอดสายอาหารออก โดยควรได้รับคำแนะนำการฟื้นฟูการรับประทานอาหารทางปากแบบเป็นขั้นตอนเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ผลจากการศึกษานี้ควรได้รับการยืนยันโดยการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ มะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก น้ำหนักลด

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 9 ของโลก¹⁻² รวมทั้งในประเทศไทยด้วย ในปี 2553 มีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยและรักษาว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอมากถึงเกือบสองแสนคน เป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 86 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 14² มะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ มะเร็งบริเวณริมฝีปาก ช่องปาก เช่น ลิ้น เหงือก ฟันปาก เป็นต้น โพรงงมูก คอหอย ทั้งสามส่วน ได้แก่ หลังโพรงงมูก ต่อมทอนซิล และคอหอยหลังช่องปากและคอหอยส่วนท้าย กล่องเสียง และ ต่อมน้ำลาย³ การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ การผ่าตัด การรับรังสีรักษา การให้เคมีบำบัด และการรักษาพร้อมกัน ระหว่างรับรังสีรักษาและรับเคมีบำบัด โดยการรับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอเป็นวิธีการที่นิยมในผู้ป่วยมะเร็งทั้งในระยะต้นและระยะลุกลาม โดยมักพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยการรับรังสีรักษาอย่างเดียว หรือร่วมกับเคมีบำบัด มักมีภาวะทุโภชนาการหลังรับการรักษา⁴⁻⁵ ภาวะทุโภชนาการเป็นภาวะซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารไม่สมดุล โดยอาจได้รับสารอาหารบางอย่างไม่เพียงพอ มากเกินไป หรือผิดสัดส่วน ผลตามของภาวะทุโภชนาการขึ้นอยู่กับว่าสารอาหารที่ได้รับนั้นขาดหรือเกิน โดยแบ่งได้ 3 ประเภท คือ ภาวะพร่องโภชนาการ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และภาวะทุโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับสารอาหารรอง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาในต่างประเทศว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาอย่างเดียวหรือร่วมกับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่มักมีภาวะโภชนาการต่ำ ไม่ว่าจะเป็นน้ำหนักที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดัชนีมวลกายลดลง ตลอดจนการขาดวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ^{5, 7-8} โดยสาเหตุสำคัญอันเนื่องมาจากการผลข้างเคียงของการรักษาได้แก่ เยื่อ

ช่องปากอักเสบ การรับรสเปลี่ยนแปลงไปหรือสูญเสียการรับรส ปากแห้ง น้ำลายน้อยทำให้กลืนอาหารลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เกิดภาวะเบื่ออาหาร⁹⁻¹⁰ ในประเทศไทยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษาแยกลงตามปริมาณรังสีที่ได้รับมากขึ้น¹¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีจำนวนน้อย มีเพียงการศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยจำนวน 5 คนซึ่งระบุว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังได้รับรังสีรักษา มีโภชนาการที่แยกลง¹² และการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้อาหารทางสายผ่านรูเปิดที่กระเพาะอาหารเพื่อการป้องกัน (prophylactic gastrostomy) กับการให้คำแนะนำทางโภชนาการและให้อาหารทางสายหลังรับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ¹³ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาในประเทศไทยว่า ความสามารถในการรับประทานทางปาก ปริมาณพลังงาน โปรตีนที่ได้รับ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรระหว่างได้รับรังสีรักษา และเมื่อการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางโภชนาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระหว่างรับรังสีรักษา และเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาวิธีการป้องกันและบำบัดภาวะทุโภชนาการ ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งระหว่างและหลังรับรังสีรักษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาชิราลงกรณธัญบุรีการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสังเกตไปข้างหน้า (prospective observational study) ดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมหาชิราลงกรณธัญบุรี ผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 31 ราย ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำว่า ขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ 10-15 เกณฑ์การคิดเข้าร่วมการศึกษาคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีแผนการรักษาโดยรังสีรักษาอย่างเดียวหรือรับรังสีรักษาควบคู่กับการให้เคมีบำบัดโดยบริเวณที่รับรังสี (radiation field) ครอบคลุมช่องปากและคาดว่าจะได้รับผลข้างเคียงในช่องปาก สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย เกณฑ์การคัดออก คือ สูญเสียการรับรสทั้งหมดอันเนื่องจากการผ่าตัดลิ้นออกทั้งหมดหรือก่อนโตเบียดลิ้น อยู่ในภาวะวิกฤต เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือ ไม่มีสติสัมปชัญญะ รับประทานยาที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา¹⁴⁻¹⁶ ในช่วง 7 วันก่อนเข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูลทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งแรกเริ่มต้น (ก่อนรับรังสีรักษา หรือรับรังสีไม่เกิน 400 เซนติเกรย์ (0 - 400 cGy) หลังรับรังสีไปแล้วที่ 1000 - 2000, 2800 - 3400, 4000 - 4400, 5000 - 7000 เซนติเกรย์ (cGy) และหลังจบการรักษาไปแล้ว 1 - 2 เดือน การเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก และแบบประเมินพีจีเอสจีเอซึ่งใช้ประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (PG-SGA: Patient-Generated Subjective. Global Assessment)^{17,20} จากนั้นผู้วิจัยได้ขอให้ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้บันทึกการรับประทานอาหารเป็นเวลา 3 วัน (3-days dietary record)²¹ ครั้งสุดท้ายใช้การสอบถามอาหารที่รับประทานมาภายใน 24 ชั่วโมง ระดับความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก (NFIS-HN) ออกแบบมาเพื่อแบ่งระดับความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา²³⁻²⁶ ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากคำนวณจากร้อยละพลังงานที่ได้รับต่อวันจากการรับประทานอาหารทางสาย และอาหารทางปาก โดยคะแนนคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยจากบันทึกอาหาร 3 วัน และนำมาแบ่งเป็นระดับความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก 6 ระดับ²³⁻²⁶ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลบันทึกอาหารนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยพลังงานและโปรตีนที่ได้รับต่อวัน ด้วยโปรแกรม INMUCAL-Nutrient V.3²² ผลมาคำนวณร้อยละของพลังงานหรือโปรตีนเมื่อเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน²⁷ การทดสอบ

สถิติเชิงอนุมาน เป็นการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ แต่ละช่วงเวลาเทียบกับครั้งแรกเริ่มต้น โดยน้ำหนักตัว พลังงานและสารอาหารที่ได้รับ และระดับความสามารถรับประทานอาหารทางปาก ใช้สถิติทดสอบ Kruskal-Wallis ตามด้วย Dunn's multiple comparison test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการทางคลินิกด้วยฟิสิกส์ใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อทดสอบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลและทำแผนภูมิทั้งหมดใช้โปรแกรม GraphPad Prism V.7 โดยกำหนด $p < 0.05$ ถือว่า มีนัยสำคัญ

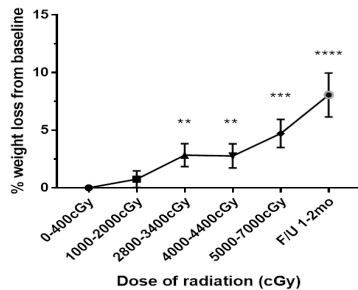
ผล

การเก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 31 คน ระหว่างการศึกษามีผู้เสียชีวิต 2 คน และผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในบางช่วงเวลาอีก 5 คน มีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เก็บข้อมูลครบทุกช่วงเวลาทั้งหมด 24 คน ถือว่าเป็นร้อยละ 77

ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 31 คน มีลักษณะดังแสดงในตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 59.9 ± 13.1 ปี ร้อยละ 77 จบการศึกษาระดับประถม ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งบริเวณริมฝีปาก และช่องปาก และบริเวณคอหอยส่วนปาก ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบรังสีรักษาอย่างเดียว มีเพียงร้อยละ 32 ที่รับรังสีรักษาพร้อมกับรับเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่รับรังสีแบบเพื่อรักษามีเพียงร้อยละ 20 ที่รับรังสีเพื่อบรรเทาอาการ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 50 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 71 เคยดื่มแอลกอฮอล์

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังรับรังสีรักษา



ภาพที่ 1 น้ำหนักตัวลดลงหลังรับรังสีรักษา

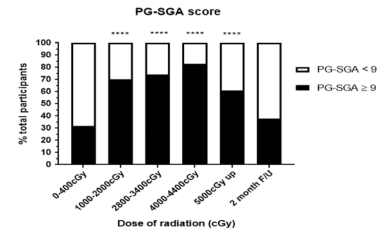
กราฟเส้นแต่ละจุดแสดงค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (mean \pm SEM) ของร้อยละของน้ำหนักที่ลดลงเมื่อเทียบกับครั้งแรกเริ่มต้น (% weight loss from baseline) ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ หลังได้รับรังสีรักษา (*) แสดงว่า ค่า p -value < 0.05 (**) แสดงว่า ค่า p -value < 0.01 (***) แสดงว่า ค่า p -value < 0.001 และ (****) แสดงว่า ค่า p -value < 0.0001 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Kruskal-Wallis ตามด้วย Dunn's multiple comparison test

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 31)

ลักษณะ (characteristics)	n (ร้อยละ)	Mean \pm SD
อายุ	ระหว่าง 31-86 ปี	59.9 \pm 13.1
เพศ	ชาย	20 (65.0)
	หญิง	11 (35.0)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	24 (77.4)
	มัธยมศึกษา	7 (22.6)
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มี	13 (41.9)
	ความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง	11 (35.5)
	อื่นๆ เช่น หอบหืด, เก๊าท์, ชิฟิลิส	7 (22.6)
การได้รับยารักษาโรคประจำตัว	ไม่มี	7 (22.5)
	ได้รับยา 1 ชนิด	10 (32.3)
	ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด	14 (45.2)

จากภาพที่ 1 หลังรับรังสี ผู้เข้าร่วมการศึกษา มีน้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่รับรังสี 3,400 - 2,800 cGy ขึ้นไปและลดลงอย่างต่อเนื่องจนจบการรักษา ที่น่าสนใจคือหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน เมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษากลับมาติดตามอาการ พบว่า น้ำหนักยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการทางคลินิกหลังรับรังสีรักษา



ภาพที่ 2 ภาวะโภชนาการรุนแรงหลังรับรังสีรักษา

แผนภูมิแบบวางซ้อน (stacked column chart) แสดงร้อยละของผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (PG-SGA \geq 9-ส่วนสีดำ) และไม่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (PG-SGA < 9- ส่วนสีขาว) ในแต่ละช่วงเวลาหลังได้รับรังสีรักษา (****) แสดงว่า ค่า $p < 0.0001$ จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Fisher's exact test เปรียบเทียบกับครั้งแรกเริ่มต้น (0-400 cGy)

จากภาพที่ 2 หลังรับรังสีรักษาตั้งแต่ 1,000 - 2,000 cGy พบว่า สัดส่วนผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงมีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นสูงสุด ณ 4,000 - 4,400 cGy อย่างไรก็ตาม หลังรับรังสีรักษาจบไปแล้ว 1 - 2 เดือน พบว่า สัดส่วนของผู้มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงไม่แตกต่างจากครั้งแรกเริ่มต้น

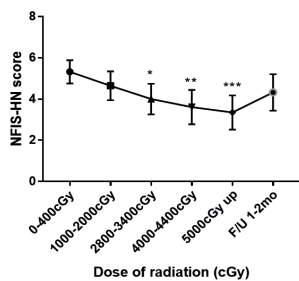
ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=31) (ต่อ)

ลักษณะ (characteristics)		n (ร้อยละ)	Mean ± SD
ตำแหน่งมะเร็งปอด	ริมฝีปาก และช่องปาก	10 (32.3)	
	คอหอยส่วนปาก	10 (32.3)	
	หลังโพรงจมูก	9 (29)	
	กล่องเสียง	2 (6.4)	
ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	แพร่กระจาย (Metastasis) หรือเป็นซ้ำ (recurrent)	11 (35.0)	
	ไม่มีการแพร่กระจาย	20 (65.0)	
ระยะทางคลินิกของโรคมะเร็ง	2 -3	10 (32.3)	
	4	21 (67.7)	
ชนิดของการรับรังสีรักษา	ไลเน็ก (Linac)	31 (100.0)	
ประเภทของการรับรังสีรักษา	แบบรักษา (Definitive) (6000-7000 cGy)	25 (80.6)	
	แบบประคับประคอง (Palliative) (3000 cGy)	6 (19.3)	
การให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	รับรังสีรักษาอย่างเดียว	21 (67.7)	
	รับรังสีรักษาพร้อมกับรับเคมีบำบัด*	10 (32.3)	
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบหรือเคยสูบ	16 (51.6)	
	ไม่สูบ	15 (48.4)	
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม หรือ เคยดื่ม	22 (71.0)	
	ไม่ดื่ม	9 (29.0)	
การประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA	A = ภาวะโภชนาการปกติ	15 (48.4)	
	B = มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง	13 (41.9)	
	C = มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง	3 (9.7)	

* ผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้รับยาซิสพลาติน (Cisplatin) 6 ราย และคาร์โบพลาติน (Carboplatin) 4 ราย

การเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก (NFIS-HN) หลังรับรังสีรักษา

Changes of NFI-HN score after radiotherapy

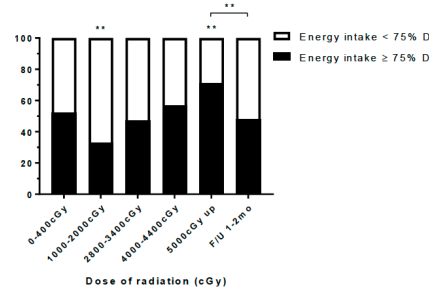


ภาพที่ 3 ความสามารถรับประทานอาหารทางปากด้อยลงหลังรับรังสี

กราฟเส้นแต่ละจุดแสดงค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (mean ± SEM) ของคะแนนความสามารถรับประทานอาหารทางปาก (NFIS-HN score) ณ ช่วงเวลาต่างๆ หลังได้รับรังสีรักษา (*) แสดงว่า ค่า p-value < 0.05 (**) แสดงว่า ค่า p-value < 0.01 และ (***) แสดงว่า ค่า p-value < 0.001 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Kruskal-Wallis ตามด้วย Dunn's multiple comparison test

ภาพที่ 3 คะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับรังสีตั้งแต่ 2,800 - 3,400 cGy ขึ้นไป และลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจบการรักษา คะแนนดังกล่าวแสดงถึงว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหลังได้รับรังสีรักษา อย่างไรก็ตาม หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษามีการลดสลายอาหารออกแล้วและกลับมารับประทานอาหารทางปาก ดังนั้นคะแนนระดับความสามารถการรับประทานอาหารทางปากจึงเพิ่มกลับขึ้นมาจนไม่แตกต่างจากครั้งแรกเริ่มต้น

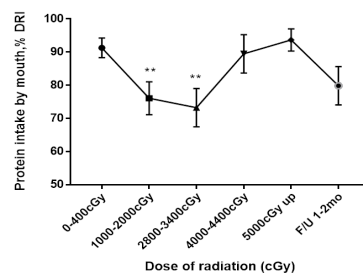
การเปลี่ยนแปลงปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ผู้เข้าร่วมการศึกษารับประทานทางปาก



ภาพที่ 4 พลังงานที่ได้รับจากอาหาร (Energy intake) หลังรับรังสี

แผนภูมิแบบวงซ้อน แต่ละแท่ง แสดงร้อยละของผู้ที่ได้พลังงานจากอาหารเพียงพอ (>75% DRI-ส่วนสีดำ) และไม่เพียงพอ (< 75% DRI-ส่วนสีขาว) ในแต่ละช่วงหลังรับรังสี (**) แสดงว่า p < 0.01 จากการทดสอบด้วย Fisher's exact test เทียบกับครั้งแรกเริ่มต้น (0-400 cGy) และหลังจบรังสี (F/U 1-2 เดือน)

จากภาพที่ 4 หลังรับรังสีรักษา 2,000 - 1,000 cGy ร้อยละของผู้ที่ได้พลังงานเพียงพอมีน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่หลังรับรังสี 3,400-28,00 ก็กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังรับรังสี 5,000 cGy ขึ้นไป พบว่าร้อยละของผู้ที่ได้พลังงานเพียงพอมีมากกว่าครั้งแรกเริ่มต้น แต่หลังเสร็จสิ้นการรับรังสี ร้อยละของผู้ที่ได้พลังงานเพียงพอกลับลดลงเมื่อเทียบกับที่ 5,000 cGy



ภาพที่ 5 การบริโภคโปรตีน (Protein intake) หลังรับรังสี

กราฟเส้นแต่ละจุดแสดงค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (mean ± SEM) ของร้อยละโปรตีนที่ได้รับเมื่อเทียบกับค่าที่แนะนำ (% DRI) ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ หลังได้รับรังสีรักษา (***) แสดงว่า $p < 0.01$ จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Kruskal-Wallis ตามด้วย Dunn's multiple comparison test

จากภาพที่ 5 จะเห็นว่าหลังรับรังสี 2,000 - 1,000 cGy จนถึง 3,400-2,800 cGy การบริโภคโปรตีนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากนั้นก็กลับเพิ่มขึ้นจนไม่แตกต่างจากครั้งแรกเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 2 - 1 เดือน พบว่า การบริโภคโปรตีนลดลงเมื่อเทียบกับที่ 5,000 cGy แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

งานวิจัยในต่างประเทศระบุว่า หลังรับรังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ มักมีภาวะโภชนาการที่แย่ลง^{4,5} การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังรับการรักษา²⁸⁻³⁰ การศึกษารุ่นนี้ในผู้ป่วยไทย ได้ผลที่สอดคล้องว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคองานหนักลดลงหลังรับรังสีตั้งแต่ 2,800 - 3,400 cGy ขึ้นไป ซึ่งช่วงรังสีดังกล่าวเป็นช่วงเดียวกับที่ผู้ป่วยเริ่มมีความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จนต้องรับอาหารทางสาย นอกจากนี้พบว่าน้ำหนักตัวยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องจนจบการรักษา อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน พบว่า น้ำหนักตัวกลับลดลงอีก โดยภาวน้ำหนักลดรุนแรงกว่าช่วงที่รับรังสีอยู่ ทั้งที่ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยถอดสายอาหารออกแล้วและกลับมารับประทานอาหารทางปากแล้ว

จากรายงานการศึกษาระยะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งด้วยแบบประเมินทีจีเอสจีเอในประเทศออสเตรเลีย ปีพ.ศ. 2547 พบว่า หลังรับรังสีรักษาผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่รุนแรงมากขึ้น และจะกลับมาปกติหลังรับรังสีรักษาเสร็จไปแล้วทั้งในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้านโภชนาการ³⁰ นอกจากนี้ รายงานอีกฉบับในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยชาวออสเตรเลียเช่นกัน ก็พบว่า หลังรับรังสีรักษาไปแล้ว 1 เดือน ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลับมาปกติใกล้เคียงกับก่อนรับรังสีรักษา³¹ สำหรับการศึกษารุ่นนี้ในผู้ป่วยไทย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่รับรังสีรักษาได้เพียง 5 - 10 ครั้ง (1,000 - 2,000 cGy) เท่านั้น และรุนแรงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนจบการรักษา อย่างไรก็ตามหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน พบว่า ภาวะโภชนาการทางคลินิกวัดด้วยคะแนนทีจีเอสจีเอก็กลับมาสู่ระดับใกล้เคียงกับครั้งแรกเริ่มต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ในอนาคตควรมีการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นกว่านี้ และควรมีการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการหลังรับรังสีในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหรือระยะทางคลินิกแตกต่างกัน

การศึกษาในคนไทยครั้งนี้พบว่า หลังรับรังสีรักษาตั้งแต่ 2,800 - 3,400 cGy ขึ้นไปจนจบการรักษา ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญกล่าวคือ ผู้ป่วยต้องรับอาหารทางสายมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 1 - 2 เดือน ผู้ป่วยถอดสายอาหารออกแล้วคะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากจึงกลับมาใกล้เคียงกับครั้งแรกเริ่มต้น แต่ทว่า น้ำหนักตัวกลับยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยหลายคนถอดสายอาหารออกเองเพราะเข้าใจว่าเสร็จสิ้นการรักษาแล้วไม่จำเป็นต้องใส่สายอาหารอีกต่อไป ดังนั้นเมื่อวัดคะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก ซึ่งวัดจากสัดส่วนของพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารทางปากและทางสายจึงเสมือนว่า ความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากกลับมาแล้วหลังเสร็จสิ้นการรับรังสี แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีปัญหากลืนลำบาก จึงไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากที่มีลักษณะปกติได้ รับประทานอาหารได้เพียงของเหลวหรืออาหารอ่อนเท่านั้นจึงได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ปัญหาดังกล่าวไม่ค่อยพบในต่างประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่ดี แต่พบในประเทศไทย เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดแคลนบุคลากรด้านโภชนาการที่จะให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน การขาดแคลนอาหารปรับเนื้อสัมผัส

ที่จะช่วยผู้ป่วยในการฝึกกลืน และการขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จะช่วยแนะนำการฝึกกลืน ทั้งนี้สมาคมนักกำหนดอาหารของสหรัฐอเมริกาแนะนำว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบากควรได้รับการฟื้นฟูการรับประทานอาหารทางปากแบบเป็นขั้นตอนจนแน่ใจว่ารับประทานอาหารทางปากได้พลังงานเพียงพอแล้วจึงค่อยถอดสายอาหารออก โดยในการฝึกกลืนให้ค่อยๆลด ปริมาณอาหารทางสาย เพิ่มปริมาณอาหารทางปากโดยค่อยๆ ปรับเนื้อสัมผัสของอาหารจากอาหารที่กลืนง่ายไปสู่ระดับที่กลืนยากขึ้น เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ³² ซึ่งจากคนงานการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การเสริมอาหารทางปากช่วยส่งเสริมให้ภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น³³

ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารและปริมาณโปรตีนที่ผู้เข้าร่วมการศึกษารับประทานทางปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับรังสี 1,000 - 1,200 cGy อย่างไรก็ตามในช่วง 2,800 - 3,400 cGy พบว่า ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหารกลับเพิ่มขึ้น ที่เป็นเช่นนี้เพราะมีการให้อาหารเสริมทางปาก เช่นอาหารทางการแพทย์ (medical food) และอาหารปั่นชนิดดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับผลคะแนนความสามารถในการรับประทานอาหารทางปาก (NFI-HN) ที่พบว่า ช่วง 2,800 - 3,400 cGy มีคะแนนลดลง ในส่วนของโปรตีนก็เช่นกันพบว่าปริมาณที่บริโภคกลับเพิ่มขึ้นในช่วง 4,000 - 4,400 cGy เพราะมีการให้อาหารเสริม อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า หลังเสร็จสิ้นการรับรังสีไปแล้ว 2 เดือน ร้อยละของผู้ที่บริโภคพลังงานเพียงพอกลับลดลงอีกครั้งเมื่อเทียบกับช่วงสุดท้ายของการรับรังสี (5,000 cGy ขึ้นไป) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการที่น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเสร็จสิ้นการรับรังสี

การศึกษาในคนไทยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้นในตัวอย่างจำนวน 31 ราย จึงต้องมีการยืนยันผลในการศึกษาที่ใช้ขนาดตัวอย่างมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการเช่น ข้อมูลการบริโภคอาหารจากการจดบันทึกของอาสาสมัครบางคนไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีความเจ็บป่วยอยู่ ดังนั้นการจดบันทึกจึงไม่ละเอียด ได้ข้อมูลวิเคราะห์สารอาหารหลักได้ แต่ไม่ละเอียดพอที่จะวิเคราะห์ปริมาณสารอาหารรอง ดังนั้นการศึกษาด้านอาหารและโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งไทยในอนาคต ควรมีการจัดทำแบบบันทึกที่มีลักษณะเป็นตัวเลือกรูปภาพอาหารในปริมาณต่าง ๆ เพื่อช่วยให้กะปริมาณอาหารได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ข้อจำกัดอีกประการคือ ข้อมูลน้ำหนักตัวไม่สมบูรณ์ในบางช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่สามารถยืนได้เพราะอ่อนเพลีย หรือบางคนอาการของโรคทุพโภชนาการหนักต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเหตุให้ไม่สามารถชั่งน้ำหนักตัวได้ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครเสียชีวิตระหว่างการรับรังสีอีกด้วย โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 77 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ดังนั้นการศึกษานี้ในอนาคตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอควรเพื่ออัตราการถอนตัวจากโครงการ ไว้ที่ ร้อยละ 23

สรุป

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่า หลังรับรังสีรักษาผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสามารถในการรับประทานอาหารทางปากลดลง ภาวะทุพโภชนาการรุนแรงขึ้น น้ำหนักตัวลดลง จึงต้องพึ่งพาอาหารทางสาย อย่างไรก็ตามหลังเสร็จสิ้นการรับรังสีมีการถอดสายอาหารและกลับมารับประทานอาหารทางปาก แต่พลังงานที่ได้รับจากอาหารและน้ำหนักตัวกลับลดลง การศึกษานี้บ่งชี้ว่าจำเป็นต้องมีการดูแลด้านโภชนาการให้ดีกว่าถอดสายอาหารออก โดยควรได้รับคำแนะนำการฟื้นฟูการรับประทานอาหารทางปากแบบเป็นขั้นตอนเพื่อให้ได้รับสารอาหารให้พลังงานเพียงพอ ผลจากการศึกษานี้ควรได้รับการยืนยันโดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อนำไปใช้กำหนดข้อแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยวิจัยและการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ประสาทมัลติสเพื่อโภชนาการที่ดี สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหาร คณะกรรมการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกรังสีรักษาและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาชิราลงกรณ ัณฐบุรี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

References

1. Vatanasapt P, Thanaviratananich S, Ratanaanekchai T, Thepsuthammarat K. The burden of head and neck cancers in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2012;95:S182-9.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136:E359-86.
3. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet* 2008; 371:1695-709.
4. Hammerlid E, Wirblad B, Sandin C, Mercke C, Edström S, Kaasa S, et al. Malnutrition and food intake in relation to quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck* 1998; 20: 540-8.
5. Lees J. Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology centre. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1999; 8:133-6.
6. World Health Organization. Malnutrition 2017 [updated May 2017; cited 2018 4 March]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/en/>.
7. Westin T, Jansson A, Zenkert C, Hällström T, Edström S. Mental depression is associated with malnutrition in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114:1449-53.
8. Stratton RJ, Green CJ, Elia M, editors. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing; 2003.
9. Grant M, Kravits K. Symptoms and their impact on nutrition. *Sem Oncol Nurs* 2000;16:113-21.
10. Vissink A, Jansma J, Spijkervet FK, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14:199-212.
11. Trachootham D, Songkaew W, Hongsachum B, Wattana C, Changklungdee N, Karapoch J, et al Nutri-jelly may improve quality of life and decrease tube feeding demand in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 2015; 23:1421-30.
12. Karapoch J. Nutritional status in head and neck cancer patients treated with radiotherapy or chemoradiotherapy and the impact of Nutri-jelly supplement [Thesis] Nakhon Pathom: Mahidol University; 2014.
13. Pramyothin P, Manyanont S, Trakarnsanga A, Petsuksiri J, Ithimakin S. A prospective study comparing prophylactic gastrostomy to nutritional counselling with a therapeutic feeding tube if required in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy in Thai real-world practice. *J Hum Nutr Diet* 2016; 29:768-76.
14. Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. *Education Psychol Measure* 2010; 70: 394-400.
15. Raber-Durlacher JE, Barasch A, Peterson DE, Lalla RV, Schubert MM, Fibbe WE. Oral complications and management considerations in patients treated with high-dose chemotherapy. *Support Cancer Ther* 2004; 1: 219-29.
16. Ciancio SG. Medications' impact on oral health. *J Am Dent Assoc* 2004; 135: 1440-8.
17. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996; 12:S15-9.
18. Fowler JF. The linear-quadratic formula and progress in fractionated radiotherapy. *Br J Radiol* 1989; 62:679-94.
19. Fowler JF. 21 years of biologically effective dose. *Br J Radiol* 2010; 83:554-68.
20. Ferguson M. Patient-generated subjective global assessment. *Oncology* 2003; 17: 13-4.
21. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. 2nd ed. New York: Oxford university press; 2005.
22. Ivanovitch K, Klaewkla J, Chongsuwat R, Viwatwongkasem C, Kitvorapat W. The intake of energy and selected nutrients by Thai urban sedentary workers: an evaluation of adherence to dietary recommendations. *J Nutr Metab* 2014; 2014: 145182.
23. Van den Berg MG, Kalf JG, Hendriks J, Takes RP, van Herpen CM, Wanten GJ, et al. Normalcy of food intake in patients with head and neck cancer supported by combined dietary counseling and swallowing therapy: a randomized clinical trial. *Head Neck* 2016; 38: E198-206.
24. Kalf JG, van den Berg M, Kaanders J, Merckx M. Preliminary analysis of a "normalcy of food intake" scale for head and neck oncology. *Dysphagia* 2011; 26:487.
25. Van den Berg M, Kalf J, Kaanders J, Merckx M. Psychometric analysis of a "normalcy of food intake" scale for head-neck cancer oncology. *Clin Nutr Suppl* 2012; 7: 153.
26. Biro G, Hulshof KF, Ovesen L, Amorim Cruz JA; EFCOSUM Group. Selection of methodology to assess food intake. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56 Suppl 2: S25-32.
27. Committee on DRI, Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Health, Thailand (2003) Dietary reference intake tables for Thai 2003. Bangkok: Express Transportation Organization Printing House.
28. Dechaphunkul T, Martin L, Alberda C, Olson K, Baracos V, Gramlich L. Malnutrition assessment in patients with cancers of the head and neck: a call to action and consensus. *Crit Rev Oncol Hematol* 2013; 88:459-76.
29. Jager-Wittenaar H, Dijkstra PU, Vissink A, van der Laan BF, van Oort RP, Roodenburg JL. Critical weight loss in head and neck cancer—prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Support Care Cancer* 2007; 15:1045-50.
30. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Brit J Cancer* 2004; 91:447-52.
31. Britton B, Clover K, Bateman L, Odelli C, Wenham K, Zeman A, et al. Baseline depression predicts malnutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Support Care Cancer* 2012; 20:335-42.
32. National Dysphagia Diet Task Force, American Dietetic Association. National Dysphagia Diet:
33. Standardization for Optimal Care. Chicago: American Dietetic Association; 2002.
34. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104: 371-85.

ภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

รัตนกรณ์ อาษา ส.ม., พิชชุดา เดชบุญ วท.ม., ประภัสรา รัตนวงษ์ ส.บ., อนุสรา สุทธิ ส.บ., ดาวประกาย ลาแก้ว ส.บ.
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 13180

Abstract: Health Status of Rubber Farmers in Namteang Sub-District, Srimuangmai District, Ubonratchathani Province

Arsa R, Detboon P, Rattanawong P, Sudthee A, Lakaew D

Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Klong Luang, Pathum Thani, 13180

(E-mail: Arsa.dragon27@gmail.com)

The purpose of a mixed methods research was to investigate the health status among rubber farmers and related factors. The samples consisted of 315 rubber farmers in Namteang sub-district, Srimuangmai district, Ubonratchathani province. Data collection were accomplished with questionnaire and structure interview from September to October 2017. The results revealed that the overall health status among rubber farmers were most likely moderate levels (73.7%). In addition, the health status for each dimension in the physical health were moderate levels (64.4%) and the muscle ache was most found. The mental health status were moderate level (65.1%) and the happiness is due to an increase of rubber price. The eight factors were significantly associated with and overall health status, namely, age, marital status, income, rubber status, member for rubber farmer, accident of working and health hazard ($p < 0.05$). The findings lead to recommendations that the health organizations should have well-planned activities instituted knowledge about health hazard and rising awareness of prevention regarding unexpected situation in the workplace.

Keywords: Physical health status, Mental health status, Rubber farmer

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรสวนยางพาราในตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 315 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม พ.ศ.2560 ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรสวนยางพาราส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.7) เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.4) โดยส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยมากที่สุด สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1) โดยส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขจากการที่ผลผลิตที่เพิ่มขึ้นและการที่ยางมีราคาสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพาราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานะอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา อุบัติเหตุจากการทำงาน และสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน จากข้อค้นพบจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่า ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคจากการทำงาน และการจัดกิจกรรมแนะนำท่าทางการทำงานที่ถูกวิธีให้กับเกษตรกรทั้งวิธีการก้มตัว การยกของ และการเอี้ยวตัว รวมทั้งการเลือกและการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้กับเกษตรกรและลดอุบัติเหตุจากการทำงาน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ เกษตรกรสวนยางพารา

บทนำ

ประเทศไทยมียางพาราเป็นพืชทางเศรษฐกิจที่สำคัญ โดยมีผลผลิตเป็นอันดับที่ 1 ของโลก รองลงมา คือ อินโดนีเซีย และมาเลเซีย ตามลำดับ จากปริมาณการส่งออกยางพารา ในปี พ.ศ.2556 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.42 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2555 ซึ่งในปี พ.ศ.2556 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกยางพาราทั้งสิ้น 18,461,231 ไร่ และสามารถผลิตยางธรรมชาติได้สูงถึง 504,000 ตัน มีสัดส่วนการใช้จ่ายภายในประเทศ ร้อยละ 13.34 ของปริมาณยางทั้งหมดที่ผลิตได้หรือคิดเป็นปริมาณทั้งสิ้น 3,776,957 ตัน¹ จากการทำประเทศไทยสามารถผลิตน้ำยางดิบได้เป็นจำนวนมาก ทำให้ไทยมีอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยางพาราเกิดขึ้นมากมาย เช่น โรงงานผลิตยางแท่ง ยางแผ่น ถุงมือยาง และยางรถยนต์ เป็นต้น² เมื่อยางพาราอายุ 6 - 7 ปี จะสามารถกรีตได้ ผู้กรีตนั้นจะต้องทำงานช่วงเวลาประมาณ 02.00 - 06.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่น้ำยางออกได้มาก จากนั้นจะกลับมาเก็บรวบรวมน้ำยางเพื่อนำไปขายเป็นน้ำยางหรือแปรรูปเป็นยางแผ่น ในช่วงเวลาประมาณ 08.00 - 12.00 น. กระบวนการต่างๆ ตั้งแต่การปลูกรูปลูก การกรีตยาง การทำยางแผ่น และการดูแลบำรุงรักษาต้นยาง³ ผู้ประกอบอาชีพจะต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ทางกายภาพ เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดการเมื่อยล้าของสายตา ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ การมองเห็นไม่ชัดเจน ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้⁴ ทางกายศาสตร์ เช่น การยกของหนัก การออกแรงเกินกำลัง การใช้ท่าทางทำงานซ้ำๆ ทางชีวภาพ เช่น การสัมผัสสปอร์เชื้อรา ฝุ่น และสัตว์มีพิษ⁵ ทางเคมี เช่น กรดซัลฟูริก หรือกรดฟอร์มิกที่ใช้ในกระบวนการทำยางแผ่นดิบถ่านแคลเซียมคาร์ไบด์ ซึ่งเป็นเชื้อเพลิงของอุปกรณ์ส่องสว่างระหว่างการทำงานในเวลากลางคืน รวมทั้งน้ำยางพาราดิบ โดยพบว่า การสัมผัสกรดซัลฟูริกและกรดฟอร์มิก จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ผิวหนังหรือเป็นแผลไหม้

ซึ่งเกษตรกรสวนยางพารามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานนั้น จังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่การกรีดยางเป็นลำดับต้นๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁸ โดยในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดอุบลราชธานีมีเนื้อที่กรีดยาง 360,355 ไร่ รองจาก จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดเลย และจังหวัดอุดรธานี มีผลผลิตทั้งสิ้น 68,107 ตัน⁹ มีจำนวนผู้ประกอบการเกษตรกรรมสวนยางพารา 39,768 ครัวเรือน¹⁰ จากผลการศึกษาความชุกอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรสวนยางพาราในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เข่า สะโพก ต้นขา มือ/ข้อมือ ไหล่ น่อง แขนส่วนล่าง แขนส่วนบน หลัง คอ และข้อศอก ตามลำดับ บางครั้งมีอาการเจ็บหรือปวด ชา จนไม่มีความรู้สึก รวมทั้งมีอาการปวดแสบปวดร้อนตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย³ ซึ่งแสดงว่าเกษตรกรสวนยางพารามีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัด

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา จึงนำรูปแบบเชิงนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งได้นำรูปแบบมาประยุกต์ใช้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา สถานะอาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพาราทัศนคติต่อการประกอบอาชีพสวนยางพารา) 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (สัมพันธ์สภาพกับเพื่อนร่วมอาชีพ สัมพันธ์สภาพกับคนในครอบครัว) และ 3) ปัจจัยระดับองค์กร (สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงาน การป้องกันตนเองจากการทำงาน) ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกัน ดูแล และส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานภาครัฐในการเข้ามาดูแลภาวะสุขภาพ และสร้างความตระหนักต่อการป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรสวนยางพารา รวมถึงนำไปใช้ในการวางแผนและจัดการบริหารให้สอดคล้องกับบริบทและปัญหาความต้องการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรสวนยางพาราต่อไป

วัตถุประสงค์-วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประชากรคือเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,553 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรสวนยางพาราไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จากหนังสือของ Daniel¹¹ จำนวน 315 ตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณคือ แบบสอบถาม จำนวน 110 ข้อ แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ หรือแบบเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพารา มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ

ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการประกอบอาชีพสวนยางพารา เป็นแบบสอบถามที่ปรับมาจาก Madtharak¹² มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 ด้านสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 6 การป้องกันตนเองจากการทำงาน จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 7 ภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยาง จำนวน 20 ข้อ นำมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ผลดังนี้แบบสอบถามส่วนที่ 2-6 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.700, 0.738, 0.832, 0.822, 0.889 ตามลำดับ สำหรับส่วนที่ 7 ภาวะสุขภาพด้านร่างกายมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.700 และภาวะสุขภาพด้านจิตใจ เท่ากับ 0.746 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็น (1) ปัญหาสุขภาพหลังจากการทำสวนยาง (2) พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำสวนยางที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (3) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ (4) การได้รับความรู้หรือประสบการณ์ในการทำสวนยาง และ (5) วิธีการป้องกันตนเองและแนวทางในแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง มาวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหาเพื่อประกอบการอภิปรายผลเชิงปริมาณ

ผล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของเกษตรกรสวนยางพารา จำนวน 315 ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.8) มีอายุเฉลี่ย 41.56 ± 10.94 ปี โดยอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 88.9) โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 67.3) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.9) มากกว่าครึ่งเป็นเจ้าของสวนยางพารา (ร้อยละ 61.6) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 39.7)

ในการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมระหว่าง 30 - 90 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.92 ± 1.02 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.7) สำหรับภาวะสุขภาพด้านร่างกายพบว่า มีคะแนนระหว่าง 10 - 50 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.4) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.19 ± 6.24 และภาวะสุขภาพด้านจิตใจมีคะแนนระหว่าง 10 - 50 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.73 ± 5.41 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา (n=315)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			Min	Max	Mean±SD
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
ภาวะสุขภาพโดยรวม	55 (17.4)	232 (73.7)	28 (8.9)	30.00	96.00	71.92±1.02
ภาวะสุขภาพรายด้าน						
ร่างกาย	77 (24.5)	203 (64.4)	35 (11.1)	10.00	50.00	35.19±6.24
จิตใจ	89 (28.2)	205 (65.1)	21 (6.7)	17.00	50.00	36.73±5.41

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพาราอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 44.2 ทักษะคิดต่อการประกอบอาชีพสวนยางพาราอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.0 สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมอาชีพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.7 สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.2 สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 การป้องกันตนเองจากการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยของเกษตรกรสวนยางพารา (n=315)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)			Min	Max	Mean±SD
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพารา	141 (44.8)	152 (48.2)	22 (7.0)	4.00	15.00	11.25±1.88
ทักษะคิดต่อการประกอบอาชีพสวนยางพารา	230 (73.0)	85 (27.0)	0 (0.0)	2.85	4.35	3.80±0.253
สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมอาชีพ	185 (58.7)	129 (41.0)	1 (0.3)	2.20	5.00	3.81±0.58
สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว	303 (96.2)	12 (3.8)	0 (0.0)	3.00	5.00	4.58±0.45
สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน	60 (19.0)	224 (71.1)	31 (9.9)	1.08	5.00	3.16±0.64
การป้องกันตนเองจากการทำงาน	278 (88.3)	37 (11.7)	0 (0.0)	1.90	3.00	2.57±0.22

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติไคสแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานภาพอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา อุบัติเหตุจากการทำงาน สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน สำหรับภาวะสุขภาพด้านร่างกายพบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน สถานะอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา อุบัติเหตุจากการทำงาน ทักษะคิดต่อการประกอบอาชีพสวนยางพารา และสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ส่วนภาวะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานะอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารามี อุบัติเหตุจากการทำงาน ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและภาวะสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=315)

ตัวแปรต้น	ค่าสถิติทดสอบ		
	โดยรวม	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ
เพศ	0.742	0.996	0.171
อายุ	0.033*	0.019*	0.438
สถานภาพสมรส	<0.001***	0.208	<0.001***
ระดับการศึกษา	0.071	0.057	0.623
รายได้ต่อเดือน	<0.001***	<0.001***	<0.001***
โรคประจำตัว	0.712	0.321	0.936
สถานะอาชีพ	<0.001***	<0.001***	<0.001***
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา	<0.001***	<0.001***	<0.001***
อุบัติเหตุจากการทำงาน	<0.001***	<0.001***	<0.001***
ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพารา	0.221	0.662	0.005***
ทักษะคิดต่อการประกอบอาชีพสวนยางพารา	0.380	0.003*	0.081
สัมพันธภาพเพื่อนร่วมอาชีพ	0.756	0.913	0.475
สัมพันธภาพคนในครอบครัว	0.284	0.416	0.276
สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน	<0.001***	<0.001***	<0.001***
การป้องกันตนเองจากการทำงาน	0.923	0.196	0.093

p<0.05 , *** p<0.001

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพาราอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Promphonjom¹³ ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้กรีดยางพาราในอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chaimay¹⁴ ที่พบว่าเกษตรกรสวนยางพาราตำบลแหลมโดนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุงมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Madtharak¹² ที่พบว่าภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของเกษตรกรชาวสวนยางพารา อำเภอแกลง จังหวัดระยองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพสวนยางพาราอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับระดับดี โดยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่สารเคมีเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ต่อการป้องกันตนเองจากการประกอบอาชีพอยู่ในระดับดี โดยเกษตรกรสวนยางพารามีการป้องกันตนเองจากสิ่งคุกคามสุขภาพต่างๆ เช่น การสวมถุงมือเมื่อสัมผัสสารเคมี การสวมใส่เสื้อแขนยาว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า เกษตรกรสวนยางพารามีการทำงานด้วยความระมัดระวังไม่ประมาท จึงไม่ทำให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวอยู่ในระดับดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นกำลังใจให้กันและกันในยามมีปัญหา และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมอาชีพอยู่ในระดับดี มีการช่วยเหลือให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ให้กัน จึงทำให้ภาวะสุขภาพของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานะอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ทำสวนยางพารา อุบัติเหตุจากการทำงาน สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายไปในทิศทางที่เสื่อมลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และยังเป็นวัยที่มีครอบครัวแล้ว ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายต่างๆ และต้องทำงานหนักมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด/วิตกกังวลกับราคาผลผลิต รวมทั้งจำนวนแรงงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารามีเพียง 1 คน ย่อมส่งผลต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานโดยตรง และรายได้ที่แตกต่างกันนั้นก็ยังมีโอกาสในการเข้าถึงระบบสุขภาพแตกต่างกัน รวมทั้งมีความพร้อมในการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายได้ดีกว่า แต่ทั้งนี้สัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับดีมีคนคอยรับฟังปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ สามารถผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมอาชีพก็ยังคงอยู่ในระดับดีทำให้มีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพทำให้เกษตรกรสวนยางพารามีวิธีการทำงานที่ถูกต้อง และรู้จักสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสิ่งคุกคามต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างการมีภาวะสุขภาพที่ดีของเกษตรกรสวนยางพารา ดังนี้ ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเกษตรกรสวนยางพาราส่วนใหญ่มีความรู้เฉพาะการประกอบอาชีพเท่านั้น และควรมีการจัดกิจกรรมแนะนำท่าทางการทำงานที่ถูกต้องให้กับเกษตรกรสวนยางพารา ทั้งวิธีการก้มตัว การยกของ และการเอี้ยวตัว เนื่องจากลักษณะท่าทางการทำงานของเกษตรกรสวนยางพาราต้องก้มๆ เงยๆ ตลอดเวลาซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บและปวดเมื่อยบริเวณบ่าไหล่และหลัง รวมทั้งส่งเสริมให้เกษตรกรสวนยางพาราเลือกและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักให้กับเกษตรกรและลดอุบัติเหตุจากการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี และทำให้งานศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. The Thai Rubber Association. Situation of Thailand Rubber 2013. The Thai Rubber Association, Songkhla; 2012.
2. Thai Customs Department. Statistics of export and import rubber. Ministry of Commerce, Bangkok; 2012.
3. Maidee P. Health status of Rubber farmer. The office of prevention and control disease in region 11, Nakhon Si Thammarat; 2004.
4. Silpasuwan P. Principle of occupational health nursing: nursing theory. Bangkok: Charoen Di Printing House; 2001.
5. Bonde JP, Milleden S, Andersen JH, Fallentin N, Baelum J, Svendsen SW, et al. Understanding work related musculoskeletal pain: dose repetitive work cause stress symptoms?. Occup Environ Med 2005; 62:41-8.
6. Gagliardi J. Where the wood weep. Sawasdee The Best Of Thailand 2005; 4: 30-8.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). Guide to Community Preventive Services. Retrieved from, <http://www.Thecommunityguide.org>.
8. Joomjee R. The study of ergonomic management for reduce musculoskeletal symptoms among the para-rubber farmer. Journal of industrial technology Ubon Ratchathani University 2017; 7: 92-105.
9. Office of Agricultural Economics. (2016). Thailand Foreign Agricultural Trade Statistics. Retrieved from, <http://www.oae.go.th/download/prcai/farmcrop/rubber>.
10. Rubber Authority of Thailand. (2014). Data system about rubber. Retrieved from, <http://emarket.root.co.th/rdu/>
11. Daniel WW. Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences. (6th ed.). New York : John Wiley & Sons; 1995.
12. Madtharak W, Sritarsoy W. Factors that affect awareness of accidents prevention and the control power belief of rubber plantation farmers. IE network conference: 17-19 October 2012, Faculty of engineering, Sripatum University, Bangkok; 2012.
13. Promphonjom S, Kuhirunyaratn P. Health status among rubber tapping workers in BanPhue district, Udon Thani province. Community health development quarterly Khon Kaen University 2016; 4: 226-38.
14. Chaimay B, Boonrod T. Factors affecting self-care among rubber farmers. The public health journal of Burapha University 2012; 7: 43-9.

เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน

จอม สุวรรณโก โป.ด., นฤเบศร์ โทศล พย.ม.

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช 80160

Abstract: Comparison of Risk Score, Risk Levels and Risk Factors for Developing Cardiovascular Disease in Hypertension with Comorbid Diabetes and Non-Diabetes

Suwanno J, Koson N

Graduate Nursing Studies, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Walailak University School of Nursing, Nakhon Si Thammarat, 80160

(E-mail: jomsuwanno@gmail.com)

Background: Hypertensive with comorbid diabetes has increasing risk for developing cardiovascular disease (CVD). However, there is a limited study on CVD risk of this group. **Objective:** To compare risk score, risk levels and major risk factors for developing CVD in hypertension with comorbid diabetes versus non-diabetes. **Methods:** We used a pool data from 3 previous cross-sectional studies. There was a total of 782 patients with hypertension treated at primary care units. All hypertension were sampling by stratified based on sex and each 10-year of aged groups. Risk for developing CVD was assessed and estimated based on the Framingham Heart Study-General Cardiovascular Risk Profile, which was stratified into high, moderate and low risk groups. **Results:** There was 35.0% hypertension with diabetes. Diabetes group was more likely had higher risk score ($p = 0.000$), risk estimated % ($p = 0.000$) and at higher risk ($p = 0.000$). They were at three-fold increment in the high-risk level (OR 2.83, 95%CI 2.27 - 3.54, $p = 0.000$). They were younger age ($p=0.014$), had lower HDL ($p = 0.002$), while had higher fasting plasma glucose ($p=0.000$), compared with non-diabetes. When compared prevalence of each risk factors, we found that diabetes group was more likely younger than 65 years old ($p=0.024$), had higher rate of uncontrolled FPG of ≥ 125 mg.dl ($p = 0.000$) and ≥ 100 mg.dl ($p=0.000$), and higher rate of low HDL ($p = 0.001$). **Conclusions:** Hypertension with diabetes had greater risk for developing CVD than non-diabetes. Both groups had similar systolic blood pressure and cholesterol levels. These finding reflected that comorbid diabetes had higher the scale, over the blood pressure factor, on the risk for developing CVD.

Keywords: Cardiovascular disease risk, Comorbid disease, Diabetes, Hypertension

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานยิ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่มีการศึกษากันน้อยเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ **วัตถุประสงค์:** เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และชนิดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีกับไม่มีโรคร่วมเบาหวาน **วิธีการ:** นำข้อมูลจากโครงการวิจัยที่ดำเนินการเสร็จแล้ว 3 โครงการมารวมกันแล้ววิเคราะห์ใหม่ กลุ่มตัวอย่างรวม 782 ราย เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาตรวจรักษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือฟรามิงแฮม จำแนกความเสี่ยงตามอัตราเสี่ยงที่คาดการณ์ออกเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลาง และต่ำ **ผล:** พบโรคร่วมเบาหวานร้อยละ 35.0 กลุ่มเป็นเบาหวานมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ทั้งจากค่าคะแนนความเสี่ยง ($p = 0.000$) คะแนนเปอร์เซ็นต์ทำนายอุบัติการณ์ ($p = 0.000$) และความเสี่ยงสูงระดับสูง ($p=0.000$) กลุ่มเบาหวานมีอัตราความชุกในกลุ่มเสี่ยงสูงประมาณสามเท่า (OR 2.83, 95%CI 2.27 - 3.54, $p = 0.000$) มีอายุน้อยกว่า ($p = 0.014$) และค่าไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า ($p = 0.002$)

แต่มีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ($p = 0.000$) เมื่อเปรียบเทียบอัตราชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด พบว่ากลุ่มเบาหวานส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ($p = 0.024$) ค่าน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 125 มก.ดล. ($p = 0.000$) และตั้งแต่ 100 มก.ดล. ($p = 0.000$) และค่าไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า 50 มก.ดล. ($p = 0.001$) **สรุป:** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานมีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มเป็นไม่เป็นเบาหวาน โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าความดันโลหิตและไขมันคอเลสเตอรอลไม่ต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าโรคร่วมเบาหวานเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงยิ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าความดันโลหิต

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคร่วม

บทนำ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายชนิด (cardiovascular disease [CVD]) โดยเฉพาะโรคหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และเบาหวาน¹ การศึกษาระยะยาวในประชากรวัยผู้ใหญ่พบว่า ประมาณสองในสามของการตายจากสาเหตุโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นผู้ที่มีค่าความดันซิสทอลิกตั้งแต่ 115 มม.ปรอท และหรือค่าความดันไดแอสทอลิกตั้งแต่ 75 มม.ปรอท²⁻³ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแล้วนั้น หากควบคุมความดันโลหิตได้ค่าเท่ากับกลุ่มที่ยังไม่รักษาจะมีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่า ไม่ว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ผลหรือไม่ได้ผลตามเกณฑ์เป้าหมายก็ตาม⁴⁻⁵ หากลดค่าความดันซิสทอลิกลงได้ 2 - 5 มม.ปรอท พบว่า⁶⁻⁷ ทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงร้อยละ 3 - 7 และอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงร้อยละ 20 ตามค่าความดันซิสทอลิกที่ลดลงทุกๆ 10 มม.ปรอท

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณสี่ในห้าราย มีปัจจัยเสี่ยงร่วมชนิดอื่นอย่างน้อยหนึ่งชนิด ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงตั้งต้นของโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ค่อนข้างสูงระยะก่อนเป็นเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน การสูบบุหรี่ และอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นกลุ่มปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะคืออินซูลินและเกิดเบาหวานตามมา¹ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์โรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30 และเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยสูงวัยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁸ อัตราเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่เบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่า⁹ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานจึงยังมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงร่วม ชนิด และระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่เกิดเบาหวานอาจมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เกิดเบาหวาน และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มน่าจะแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาพยาบาลเพื่อป้องกันโรคร่วมเบาหวาน และลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดเบาหวาน จึงต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง จำแนกระดับความเสี่ยง และค้นหาว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลักชนิดใดที่แตกต่างกันอย่างจำเพาะ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาผู้ศึกษาไม่พบว่ามีการศึกษาประเด็นดังกล่าวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวไทย หลักฐานจากการจากศึกษานี้จะทำให้เข้าใจถึงความแตกต่างของระดับความเสี่ยงและชนิดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนป้องกันและลดความเสี่ยงให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานและไม่เกิดเบาหวาน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาแบบเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากโครงการวิจัยที่ดำเนินการเสร็จแล้ว 3 โครงการ และมีข้อมูลอยู่ในโปรแกรมวิเคราะห์แล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลจากทุกโครงการมารวมกันเป็นข้อมูลชุดใหม่ กลุ่มตัวอย่างรวม 782 ราย จากนั้นจึงวิเคราะห์ใหม่ รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาและการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ มีการพิมพ์เผยแพร่แล้ว¹⁰⁻¹¹ ทั้งสามโครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาปรึกษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางครั้งเดียว มีวิธีดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติเดียวกัน ดังนี้ โครงการแรก¹⁰ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้หญิงที่มาปรึกษา ณ โรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง รวม 324 ราย (ร้อยละ 41.4) มีโรคร่วมเบาหวาน 115 ราย (ร้อยละ 14.7) โครงการที่สอง¹¹ มีกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งเพศหญิงและชายที่มาปรึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนึ่งแห่ง รวม 342 ราย (ร้อยละ 43.7) มีโรคร่วมเบาหวาน 108 ราย (ร้อยละ 13.8) และโครงการที่สาม มีกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชายที่มาปรึกษา ณ ศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาลหนึ่งแห่ง รวม 116 ราย (ร้อยละ 14.8) มีโรคร่วมเบาหวาน 51 ราย (ร้อยละ 6.5) ได้กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีลำดับชั้น ตามสัดส่วนเพศและช่วงกลุ่มวัย โครงการที่หนึ่งสุ่มตามกลุ่มอายุทุกๆ ช่วง 10 ปี จากน้อยกว่า 40 ปีจนถึงมากกว่า 80 ปี ส่วนโครงการที่สองและสามสุ่มกลุ่มแยกเพศหญิง-ชาย ตามกลุ่มอายุทุกๆ ช่วง 10 ปี เช่นเดียวกับโครงการแรก กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ในรายงานนี้มีโรคร่วมเบาหวาน 274 ราย (ร้อยละ 35.0) และไม่เป็นเบาหวาน 508 ราย (ร้อยละ 65.0) เป็นเพศหญิง 660 ราย (ร้อยละ 84.4) อายุตั้งแต่ 27-95 ปี เฉลี่ย 65.98(12.25) ปี ค่ามัธยฐาน 67 ปี โครงการวิจัยที่นำข้อมูลมาใช้ในรายงานนี้ ทั้ง 3 โครงการ มีการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเดียวกัน ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งสามโครงการผ่านการฝึกเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือนักวิจัย มีค่าความเที่ยงในการประเมินระหว่างผู้เก็บข้อมูล 4 คน ไม่น้อยกว่า 0.99 ดังนี้

1. แบบฟอร์มบันทึกปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ศึกษารวบรวมจากบันทึกเวชระเบียนร่วมกับการสัมภาษณ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกาย เพื่อรวบรวมปัจจัยเสี่ยงหลัก 6 ชนิด คือ 1) ค่าความดันซิสทอลิก วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดชนิดกึ่งอัตโนมัติที่มีการตั้งค่าเทียบความเที่ยง โดยวัดจากแขนทั้งสองข้าง ในท่านั่ง จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยรวมกับค่าความดันโลหิตในช่วงหนึ่งปี 2) อายุ นับปีเต็ม 3) ค่าน้ำตาลในเลือด เก็บตัวอย่างเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เจาะจากหลอดเลือดดำที่แขนใส่หลอดทดลองมีสารกันเลือดแข็งตัว ส่งตรวจภายในเวลา 1 ชั่วโมง 4) ไขมันคอเลสเตอรอล และ 5) ไขมันเอชดีแอล เก็บตัวอย่างเลือดครั้งเดียวกันกับการตรวจน้ำตาลในเลือด แยกใส่หลอดทดลองที่ไม่มีสารกันเลือดแข็งตัว 6) การสูบบุหรี่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (สูบ/ไม่สูบ) นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 โครงสร้างร่างกาย ประกอบด้วยดัชนีมวลกาย รอบเอว และสัดส่วนรอบเอวต่อสะโพก วัดส่วนสูงด้วยแถบวัดเป็นเซนติเมตร ทุกรายถอดรองเท้า ยืนในท่าตรงเท้าชิดขนานกับส้นเท้า แขนแนบลำตัว ก้น ไหล่และศีรษะแตะฝาผนัง มองไปข้างหน้าระดับสายตา ทุกรายถ่ายปัสสาวะและสวมเสื้อผ้าที่เตรียมไว้ให้ ชั่งน้ำหนักโดยยืนบนเครื่องชั่งอัตโนมัติที่มีการตรวจวัดมาตรฐานเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณดัชนีมวลกายจากสูตรมาตรฐาน วัดรอบเอวในตำแหน่งรอบสะดือ ในแนวจุดกึ่งกลางระหว่างขอบซี่โครงกับ Iliac crest วัดรอบสะโพกในส่วนที่กว้างที่สุดของสะโพก นำมาคำนวณสัดส่วนรอบเอวต่อสะโพก กลุ่มที่ 2 ไขมันชนิดร้ายตัวอื่น ตรวจพร้อมไปกับไขมันคอเลสเตอรอล ประกอบด้วย ไขมันไตรกลีเซอไรด์ และไขมันแอลดีแอล

2. Framingham Heart Study-General Cardiovascular Risk Profile⁴ ใช้จำแนกคะแนนความเสี่ยง อัตราเสี่ยงที่คาดการณ์ และระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยให้คะแนนแยกตามชนิดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งแต่ละปัจจัยมีช่วงคะแนนแตกต่างกัน ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงหลัก 6 ชนิด คือ อายุ ความดันซิสทอลิก เบาหวาน การสูบบุหรี่ ไขมันคอเลสเตอรอล และไขมันเอชดีแอล การให้คะแนนตามแบบประเมิน Framingham นี้ มีคะแนนรวมตั้งแต่ < -2 ถึง ≥ 21 (อัตราเสี่ยงที่คาดการณ์ < 1% ถึง > 30%) จำแนกความเสี่ยง 3 ระดับ คือความเสี่ยงต่ำ (คะแนน < -2 ถึง 9) ปานกลาง (คะแนน 10 - 17) และความเสี่ยงสูง (คะแนน ≥ 18) อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์แบบเส้นตรงกับคะแนนความเสี่ยงและอัตราเสี่ยงที่คาดการณ์¹

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป โดยเสนอผลวิเคราะห์ทั้งกลุ่มรวม (N = 782) และแยกวิเคราะห์ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงต่ำ (n = 411) และกลุ่มความเสี่ยงสูง (n = 371) ใช้สถิติ

ทดสอบ *t* (independent *t*-test) เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงรวม อัตราเสี่ยงที่คาดการณ์ คะแนนความเสี่ยงของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด และค่าเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีโรคร่วมเบาหวานกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ยกเว้นค่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติ *U* (Mann-Whitney *U* test) เนื่องจากการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนสถิติทดสอบไคสแควร์ (*Chi*-square test) ค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) และช่วงอันตรภาคชั้นความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval [95%CI]) ใช้สำหรับเปรียบเทียบอัตราส่วนของระดับความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดของกลุ่มเบาหวานกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน สำหรับการวิเคราะห์อัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด นั้นใช้การจำแนกแบบ 2 × 2 กลุ่ม โดยมีแนวทางการจำแนกกลุ่มปัจจัยเสี่ยงชนิดต่างๆ ดังนี้ (1) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยมัธยฐาน 67 ปี ผู้วิจัยจึงใช้อายุ ≥ 65 ปีเป็นเกณฑ์จำแนกวัยสูงอายุตามเกณฑ์สากล พร้อมกับการจำแนกที่ช่วงอายุ 60 ปี ซึ่งเป็นเกณฑ์จำแนกวัยสูงอายุของคนไทย และช่วงอายุ 55 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคน (2) ค่าความดันซิสทอลิก ที่ 140 มม.ปรอท ค่าความดันไดแอสทอลิกที่ 90 มม.ปรอท และการควบคุมความดันโลหิตตามเกณฑ์เป้าหมายตามเกณฑ์ JNC-7 โดยค่าซิสทอลิกและไดแอสทอลิกที่ระดับต่ำกว่า 140 และ 90 มม.ปรอท^{6,12} (3) ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ใช้ตามเกณฑ์สมาคมเบาหวานอเมริกัน¹³ จำแนกเป็นคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ≥ 125 มก.ดล และค่าน้ำตาลในเลือดสูงระยะก่อนเป็นเบาหวาน ≥ 100 มก.ดล และ (4) ค่าไขมันคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ ≥ 125 มก.ดล. และไขมันเอชดีแอลต่ำกว่าเป้าหมาย < 50 มก.ดล ใช้ตามเกณฑ์ NCEP-ATP III¹⁴

ผล

ความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักแต่ละปัจจัย

ตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงแบบช่วงกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานกับไม่เป็นเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงหลักแตกต่างกันอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติสามปัจจัย คือ อายุ ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันเอชดีแอล ส่วนปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ พบแนวโน้มความชุกในกลุ่มเบาหวานต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน แต่ค่าความดันซิสทอลิกไม่ต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงรองที่แตกต่างกันคือ ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ และรอบเอว โดยพบรอบเอวเกินปกติในกลุ่มเบาหวานสูงกว่า จากแผนภาพที่ 1 กลุ่มเบาหวานมีระดับความเสี่ยงสูง ปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 71.9, 27.7 และ 0.4 ตามลำดับ และแตกต่างอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน โดยกลุ่มเบาหวานมีอัตราความชุกของระดับความเสี่ยงสูงเป็น 5 เท่าของกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน (OR 2.83, 95%CI = 2.27-3.54)

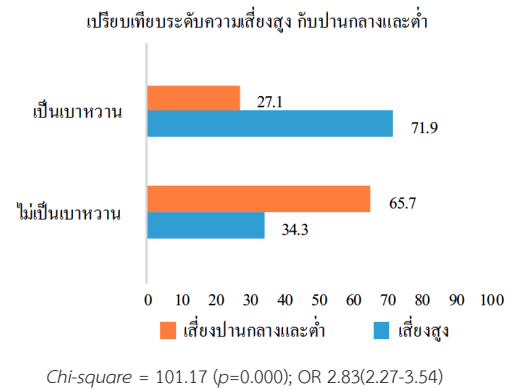
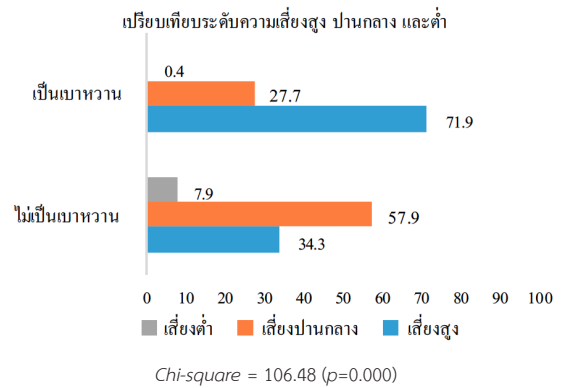
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 2 กลุ่มเบาหวานกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวานมีช่วงคะแนนเปอร์เซ็นต์ทำนายอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ กลุ่มเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงมีอัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์สูงกว่า ในตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มเบาหวานมีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (19.11 ± 3.60 vs 15.50 ± 4.05, *p* = 0.000) และค่าเปอร์เซ็นต์ทำนายอุบัติการณ์ (23.72 ± 6.92 vs 17.08 ± 8.42, *p* = 0.000) สูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

โดยรวมพบว่า กลุ่มเป็นเบาหวานมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน มีค่าความดันซิสทอลิกและค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่า แต่ค่าไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า เมื่อแยกวิเคราะห์ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางและต่ำ พบว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานมีค่าไขมันคอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ส่วนในกลุ่มความเสี่ยงสูง พบว่าผู้ที่ เป็นเบาหวานมีค่าความดันซิสทอลิกและไขมันคอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน (ตารางที่ 3)

ภาพที่ 1 ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเป็นเบาหวานเทียบกับไม่เป็นเบาหวาน



ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคร่วมเบาหวาน

ตารางที่ 4 ในกลุ่มรวมทุกระดับความเสี่ยง พบว่ากลุ่มเบาหวานส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 65 ปี (*p* = 0.024) ค่าน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 125 มก.ดล (*p* = 0.000) และตั้งแต่ 100 มก.ดล (*p* = 0.000) และค่าไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า 50 มก.ดล (*p* = 0.001) เช่นเดียวกับเมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำ พบว่า กลุ่มเบาหวานมีอายุน้อยกว่า ทั้งในช่วงอายุน้อยกว่า 55 ปี (*p* = 0.003) อายุน้อยกว่า 60 ปี (*p* = 0.000) และอายุน้อยกว่า 65 ปี (*p* = 0.000) ค่าน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 125 มก.ดล (*p* = 0.000) และตั้งแต่ 100 มก.ดล (*p* = 0.000) แต่มีความชุกของไขมันคอเลสเตอรอลสูงตั้งแต่ 200 มก.ดล เป็นอัตราส่วนต่ำกว่า (*p* = 0.003)

ในกลุ่มความเสี่ยงสูง พบว่า กลุ่มเบาหวานมีอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อไปมากกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ได้แก่ เพศหญิง (*p* = 0.000) อายุน้อยกว่า 65 ปี (*p* = 0.016) ค่าน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่ 125 มก.ดล (*p* = 0.000) และตั้งแต่ 100 มก.ดล (*p* = 0.000) แต่มีความชุกอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อไปต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ได้แก่ ค่าความดันซิสทอลิกสูงตั้งแต่ 140 มม.ปรอท (*p* = 0.003) ค่าความดันไดแอสทอลิกสูงตั้งแต่ 90 มม.ปรอท (*p* = 0.040) การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (*p* = 0.002) ค่าไขมันคอเลสเตอรอลสูงตั้งแต่ 200 มก.ดล. (*p* = 0.007)

ตารางที่ 1 ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเป็นเบาหวานเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยงหลัก	เป็นเบาหวาน (n = 274)	ไม่เป็นเบาหวาน (n = 508)	รวม (N = 782)	ค่าสถิติ	p
อายุ ≥ 75 ปี	47(17.2)	158(31.1)	205(26.2)	23.82	0.005
70 - 74 ปี	52(19.0)	73(14.4)	125(16.0)		
65 - 69 ปี	42(15.3)	73(14.4)	115(14.7)		
60 - 64 ปี	49(17.9)	60(11.8)	109(13.9)		
55 - 59 ปี	33(12.0)	48(9.4)	81(10.4)		
50 - 54 ปี	25(9.1)	39(7.7)	64(8.2)		
45 - 49 ปี	11(4.0)	28(5.5)	39(5.0)		
40 - 44 ปี	12(4.4)	19(3.7)	31(4.0)		
35 - 39 ปี	2(0.7)	7(1.4)	9(1.2)		
< 35 ปี	1(0.4)	3(0.6)	4(0.5)		
ค่าความดันซิสทอลิก ≥ 160 มม.ปรอท	28(10.2)	41(8.1)	69(8.8)	3.79	0.579
150 - 159 มม.ปรอท	29(10.6)	55(10.8)	84(10.7)		
140 - 149 มม.ปรอท	70(25.5)	123(24.2)	193(24.7)		
130 - 139 มม.ปรอท	84(30.7)	163(32.1)	247(31.6)		
120 - 129 มม.ปรอท	52(19.0)	91(17.9)	143(18.3)		
< 120 มม.ปรอท	11(4.0)	35(6.9)	46(5.9)		
มีประวัติเป็นเบาหวานอยู่เดิม	228(83.2)	0(0)	228(29.2)	596.68	0.000
ไม่มีประวัติเบาหวาน	46(16.8)	508(100)	554(70.8)		
ค่าน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก.ดล.	167(60.9)	0(0)	167(21.8)	399.26	0.000
100 - 125 มก.ดล.	107(39.1)	142(28.8)	199(25.9)		
< 100 มก.ดล.	50(18.2)	351(71.2)	401(52.3)		
สูบบุหรี่	16(5.8)	50(9.8)	66(8.4)	3.69	0.055
ไม่สูบบุหรี่	258(94.2)	458(90.2)	716(91.6)		
ค่าไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 280 มก.ดล.	17(6.2)	29(5.7)	46(5.9)	4.73	0.316
240 - 279 มก.ดล.	32(11.7)	70(13.8)	102(13.0)		
200 - 239 มก.ดล.	69(25.2)	144(28.3)	213(27.2)		
160 - 199 มก.ดล.	97(35.4)	185(36.4)	282(36.1)		
< 160 มก.ดล.	59(21.5)	80(15.7)	139(17.8)		
ค่าไขมันเอชดีแอล < 35 มก.ดล.	34(12.4)	36(7.1)	70(9.0)	13.32	0.010
35 - 44 มก.ดล.	81(29.6)	126(24.8)	207(26.5)		
45 - 49 มก.ดล.	54(19.7)	91(17.9)	145(18.5)		
50 - 59 มก.ดล.	58(21.2)	131(25.8)	189(24.2)		
≥ 60 มก.ดล.	47(17.2)	124(24.4)	171(21.9)		

ตารางที่ 2 อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

%อุบัติการณ์ ที่คาดการณ์	ระดับความเสี่ยงต่ำ				ระดับความเสี่ยงปานกลาง				ระดับความเสี่ยงสูง			
	อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ 0 - 6		อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ 6 - 20		อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ 20 - 30		อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ 30 - 40		อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ 40 - 50		อัตราอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ ร้อยละ ≥ 20	
	เป็นเบาหวาน	จำนวน (%) ที่พบ	ไม่เป็นเบาหวาน	รวม	เป็นเบาหวาน	จำนวน (%) ที่พบ	ไม่เป็นเบาหวาน	รวม	เป็นเบาหวาน	จำนวน (%) ที่พบ	ไม่เป็นเบาหวาน	รวม
< 1	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	17(3.3)	19(2.4)	21.5	29(10.6)	27(5.3)	56(7.2)	
1.0	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	21.6	29(10.6)	27(5.3)	56(7.2)	
1.2	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.7)	21(4.1)	23(2.9)	24.8	4(1.5)	5(1.0)	9(1.2)	
1.5	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	25.3	1(0.4)	10(2.0)	11(1.4)	
1.7	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.7)	21(4.1)	23(2.9)	28.5	31(11.3)	20(3.9)	51(6.5)	
2.0	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	1(0.1)	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	29.4	2(0.7)	8(1.6)	10(1.3)	
2.4	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	1(0.1)	12(4.4)	37(7.3)	49(6.3)	>30	99(36.1)	78(15.4)	177(22.6)	
2.8	0(0)	2(0.4)	2(0.3)	2(0.3)	0(0)	1(0.2)	1(0.1)					
3.3	0(0)	7(1.4)	7(0.9)	7(0.9)	8(2.9)	39(7.7)	47(6.0)					
3.9	0(0)	8(1.6)	8(1.0)	8(1.0)	0(0)	1(0.2)	1(0.1)					
4.5	1(0.4)	11(2.2)	12(1.5)	13.7	13(4.7)	53(10.4)	66(8.4)					
5.3	0(0)	9(1.8)	9(1.2)	15.6	0(0)	2(0.4)	2(0.3)					
5.6	0(0)	1(0.2)	1(0.1)	15.9	15(5.5)	49(9.6)	64(8.2)					
			18.4	18.4	2(0.7)	1(0.2)	3(0.4)					
			18.5	18.5	20(7.3)	49(9.6)	69(8.8)					

รวม 41 ราย (ร้อยละ 5.2); Chi-square 2.52 (p = 0.926)

รวม 370 ราย (ร้อยละ 47.3); Chi-square 16.28 (p = 0.297)

รวม 371 ราย (ร้อยละ 47.4); Chi-square 15.08 (p = 0.020)

กลุ่มตัวอย่างรวม 782 ราย Chi-square 150.19 (p = 0.000)

ตารางที่ 3 คะแนนความเสี่ยงและค่าเฉลี่ยเสี่ยงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเป็นเบาหวานเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวานแยกกลุ่มเสี่ยงปานกลาง-ต่ำ และกลุ่มเสี่ยงสูง

คะแนนความเสี่ยง	รวมทุกกลุ่ม (N = 782)		กลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำ (N = 411)		กลุ่มเสี่ยงสูง (N = 371)	
	เป็นเบาหวาน (n = 274)	ไม่เป็นเบาหวาน (n = 508)	เป็นเบาหวาน (n = 77)	ไม่เป็นเบาหวาน (n = 334)	เป็นเบาหวาน (n = 197)	ไม่เป็นเบาหวาน (n = 174)
คะแนนความเสี่ยงรวม	19.11(3.60)	15.50(4.05)	14.87(1.98)	13.39(3.06)	20.76(2.58)	19.55(2.23)
เปอร์เซ็นต์ที่เกินความเสี่ยง	23.73(6.92)	17.08(8.42)	14.10(3.78)	11.81(4.57)	27.49(3.25)	27.19(3.31)
อายุ	9.52(2.47)	9.94(2.81)	7.57(2.37)	8.98(2.69)	10.28(2.05)	11.78(2.02)
ความดันซิสโตลิก	3.76(1.80)	3.55(1.81)	2.70(1.85)	3.08(1.82)	4.18(1.59)	4.44(1.39)
เบาหวาน	3.78(0.69)	0.00(0.00)	3.82(0.79)	0.00(0.00)	3.76(0.65)	0.00(0.00)
การสูบบุหรี่	0.23(0.92)	0.39(1.18)	0.05(0.45)	0.06(0.49)	0.29(1.04)	1.01(1.74)
ไขมันคอเลสเตอรอล	1.82(1.52)	1.97(1.48)	1.17(1.32)	1.75(1.44)	2.07(1.52)	2.38(1.49)
ไขมันเอชดีแอล	-0.01(1.30)	-0.35(1.28)	-0.44(1.21)	-0.50(1.24)	0.16(1.30)	-0.07(1.31)
ค่าเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยง	64.58(10.99)	66.74(12.83)	56.69(9.86)	63.60(12.79)	67.66(9.83)	72.75(10.58)
อายุ						

วิจารณ์

ผลการศึกษารูปได้ว่า (1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ทั้งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจากค่าคะแนนความเสี่ยง อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่คาดการณ์ และระดับความเสี่ยง (2) กลุ่มเป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานมีค่าคะแนนปัจจัยเสี่ยง ค่าเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยง และความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดแตกต่างกัน (3) ชนิดของปัจจัยเสี่ยงที่พบแตกต่างกันในกลุ่มรวมทุกความเสี่ยงมีสามปัจจัย ดังนี้ อายุ ค่าน้ำตาลในเลือด และไขมันเอชดีแอล โดยกลุ่มเป็นเบาหวานมีอายุน้อยกว่า น้ำตาลในเลือดสูงกว่า และไขมันเอชดีแอลต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน และ (4) ชนิดของปัจจัยเสี่ยงที่พบแตกต่างกันเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อยความเสี่ยงระดับปานกลาง-ต่ำ และความเสี่ยงสูง มีปัจจัย ดังนี้ เพศ อายุ ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูง การคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย น้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ และไขมันคอเลสเตอรอล โดยกลุ่มเป็นเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า น้ำตาลในเลือดสูงกว่า แต่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่น ๆ น้อยกว่าหรือต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน

ชนิดของปัจจัยเสี่ยงที่จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ ค่าความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอล ไขมันเอชดีแอล และการสูบบุหรี่ ในปัจจุบันมีเครื่องมือหรือระบบคะแนนจำแนกระดับความเสี่ยงหลากหลายเครื่องมือสำหรับทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น SCORE (Systematic COronay Risk Evaluation)¹⁵ WHO/ISH (World Health Organization/International Society of Hypertension)¹⁶ เป็นต้น เครื่องมือเหล่านี้พัฒนามาจากเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโครงการ ฟรามิงแฮม (Framingham Heart Study Global Risk Score) อาจมีปัจจัยเสี่ยงหลักบางปัจจัยที่แตกต่างกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบในบริบทประชากรของประเทศหรือภูมิภาคนั้น¹⁷ ตัวอย่างเช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย¹⁸ ซึ่งมีการให้คะแนนความเสี่ยงแบบระบบ SCORE นั้น พบว่าน้ำหนักตัว หรือขนาดรอบเอว เป็นหนึ่งในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงหลัก แต่เครื่องมือไม่มีคะแนนจำแนกเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่กินยารักษาอยู่

การศึกษานี้ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Framingham Heart Study Cardiovascular Risk Profile⁴ ซึ่งพัฒนามาใช้สำหรับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงในบริการปฐมภูมิ โดยแยกค่าคะแนนตามเพศหญิงและชาย และค่าความดันโลหิตสูงตามกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้วและได้รับการรักษากับกลุ่มที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูงหรือยังมิได้รับการรักษา จำแนกคะแนนตามค่าปัจจัยเสี่ยงหลัก คะแนนเพิ่มขึ้นตามอายุ ค่าความดันโลหิตสูง ค่าไขมันคอเลสเตอรอล ค่าไขมันเอชดีแอล โรคเบาหวาน และสูบบุหรี่ กรณีประเมินความเสี่ยงของชาวเอเชีย มีข้อสังเกตว่าค่าคะแนนความเสี่ยงจะคลาดเคลื่อนสูงกว่าอุบัติการณ์จริงเพียง 2 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น⁴ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานมีคะแนนความเสี่ยง อัตราเสี่ยง และระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มเบาหวานมีระดับความเสี่ยงสูงในอัตราสูงเป็นสามเท่า สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักและเป็นปัจจัยอิสระทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁹ นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลมากกว่าค่าความดันโลหิตสูง และไขมันคอเลสเตอรอล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงสองชนิดนี้ไม่แตกต่างกัน ทั้งๆ ที่ปัจจัยเสี่ยงสองชนิดนี้มีช่วงค่าคะแนนความเสี่ยงสูงกว่าปัจจัยเสี่ยงเบาหวานตามการประเมินด้วยเครื่องมือของฟรามิงแฮม⁴ อีกทั้งกลุ่มที่มีโรคเบาหวานยังมีอายุน้อยกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานประมาณสองปีและมีค่าคะแนนความเสี่ยงด้านอายุต่ำกว่า

ลักษณะความแตกต่างและอิทธิพลของโรคเบาหวานนี้ ยิ่งพบชัดเจนเมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงต่ำ และกลุ่มความเสี่ยงสูง นั่นคือกลุ่มที่มีโรคเบาหวานมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มไม่เป็น

เบาหวานประมาณ 5-7 ปี มีค่าความดันโลหิตสูงเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานประมาณ 2-4 มม.ปรอท มีค่าไขมันคอเลสเตอรอลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานประมาณ 13-15 มก.ดล. เมื่อประเมินคะแนนความเสี่ยงของปัจจัยเสี่ยงสามปัจจัยนี้ กลุ่มที่มีโรคเบาหวานจึงมีค่าคะแนนความเสี่ยงต่ำกว่า แต่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีค่าสำคัญสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานยังมีอิทธิพลเพิ่มขึ้นในกลุ่มความเสี่ยงสูง การศึกษานี้เป็นรายงานแรกที่เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีและไม่มีโรคเบาหวาน จากผลการศึกษานี้จึงคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่มีโรคเบาหวานจะมีอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยไม่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานนั้นจะมีอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นอัตราส่วนเท่าใด แต่จากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน⁹ ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานน่าจะมีอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทวีคูณ

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบในกลุ่มความเสี่ยงรวมทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกันสามชนิด คืออายุ ค่าน้ำตาลในเลือด และไขมันเอชดีแอล โดยกลุ่มที่มีโรคเบาหวานมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าและส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน่าจะเกิดเบาหวานเมื่ออายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรทั่วไปที่พบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยกลางคนมีอัตราความชุกของเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าวัยสูงอายุ และอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นในผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี^{9,19-20} ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในห้าปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก (metabolic risk factor) ที่เป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด หลักฐานความรู้ปัจจุบันพบว่า ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิกที่สำคัญร่วมกันคือน้ำหนักเกิน-อ้วน อ้วนลงพุง และไขมันในเลือดผิดปกติ^{9,19-20} ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประมาณสองในสามมีน้ำหนักตัวเกินจนถึงอ้วน พอๆกับอ้วนลงพุง กลุ่มที่มีโรคเบาหวานมีค่าไขมันเอชดีแอลเฉลี่ยต่ำกว่า และมีความชุกของไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า 50 มก.ดล. ในอัตราสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ

สำหรับค่าน้ำตาลในเลือดนั้นมีข้อค้นพบตามที่คาดไว้ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 125 มก.ดล. ซึ่งมีอัตราส่วนความชุกสูงถึงห้าเท่าครึ่งของกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน เช่นเดียวกับค่าน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 100 มก.ดล. มีอัตราส่วนความชุกเป็นห้าเท่าของกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ในขณะที่อัตราการควบคุมความดันโลหิตสูง (SBP < 140 มม.ปรอท) ความดันโลหิตสูง (DBP < 90 มม.ปรอท) และการควบคุมความดันโลหิตตามเกณฑ์เป้าหมาย (SBP < 140 และ DBP < 90 มม.ปรอท) ของทั้งสองกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกัน นั่นหมายความว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ผลไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน ข้อค้นพบนี้ โดยนัยหนึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นอาจจะยังมุ่งเน้นที่การลดความดันโลหิต แต่ยังไม่ได้ผลดีพอในการลดค่าน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคร่วมที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเบาหวานมีแนวโน้มสูงจะเกิดภาวะต้องอินซูลิน หรืออาจเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมทางเมตาบอลิกหลายปัจจัย จึงทำให้ไม่สามารถลดน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลตามเกณฑ์เป้าหมาย²¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อค้นพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคเบาหวานมีค่าไขมันคอเลสเตอรอลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน และมีสัดส่วนของผู้ที่มีค่าไขมันคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ (≥ 200

มก.ตล.) ในอัตราต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน โดยเห็นค่าความสัมพันธ์ชัดเจนเมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงต่ำ และกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานจึงมีค่าคะแนนความเสี่ยงของปัจจัยเสี่ยงไขมันคอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ยิ่งสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงเบาหวานต่อระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

สรุป

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มเป็นเบาหวาน โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าความดันโลหิต และไขมันคอเลสเตอรอลไม่ต่างกัน แสดงให้เห็นว่าโรคร่วมเบาหวานเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงยิ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าความดันโลหิต ผู้ป่วยกลุ่มเป็นเบาหวานมีอายุน้อยกว่า และไขมันเอชดีแอลต่ำกว่า ในขณะที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน ดังนั้น การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวานจึงต้องเพิ่มแนวทางการลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มระดับไขมันเอชดีแอล ร่วมกับการลดปัจจัยทางเมตาบอลิกเพื่อชะลออุบัติการณ์โรคร่วมเบาหวานไม่ให้เกิดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พว.อุไรวรรณ พานทอง, พว. จริญญา ชูเขียว และ พว.สุปราณี บุญธรรมที่มีส่วนช่วยให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Ueshima H, Sekikawa A, Miura K, Turin TC, Takashima N, Kita Y, et al. Cardiovascular disease and risk factors in Asia: a selected review. *Circulation* 2008;118:2702-9.
2. Franklin SS, Wong ND. Hypertension and cardiovascular disease: contributions of the Framingham Heart Study. *Glob Heart* 2013;8:49-57.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903-13.
4. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008; 117:743-53.
5. Iyer AS, Ahmed MI, Filippatos GS, Ekundayo OJ, Aban IB, Love TE, et al. Uncontrolled hypertension and increased risk for incident heart failure in older adults with hypertension: findings from a propensity-matched prospective population study. *J Am Soc Hypertens* 2010;4:22-31.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.
7. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender J, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 387:957-67.
8. Huang XB, Tang WW, Liu Y, Hu R, Ouyang LY, Liu JX, et al. Prevalence of diabetes and unrecognized diabetes in hypertensive patients aged 40 to 79 years in southwest China. *PLoS ONE* 2017; 12:e0170250.
9. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. The effect of diabetes on the risk of major cardiovascular disease and death in Asia-Pacific region. *Diab Care* 2003; 34:360-6.
10. Chookhaew J, Suwanno J, Sameanphet T. Predictors of risk level of developing coronary heart disease in women with hypertension attending a rural community hospital. *Journal of Nursing Division* 2013;40:39-56.
11. Pantong U, Suwanno J, Rewwadee P, Sameanphet T. Prevalence of microalbuminuria among hypertensive persons attending primary care service. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34:93-102.
12. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311: 507-20.
13. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diab Care* 2010; 33:62-9.
14. [NCEP] Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 258:2486-97.
15. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24:987-1003.
16. Mendis S, Lindholm LH, Mancia G, Whitworth J, Alderman M, Lim S, et al. World Health Organization (WHO) and International Society of Hyperion (ISH) risk prediction charts: assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low and middle-income countries. *J Hypertens* 2007; 25:1578-82.
17. Selvarajah S, Kaur G, Haniff J, Cheong KC, Hiong TG, van der Graaf Y, et al. Comparison of the Framingham Risk Score, SCORE and WHO/ISH cardiovascular risk prediction models in an Asian population. *Int J Cardiol* 2014;176:211-8.
18. Yamwong S. Development of total cardiovascular risk assessment score. [cited 2018 April 12]. Available from: URL; http://hrm.thainhf.org/document/research/research_199.pdf
19. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. The effect of metabolic risks for coronary death in the Asia Pacific region. *Diab Res Clin Pract* 2006;74:274-81.
20. Ramachandran A, Snehalatha C, Shetty AS, Nanditha A. Trends in prevalence of diabetes in Asian countries. *World J Diab* 2012; 3:110-7.
21. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension* 2001; 37:1053-9.

การวิเคราะห์หนังสือรับรองการตายที่โรงพยาบาลลำปาง ในปี 2560

กำพล เจริญคำว พ.บ.*, มนัสชนก วิเศษศิริ น.บ.*, สุพิศรนา ธิสาระ ค.บ.*, ศรณพัชร ดวงแก้ว วท.บ.**

*โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000, **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Abstract: Analysis of the Certification of Death at Lampang Hospital, Year 2017

Kluakamkao G*, Visessiri M*, Thisara S*, Doungkaew S**

*Lampang Hospital, Mueang Lampang, Lampang, 52000, **Lampang Provincial Health Office, Mueang Lampang, Lampang, 52000

(E-mail:kkamkao@gmail.com)

Background: The cause of death as documented in the death certificate can be used by regional and national health offices to track disease trends and to set public health policies for disease and injury prevention. However, the mortality data on Thai people contain a high proportion of ill-defined causes of death and are not specific enough to be used constructively. In 2017, the Ministry of Public Health set quality criteria, so that ill-defined causes of death in the provinces should not exceed 25 percent. **Objective:** To analyze the quality of death data recorded by physicians at Lampang Hospital by comparing with the causes of death according to the World Health Organization (WHO). **Methods:** This was a retrospective study of the cause of death as recorded by all physicians on death certificates both inside and outside the hospital, from 1 October 2016 to 30 September 2017. The appropriate causes of death from the medical records, including laboratory tests and autopsy results were compared. According to WHO guidelines, the cause of death is the first disease that occurs, which may cause other complications leading to death. In the event of an injury, such as in a motorcycle or car accident, the first injury is considered as the cause of death. Data were analyzed using descriptive statistics to compare the recorded cause of death with the cause of death according to WHO criteria by ICD-10 coding. **Results:** Of the 2,047 cases of death registered in the hospital and the 954 cases registered outside the hospital, 43.8% were recorded by first-year junior doctors, 12.2% by second and third year junior doctors and 36.6% were recorded by forensic examiners. Most (97.7%) of these cases were recorded in the medical, forensic and surgical departments. Using the WHO criteria, the mortality rate for the ill-defined causes of death reduced by 70%. The mortality data became significantly more death-specific as demonstrated in the mortality rate of septicemia which reduced by 79% when compared with the verified code. There were also the following mortality rate increases: in tuberculosis by 27 %, viral hepatitis infection by 367 %, HIV infection by 211%, all cancer by 43 %, ischemic heart disease by 45 % and suicide by 733 %. Comparison with the year 2005, showed that the mortality rate from AIDS decreased from 7.5% to 2% and cancer increased from 10% to 15%, but ischemic heart disease and stroke were similar. **Conclusions:** Respiratory failure should be indicated as an ill-defined cause of death. The topic of death certificates should be included in the curriculum for teaching medical students and junior doctors.

Keywords: Death certification, Ill-defined cause of death, Unnatural death, Mortality rate, AIDS

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ข้อมูลสาเหตุการตายมาจากการบันทึกในหนังสือรับรองการตาย สามารถนำไปใช้โดยหน่วยงานด้านนโยบายและแผนงานทางสาธารณสุขในระดับภาค และประเทศเพื่อศึกษาแนวโน้มของโรค และการบาดเจ็บ กำหนดนโยบายวางแผนควบคุม อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลสาเหตุการตายของคนไทยยังมีการบันทึกลักษณะไม่ทราบสาเหตุ และไม่เฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ในปีพ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่บันทึกโดยแพทย์โรงพยาบาลลำปาง กับสาเหตุการตายตามแนวทางองค์การอนามัยโลก(World Health Organization , WHO) **วิธีการ :** ศึกษาแบบย้อนหลังข้อมูลสาเหตุการตาย ที่บันทึกโดยแพทย์ทุกกลุ่มงาน ทั้งกรณีตายใน และนอกโรงพยาบาล ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายที่เหมาะสม

ของผู้ตาย จากการตรวจสอบเวชระเบียน ผลตรวจห้องปฏิบัติการ รวมทั้งผลการชันสูตรพลิกศพ ตามแนวทางของ WHO ที่กำหนดให้สาเหตุการตายคือ โรคแรกที่เกิดขึ้น อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาต่อเนื่องจนนำไปสู่การตาย ในกรณีการบาดเจ็บ คือ เหตุการณ์แรกที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้เชิงพรรณนาเทียบสาเหตุการตายที่บันทึกไว้กับสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO โดยการให้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ **ผล :** มีการบันทึกหนังสือรับรองการตายกรณีตายในโรงพยาบาล 2,047 ราย ตายนอกโรงพยาบาล 954 ราย โดยแพทย์ใช้ทุนปีแรก แพทย์นิติเวช และแพทย์ใช้ทุนปีที่สองถึงสาม ร้อยละ 43.8 36.6 และ 12.2 ตามลำดับ โดยร้อยละ 97.7 ถูกบันทึกในขณะที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมนิติเวชวิทยา และศัลยกรรม การใช้เกณฑ์ WHO ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุลดลงร้อยละ 70 สาเหตุการตายมีความเฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้น

พบการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 79 จากฐานข้อมูลการตาย และพบการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสาเหตุการตายที่สำคัญเพิ่มขึ้น เช่น วัณโรคร้อยละ 27 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 367 ติดเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่องร้อยละ 211 มะเร็งทั้งหมดร้อยละ 43 โรคหัวใจขาดเลือกร้อยละ 45 และการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 733 เปรียบเทียบกับข้อมูลสาเหตุการตายในปี 2548 แสดงว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่องลดลงจากร้อยละ 7.5 เหลือร้อยละ 2 และโรคมะเร็งเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็น ร้อยละ 15 แต่โรคหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองพบใกล้เคียงกัน **สรุป :** การหายใจล้มเหลว (J96) ควรได้รับการระบุเป็นข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ ควรบรรจุหัวข้อการเขียนหนังสือรับรองการตายในการสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ใช้ทุน

คำสำคัญ : หนังสือรับรองการตาย การตายไม่ทราบสาเหตุ ตายผิดธรรมชาติ อัตราการตาย โรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่อง

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร เมื่อมีผู้ตายในสถานพยาบาล ให้มีการแจ้งการตายต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่คนตาย ภายใน 24 ชั่วโมง โดยเป็นหน้าที่ของผู้รักษาพยาบาลต้องบันทึกหนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1) ตามแบบพิมพ์ที่ผู้อำนวยการทะเบียนกำหนด¹ ในปีพ.ศ. 2548 มีการสำรวจพบข้อมูลสาเหตุการตายคนไทยไม่ถูกต้อง มีการบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 35 - 40 รวมทั้งระบุสาเหตุการตายไม่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพต่ำไม่สามารถนำมาใช้บอกภาวะโรค เช่น ในประเทศพัฒนาแล้วที่มีข้อมูลที่มีคุณภาพ² จึงได้มีความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการพัฒนามาตรฐานการบันทึกหนังสือรับรองการตายของแพทย์ และการรับแจ้งการตายของนายทะเบียนมาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีมีผู้ตายตามธรรมชาติ นอกโรงพยาบาล จะเป็นหน้าที่ของผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน เป็นผู้ออกใบรับแจ้งการตาย(ท.ร.4) โดยนายทะเบียนอำเภอผู้รับแจ้งจะสอบถามสาเหตุการตายจากญาติโดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนกรณีการตายผิดธรรมชาติทั้งนอกและในโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของแพทย์ชั้นสูตรพลีกศพ บันทึกเหตุตายเนื่องจากเป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมาย

ซึ่งนายทะเบียนต้องได้รับความเห็นก่อนการออกมรณบัตร³ ในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ที่จะมียระบบข้อมูลสารสนเทศเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ วางแผน และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องจัดทำข้อมูลสาเหตุการตายส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ คือ ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด⁴

ทั้งนี้หลักการให้สาเหตุการตายของ WHO กำหนดให้ สาเหตุการตาย คือ โรคแรกที่เกิดขึ้น อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามต่อเนื่องกัน มาจนนำไปสู่การตาย ในกรณีการบาดเจ็บ สาเหตุการตาย คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันทำให้เกิดการบาดเจ็บ เช่น ขับมอเตอร์ไซด์ชนรถยนต์ อุบัติเหตุตกจากที่สูง หรือถูกฆาตกรรมโดยอาวุธปืน โดยสาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย ให้ระบุตามกฎเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในกรณีผู้ตายมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องพิจารณาข้อมูล เพื่อเลือกโรคที่สำคัญเป็นสาเหตุการตาย เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าโรคใดเกิดก่อน โรคเรื้อรังที่เป็นมานานย่อมทำให้เกิดความเสื่อมอวัยวะมากกว่า หรือเลือกโรคที่มีความรุนแรงมากกว่า หรือเลือกโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่ควบคุมได้ยาก และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่า รวมทั้งตรวจสอบอาการใกล้ตายว่า เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคใดมากกว่ากัน⁵ ในกรณีมีเหตุการณ์ดำเนินต่อเนื่องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ให้บันทึกสาเหตุการตายเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ โดยเรียงลำดับเหตุการณ์ย้อนจากปัจจุบันไปหาอดีต ให้โรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตายบันทึกอยู่ในบรรทัดบนสุด คือ ช่อง 2.3 a โรคที่เป็นสาเหตุของโรคในบรรทัดบนสุดจะอยู่ในบรรทัดล่าง ช่อง 2.3 b และ 2.3 c ตามลำดับ โดยสาเหตุการตายที่แท้จริงจะอยู่บรรทัดล่างสุด ส่วนในช่อง 2.5 ให้บันทึกโรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎร คัดลอกลงในช่องสาเหตุการตายในมรณบัตรเป็นภาษาไทย โดยให้นำมาจาก โรคในช่องล่างสุดในข้อ 2.3⁶ (ภาพที่ 1)

2 รายการตาย	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)
	b) (due to)
	c) (due to)
	d) (due to)
	2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย)	
	2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

ภาพที่ 1 ส่วนของหนังสือรับรองการตาย ก.ส.4/1ที่แพทย์ต้องบันทึกสาเหตุการตายลงในช่อง 2.3 และ 2.5

ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน ได้แก่ กลุ่มอาการอาการแสดง (ICD10 codes R00 - R99) เช่น ชราภาพ เสียเลือด ชัก ใช้สูง ซ็อกจากติดเชื้อ หรือตายเฉียบพลัน ฯลฯ การบาดเจ็บที่ไม่ทราบพฤติกรรม (Y10 - Y34, Y87.2) มะเร็งที่ไม่ทราบที่มา (C80, C97) โรคหัวใจที่ไม่ชัดเจน เช่น หัวใจวาย หัวใจหยุดเต้น (I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 และ I70.9)¹ จากข้อมูลจากการตรวจราชการของเขตสุขภาพที่ 1⁷ ในปีงบประมาณ 2560 (1 ต.ค. 2559 ถึง 30 ก.ย.2560) มีจำนวนผู้ตายในจังหวัดลำปาง 6,991 ราย เป็นการตายในสถานพยาบาล 2,687 ราย และตายนอกสถานพยาบาล 4,304 ราย ข้อมูลจากมรณบัตร พบเป็นการตาย

ที่ไม่ทราบสาเหตุ ในสถานพยาบาล ร้อยละ 13 และ นอกสถานพยาบาล ร้อยละ 32 คิดรวมเป็นร้อยละ 24.6 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ ร้อยละ 25 เพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 1 พบมีความแตกต่างกันตามแผนในระยะ 5 ปี มีการกำหนดให้ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเพื่อตอบคำถามดังต่อไปนี้ ลักษณะของแพทย์ที่บันทึกหนังสือรับรองการตายทั้งการตายในและตายนอกเป็นอย่างไร ลักษณะการบันทึกหนังสือรับรองการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ ในผู้ที่ตายในและตายนอกโรงพยาบาล เป็นอย่างไร รวมทั้งเปรียบเทียบสาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย กับสาเหตุการตายที่จริงตามแนวทางองค์การอนามัยโลกต่างกันอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษา

ไปพัฒนาคุณภาพการบันทึก โดยมุ่งเน้นที่แพทย์กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสำรวจสาเหตุการตายของประชากรให้ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายตามแผนงานที่ 12 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

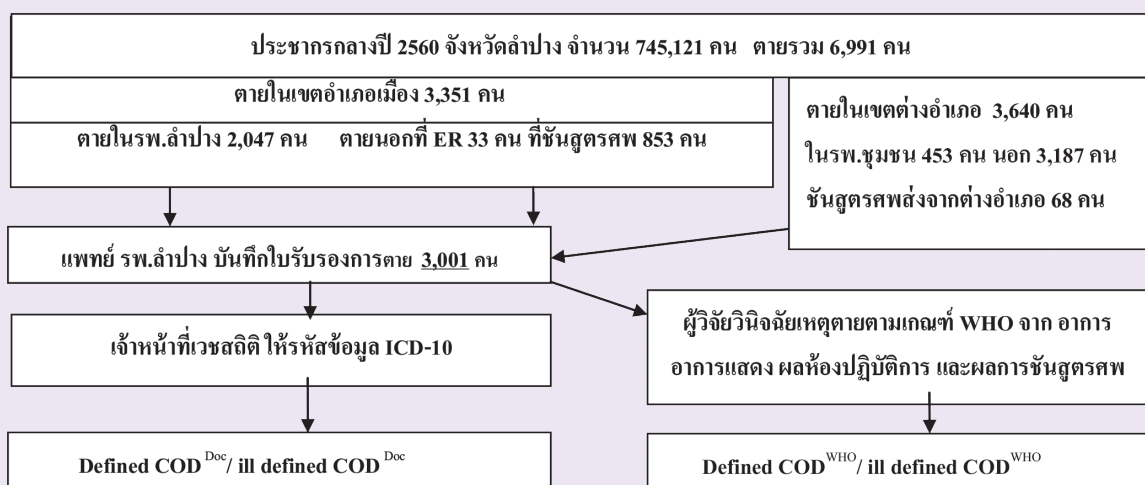
วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตาย (Cause of death ,COD) ที่บันทึกในหนังสือรับรองการตาย (COD^{Doc}) ของแพทย์ที่โรงพยาบาลลำปางทั้งกรณีตายในและตายนอกโรงพยาบาล ในช่วงเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 ต.ค.2559 ถึง 30 ก.ย.2560 จำนวน 3,001 ราย ซึ่งเจ้าหน้าที่เวชสถิติ เป็นผู้ให้รหัสสาเหตุการตาย ICD-10 แล้วส่งข้อมูล

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และสำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ผู้บันทึกสาเหตุการตาย ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จากนั้นวินิจฉัยสาเหตุการตายตามเกณฑ์WHO (COD^{WHO}) ให้รหัส ICD-10 โดยตรวจสอบจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ ประวัติแรกรับ อาการ อาการแสดง ผลตรวจห้องปฏิบัติการ ผลตรวจภาพรังสีวิทยา ผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิ และการวินิจฉัยโรคที่บันทึกไว้ รวมทั้งผลการชันสูตรศพในกรณีตายผิดธรรมชาติ ข้อมูลที่เก็บนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานความถี่ ร้อยละ จากสูตรคำนวณ

ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย	เท่ากับ	$\frac{(COD^{WHO} - COD^{Doc}) \times 100}{COD^{WHO}}$
ร้อยละสาเหตุการตายตามแนวทาง WHO	เท่ากับ	$\frac{COD^{WHO} \times 100}{3,001}$ และ
อัตราตายด้วยโรคต่อแสนประชากร	เท่ากับ	$\frac{COD^{WHO} \times 6,991 \times 100,000}{3,001 \times 745,121}$

เนื่องจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรกลางปี 2560 จังหวัดลำปาง มีจำนวน 745,121 ราย (สืบค้นจาก goo.gl/L2qcV) เป็นการตายในเขตอำเภอเมือง 3,351 ราย และตายในเขตต่างอำเภอ 3,640 ราย รวม 6,991 ราย (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา ข้อมูลสาเหตุการตายจำนวน 3,001 ราย จากเขตอำเภอเมือง และต่างอำเภอ

ผล

แพทย์โรงพยาบาลลำปางบันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย คิดเป็นร้อยละ 43 ของประชากรที่ตายในจังหวัดลำปางในช่วงปี พ.ศ.2560 หรือร้อยละ 0.64 ของประชากรในประเทศไทยที่ตายจำนวน 468,911 คน ทั้งนี้การตายนอกโรงพยาบาลในเขตเทศบาลนครลำปาง และเทศบาลนครเขลางค์นคร ซึ่งไม่มีพนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน ทำให้ญาติผู้ตายต้องแจ้งว่ามี การตายต่อเจ้าพนักงานสอบสวน และมีการประสานให้แพทย์นิติเวช เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพ จึงมีบันทึกสาเหตุการตายนอกโรงพยาบาลโดยแพทย์นิติเวชจำนวนมาก ต่างจากในเขตต่างอำเภอที่ยังมีผู้ใหญ่บ้านและกำนันในพื้นที่ ส่วนกรณีตาย

ตามธรรมชาติที่ห้องฉุกเฉิน 33 ราย ถือเป็นการตายนอกโรงพยาบาล ซึ่งบันทึกเหตุตายโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ที่บันทึกหนังสือรับรองการตายอยู่ในช่วงอายุ 25 - 30 ปี ร้อยละ 52.6 โดยเป็นแพทย์ใช้ทุนปี 1 ถึงร้อยละ 83 กลุ่มงานที่แพทย์ปฏิบัติงานขณะบันทึก 5 อันดับแรก ได้แก่ อายุรกรรม นิติเวชวิทยา ศัลยกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และกุมารเวชกรรม แพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ 3-10 ปี บันทึกหนังสือรับรองการตายไม่ทราบสาเหตุถึงร้อยละ 56 มากกว่า แพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี และแพทย์นิติเวชประสบการณ์กว่า 10 ปี ในสัดส่วน 1.4 เท่า และ 3.7 เท่า ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของแพทย์โรงพยาบาลลำปางที่บันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (N = 3,001)

ลักษณะแพทย์ผู้บันทึกหนังสือรับรองการตาย	จำนวน (ร้อยละ)	ทราบเหตุตาย (ร้อยละ)	ไม่ทราบเหตุตาย (ร้อยละ)
เพศ			
▪ ชาย	2,095 (69.8)	1,710 (81.6)	385 (18.4)
▪ หญิง	906 (30.2)	817 (90.2)	89 (9.8)
อายุ			
▪ 25 - 30 ปี	1,579 (52.6)	1447 (91.6)	132 (8.4)
▪ 30 - 40 ปี	692 (23.1)	462 (66.8)	230 (33.2)
▪ 40 - 50 ปี	721 (24.0)	611 (84.7)	110 (15.3)
▪ 50 - 60 ปี	9 (0.3)	7 (77.8)	2 (22.2)
กลุ่มงานขณะปฏิบัติงาน			
▪ อายุรกรรม	1,428 (47.6)	1,303 (91.2)	125 (8.8)
▪ นิติเวชศาสตร์	1,098 (36.6)	795 (72.4)	303 (27.6)
▪ ศัลยกรรม	404 (13.5)	363 (89.8)	1 (10.2)
▪ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	33 (1.1)	29 (87.9)	4 (12.1)
▪ กุมารเวชกรรม	31 (1.0)	31 (100.0)	0
▪ กระจกและข้อ	3 (0.1)	3 (100.0)	0
▪ อื่นๆ	4 (0.1)	3 (75.0)	1 (25.0)
ประสบการณ์ทำงาน			
▪ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	1,313 (43.8)	1204 (91.7)	109 (8.3)
▪ แพทย์ที่เลี้ยงหรือแพทย์ประจำบ้าน(ปี2-3)	367 (12.2)	336 (91.6)	31 (8.4)
▪ อาจารย์แพทย์อื่นประสบการณ์ น้อยกว่า 3 ปี	50 (1.7)	46 (92.0)	4 (8.0)
▪ อาจารย์แพทย์อื่น อายุงานมากกว่า 3 ปี	164 (5.5)	137 (83.5)	27 (16.5)
▪ แพทย์นิติเวช ประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี	312 (10.4)	191 (61.2)	121 (38.8)
▪ แพทย์นิติเวช ประสบการณ์ 3 - 10 ปี	150 (5)	66 (44.0)	84 (56.0)
▪ แพทย์นิติเวชประสบการณ์มากกว่า 10 ปี	645 (21.5)	547 (84.8)	98 (15.2)

ในปีงบประมาณ 2560 พบข้อมูลการตายไม่ทราบสาเหตุที่แพทย์โรงพยาบาลลำปางบันทึก และนักเวชสถิติ เป็นผู้ให้รหัสโรค ICD-10 ร้อยละ 8.45 ส่วนการตายนอกโรงพยาบาล พบร้อยละ 31.6 รวมการตายที่ไม่ทราบสาเหตุทั้งตายใน และตายนอกโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 15.8 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งจังหวัดลำปางที่ร้อยละ 24 การบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุจากหัวใจล้มเหลวมีจำนวนมากที่สุด เป็นกรณีตายนอกโรงพยาบาลมากกว่าตายในโรงพยาบาล ซึ่งบันทึกโดยแพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ทำงาน 3-10 ปี จำนวน 80 ราย เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบใน 80 คนนี้ มีสาเหตุการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด 50 ราย มะเร็ง 6 ราย โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 4 ราย และโรคอื่น 20 ราย กรณีตายนอกโรงพยาบาลพบการบันทึกสาเหตุการตายเนื่องมาจากชราภาพ เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริง ทำให้จำนวนการตายจากชราภาพลดลงร้อยละ 37 ส่วนการบันทึกสาเหตุการตายโดยเฉียบพลัน ตายโดยไม่คาดคิด และตายไม่ทราบสาเหตุ สัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากไม่พบข้อมูลโรคประจำตัวที่พอจะเป็นเหตุตายได้ ประกอบกับแพทย์นิติเวชไม่ได้ทำการ

ผ่าตัดศพ สาเหตุการตายจากมะเร็งไม่ทราบแหล่งที่มาจำนวน 6 ราย เมื่อตรวจสอบพบแหล่งที่มาของมะเร็งเกือบทั้งหมด กรณีตายในโรงพยาบาลพบการบันทึกสาเหตุการตาย จากหัวใจล้มเหลว ข้อคจากติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เสียเลือดมาก ข้อคจากหัวใจและขาดสารน้ำ เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริงเกือบทั้งหมด พบการบันทึกสาเหตุการตายจากการเสียชีวิต 4 ราย ในผู้ที่ตายจากโรคลิ้นหัวใจรูมาติก หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง และติดเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่อง สาเหตุการตายจากการได้รับสารพิษหรือยาที่ไม่ระบุความตั้งใจ จำนวน 12 ราย เมื่อตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนพบผู้ตายทุกคนมีประวัติความตั้งใจทำร้ายตนเอง นอกจากนั้นแพทย์ยังบันทึกสาเหตุการตายกลุ่มอาการ เช่น เนื้อเยื่อขาดเลือดเน่า ใจเป็นเลือด เลือดออกในทางเดินหายใจ ชักกระตุก ภาวะผอมแห้ง และ อาการแสดงอื่น จำนวน 13 ราย เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 85 เมื่อใช้เกณฑ์ WHO สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 60 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO

สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม	
หัวใจล้มเหลว (I50)	33	111	144	4	39	43	-70
ชราภาพ (R54)	0	113	113	0	71	71	-37
ข้อคจากติดเชื้อ(R572,R65)	66	0	66	7	0	7	-89
ตายโดยเฉียบพลัน (R960)	0	41	41	0	39	39	-5
หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (I490) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (I499)	9	10	19	0	11	11	-42
หัวใจหยุดเต้น (I46)	18	7	25	7	3	10	-60
ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (R090)	13	0	13	0	0	0	-100

ตารางที่ 2 สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO (ต่อ)

สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม	
ช็อกจากหัวใจ (R570)	6	0	6	0	0	0	-100
มะเร็งไม่ทราบแหล่งที่มา (C80)	0	6	6	0	1	1	-83
ช็อกจากขาดสารน้ำ (R571)	4	2	6	0	0	0	-100
เสียชีวิตมาก (R580)	4	0	4	0	0	0	-100
ตายโดยไม่คาดคิด (R98) ตายไม่ทราบสาเหตุ (R99)	0	4	4	0	3	3	-25
เส้นเลือดแดงเสื่อมสภาพ (I709)	0	1	1	0	0	0	-100
กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพ (I51.5)	0	1	1	0	1	1	0
ได้รับสารพิษกำจัดศัตรูพืช หรือสารกัดกร่อน ,ไม่ระบุความตั้งใจ (Y189,Y199)	8	2	10	0	0	0	-100
ได้รับสารพิษจากยา ไม่ระบุความตั้งใจ (Y149,Y159)	1	1	2	0	0	0	-100
อาการ อาการแสดงอื่น (R020,R042,R048,R568,R64,R688)	11	2	13	0	2	2	-85
รวม การตายไม่ทราบสาเหตุ	173	301	474	18	170	188	-60

ในกลุ่มที่ทราบสาเหตุการตาย พบการบันทึกเหตุตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 462 ราย เมื่อทำการตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบลดลงเหลือ 98 ราย เนื่องจากมีสาเหตุการตายแท้จริง ทำให้การเปลี่ยนแปลงเหตุตายลดลงร้อยละ 79 ตรงข้ามพบสาเหตุการตาย (COD^{WHO}) เพิ่มขึ้นจาก วัณโรค ติดเชื้อเมลิออยด์-โรคลีหู่ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องอกช่องท้อง โป่งพอง โรคตับจากพิษสุรา-ตับแข็ง ทางเดินน้ำดีอักเสบ-โรคตับอ่อนอักเสบ แผลกดทับ ไตวายเรื้อรัง และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พบการเปลี่ยนแปลงเหตุตายเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 100 จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดเชื้อไวรัสสุมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไขกระดูกฝ่อ โรคพาร์กินสัน-สมองเสื่อม วัชชรา โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ หลอดเลือดดำหลอดเลือดอาหารโป่งพองแตก โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคแบคทีเรียกินเนื้อ และโรคพุ่มพวง-โรคหนังแข็ง พบร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจรูมาติก นิ้วในไต-ต่อมลูกหมากโต และกระเพาะปัสสาวะเสื่อมสูงมาก เนื่องจากแพทย์ไม่บันทึกโรคแรกที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุการตาย แพทย์ผู้รักษาทันทีสาเหตุการตายจากโรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตายเป็นสาเหตุการตายทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายลดลง ในโรคปอดอักเสบ โรคกล้ามเนื้ออุดกั้นในปอด เลือดออกทางเดินอาหาร และไตวายเฉียบพลัน พบการบันทึกสาเหตุการตายจากระบบหายใจล้มเหลว 74 ราย เมื่อใช้เกณฑ์ WHO พบสาเหตุการตายแท้จริงเกือบทั้งหมด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO

สาเหตุการตาย (รหัส ICD-10)	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตาย	อัตราตายต่อ100,000 ประชากร
	ตายใน	ตายนอก	รวม	ตายใน	ตายนอก	รวม		
วัณโรค (A15- A 19)	26	7	33	36	6	42	27	13.1
โรคเมลิออยด์ (A24) and โรคลีหู่ (A27)	8	0	8	15	0	15	88	4.7
ติดเชื้อในกระแสเลือด (A40-A41)	438	24	462	85	13	98	-79	30.6
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (B16-B18)	4	2	6	24	4	28	367	8.8
ติดเชื้อไวรัสสุมิคุ้มกันบกพร่อง (B20- B24)	15	4	19	52	7	59	211	18.4
มะเร็งทั้งหมด (C00-C97)	185	130	315	295	155	450	43	140.7
มะเร็งตับ และมะเร็งทางเดินน้ำดีในตับ (C22)	54	24	78	79	29	108	38	33.8
มะเร็งปอด (C34)	35	26	61	49	33	82	34	25.6
มะเร็งเต้านม (C50)	14	10	24	19	10	29	21	9.1
ไขกระดูกฝ่อ (D61)	2	2	4	7	4	11	175	3.4
โรคเลือดจางซาลัสซีเมีย (D56)	2	0	2	4	0	4	100	1.3
เบาหวาน (E10-E14)	2	2	4	5	4	9	125	2.8
โรคพาร์กินสัน (G20) สมองเสื่อม วัชชรา (G30-G32)	0	24	24	13	38	51	113	15.9
ลิ้นหัวใจรูมาติก (I05-I09)*	0	0	0	13	3	16	1,600	5.0
หัวใจขาดเลือด (I20- I25)	107	50	157	155	73	228	45	71.3
ลิ้นหัวใจอักเสบ (I33, I38)	5	1	6	7	2	9	50	2.8
ลิ้นหัวใจพิการ (I34-I37)	10	1	11	25	2	27	145	8.4
กล้ามเนื้อหัวใจพิการ (I42)	2	6	8	13	8	21	163	6.6
โรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	189	36	225	224	55	279	24	87.2
หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกช่องท้อง เสื่อมแตก (I72)	10	13	23	15	13	28	22	8.8
หลอดเลือดดำหลอดเลือดอาหารโป่งพองแตก (I85)	3	1	4	10	0	10	150	3.1
ปอดอักเสบ (J15-18)	187	11	198	174	13	187	-6	58.5
ลิ้มเลือดอุดกั้นในปอด (I26)	6	2	8	4	2	6	-25	1.9
ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44)	35	14	49	88	20	108	120	33.8
ภาวะหายใจล้มเหลว (J96)	73	1	74	1	0	1	-99	0.3
โรคตับจากพิษสุรา (K70) โรคตับแข็ง (K74)	21	17	38	35	17	52	37	16.3
ติดเชื้อทางเดินน้ำดี(K830) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (K85)	13	1	14	16	1	17	21	5.3
เลือดออกในทางเดินอาหาร (K922)	55	15	70	35	15	50	-29	15.6
แผลกดทับ (L89)	8	18	26	18	20	38	46	11.9
แบคทีเรียกินเนื้อ (M726)	8	2	10	22	2	24	140	7.5
โรคพุ่มพวง (M32) โรคหนังแข็ง (M34)	6	0	6	15	1	16	167	5.0
ไตวายเรื้อรัง (N18)	53	49	102	106	59	165	62	51.6

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย เทียบกับเกณฑ์ WHO (ต่อ)

สาเหตุการตาย (รหัส ICD-10) กลุ่มโรค และเหตุการณ์บาดเจ็บ ที่นำไปสู่การตาย	หนังสือรับรองการตาย			เกณฑ์ WHO			ร้อยละการเปลี่ยนแปลง เหตุตาย	อัตราตายต่อ100,000 ประชากร
	ตายในหอ	ตายนอก	รวม	ตายในหอ	ตายนอก	รวม		
ติดเชื้องานเดินปัสสาวะ (N390)	21	3	24	34	3	37	54	11.6
ไตวายเฉียบพลัน (N17)	15	2	17	4	2	6	-65	1.9
นิ่วในไต (N20) ต่อมลูกหมากโต (N40)*	0	0	0	12	1	13	1,300	4.1
กระเพาะปัสสาวะเสื่อม (N31)*	0	0	0	3	3	6	600	1.9
เหตุการณ์บาดเจ็บที่นำไปสู่การตาย								
อุบัติเหตุจากรถทางบก (V01-V 89)	6	20	26	98	86	184	608	57.5
อุบัติเหตุจากรถ ไม่ระบุชนิด (V99)	85	61	146	0	2	2	-99	0.6
อุบัติเหตุหกล้มหรือตกที่สูง (W00-W19)	26	9	35	60	14	74	111	23.1
อุบัติเหตุถูกสิ่งของโยนหรือตกกระทบ (W20)	6	1	7	7	1	8	14	2.5
อุบัติเหตุจมน้ำ (W74)	0	13	13	0	14	14	8	4.4
อุบัติเหตุแวนคอค (w76)	3	25	28	0	0	0	-100	-
อุบัติเหตุได้รับสารพิษ (X49)	2	0	2	0	0	0	-100	-
อุบัติเหตุ ไม่ระบุสาเหตุ (X59)	14	5	19	0	2	2	-89	0.6
ทำร้ายตนเองโดยใช้สารพิษ (X60-X69)	0	1	1	12	3	15	1,400	4.7
ทำร้ายตนเองโดยการแวนคอค (X70)	0	1	1	3	27	30	2,900	9.4
ทำร้ายตนเองโดยวิธีอื่น (X71-84)	1	3	4	1	4	5	25	1.6
ถูกทำร้าย ทุกรูปแบบ (X85-Y09)	0	9	9	1	13	14	56	4.4
สาเหตุตายอื่น	119	7	126	135	0	135	7	42.2
รวมการตายที่ทราบสาเหตุ(Define cause of deaths)	1,874	653	2,527	2,029	784	2,813	11	879.5
รวมการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-defined causes of death)	173	301	474	18	170	188	-60	58.8
รวมการตายทั้งหมด	2,047	954	3,001	2,047	954	3,001		938

* กรณีไม่มีข้อมูลสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตาย แต่พบมีข้อมูลสาเหตุการตายตามแนวทาง WHO จะให้เลขทดแทนเท่ากับ 1

การตายจากเหตุการณ์บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ (V00 - V99) ซึ่งได้รับการชันสูตรพลิกศพ แพทย์นิติเวชมักจะบันทึกข้อความในหนังสือรับรองการตายว่า “บาดเจ็บจากการจราจร” ทำให้นักเวชสถิติให้รหัสสาเหตุการตายเป็นอุบัติเหตุจากรถไม่ระบุ (V99) ทั้งนี้ตามเกณฑ์ WHO การบันทึกควรต้องระบุ ว่าผู้ตายเป็นผู้ขับขี่ คนโดยสาร ยานพาหนะชนิดใด ชนกับยานพาหนะชนิดใด เช่น ขับจักรยานยนต์ชนรถยนต์ หรือเดินข้ามถนนถูกรถบรรทุกชน เป็นต้น เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO ทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายรหัส V01-V89 เพิ่มขึ้น และ V99 ลดลง การพลัดตก (W00-W19) มีร้อยละการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพลัดตกออกได้เยื่อหุ้มสมองเพียงอย่างเดียวจากการตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์ โดยไม่พบการบาดเจ็บของสมองชนิดอื่น เป็นลักษณะของการบาดเจ็บสมองจากการที่ศีรษะเคลื่อนที่หยุดกะทันหัน ทำให้หลอดเลือดดำที่ยึดระหว่างสมอง และเยื่อหุ้มสมองฉีกขาด จึงให้รหัสสาเหตุการตายจากล้ม (W19) ไม่ใช่จากโรคเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (I62.0)

แพทย์นิติเวชมักจะบันทึกข้อความในหนังสือรับรองการตาย เป็นข้อความที่ไม่ระบุพฤติการณ์ เช่น แวนคอคสมองขาดออกซิเจน หรือได้รับสารพิษกำจัดแมลง แต่นักเวชสถิติ ให้รหัสการตาย เป็นอุบัติเหตุแวนคอค (W76) และอุบัติเหตุทางสารพิษ (X49) ทั้งที่ควรให้รหัส การได้รับสารพิษที่ไม่ทราบแรงจูงใจ (Y10 - Y19) และการแวนคอคที่ไม่ทราบแรงจูงใจ (Y20) เมื่อตรวจสอบ จากเวชระเบียนและการชันสูตรพลิกศพ พบทุกรายมีประวัติลักษณะเป็นการทำร้ายตนเองโดยการทานสารพิษ และแวนคอค โดยตรวจไม่พบร่องรอยการถูกทำร้ายร่างกาย จึงทำให้ร้อยละการเปลี่ยนแปลงเหตุตายจากการฆ่าตัวตาย รหัส X60 - X69 และ X70 เพิ่มขึ้นสูงมาก นอกจากนี้แพทย์นิติเวช จะระบุสาเหตุการตาย เช่น บาดเจ็บศีรษะ หรือบาดเจ็บจากของแข็งไม่มีคม และพบว่านักเวชสถิติ ให้รหัสสาเหตุการตายเป็นอุบัติเหตุที่ไม่ทราบเหตุ (X59) เมื่อตรวจสอบตามเกณฑ์ WHO พบสาเหตุตายแท้จริงจากอุบัติเหตุ และถูกทำร้ายร่างกาย เพิ่มขึ้น เหลือเพียงการตายจากการบาดเจ็บนอกสถานพยาบาล 2 ราย ซึ่งไม่สามารถระบุพฤติการณ์การตายได้

เปรียบเทียบร้อยละข้อมูลสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ต่างจากข้อมูลการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตาย ดังนี้ โรคกระเพาะทุกชนิด ร้อยละ 15.0 เพิ่มจากร้อยละ 10.5 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3 เพิ่มจากร้อยละ 7.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.6 เพิ่มจากร้อยละ 5.2 อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 6.2 เพิ่มจากร้อยละ 5.7 ติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร้อยละ 2.0 เพิ่มจากร้อยละ 0.6 การฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.7 เพิ่มจากร้อยละ 0.2 และการถูกทำร้าย ร้อยละ 0.5 เพิ่มจากร้อยละ 0.3 เมื่อทำการตรวจสอบสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ทำให้ทราบภาวะโรคและเหตุการณ์บาดเจ็บที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข สามารถคำนวณอัตราการตายต่อแสนของประชากรได้ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

แพทย์ใช้ทุน แพทย์ที่เลี้ยง และแพทย์ประจำบ้าน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบันทึกสาเหตุการตาย เนื่องจากเป็นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักในหอผู้ป่วย และพบว่าสามารถบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าอาจารย์แพทย์ที่อายุงานมากกว่า 3 ปี สาเหตุอาจเนื่องจากแพทย์สภาได้กำหนดไว้ในเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว่าแพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะทางคลินิก สามารถทำหนังสือรับรองตามความที่กฎหมายกำหนด ให้องค์กรต่างๆได้ เช่น หนังสือรับรองการตาย^๖ อย่างไรก็ตามควรต้องมีการให้ความรู้ และวัดผลการทำงานอย่างต่อเนื่องหลังจบการศึกษา จึงเป็นโอกาสพัฒนาในการบรรจุหัวข้อการสอนแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายตามเกณฑ์ WHO ให้แก่แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้าน รวมทั้งควรมีการจัดทำเอกสารคุณภาพแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายของแต่ละโรงพยาบาล และแจ้งให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มงานทราบผ่านที่ประชุมองค์กรแพทย์ หรือที่ประชุมแพทย์กลุ่มงานอายุรกรรม และศัลยกรรม ในกรณีการตายผิดธรรมชาติ พบแพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ทำงาน 3-10 ปี บันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุจากหัวใจล้มเหลวในสัดส่วนที่สูงมาก และไม่ใช้เหตุตายแท้จริงตามแนวทาง WHO แตกต่างกับแพทย์นิติเวชที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 3 ปี และประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งหากไม่มีการปรับปรุงวิธี

การบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายจะทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายไม่ถูกต้อง ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนงานทางสาธารณสุขได้ ทางแก้ไขปัญหาคือควรให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการบันทึกสาเหตุการตายตามเกณฑ์WHO และกำหนดร้อยละการบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของแพทย์นิติเวช ทั้งนี้การชันสูตรพลิกศพการตายนอกโรงพยาบาล แพทย์ต้องสอบถามอาการ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ตายจากญาติ ทำการตรวจสอบพยาธิสภาพ ทำการพลิกศพ ดูแผลกดทับ และตรวจสอบข้อมูลการเจ็บป่วยในเวชระเบียนของโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ตายไม่มีข้อมูลในเวชระเบียนโรงพยาบาลที่แพทย์นิติเวชสังกัด ควรทำการร้องขอใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารผลตรวจห้องปฏิบัติการ จากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งผู้ตายเคยเข้ารับบริการมาประกอบการบันทึกสาเหตุการตาย รวมทั้งควรมีการจัดประชุมทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในระดับจังหวัด ให้ทราบถึงบทบาทของแพทย์ชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายที่มีหน้าที่ในการระบุสาเหตุการตาย เพื่อให้สามารถเข้าถึงเวชระเบียนที่ผู้ตายเคยเข้ารับการรักษา

การตายในโรงพยาบาล แพทย์ได้มีโอกาสซักประวัติผู้ป่วย มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีโอกาสที่จะบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ น้อยกว่าการตายนอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นการบันทึกสาเหตุการตายอยู่ในกลุ่มที่ทราบสาเหตุการตาย แต่ก็ยังไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ WHO เนื่องจาก พบสาเหตุการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนมาก ซึ่งเป็นการระบุโรคที่เกิดขึ้นไม่นานก่อนตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pattaraarchachai² ที่ตรวจสอบพบข้อมูลสาเหตุการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลมีสัดส่วนลดลงถึงร้อยละ 93.8 สำหรับการตายนอกโรงพยาบาลการบันทึกสาเหตุการตายเนื่องจากชราภาพพบได้บ่อย แม้อุบัติเหตุผู้ตายส่วนใหญ่จะพึงพอใจแต่เป็นข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุไม่มีประโยชน์ใช้ในการวางแผนและป้องกันโรค ทั้งนี้หากแพทย์ชันสูตรพลิกศพได้ทำการซักถามประวัติ จากญาติผู้ตายตรวจสอบสภาพศพ และตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน จะสามารถบันทึกสาเหตุการตายที่แท้จริงได้เพิ่มขึ้น มีข้อเสนอแนะกรณีผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาล หรือมารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง แล้วเกิดการตายกะทันหันเฉียบพลัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านความเชื่อของญาติผู้ตายและศาสนาจึงไม่สามารถจะนำศพมาผ่าตรวจหาสาเหตุการตายได้เช่นนี้แพทย์ไม่ควรบันทึกสาเหตุการตายเนื่องจากชราภาพแต่ควรให้สาเหตุการตายอย่างกะทันหันไม่คาดคิด ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์เหตุตายมากกว่า ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีความเสี่ยงของแพทย์ต่อการถูกฟ้องร้อง หรือผู้ตายมีการทำประกันชีวิตไว้ การผ่าตรวจพิสูจน์ศพเพื่อระบุสาเหตุการตาย เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุที่ถูกต้องก็สามารถทำได้ตามเงื่อนไขกฎหมายเมื่อมีความจำเป็นให้พบสาเหตุการตายที่แท้จริง³

กรณีที่แพทย์นิติเวชบันทึกสาเหตุการตายชัดเจนโดยระบุพฤติกรรมการตาย ในช่อง 2.5 และข้อความจะปรากฏในมรณบัตรอาจเกิดปัญหาความผิดพลาดได้เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุหรือไม่ได้ทราบข้อเท็จจริงทางคดี อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนิติเวช จึงแนะนำให้แพทย์ประจำบ้าน บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ระบุพฤติกรรมการตาย เช่น แขนงคอสมองขาดออกซิเจน ได้รับสารพิษกำจัดแมลงหรือบาดเจ็บจากของแข็งไม่มีคม⁴ นอกจากนี้ญาติผู้ตายส่วนหนึ่งจะไม่ต้องการให้แพทย์ระบุสาเหตุการตายจากการฆ่าตัวตาย จึงมีความขัดแย้งระหว่างแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ ความต้องการของญาติผู้ตายกับแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการให้การบันทึกข้อมูลสาเหตุการตายมีความเฉพาะเจาะจงซึ่งแพทย์อาจบันทึกสาเหตุการตายระบุพฤติการณ์เป็นการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ หรือฆ่าตัวตายด้วยสารพิษเป็นภาษาอังกฤษลงในช่อง 2.3 แต่ในช่อง 2.5 ใช้ถ้อยคำภาษาไทยที่ไม่ระบุพฤติการณ์ เช่น แขนงคอสมองขาดออกซิเจน หรือได้รับสารพิษกำจัด

แมลง ซึ่งนักเวชสถิติจะต้องให้รหัสสาเหตุการตายเฉพาะที่ระบุตามข้อความภาษาอังกฤษ ทั้งนี้มีข้อความระบุการยกเว้นความผิดพลาดของแพทย์ในตอนท้ายของหนังสือรับรองการตาย พ.ร.4/1 ว่า “สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายที่บัญญัติจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร ทำสถิติการตายของประเทศและใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาสาธารณสุขเท่านั้น” ในกรณีที่แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพไม่ได้ระบุพฤติกรรมการแขวนคอหรือการทานสารพิษ เป็นภาษาอังกฤษในช่อง 2.3 นักเวชสถิติก็ควรให้รหัสเป็นกลุ่มการบาดเจ็บที่ไม่ทราบพฤติกรรม (Y10-Y19) และ Y20 ไม่ควรให้รหัสเป็นอุบัติเหตุแขวนคอ หรือการทานสารพิษเพราะจะทำให้ข้อมูลสถิติการตายไม่ถูกต้อง ในมุมมองระดับประเทศ เช่น ต่างประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตาย ที่มีช่องให้เลือกสำหรับระบุพฤติกรรมการตาย หรือการใช้ระบบการลงทะเบียนสาเหตุการตายแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อช่วยให้คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายดีขึ้น¹⁰

ข้อมูลสาเหตุการตายจากงานศึกษาในสื่อดังกล่าวกับ งานวิจัยของ Pattaraarchachai² ที่ทำการตรวจสอบสาเหตุการตายเฉพาะกรณีผู้ตายในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2548 จำนวน 3,316 ราย พบการตายจากวัณโรคจำนวน 40 ราย ใกล้เคียงกับในรายงานศึกษาที่พบจำนวน 42 ราย แสดงถึงปัญหาการติดเชื้อวัณโรคนั้นยังเป็นสาเหตุการตายของคนไทยมาตลอด พบการตายจากมะเร็งจำนวน 248 ราย น้อยกว่าในการศึกษาที่พบจำนวน 449 ราย บ่งชี้ว่ามีผู้ป่วยตายจากโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งที่สูงขึ้น เปรียบเทียบข้อมูลสาเหตุการตายกับงานศึกษาของ Porapakkham¹¹ ซึ่งทำการสำรวจสาเหตุการตายทั้งนอกและในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2548 พบการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.3 กับ ร้อยละ 10.7 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.6 กับร้อยละ 7.8 ใกล้เคียงกัน สาเหตุการตายจากบาดเจ็บทางถนน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.2 จาก ร้อยละ 5.3 บ่งชี้ว่าอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของคนไทยมากขึ้น พบข้อมูลร้อยละการตายจากการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร้อยละ 2 ลดลงจากร้อยละ 7.5 เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น¹² จากงานศึกษาที่บ่งชี้ว่าการตายจากโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่องยังคงมีอยู่ และเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ดังนั้นหากแพทย์ไม่ได้บันทึกสาเหตุการตายตามแนวทาง WHO ก็จะทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่องน้อยกว่าความเป็นจริง อาจทำให้การวางแผนรณรงค์ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดความสำคัญลงไปได้ ในกรณีที่ญาติผู้ตายไม่ต้องการให้บันทึก การตายจากโรคมะเร็งภูมิคุ้มกันบกพร่อง แพทย์ก็ควรบันทึกเป็นภาษาอังกฤษ ในช่อง 2.3 การตายจากติดเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่วนข้อความภาษาไทยในช่อง 2.5 อาจใช้คำว่า “ติดเชื้อโรคแทรกซ้อน”

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงานเพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด เช่น ตัวชี้วัด ที่ 18 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (V01 - V89) ที่รวมผู้เสียชีวิตทั้งการตายนอก และตายในโรงพยาบาล ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากรต่างจากรายงานศึกษาที่พบถึง 58 ต่อแสนประชากร สาเหตุเนื่องจากจังหวัดลำปางเป็นศูนย์กลางการขนส่งทางภาคเหนือตอนบน รวมทั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุทางการแพทย์ ในการส่งตัวผู้ได้รับบาดเจ็บเข้ามารับการรักษาจากจังหวัดอื่นๆ ทั้งในเขตและนอกเขตสุขภาพ ยังรวมถึงมีการส่งศพอุบัติเหตุจราจรจากต่างอำเภอ มาให้แพทย์นิติเวชชันสูตรพลิกศพ ทำให้ข้อมูลการตายในงานวิจัยนี้ มากกว่าค่าเป้าหมายเฉลี่ยของทั้งประเทศ เช่นเดียวกับตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราตาย ให้น้อยกว่า 28 ต่อแสนประชากร

โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งจากงานศึกษาพบอัตราการตายถึง 71 ต่อแสนประชากร ส่วนหนึ่งเนื่องจากโรงพยาบาลลำปาง เป็นศูนย์การแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งมีการทำหัตถการและการผ่าตัดโรคหัวใจ จึงมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก อีกทั้งมีแพทย์นิติเวชประจำจึงมีการผ่าตรวจศพที่ตายผิดธรรมชาติ ทำให้พบอัตราการตายต่อแสนประชากรในกลุ่มนี้สูง เชื่อว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจจะสูงขึ้นกว่านี้หากมีการผ่าตรวจศพในกลุ่มตายไม่ทราบสาเหตุมากขึ้น ต่างจากเป้าหมายตัวชี้วัดที่ 35 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่า 6 ต่อแสนประชากรซึ่งในงานศึกษานี้พบอัตราการฆ่าตัวตายถึง 16 ต่อแสนประชากร จะมีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าเพราะเป็นลักษณะการเสียชีวิตที่ปกติจะไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการข้ามเขตจังหวัด ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ และมะเร็งปอด มีเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ และมะเร็งปอดจากข้อมูลพื้นฐานในปี 2559¹³ เท่ากับ 26.3 และ 20.6 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจากงานศึกษานี้พบอัตราการตาย 33.7 ต่อแสนประชากร และ 25.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมายเล็กน้อย จึงควรมีการสอบสวนข้อมูลสาเหตุการตายจากเวชระเบียนเพื่อให้การจัดเก็บข้อมูลถูกต้อง ก่อนนำไปใช้วางแผนงานนโยบายระดับชาติ และเขตสุขภาพ

ข้อมูลสาเหตุการตายในงานศึกษานี้ อยู่บนพื้นฐานในการปฏิบัติงานของแพทย์ ซึ่งต้องรับผิดชอบในการบันทึกหนังสือรับรองการตายซึ่งมีทั้งกรณีการตายใน และตายนอกโรงพยาบาลสามารถครอบคลุมข้อมูลสาเหตุการตายของประชาชนผู้เสียชีวิตในจังหวัดลำปาง ได้เกือบร้อยละ 50 เนื่องจากโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งเดียวในจังหวัด ต่างจากในบางจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากกว่า ทั้งนี้หากต้องการทราบข้อมูลสาเหตุการตายทั้งจังหวัด เพื่อให้ทราบอัตราการตายด้วยโรคต่อแสนประชากร ที่มีความครอบคลุมน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ควรต้องทำการตรวจสอบหนังสือรับรองการตาย และเวชระเบียนของผู้ที่ตายในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โรงพยาบาลรัฐสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งกรณีผู้ตายนอกสถานพยาบาลที่มีการออกหนังสือรับแจ้งการตาย และระบุสาเหตุการตายโดยนายทะเบียนผู้รับแจ้งเหตุตาย ซึ่งจะเป็โอกาสในการศึกษาต่อไป

สรุป

แพทย์ใช้ทุน และแพทย์นิติเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบันทึกข้อมูลสาเหตุการตาย ทั้งในการตายใน และตายนอกโรงพยาบาล การบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ และระบุสาเหตุการตายไม่ถูกต้องตามหลักของ WHO พบในสัดส่วนที่สูงทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายจากโรค และปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมีการรายงานคลาดเคลื่อน และน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุน และกำหนดร้อยละการบันทึกสาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของแพทย์นิติเวช รวมทั้งตรวจสอบการให้รหัส ICD-10 ของนักเวชสถิติ เพื่อให้ข้อมูลสาเหตุการตายของผู้เสียชีวิตในประเทศไทยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการทำแผนยุทธศาสตร์ชาติในระยะ 20 ปี อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.รุ่งทิพา หมื่นป้า และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำปาง ที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน จนทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 308, ตอนที่ 203 ฉบับพิเศษ. (ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2534).
2. Pattaraarchachai J, Rao C, Polprasert W, Porapakkham Y, Pao-in W, Singwerathum N, et al. Cause-specific mortality patterns among hospital deaths in Thailand: validating routine death certification. *Popul Health Metr* 2010;8:12.
3. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ.2542. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 116, ตอนที่ 137 ก. (ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2534).
4. Details of strategic indicators for 20 years, Ministry of Public Health. Fiscal Year 2016; Map 12 Development of information system Indicator 66 : Percentage of provinces and service units that pass the quality of information [Internet]. 2018 (cited 2018 Aug 16) Available from : http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91.
5. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision [Internet]. 2nded. Geneva: World Health Organization; 2004 [Cited 2018 Jun 25]. Available from: http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf.
6. Pao-in W, Chotiwan P. New way of death certification for Thai doctors. *The Thai Medical Council Bulletin* 1999;28(3):220 -32.
7. Ministry of Public Health. Bureau of Inspection and Evaluation. The results of the inspection and supervision of Health Region 1: Health Information System Development [Internet]. (cited 2561 June 25). Available from :http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/mh/doc_province_2_pdf_area.php?health_zone=1.
8. The Medical Council. Notice of the Medical Council 12/2012. Criteria for assessing a licensee to be a practitioner of medicine. 2012. (cited 2018 Jul 7). Available from : https://www.tmc.or.th/file_08062012.pdf.
9. Fongsiripaibul V. New death certificate: another perspective to taking risks. *Siriraj Medical Journal* 2002;54:192-203.
10. Brooks EG, Reed KD. Principles and pitfalls: a guide to death certification. *Clin Med Res* 2015;13(2):74-82.
11. Porapakkham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr* 2010;8:14.
12. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 119, ตอนที่ 116 ก (ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545).
13. Detail of strategic indicators for 20 Years, Ministry of Public Health Fiscal year 2016 ; Map 6 Development of Health Services Indicators 41 and 42 : Death rates from liver cancer and lung cancer [Internet]. 2018 (cited 2018 Aug 16). Available from : http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

วันชัย กิตติโชติวัฒน์ พ.อ.

โรงพยาบาลแก่งคอย ตำบลตาเตี้ย อำเภอกา่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110

Abstract: Prevalence and Associated Factors of Postpartum Depression in Kaengkhoi Hospital, Saraburi Province

Kittichotiwat W

Kaengkhoi Hospital, Tandeaw, Kaengkhoi, Saraburi, 18110

(E-mail: kittichotiwat2015@gmail.com)

This study aimed to examine the prevalence and associated factors of postpartum depression among women. This cross-sectional study was conducted on eighty women who had made their childbirth in Kaengkhoi hospital between November 2016 and March 2017. It is conducted within 72-hour of puerperal period after the delivery. The data were gathered through self-administered questionnaires, which comprised of the following information: socio-demographic characteristics, reproductive history, and obstetrics characteristics. The Edinburgh Postnatal Depression Scale in Thai version and bivariate analysis were used to carry out analytic results. In this study, it was found that the prevalence of postpartum depression accounted for 13.8 percent. Birthweight, diseases during their pregnancy, financial problems, anxieties during pregnancy and pregnancy planning were major associated factors of postpartum depression suggested by the bivariate analysis. By adjusting a multivariate logistic regression model, it was found that financial problems and anxieties during pregnancy were the significant associated factors of postpartum depression.

Keywords: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Postpartum depression.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลแก่งคอยภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงมีนาคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 80 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร ประวัติสุขภาพและการมีบุตร ข้อมูลเกี่ยวกับทารกและการคลอด ใช้แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเมื่อวิเคราะห์โดยวิธี Bivariate มี 5 ปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักบุตร โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนในการตั้งครรภ์นี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์โดยวิธี multivariate คือ ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงินและภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์.

คำสำคัญ: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิตที่พบได้มากขึ้นในสังคมปัจจุบัน โรคนี้ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญและส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างกว้างขวาง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกมากกว่า 320 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรโลกเป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า¹ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยในเรื่องของฮอร์โมน นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งต้องรับหน้าที่จากภรรยาเป็นมารดาในการดูแลบุตร อันเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญครั้งหนึ่งของชีวิต ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่าย²⁻³ อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป มีข้อมูลที่น่าสนใจก็คือ หญิงที่เคยมีปัญหาซึมเศร้าหลังคลอดจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำอีกประมาณร้อยละ 25⁴ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีผลต่ออารมณ์ของหญิงหลังคลอด และยังส่งผลถึง

ความสัมพันธ์ของหญิงหลังคลอดกับครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่การหย่าร้างและยังมีผลต่อทารกในหลายด้าน กรณีที่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือฆ่าทารกได้⁵⁻⁶ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความชุกที่ต่างกัน ซึ่งแตกต่างกันไปตามภูมิภาค ระดับการศึกษา เชื้อชาติ วิธีการศึกษาเกณฑ์การวินิจฉัย การใช้แบบสอบถาม และการกำหนดช่วงระยะเวลาหลังคลอดที่ต่างกัน⁷⁻¹² ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศอังกฤษพบร้อยละ 27.5¹³ ในประเทศไอร์แลนด์พบความชุกร้อยละ 26.8¹⁴ ส่วนในภูมิภาคเอเชียพบความชุกร้อยละ 3.5 - 63.3 โดยประเทศมาเลเซียมีความชุกต่ำสุดและประเทศปากีสถานมีความชุกสูงสุด¹⁵

สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 16.8 และหญิงหลังคลอดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 3 เท่าเมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่นๆ¹⁶ ข้อมูลจากบทความวิจัยที่ทำในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งพบความชุกของภาวะ

ซึมเศร้าแตกต่างกันออกไปเช่นเดียวกับบทความวิจัยที่ทำในต่างประเทศ โดยในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตั้งแต่อายุละ 2.8 - 25¹⁷⁻²¹ และจะพบความชุกนี้สูงขึ้นในมารดาวัยรุ่นถึงร้อยละ 25.5 - 41.67²²⁻²³

โรงพยาบาลแก่งคอยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีหญิงที่มาคลอดบุตรเฉลี่ยปีละ 300 - 350 ราย โดยหญิงที่มาคลอดบุตรทั้งหมดคลอดโดยวิธีธรรมชาติ ข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าไม่มีรายงานหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเนื่องจากยังไม่มีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมาใช้ทดสอบ การศึกษานี้เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในหญิงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแก่งคอย เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลือเชิงรุกอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในหญิงหลังคลอดที่คลอดบุตรภายใน 72 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลแก่งคอยและยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา มีเกณฑ์การคัดออก คือ หญิงหลังคลอดที่เป็นบุคคลต่างด้าวหรือหญิงหลังคลอดที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก ได้แก่ หญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่งคอย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึง มีนาคม 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ที่ติ๊กมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลแก่งคอย ข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร การจดทะเบียนสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ของครอบครัว ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนในการตั้งครรภ์นี้ การมีผู้ช่วยเหลือบุตรหลังคลอด เพศทารกตรงตามต้องการของมารดา จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลของสามีหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนที่ 3 ข้อมูลของบุตรที่คลอด ได้แก่ อายุตาม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด (n = 80)

	ปัจจัย	Mean ± SD
อายุ (ปี)		24.8 ± 6.7
ระดับการศึกษา		
	ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	18 (22.5)
	ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ)	62 (77.5)
อาชีพ		
	ว่างงาน (ร้อยละ)	44 (55.0)
	มีงานทำ (ร้อยละ)	36 (45.0)
การจดทะเบียนสมรส		
	ไม่ได้จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ)	59 (73.8)
	จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ)	21 (26.2)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
	บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ)	48 (60.0)
	บัตรอื่นๆ (ร้อยละ)	32 (40.0)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ)	34 (42.5)
	มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ)	46 (57.5)
ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน		
	ไม่มี (ร้อยละ)	49 (61.3)
	มี (ร้อยละ)	31 (38.7)

Expected Date of Confinement (EDC) เพศ น้ำหนัก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีความไว ร้อยละ 66.7 ความจำเพาะ ร้อยละ 93.8 มี degree of agreement เมื่อเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) เท่ากับ 0.42 และมีค่าความถูกต้องเท่ากับ 0.93²⁴ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้หลักการประมาณค่าความชุกในประชากรโดยแทนค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดร้อยละ 15 ยอมรับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 8 กำหนด α error = 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างหญิงหลังคลอดจำนวนทั้งสิ้น 77 ราย นำเสนอลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ หาคความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดแบบ Bivariate analysis ด้วย Chi-square test กำหนด p-value ≤ 0.2 ทดสอบ Co-linearity แล้ววิเคราะห์แบบ Multivariate analysis ด้วย Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญ p-value < 0.05

นิยามศัพท์

ภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด หมายถึง หญิงหลังคลอดที่ได้ทำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ส่วนปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์และโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เป็นการที่ใช้แบบสอบถามถามความรู้สึกจากหญิงหลังคลอด

ผล

หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลแก่งคอยจำนวนทั้งหมด 80 ราย พบหญิงตั้งครรภ์มีอายุน้อยกว่า 20 ปีในวันคลอด ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ค่อนข้างน้อย คลอดครบกำหนดร้อยละ 92.5 น้ำหนักทารกแรกคลอดส่วนใหญ่ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวนน้อย ความชุกร้อยละ 13.8 (95% Confidence interval = 7.4 - 23.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด (n = 80) (ต่อ)

ปัจจัย	Mean ± SD
จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์	
น้อยกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ)	19 (23.8)
เท่ากับหรือมากกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ)	61 (76.2)
โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	
ไม่มี (ร้อยละ)	73 (91.3)
มี (ร้อยละ)	7 (8.7)
ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์	
ไม่มี (ร้อยละ)	65 (81.3)
มี (ร้อยละ)	15 (18.7)
การวางแผนในการตั้งครรภ์นี้	
ไม่มี (ร้อยละ)	40 (50)
มี (ร้อยละ)	40 (50)
จำนวนบุตรรวมครรภ์นี้	
1 คน (ร้อยละ)	22 (27.5)
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ)	58 (72.5)
ระดับการศึกษา	
ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	18 (22.5)
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ)	62 (77.5)
เพศทารกตรงตามต้องการของมารดา	
ไม่ตรงความต้องการ (ร้อยละ)	21 (26.3)
ตรงความต้องการ (ร้อยละ)	59 (73.7)
อายุของสามีหญิงตั้งครรภ์	
น้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ)	8 (10)
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี (ร้อยละ)	72 (90)
ระดับการศึกษาของสามีหญิงตั้งครรภ์	
ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	23 (28.7)
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ)	57 (71.3)
อายุครรภ์ตาม EDC	
น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (ร้อยละ)	6 (7.5)
เท่ากับหรือมากกว่า 37 สัปดาห์ (ร้อยละ)	74 (92.5)
เพศทารกแรกคลอด	
เพศหญิง (ร้อยละ)	44 (55)
เพศชาย (ร้อยละ)	36 (45)
น้ำหนักทารกแรกคลอด	
น้อยกว่า 2500 กรัม (ร้อยละ)	11 (13.8)
เท่ากับหรือมากกว่า 2500 กรัม (ร้อยละ)	69 (86.2)
ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด	
ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ)	69 (86.2)
มีภาวะซีมเศร้า (ร้อยละ)	11 (13.8)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด แบบ Bivariate analysis มี 5 ปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักบุตร โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนในการตั้งครรภ์นี้ เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis ด้วย Multiple Logistic regression พบว่า ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงินและภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ด้วย Logistic regression

ตัวแปร	CrudeOR	95% CI	p-Value	Adjusted OR*	95% CI	p-value	
ความเดือดร้อนทางการเงิน	มี	5.33	1.29 - 22.02	0.021	5.51	1.20 - 25.34	0.028
	ไม่มี	1	-	-	1	-	-
วิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์	มี	4.92	1.26 - 19.21	0.022	5.76	1.26 - 26.43	0.024
	ไม่มี	1	-	-	1	-	-
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	≥ 2,500	1	-	-	1	-	-
	< 2,500	2.86	0.62 - 13.05	0.175	5.31	0.93 - 30.40	0.061

** Adjusted ด้วย น้ำหนักบุตร โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ การวางแผนในการตั้งครรภ์นี้

วิจารณ์

จากการศึกษาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าภายใน 72 ชั่วโมง หลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย ร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ศึกษาในช่วงเวลา เดียวกันพบร้อยละ 9.8²⁵ แต่ต่ำกว่าข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบความชุก ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 16.8¹⁶ การศึกษาในประเทศที่ทำ ในช่วงเวลาเดียวกับโรงพยาบาลแก่งคอยนั้น ที่อิตาลีพบความชุกร้อยละ 15.7¹⁰ ที่ฝรั่งเศสพบความชุกร้อยละ 24.7²⁶ การศึกษาในประเทศไทย ที่น่าสนใจซึ่งทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่ทำการศึกษาสัปดาห์ที่ 4 - 6 นั้นพบว่า การศึกษาของโรงพยาบาลรามธิบดีพบความชุกของภาวะซึมเศร้า หลังคลอดร้อยละ 25²¹ การศึกษาของโรงพยาบาลกลางพบร้อยละ 10.4²⁷ โรงพยาบาลตากสินพบร้อยละ 10.3¹¹ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบร้อยละ 9.5¹⁸ การศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมดการพบความชุกที่ต่างกัน อาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ระยะเวลาที่ศึกษาและแบบทดสอบ ที่ต่างกัน นอกจากนี้จากคำนิยามของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่เน้นถึง อาการจะเริ่มต้นใน 12 เดือนแรกหลังคลอด และส่วนใหญ่จะมีอาการภายใน 6 สัปดาห์แรกนั้น²⁸ ทำให้การศึกษาของโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศมักจะทำการศึกษาใน 2 ช่วงเวลา ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความชุกในช่วงการศึกษาแรกที่ทำในช่วงตั้งแต่ 2 - 3 วันแรก ถึง 1 - 2 อาทิตย์หลังคลอด จะสูงกว่าการศึกษาในช่วงสองที่ทำการตั้ง สัปดาห์ที่ 4 - 6 ขึ้นไปหลังคลอด^{8,10,19,22,26} ส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาล แก่งคอยนั้น พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านปัญหาหรือความเดือดร้อน ทางการเงิน และภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์

ปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงินเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญในงานศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Chousawai¹¹ ในสถานการณ์ปัจจุบันเงินเป็นปัจจัยสำคัญ ในการดำเนินชีวิต เมื่อมีการคลอดเกิดขึ้นครอบครัวจะมีสมาชิกเพิ่มขึ้น ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลทารกที่เกิดใหม่ ปัญหาหรือความ เดือดร้อนทางการเงินจึงเป็นปัญหาของครอบครัวที่สำคัญ โรงพยาบาล แก่งคอยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นสังคมชนบท จากข้อมูล หญิงหลังคลอดในการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 55 ไม่ได้ทำงานและยังพบว่า ร้อยละ 42.5 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ปัจจัยเหล่านี้ อาจเป็นเหตุร่วมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดปัญหาหรือความเดือดร้อน ทางการเงินในงานศึกษานี้

หญิงที่มีความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์เป็นอีกตัวแปรที่มีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Chousawai¹¹ และยังคงสอดคล้องการศึกษาของ Chaopanitwet²⁷

ที่ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลกลาง พบว่า ความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และจะมี ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าหญิงที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 3.7 เท่า หญิงตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงและมีภาวะต่างๆ ในชีวิตมากขึ้น ต้องปรับตัวกับสิ่งใหม่ตลอดเวลา จึงมีความวิตกกังวลมาก ยิ่งเมื่อคลอดบุตรแล้วมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในครอบครัว เหตุเหล่านี้ อาจจะเป็น สาเหตุร่วมที่ทำให้หญิงหลังคลอดมีความวิตกกังวลมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันมาก ผู้ที่มี ภาวะซึมเศร้านี้มักจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วย²⁹ หรือพบว่าความวิตกกังวล อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะซึมเศร้า มีงานวิจัยหลายรายงานที่แสดง ให้เห็นว่า ความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่สำคัญระดับปานกลาง ถึงมากในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^{28,30,31}

อายุหญิงตั้งครรภ์ในวันที่คลอดบุตรไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หลังคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Neil¹⁴ และอีกหลายการ ศึกษา^{19,25,27,28} อายุหญิงตั้งครรภ์อาจไม่ใช่ปัญหา สังคมในอำเภอแก่งคอย เป็นสังคมชนบทมีอยู่กันแบบครอบครัวใหญ่ จึงมีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือ ในการเลี้ยงดูสมาชิกใหม่ จึงไม่สัมพันธ์กัน ส่วนจำนวนบุตรทั้งหมดของ หญิงตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษา ของ Youngdee¹⁹ และรายงานของWHO²⁸ การเป็นสังคมชนบทจะมีญาติ ของหญิงหลังคลอดพร้อมที่จะช่วยเลี้ยงดูสมาชิกใหม่ จึงไม่สัมพันธ์กัน จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ การศึกษาของ Chousawai²⁷ ประเทศไทยมีมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นอย่างดี การฝากครรภ์ก็ครั้ง ก็ยังมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลที่ดี จึงไม่ สัมพันธ์กัน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หลังคลอด ซึ่งเหตุนี้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพราะเป็นเหตุเกิด ก่อนคลอด ทำให้หญิงกลัวว่าบุตรที่คลอดออกมาอาจมีปัญหา อาชีพหญิง ตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitanupong¹⁸ และอีกหลายการศึกษา^{25,27} อำเภอแก่งคอยมีสังคมเป็นแบบ สังคมชนบทส่วนใหญ่ผู้หญิงที่มีครอบครัวนั้นมีหน้าที่เป็นแม่บ้านดูแลครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทำงานอื่นจึงไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับการศึกษา ของผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับ การศึกษาของ Pitanupong¹⁸ และการศึกษาอื่น^{19,20,27} เป็นความเชื่อของสังคม ชนบท เมื่อผู้หญิงมีครอบครัวก็ต้องเป็นแม่บ้าน ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้ที่เรียนมา จึงไม่สัมพันธ์กัน สิทธิการรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ไม่สัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitanupong¹⁸ และ อีกหลายการศึกษา^{19,20,27} เป็นเพราะเชื่อว่าการคลอดในไทยได้มาตรฐาน ทุกสิทธิการรักษาได้รับการดูแลไม่แตกต่างกัน จึงไม่สัมพันธ์กัน การจด

ทะเบียนสมรสหญิงตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นเพราะสังคมไทยคนส่วนใหญ่ไม่มีจดทะเบียนสมรส การจดทะเบียนสมรสไม่ใช่เรื่องสำคัญจึงไม่สัมพันธ์กัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitanupong¹⁸ และการศึกษาอื่น^{19,27} เรื่องรายได้เฉลี่ยนี้จุดตัดของรายได้อาจเป็นจุดที่ยังไม่เหมาะสมเพราะไม่สอดคล้องกับหัวข้อเรื่องปัญหาหรือความเดือดร้อนทางการเงินที่มีความสัมพันธ์กันกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งผลน่าจะไปด้วยกัน ดังนั้นอาจจะต้องหาจุดตัดรายได้ที่เหมาะสมกว่านี้ เพื่อที่จะได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ การวางแผนในการตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaopanitwet²⁷ การมีบุตรเพิ่มขึ้นในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจึงต้องมีการวางแผนสัมพันธ์กัน การมีผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นเพราะเป็นสังคมชนบท การมีครอบครัวใหญ่ย่อมมีญาติคอยช่วยเหลือดูบุตร อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์) ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Youngdee¹⁹ เป็นเพราะมั่นใจในมาตรฐานการคลอดบุตรของประเทศไทยจึงไม่สัมพันธ์กัน เพศบุตรไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการรายงานของ WHO²⁸ ในประเทศไทยไม่ได้จำกัดจำนวนบุตรเหมือนในบางประเทศ เมื่อไม่ได้บุตรตามเพศที่ต้องการในครรภ์นี้ อาจระอการตั้งครรภ์ในครั้งหน้าก็ได้ น้ำหนักทารกแรกคลอดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitanupong¹⁸ ทารกที่คลอดออกมาที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จะได้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่าปกติทำให้หญิงหลังคลอดมีความวิตกกังวลจึงมีความสัมพันธ์กัน อายุบิดาในวันที่บุตรคลอดและระดับการศึกษาของบิดาไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เหตุปัจจัยทางบิดาน่าจะไม่ใช่เรื่องใกล้ตัวที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จึงไม่สัมพันธ์กัน

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลแก่งคอย พบร้อยละ 13.8 นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงที่มีปัญหาความเดือดร้อนทางการเงินและมีภาวะวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

งานศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมีความคลาดเคลื่อนค่อนข้างมากเพราะเป็นการสอบถามความคิดเห็นโดยใช้ความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นหลัก ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของงานศึกษานี้ใช้เครื่องมือที่มีความถูกต้องค่อนข้างสูงจึงน่าจะมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังมีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าประชากรเนื่องจากจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อยแต่อิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อภาวะซึมเศร้ามีค่าค่อนข้างมากจึงทำให้ความคลาดเคลื่อนนี้ไม่มีผลต่อข้อสรุป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้กรุณาให้ใช้แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้คำปรึกษาทางด้านระเบียบวิธีวิจัย นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย ที่อนุญาตให้ทำการ

ศึกษานี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังคลอดทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2017.
2. Tongswas T. Nursing care in the postnatal period. 2nd ed. Chiangmai: Chiangmai University Publishers; 1994.
3. Pongpaiboon P. Nursing care in the postnatal period. Bangkok: Bangkok Media Center; 1997.
4. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. J Clin Psychiatry 2001; 62: 82-6.
5. Nonacs R. Postpartum psychiatric syndrome. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2000
6. Lee DT, Chung TK. What should be done about postnatal depression in Hong Kong?. Hong Kong Med J 1999; 5: 39-42.
7. Lee DT, Yip SK, Chiu HF, Leung TY, Chan KP, Chau IO, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Br J Psychiatry 1998; 172: 433-7.
8. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. Br J Psychiatry 1997; 171: 550-5.
9. Stamp GE, Crowther CA. Postnatal depression: A south Australian prospective Survey. Aust Obstet Gynaecol 1994; 34: 164-7.
10. Petrozzi A, Gagliardi L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. J Perinat Med 2013; 41: 343-8.
11. Chousawai S, Worraruktananun N. Prevalence rated and related factors of postpartum depression in Takhli Hospital, NakhonSawan. Sawanpracharak Med J 2013; 10: 103-12.
12. Kit LK, Janet G, Jegasothy R. Incidence of Postnatal Depression in Malaysian Women. J ObstetGynaecol Res 1997; 23: 85-9.
13. Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatry morbidity in mothers and fathers. Br J Psychiatry 1994; 164: 782-8.
14. O' Neill T, Murphy P, Greene VT. Postnatal depression-aetiological factors. Ir Med J 1990; 83: 17-8.
15. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. Int J Nurs Stud 2009; 46: 1355-73.
16. Manager Online. Maternal risk for postpartum depression is 3 times.[Internet].2017 [cited 2017 August 15]. Available from : <http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=960000081742>.

17. Disornatiwat P. Factors affecting postpartum women's anxiety-depression in Ramathibodi Hospital. [Master of Science]. Bangkok : Mahidol University; 1999.
18. Pitanupong J, Vacharaporn K. Prevalence and predictors of postpartum depression in Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J* 2005; 23: 249-54.
19. Youngdee K, Roomruangwong C. Depression after childbirth among mothers with obstetric complications in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2016; 60: 561-74.
20. Kongsuriyanavin W, Kunrattanaporn B, Techatraisak K. Factors affecting postpartum women's mental health. *Thai Journal of Nursing Council* 2010; 25: 88-99.
21. Petpompapas E, Lotrakul M. Postpartum depression: its relationship to childbirth and child health at Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009; 54: 29-36.
22. Phummanee N, Roomruangwong C. Postpartum depression teenage mothers: A study at Department of Medical Services, Sirindhorn Hospital, Bangkok. *Chula Med J* 2015; 59: 195-205.
23. Chaisawan K, Serisathein Y, Yusamran C, Vongsirimas N. Factors predicting postpartum depression in adolescent mothers. *J Nurs Sci* 2011; 29: 62-69.
24. Vacharaporn K, Pitanupong J, Samangri N. Development of The Edinburgh Postnatal Depression Scale in Thai Version. *J Ment Health Thai* 2003; 11: 164-9.
25. Chunpoon T, Yeekian C. A study of Postpartum Blue. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015; 26: 64-74.
26. Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 51-4.
27. Chaopanitwet W. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in Bangkok Metropolitan Administration Hospital. *J Charoenkrung Pracharak Hosp* 2012; 8: 12-21.
28. World Health Organization. Literature review of risk factors and interventions on postpartum depression. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization; 2008.
29. Lotrakul M. Depression in detail. [Internet]. 2017. [cited 2017 August 30]. Available from: <http://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
30. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 69-74.
31. Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens health* 1995; 1: 51-75.

ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการ: พหุกรณีศึกษาผู้ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นกตล คำเต็ม พย.ม.

โรงพยาบาลสสวสสิริประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

Abstract: Life Experiences of Burn Patients who had Deprived of Organ(s) and Become Handicapped: Multi – Cases Study at a Northeastern Hospital

Khamterm N

Sunpasitthiprasong Hospital, Mueang Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani, 34000

(E-mail:kamy0011@gmail.com)

This Phenomenological Approach Qualitative Research aimed to describe Life experiences of burnt patients with organ loss and became handicapped in the following aspect definition of illness, lifestyle and health status. Purposive sampling for a particular group as key informants. Data saturation was at 19 persons; 6 females and 13 males, age ranged between 18 and 52 years old. The supportive informants were referred by the key informants. The information was gathered through in-depth interview, non-participant observation and field note. The content analysis was conducted by triangulation method for reliability of information. The findings from multi – cases study were: the definition of illness tended to be negative. Being a burn patient was graceless, risking losing one's life comparable with having a sin or karma, damaging self image, together with pain and itchiness. However the informants can live their lives as normal people. The authors studied their life styles in 4 dimensions: 1) Daily life in 3 aspects: self responsibility of health revealed that follow - up on appointment and take medication by time, exercises revealed that stretching joints, and dietary requirement revealed that they avoid food believed to cause itching such as chicken meat, eggs and food with preservative products. 2) Work: becoming disabled caused their jobs changed and no one could return to their original job within a year. 3) Relationship and living with others: the patients' acquaintances accepted the patients' illness, however the patients felt disgusted and shameful by the unacquaintants. 4) Management of emotion and stress: all the felt distressed from their illness, 4 of them wished to die and they tried to cope by understanding that their illness were caused by carelessness physical health and yet karma. The authors studied health issue of burned patients with organ loss and become disabled. The study revealed 3 aspects: 1) physical health: problem during medical treatment and fear the pathological status was pain, during rehabilitation and post wound healing were itching, and scar contracture. 2) Mental health: stress and anxiety from chronic treatment and feeling of lose. 3) Social health: neighbors and family were the best crucial. The acquired findings reflect on the patients' perception towards burns and distress. Hence, it is important for medical providers to truly understand and bear in mind of all problems in order to provide sufficient medical service based on beliefs, norms and cultures that the patients have grown from.

Keywords: Lived experience, Burn patients who had deprived of organs and become a handicapped

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการในด้านความหมายการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพ ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีเจาะจง จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 19 ราย เป็นหญิง 6 ราย ชาย 13 ราย อายุระหว่าง 18 – 52 ปี ผู้ให้ข้อมูลรองเลือกโดยวิธีการบอกต่อจากผู้ให้ข้อมูลหลัก รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาสาระ ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความหมายแก่การเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายไปในทางลบ คือเป็นแล้วไม่สวยงาม เป็นเรื่องของการสูญเสีย ใครประมาทก็อาจตายได้ เป็นโรคเรื้อรังโรครุนแรง รักษาหายแล้วยังเสียภาพลักษณ์ เป็นแล้วมีอาการรบกวนทั้งอาการปวดและคันแต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังดำเนินชีวิตเรียบง่ายอย่างคนปกติ ผู้ศึกษาได้ศึกษา

แบบแผนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยได้ผลการวิจัย 4 แบบ ดังนี้ 1) แบบแผนการใช้ชีวิตประจำวัน 3 ด้าน ได้ผลดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ผลคือผู้ป่วยสนใจและรับผิดชอบในการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การออกกำลังกายเพื่อป้องกันความพิการผลคือผู้ป่วยฝึกการใช้กล้ามเนื้อ การเหยียดข้อต่อได้ด้วยตนเอง และการรับประทานอาหารผลที่ได้คือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารที่เชื่อว่าทำให้เกิดอาการคัน ได้แก่ ไข่ อาหารหมักดอง 2) แบบแผนการงาน หลังความพิการทุกคนมีการเปลี่ยนงานใหม่ และไม่มีใครสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ภายใน 1 ปี 3) แบบแผนการปฏิสัมพันธ์และการใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น ผลคือทุกคนได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน แต่คนอื่นที่ไม่รู้จักมักแสดงอาการที่ทำให้รู้สึกว่าถูกรังเกียจ เช่น คนอื่นจ้องมองทำให้อับอาย และ 4) แบบแผนการจัดการอารมณ์และความเครียด ทุกคนเครียดจากความเจ็บป่วยมีผู้ให้ข้อมูล 4 คนเคยคิดอยากตาย ทุกคนมีการปรับตัวโดยมอง

ย้อนอดีตและคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพราะความประมาทของตนเองและกรรมเก่า ผู้ศึกษาได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการ มีข้อค้นพบ 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพทางกาย ปัญหาที่พบในระยะวิกฤตฉุกเฉินคือความเจ็บปวดจากระบบการรักษาและพยาธิสภาพของโรค ปัญหาที่กระทบในระยะฟื้นฟูสภาพและหลังแผลหายแล้วคืออาการคัน การหดรั้งของกล้ามเนื้อเส้นเอ็น การยึดติดของข้อต่อ 2) สุขภาพทางจิต ข้อที่ค้นพบคือความเครียดกังวลที่เกิดจากการรักษา ยาวนานและการสูญเสีย 3) สุขภาพทางสังคม มีข้อค้นพบ คือ การมีเพื่อนบ้านและครอบครัวที่ดีทำให้เกิดกำลังใจ สามารถใช้แหล่งประโยชน์และแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมได้ สรุป ข้อค้นพบสะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลต่อการบาดเจ็บ บาดแผลทางกายก่อให้เกิดอาการรบกวน แต่บาดแผลทางใจทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ให้บริการจึงควรหันมามองอย่างเข้าใจและเข้าถึงทุกปัญหาเพื่อปรับกระบวนการบริการให้สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมที่ผู้ป่วยได้รับการปลูกฝังเลี้ยงดู

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต ผู้ป่วยแผลไหม้ที่ถูกตัดอวัยวะและพิการ

บทนำ

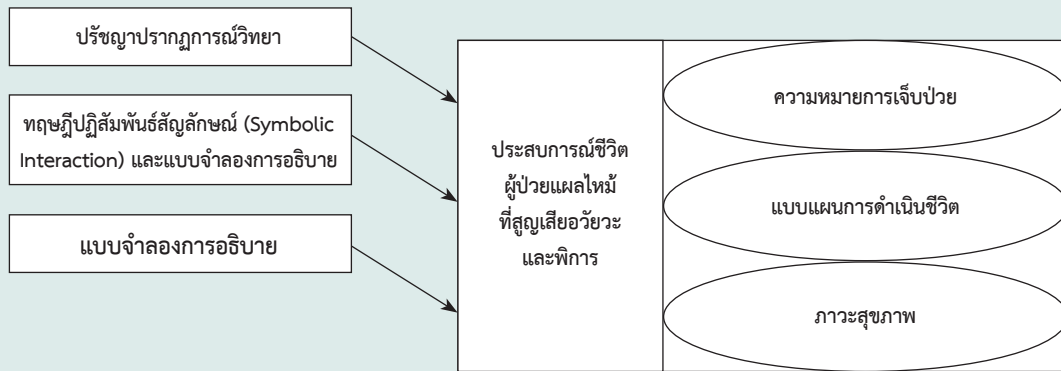
เมื่อวิถีชีวิตแบบคนป่าคนดอยพัฒนาสู่วิถีชีวิตคนเมืองมีวิทยาการใหม่ที่สะดวกสบายแต่ต้องผจญกับอันตรายต่างๆ เช่น แผลไหม้ ผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพที่พบบ่อย คือ แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้บาดเจ็บทุพพลภาพทั้งหมด¹ แผลไหม้นับวันจะมากและรุนแรงขึ้นแม้ว่าการป้องกันอันตรายและเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆจะได้รับการพัฒนาให้ปลอดภัยการตายและบาดเจ็บจากแผลไหม้ก็ยังคงมีอยู่ บางรายสูญเสียอวัยวะและพิการ² สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยแผลไหม้ถึง 2.5 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตราว 12,000 ราย แผลไหม้รุนแรงจากกระแสไฟฟ้ามีถึงร้อยละ 3 - 15 หรือราว 1,000 รายต่อปี³ แผลไหม้ถือเป็นประสบการณ์ที่เลวร้ายของคนคนหนึ่งเพราะมีความเจ็บปวดสูญเสียภาพลักษณ์ กระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ การทำงาน การครอบครัว และการสังคม⁴

ปัจจุบันแม้การรักษาจะเจริญก้าวหน้า ผลการรักษาดีกว่าในอดีต อัตรารอดชีวิตและสามารถกลับบ้านได้มากขึ้น⁵⁻⁷ แต่ยังมีผู้ป่วยไม่น้อยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่สามารถกลับไปทำงานได้ และไม่สามารถกลับไปทำงานในหน้าที่เดิมได้ถึงร้อยละ 64.58⁸ ตลอดจนมีความเครียดและวิตกกังวลในการเข้าสังคม ผู้ที่รอดชีวิตมีคุณภาพชีวิตต่ำและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป⁹ มีปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิตสังคม และการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานของมือ¹⁰ ทำให้ท้อแท้ ท้อถอย บางรายซึมเศร้าถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 40 ของพื้นที่ผิวร่างกายในระยะยาวพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่สามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 1 ปีและร้อยละ 36.8 ถูกออกจากงาน¹¹ ผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงที่สูญเสียอวัยวะและพิการ ให้ความหมายต่อสิ่งที่ตนมีประสบการณ์อย่างไร เป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพเข้าใจได้ยากยิ่งเพราะไม่ใช่คนในการทำความเข้าใจภูมิหลังและทัศนคติมุมมองต่อการเจ็บป่วยอย่างลึกซึ้งของบุคลากรจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อความรู้สึกนึกคิด วัฒนธรรมความเชื่อ ค่านิยมและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ถูกต้อง การศึกษาเชิงลึกถึงประสบการณ์ชีวิตในด้านความหมายแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพหลังความพิการจึงมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในมุมมองใหม่ นำไปสู่การออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละรายข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้จะนำมาซึ่งการจัดบริการที่เหมาะสม เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้อย่างเข้าใจเข้าถึงและพัฒนา

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยแผลไหม้ระดับ 2 และ 3 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 - 24 วัน แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้าเป็นกลุ่มที่ถูกตัดอวัยวะมากที่สุดถึงร้อยละ 15.7¹² จากการศึกษายังไม่พบรายงานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการหรือการศึกษาในแง่มุมอื่นๆ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการนั้นเป็นอย่างไร ผู้ศึกษาจึงให้บริการผู้ป่วยแผลไหม้จึงขาดข้อมูลเชิงลึกในการพัฒนาบริการผู้ป่วยอย่างรอบด้าน อาจมีบางประเด็นที่ละเอียดหรือเข้าใจไม่ถี่ถ้วนผู้ป่วยแผลไหม้ในเขตภูมิภาคอีสานที่มีศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อ ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและรูปแบบการดำเนินชีวิต ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการ ในด้านความหมายของการเจ็บป่วยแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา ที่ใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนา สัมภาษณ์และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่เลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารได้ต่อกับผู้ศึกษาด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาส่วนผู้ให้ข้อมูลรองใช้วิธีการบอกต่อ จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำเช่นนี้เป็นลำดับถัดไปเรื่อยๆ จนข้อมูลอิ่มตัวผู้ให้ข้อมูลหลัก 19 ราย เป็นหัวหน้าครอบครัว 13 ราย เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 4 ราย สมาชิกครอบครัว 6 ราย เพศชาย 4 ราย เพศหญิง 2 ราย และผู้ให้ข้อมูลรอง 8 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการศึกษาเชิงคุณภาพต้องมีคุณสมบัติที่แสดงถึงความเชื่อถือได้¹³ ผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับความเป็นกลาง ดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา มีเครื่องบันทึกเสียงและเครื่องมือช่วยในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและบันทึกภาคสนาม 2) แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดที่สร้างขึ้นและผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตัวอย่างคำถาม เช่น “ในภาพรวมสุขภาพของท่านก่อนเกิดอุบัติเหตุแผลไหม้เป็นอย่างไร หลังเกิดอุบัติเหตุแผลไหม้จนถึงปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร” “ก่อนเกิดแผลไหม้ท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด” “แผลไหม้ก่อปัญหาในการทำงานของท่านหรือไม่ อย่างไร” “ท่านถูกบอกให้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติเพื่อการดูแลแผลไหม้หรือไม่อย่างไร” “มีอะไรที่ท่านทำและอะไรที่ท่านไม่ทำ เพราะอะไร” เป็นต้น เป็นคำถามที่ไม่มีโครงสร้างตายตัว ยืดหยุ่นสอดคล้องและต่อเนื่องจากคำตอบที่ได้รับจากคำถามข้อที่ผ่านมา ผู้ศึกษาใช้ปรากฏการณ์วิทยา ทฤษฎีปฏิบัติสัมพันธสัญลักษณ์และแบบจำลองการอธิบาย การเจ็บป่วย เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและพิการและกรอบเชิงทฤษฎีการวิจัย เพื่อหาจุดร่วม ของผู้ให้ข้อมูลรอบเชิงทฤษฎีการวิจัย (ภาพที่ 1) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



ภาพที่ 1 กรอบเชิงทฤษฎีการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการดังนี้ 1) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ด้วยคำถามปลายเปิดที่มีความยืดหยุ่น ไม่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่ใช้การตัดสินของผู้ศึกษาว่าผิดหรือถูก 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก ในประเด็นละเอียดอ่อน เช่น การถูกเลิกจ้างงาน การถูกรังเกียจ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงและถูกจ้องมอง 3) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและพูดคุยเป็นธรรมชาติ เพื่อสังเกตบริบท ความสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนที่อยู่อาศัย วัฒนธรรม ความเชื่อ ความเป็นอยู่ จะได้เข้าใจและสามารถวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลอ้างอิง 4) การจดบันทึกภาคสนาม สิ่งที่สังเกตได้หรือบรรยากาศขณะสัมภาษณ์เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ป้องกันการลืมและบรรยายสิ่งต่างๆ ที่เกิดระหว่างรวบรวมข้อมูล หลังการสัมภาษณ์ผู้ศึกษานัดหมายครั้งต่อไป เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลรองต่อไปแบบลูกโซ่ ดำเนินการเช่นเดียวกันไปเรื่อยๆจนข้อมูลอิ่มตัว ทั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายละ 2 - 3 ครั้งๆละ 90 - 150 นาที โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดเลือกสถานที่เองทุกครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ไปด้วย ทำการถอดเทปสนทนาแบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา หากคำสำคัญและจุดร่วม ตรวจสอบซ้ำกับบันทึกภาคสนาม จัดแฟ้มข้อมูลที่ได้ตามลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและรอง ถอดเทปสัมภาษณ์อย่างรอบคอบ จัดเรียงข้อมูลเป็นรายบรรทัด ตั้งข้อมูลเป็นกลุ่มคำนำมาวิเคราะห์คำต่อคำ ข้อความต่อข้อความ เมื่อมีข้อสงสัยทำการทวนซ้ำอย่างละเอียด ข้อมูลที่ละเอียดอ่อนหรือไม่แน่ใจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของความหมายที่แปลความ นำมาแก้ไขให้ถูกต้องตามผู้ให้ข้อมูลแนะนำ เรียบเรียงและเขียนคำอธิบายที่ถูกต้องใหม่ หลังจากนั้นทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายผลการศึกษานำเสนอโดยบางช่วงตอนใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการอธิบายสรุปผลด้วยภาษาของผู้ศึกษาเอง ทำแบบนี้ทุกรายทุกประเด็น ข้อมูลอิ่มตัวจึงสรุปผลการศึกษา ในครั้งนี้ข้อมูลอิ่มตัวโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 19 ราย ผู้ให้ข้อมูลรอง 8 ราย

ผล

มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว คือ ผู้นำครอบครัวและสมาชิกครอบครัวกลุ่มผู้นำครอบครัว 13 ราย อายุ 26 - 52 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทั้งหมดมีบาดแผลไหม้ระดับรุนแรงมาก มีความพิการ 2 ลักษณะคือผู้ที่พิการเพราะถูกตัดอวัยวะขณะรับการรักษา จำนวน 6 ราย เพศชาย 5 ราย และเพศหญิง 1 ราย และผู้ที่พิการเพราะภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดภายหลังจำนวน 7 ราย เพศชาย 4 ราย เพศหญิง 3 รายกลุ่มสมาชิกครอบครัวมี 6 ราย อายุระหว่าง 18 - 39 ปี มีบาดแผลไหม้ระดับรุนแรงมาก เช่นเดียวกัน ผู้ที่พิการเพราะถูกตัดอวัยวะในกลุ่มนี้เป็นเพศชายทั้งหมด 4 ราย และผู้ที่พิการเพราะภาวะแทรกซ้อน

ของโรคในภายหลังเป็นเพศหญิง 2 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองมีจำนวน 8 ราย เพศชาย 2 ราย เพศหญิง 6 ราย อายุ 26 - 55 ปี ผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ความหมายของการเจ็บป่วยและการพิการ ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการเจ็บป่วยและการพิการ ดังนี้

1.1 เป็นโรคที่หาความสวยงามไม่ได้ เป็นโรคที่คนอื่นรังเกียจและกลัว เรียกภาพลักษณ์ที่สูญเสียไปว่า โรคหน้าผี เช่น คำกล่าว “ส่องกระจกแล้วมันหน้าผีซัดๆ อะ เรายังกลัวเราเองเลย เออ แล้วปากนี่มันแบบเล็กเข้าทุกวันเลย เราก็ไม่เคยเห็นแบบนี้ คิดมากหลายอย่างอะ เราเหมือนมีกรรม จะตายก็ไม่ตาย” สะท้อนถึงการมองภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากเกินไปจนกว่าที่จะรับได้ มนุษย์จึงนำไปเปรียบเทียบกับผี

1.2 เป็นโรคเวรโรครกรรม สื่อให้เห็นถึงความทุกข์ที่ได้รับ ดังคำกล่าว “ผมมีเจ้ากรรมนายเวรใหญ่จึงเจอเหตุการณ์แบบนี้” “ตอนนี้กรรมตามสนองผมแล้ว” เป็นการให้ความหมายตามความเชื่อและคำสอนของพระพุทธศาสนา¹⁴ ที่ว่า “มนุษย์ทุกคนย่อมเป็นไปตามกรรม” เมื่อมนุษย์พบปัญหาที่หาคำตอบไม่ได้ ก็มักอ้างในเรื่องกรรมเก่า เป็นการบอกเตือนให้คนรุ่นหลังเกรงกลัวต่อกฎแห่งกรรม มนุษย์จะได้ทำแต่กรรมดีจะได้ใช้ชีวิตโดยไม่ สอนให้พึ่งศาสนาและเชื่อเรื่องกรรมบันดาล¹⁵

1.3 เป็นโรคที่มีอาการรบกวนสูง ทั้งอาการปวดและคัน “โรคบ้ออะไรก็ไม่รู้ ต้องเรียกว่าเป็นโรคไก่อ้เขี้ย เรียกมันยังงั้นเลยเพราะมันคันมาก หมอว่าให้เอาน้ำมันมะกอกทา ทาแล้วทาก็ไม่หายคัน คันทั้งกลางวันกลางคืนเหมือนไก่อ้เขี้ย ” “ถ้าพิการเฉยๆ เราไม่มีปัญหาหรอก แต่ที่มันท้ออะไรก็ลำบากไปหมด คันก็คัน เจ็บก็เจ็บ” ทางกายแพทย์ก็พบว่าหลังพ้นระยะถูกฉีดยาแล้วผู้ป่วยแผลไหม้ยังคงมีความปวดและคันได้ ผู้ป่วยให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์เปรียบเทียบกับชุดประสบการณ์เดิม เช่น โรคไก่อ้เขี้ย เป็นประสบการณ์ตรงที่ได้รับ ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมยากลำบาก เช่น การหยิบจับของการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁶

1.4 เป็นโรคแห่งการสูญเสีย ใครประมาทก็อาจตายได้ เป็นการสะท้อนประสบการณ์ที่ตัดสินอนาคตของผู้ป่วยเอง เช่น สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงจนไม่อาจทำหน้าที่ได้อย่างที่เคยเป็น เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้จึงวิตกกังวล ด้อยค่าและหมดกำลังใจ ห่วงกังวลผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ต้องดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้แรงกดดันและปัญหาสุขภาพ ดังนั้น ประสบการณ์ชีวิตนี้จึงเป็นหน้าที่ชีวิต หากใครประมาทก็อาจถึงแก่ความตาย

1.5 เป็นโรคที่ทำให้คิดและมองชีวิตแบบปดตงได้ ความรัก ความเข้าใจ รักในคุณค่าตนเอง รักในผู้ที่ตนรับผิดชอบ ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองเพื่อใช้ชีวิตต่อไปได้ เกิดพลังในการฟื้นฟูสภาพและปรับเปลี่ยนความเจ็บปวดให้เป็นสิ่งธรรมดาในชีวิต

2. แบบแผนการดำเนินชีวิตหลังความพิการ ผู้ป่วยแผลไหม้ที่สูญเสียอวัยวะและการพิการ 19 ราย ต้องปรับตัวและเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่แตกต่างจากเดิม ทั้งบทบาทหน้าที่ พฤติกรรมและการดำรงชีวิตที่

เหมาะสมกับภาวะพร่องทางกายที่เผชิญอยู่ สามารถปรับตัวทางสังคม การบริโภค และการพักผ่อนหย่อนใจ จากการศึกษาพบว่าเส้นทางก้าวข้าม จากสภาวะการเผชิญความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานไปสู่ชีวิตปกติของผู้ให้ ข้อมูลนั้นสรุปได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะที่รู้สึกท้อในชีวิต ทั้ง 19 ราย เผชิญกับความรู้สึก ท้อท้อหลังได้รับบาดเจ็บ ต้องเผชิญความเจ็บปวดเพราะพยาธิสภาพและการรักษา ทำให้หวาดกลัว ดังคำพูด “เวลาทำแผลก็เจ็บชะมัดยาด ทำแผลแต่ละทีนี่ยิ่งกับจะขาดใจ มันทั้งเจ็บทั้งแสบ ทั้งกลัว” “กลัว คิดมาก กลัวเขวทั้ง” การที่ผู้ป่วยแบกก้อนทุกข์ที่ต้องการสลายแต่ไม่สามารถสลาย ไล่ลดลงได้ เป็นระยะที่ต้องการกำลังใจเพื่อช่วยให้ก้าวผ่านและสลาย ก้อนทุกข์ออกไป ระยะนี้โดยเฉลี่ยใช้เวลาราว 2 – 4 เดือนหลังพ้นระยะ ฉุกเฉินแล้ว

2.2 ระยะปรับมุมมอง หลังเผชิญความรู้สึกท้อท้อ แต่ละคนจะมีวิธีการการภาวะอารมณ์หลายรูปแบบ เสียใจโกลีตัวช่วยสะท้อน คิดและทำให้เห็นคุณค่าตนเอง ทำให้ปรับมุมมองและพยายามก้าวข้าม ความเจ็บป่วยไปสู่ชีวิตปกติ ดังคำพูดนี้ “เราพิจารณาแบบนี้เลือกไม่ได้หรอก ต้องอดทนทำเอา ไม่งั้นลูกเราก็มีปัญหา” “ความเจ็บป่วยมันสอนเรา ให้อดทน” อย่างไรก็ตามการปรับมุมมองใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 2 เดือน สำหรับผู้ที่สูญเสียอวัยวะ ไม่ต่ำกว่า 5 เดือนสำหรับผู้พิการที่เกิดในภายหลัง เพราะความพิการในกลุ่มนี้ค่อยเป็นค่อยไป

2.3 ระยะก้าวข้ามสู่สภาวะความเป็นจริง เป็นระยะที่ปรับ มุมมองและสะท้อนคิดได้และก้าวข้ามสู่สภาวะความเป็นจริง โดยมี มุมมองเชิงบวกคือการเป็นที่พึ่งของครอบครัว คิดถึงคุณค่าตนเอง เผชิญหน้า กับความจริงว่าทุกอย่างได้เกิดขึ้นแล้วและต้องดำเนินต่อไป ดังคำพูด ต่อไปนี้ “แรกๆก็โทษนั่นโทษนี่ โทษไปทั่ว ทั้งที่ความจริงมันก็เกิดจากเรา ประมาท” “พอเราคิดได้ก็เลยสบาย เลิกคิดมาก” เมื่อปรับมุมมอง ได้แล้วทั้งหมดจึงผ่านไปสู่วิธีที่ 4 ได้รวดเร็วขึ้น โดยใช้ประมาณ 1 เดือน

2.4 ระยะการยอมรับและเห็นคุณค่าของชีวิต เมื่อยอมรับ ความเป็นจริงได้จึงเกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าชีวิตตนเอง มองสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องปกติธรรมดา ดังคำพูดนี้ “ชีวิตนี้ไม่มีอะไรแน่นอน วันนี้อยู่รุ่งนี้ อาจตายตอนไหนก็ได้” “ป่วยได้ก็หายได้ พิจารณาก็ใช้ชีวิตต่อไปได้ เช่นเดียวกัน” ประสบการณ์ทำให้เปลี่ยนมุมมองชีวิตที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รักและเห็นคุณค่าชีวิตตนเองและผู้อื่น รู้จักใช้ชีวิตด้วยสติ และ ระมัดระวังมากขึ้น トラบดีที่ยังมีความรักความอบอุ่นทุกคนก็พร้อมที่จะ ก้าวผ่านความทุกข์ระทม ก่อเกิดความภาคภูมิใจและชนะทุกสิ่งแม้แต่ความพิการ เมื่อก้าวข้ามผ่านทั้ง 4 ระยะไปสู่ชีวิตปกติ สรุปเป็นแบบแผน การดำเนินชีวิตได้ 4 แบบแผน ดังนี้

2.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อบาดเจ็บจน พิการ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันจึงเปลี่ยนไปจากเดิม บางคนพบปะ เพื่อนฝูงและผู้ร่วมงานน้อยลง ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับการดูแลตัวเอง บางคนต้องหยุดการทำงานที่เคยทำ ดังคำกล่าว “มันกะบ่คือเก่าละ กะเฮา เป็นคนเหลือมือเหลือตีนแค่ข้างเดียวสิไปเฮ็ดคือเก่ากะบ่ได้” “ตั้งแต่ป่วย มานี้ก็ทำงานเลี้ยงเขาไม่ได้เต็มที่ แถมเราต้องพึ่งคนอื่นมากขึ้นกว่าเดิม” แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน จำแนกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน: ด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาพ ก่อนบาดเจ็บมากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลจึงดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การดูแลบาดแผล เช่น ไม่เกาจนเกิดแผล ดังคำพูดนี้ “หลังออกจากโรงพยาบาล ผมอยากหายเร็วเพราะเป็นห่วง ลูกและเมีย กลัวลูกจะไม่มีที่พึ่งผมเลยจะต้องทำตัวให้หายโดยเร็ว ไม่น่าเชื่อ เลยนะครั้บผมสนใจตัวเองมากกว่าก่อนป่วยซะอีก” “หมอนัดทุกครั้งก็ไป ทุกครั้บ”

2.1.2 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน: ด้านการ ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ทุกคนได้รับการสอนและ ฝึกปฏิบัติก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำให้กล้ามเนื้อยึดเหยียด ข้อไม่ยึดติด เป็นสิ่งที่ไม่เหนือบ่ากว่าแรงที่จะทำได้ เช่น การฝึกใช้อวัยวะส่วนที่เหลือ การทำกายภาพบำบัด ดังคำกล่าว “แต่ก่อนไม่เคยออกกำลังกาย ชี้เกียด ตอนนี่แหละต้องออกนะ ออกกำลังกายวันละ 2 ครั้งเช้าเย็นเลย” “เวลา ออกกำลังกายเป็เลย ไม่ทำไม่ได้เพราะไม่ทำวันหนึ่งนี่เส้นเอ็นตึงไม่หมด เราต้องมียืน เรื่องแบบนี้ใครก็ทำแทนไม่ได้ ต้องทำเอง”

2.1.3 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน: ด้านการ รับประทานอาหาร

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่าในการรับประทานอาหารนั้น จำเป็นต้องเลือกเฉพาะสิ่งที่เป็นประโยชน์ เช่น อาหารที่ปรุงสุกใหม่ งดของ หมักดองหรืออาหารที่ก่อให้เกิดอาการคันมากขึ้น ความเชื่อแต่โบราณสอนให้ งดรับประทานไก่และไข่ เพราะเชื่อว่าเป็นสัตว์ที่มีเท้าไว้ค้ำยันอาหาร หากรับประทานเข้าไปจะทำให้เกิดอาการคันและทำให้แผลพุพอง และผู้ให้ ข้อมูลทุกคนตอบตรงกันว่าอยู่โรงพยาบาลสามารถรับประทานอาหารได้เพราะ ถ้ามีอาการผิดปกติหมอมจะมีวิธีการช่วยลดอาการเหล่านั้นได้

2.2 แบบแผนการดำเนินชีวิต: ด้านการทำงานที่เลือกไม่ได้

ผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลนาน ทำให้ขาดช่วงการทำงานตำแหน่งเดิม ไม่สามารถทำงาน ได้ตามเดิมหรือถูกเลิกจ้าง ต้องปรับตัวและหางานใหม่ และมักเป็นงาน ที่เลือกไม่ได้ ดังคำพูดนี้ “เราพิจารณาแบบนี้เลือกไม่ได้หรอก ต้องอดทน ทำเอา” “ใครจะไปคิดว่าเราจะได้มาสานตะกร้าขาย เป็นงานที่ไม่ชอบนะ แต่ก็ไม่รู้จะทำอย่างอื่นไม่ได้” แบบแผนการดำเนินชีวิตด้าน การงานจึงเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง บางรายเครียดมากเพราะทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมต่อการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว กลายเป็นความเชื่อ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ นำมาซึ่งความเจ็บปวดทางใจวิตกกังวล

2.3 แบบแผนการดำเนินชีวิต: ด้านปฏิสัมพันธ์และการใช้ ชีวิตร่วมกับคนอื่น

เมื่อปรับตัวได้ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่จะแสวงหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุน ทำให้เกิดกำลังใจและมั่นใจว่าสังคมไม่ทอดทิ้ง ดังคำกล่าวนี้ “วันนั้นรู้สึก เขาจะเอาแกงปลามาส่ง เราเลยคิดได้ ขนาดคนข้างบ้านยังรักและเป็นห่วงเรา จะมาตายง่ายยมนก็ไม่ใช่” “แรกๆไปมาลำบาก ลูกก็ไม่ว่าง เราก็ได้เพื่อน บ้านนี้แหละพาไปโรงพยาบาล” วิถีชีวิตที่ยังมีความเอื้ออาทร มีการแบ่งปัน กันตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ทำให้เกิดกำลังใจที่ดี ดังคำพูดนี้ “ถ้าไม่มีเพื่อน บ้านเราตายไปนานแล้ว” “เราเลยคิดได้ คนข้างบ้านยังรักและเป็นห่วงเรา จะมาตายง่ายยมนก็ไม่ใช่ เลยเลิกคิดฆ่าตัวตาย”

2.4 แบบแผนการดำเนินชีวิต: ด้านการจัดการอารมณ์และ ความเครียด

แม้ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีความพิการจะได้รับคำแนะนำเรื่อง การดูแลตนเองในทุกเรื่อง แต่เมื่อต้องปฏิบัติ ก็ยังเกิดความขัดแย้งในตัวเอง โดยเฉพาะบทบาททางสังคมกับสภาพความเป็นจริงทางร่างกาย ทำให้เกิด ความเครียดที่เป็นภาระให้กับคนอื่น ความเครียดที่สะสมยาวนานส่งผล ต่ออารมณ์และพฤติกรรม บางครั้งจึงหงุดหงิด ไม่สบายใจ ดังคำพูดต่อไปนี้ “แรกๆเครียดมากที่ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม หันไปทางไหนก็คิด เครียดจนกลัว” “เราก็อึดใจแย่มากนะ เหมือนเด็กไม่รู้จักโต สมเพชตัวเอง” นอกจากนั้นยัง พบความรู้สึกกลัวฝังใจกับสิ่งที่สัมพันธ์กับความร้อน บางรายนอนไม่หลับ ฝันร้าย สะดุ้งตื่นกลางดึก ก่อให้เกิดความทุกข์ระทมจนจิตใจและการดำเนินชีวิต ต้องได้รับการดูแลจึงจะสามารถปรับตัวอยู่กับความพิการ สามารถรักษาสมดุล ระหว่างการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ควบคู่กับการรักษาที่ผู้ป่วย เลือกเสริมตามความเชื่อและศรัทธา

3. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลใหม่ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนภาวะสุขภาพหลังความพิการ 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 ภาวะสุขภาพที่ต้องได้รับการเยียวยา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการได้รับการดูแลจากสังคมโดยเฉพาะบริการสุขภาพจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตและทำให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้นแสดงให้เห็นว่าการดูแลอย่างใส่ใจของคนอื่นเป็นกำลังใจและสามารถเยียวยาจิตใจให้ดีขึ้นได้

3.2 ภาวะสุขภาพที่มีความเครียดและวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มป่วย ระหว่างรักษาและหลังการรักษา ต้องหาทางส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนเอง เช่น การออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้ความพิการลุกลาม การใช้บริการภาครัฐ การร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การคิดเชิงบวก เป็นต้น

3.3 ภาวะสุขภาพทำให้แสวงหาตัวช่วย ผู้ให้ข้อมูลบางคนอาศัยเพื่อนบ้านและเพื่อนฝูงในการพูดคุยเพื่อผ่อนคลายทุกข์ บางคนอาศัยบริการภาครัฐในการรับคำแนะนำด้านบริการ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะต้องการมีตัวตนในสังคมและอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ การแสวงหาบริการต่างๆ เป็นการสร้างความมั่นใจว่ายังได้รับการดูแลจากสังคม หากเจ็บป่วยจะได้มั่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดกำลังใจ ดังคำพูดนี้ “เจ้าหน้าที่ที่แนะนำดี ช่วยบอกหมดเลยว่าใส่ขาเทียมต้องทำอย่างไรบ้าง ทำขั้นตอนอย่างไรจึงจะได้”

วิจารณ์

“อุบัติเหตุป้องกันได้ถ้าไม่ประมาท” เป็นประโยคที่ทุกคนคุ้นชิน แต่หลายคนกลับไม่เห็นความสำคัญ ยังพบสถิติอุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่เกิดจากความประมาท เช่น การเกิดแผลใหม่ ไม่ว่าจะเกิดจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือความประมาทก็สะท้อนถึงจุดอ่อนที่ภาครัฐและภาคเอกชนยังให้ความสำคัญในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกน้อย เพื่อปลูกจิตสำนึกผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติให้คำนึงถึงความปลอดภัยจากการทำงาน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรปฏิบัติอย่างจริงจัง เช่น การใช้เครื่องป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเชื้อไฟ กระแสไฟฟ้าแรงสูงและอื่นๆ นอกจากนั้นสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้ป่วยแผลใหม่ยังเป็นเรื่องที่ต้องการการพัฒนา การนำความรู้จากตำรามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างของแต่ละบุคคล จะทำให้เกิดเป็นองค์ความรู้ในมุมมองใหม่ที่บุคคลจะนำมาพัฒนาการดูแลคนทั้งคนแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายด้านการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นความหมายด้านลบ ได้แก่ เป็นโรคที่หาความสวยงามไม่ได้ โรคหน้าผี มีการสูญเสียภาพลักษณ์ มีอาการรบกวนสูง คืออาการปวดและคัน เป็นโรคแห่งความสูญเสีย โรคเวรโรคกรรม แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นโรคที่ทำให้คิดและมองชีวิตแบบปลงตกได้ หลังได้รับประสบการณ์การเจ็บป่วยแล้วทำให้ปรับตัวและมีแบบแผนการดำเนินชีวิต 4 แบบ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในการรับมือต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกายและอาหาร แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการทำงาน แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และแบบแผนด้านการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง เมื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลพบปัญหาสุขภาพทางกายที่สำคัญคืออาการรบกวน ทั้งความเจ็บปวดจากการรักษา อาการคันหลังแผลหาย การหดรั้งของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อ ปัญหาสุขภาพทางจิต พบว่าทุกคนเกิดความเครียดกังวลที่ต้องรักษายาวนาน และเกิดการสูญเสีย ส่วนสุขภาพทางสังคม พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งเพื่อนบ้านและครอบครัวทำให้เกิดกำลังใจ สามารถใช้เป็นแหล่งประโยชน์เพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรสุขภาพสามารถใช้เป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีความละเอียดอ่อนและเปราะบาง เช่นที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าเพียงแค่การปรายตามองของคนทั่วไปก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกของพวกเขาได้ หากผู้ให้บริการมีความละเอียดอ่อนก็จะเข้าใจและเข้าใจถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านระยะต่างๆ ได้เร็วขึ้น ทำให้ยอมรับปัญหาของตนเองได้ตามสภาพความเป็นจริง ช่วยกระตุ้นและสร้างเสริมกำลังใจและส่งเสริมพลังอำนาจในคนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีและเห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการที่มีทีมช่วยเหลือปัญหาด้านอื่นๆ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด ร่วมเยียวยาจะทำให้การฟื้นฟูเร็วขึ้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรมองปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและชุมชน การช่วยเหลือด้านจิตใจและจิตสังคมควรเป็นไปอย่างจริงจัง จริงใจและต่อเนื่องโดยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจและได้รับการฝึกฝนการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการร้ายจิตใจผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจและกำลังใจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์อันเลวร้ายไปได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อค้นพบจากประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยแผลใหม่ที่นับถือศาสนาพุทธเท่านั้น เพราะช่วงระยะเวลาที่ศึกษาไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่นับถือศาสนาอื่น รวมทั้งข้อค้นพบที่ได้เป็นข้อค้นพบที่มีความเป็นเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่ภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น ต้องพิจารณาลักษณะที่มีบริบทคล้ายคลึงกันเป็นสำคัญ เพราะกระบวนการคิดการหล่อหลอมเลี้ยงดูและคำสอนตามหลักศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของบุคคลในแต่ละชุมชนและแต่ละพื้นที่นั้นย่อมมีความแตกต่างกัน

References

1. Suntikarn. Accident and solutions in Thailand. (internet). (cited 28 April.2015). Available from: www.healthcarethai.com
2. Supaporn Opananon and Pornprom Muangman. Severe Electrical Injury: case report and review. *Burn and Wound Healing Association (Thailand)*. 2008; 2:14-25.
3. Edlich RF, Farinhott HM, Winters KL., Britt LD, Long WB 3 rd. Modern concepts of treatment and prevention of electrical burn. *J Long Term Eff Med Implants* 2005; 15: 511-32.
4. Baillie SE, Sellwood W,Wisely JA. Post-traumatic growth in adults following a burn. *Burns* 2014: 1089-96.
5. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shakespeare PG, et al. International clinical recommendations on scar management. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110:560-71.
6. Rashid A, Khanna A, Gowar JP, Bull JP. Revised estimates of mortality from burns in the last 20 years at the Birmingham Burns Centre. *Burns* 2001; 27: 723-30.
7. Suwannachote S, Benjathanang R, kittidecha S, Thangthed O. Health assessment of burn patients. *Burn and Wound Healing Association (Thailand)* 2009; 3: 14-28.
8. Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M. Return to work and health – related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med* 2007; 39: 49-55.
9. Patterson D.R., Ptacek J.T., Cromes F., Fauerbach J.A., Engrav L. The 2000 Clinical Research Award. Describing and predicting distress and satisfaction with life for burn survivors. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 2000; 21: 490-8.
10. Elsherbiny OE, Salem MA, El-Sabbagh AH, Elhadidy MR, Eldeen SM. Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns* 2011; 37:776-89.
11. Pavoni V, Giancesello L, Paparetta L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010; 18 : 24.
12. Wiwatthanasittipong M. My Experience and Proposal Opinions in Treatment of Burn in Regional Hospital: Sunpasitthiprasong Hospital Ubonratchathani: Burn unit. Approaches toward the better care of burn and wound. Bangkok; 2012.
13. Jirawathkul S. Qualitative study in nursing. Bangkok; 2012.
14. Ututamasaropikkhu. Buthdavajana: Teach from the words of Buthda and khamma. (internet). (cited 20 Dec.2017) Available from: <https://www.google.co.th/search?tbm>.
15. Luang por Dee- tesana. Thammaperdkhammbundarn. (internet). (cited 20 Dec.2017) Available from: <https://soundcloud.com/user-970991101/uv2lnoghcsok>
16. Srimuninnimit W. Management of burn wounds: Basic plastic surgery the 6th eds. Plastic surgery center Ramathibodi hospital; 2007.

ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี

ชำซุดิน ดายะ พ.บ.*, นิลลัฮา ลิลละฮ์กุล พย.ม**, เจษฎากา รโนอินทร์ ส.ด.***

*โรงพยาบาลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 95120

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสงขลานครินทร์ จังหวัดยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95140

***มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

Abstract: Experience of Parents of Thai Muslim Childhood Aged 0 - 5 Years in Yala Province Who Rejected the Service of Expanded Program Immunization with Vaccine

Daya S*, Lillahkul N**, Noin J***

*Kapang Hospital, Kabang, Yala, 95120, **Sirindhorn College of Public Health Yala, Mueang Yala, Yala, 95000

***Pibulsongkram Rajabhat University, Mueang Phitsanulok, Phitsanulok, 65000

(E-mail: Dayanur1986@gmail.com)

The aim of this qualitative research was to examine the parents' experience of Thai Muslim childhood aged 0-5 years in Yala province who refused the expanded program immunization (EPI) service with vaccine. A total of 26 informants were used as samples. The data were collected using in-depth interview together with non-participant observation. The thematic analysis was mainly employed. The results revealed that the experience of parents of Thai Muslim childhood aged 0-5 years in Yala province who declined the EPI service with vaccine comprised 1) having side effect from vaccine, 2) lacking of the power to negotiate in continually vaccine service, 3) non covering service in terms of vaccine, 4) being not confident in right product according to Muslim religion and 5) being not consistent of service system with the way of life of community. The findings from this study could provide the basic information regarding problem and cause of rejection the EPI service of parents of 0-5 year Thai Muslim childhood. The health team could use the data as guidance for EPI service model management which conform to community context. Also, it could be further applied as basic research concerning relevant issues.

Keywords: Expanded program immunization service with vaccine, Thai Muslim childhood's parents

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมที่ปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในจังหวัดยะลา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิม 0 - 5 ปี ที่มีประวัติปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เดือนพฤษภาคม 2561 - เดือนกรกฎาคม 2561 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมให้ประสบการณ์ของการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี คือ 1) การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน 2) การขาดอำนาจต่อรองในการรับบริการรับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง 3) การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไม่ครอบคลุม 4) ความไม่เชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม 5) การจัดระบบบริการไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิม 0 - 5 ปี ที่ปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนมากยิ่งขึ้น ทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต

วัฒนธรรม และหลักการศาสนาที่ถูกต้องต่อไป และเป็นข้อมูลพื้นฐานการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิม

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน เป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความคุ้มค่ามากที่สุด ประเทศต่างๆ ทั่วโลกซึ่งรวมทั้งประเทศไทย ได้ใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นเครื่องมือป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ไวรัสตับอักเสบบี หัดเยอรมัน คางทูม ไข้สมองอักเสบเจอี และพิษสุนัขบ้า เป็นต้น โดยโรคแรกที่กำหนด คือ โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และวัณโรค ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกในการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพในปี 2543 จากการดำเนินการควบคุมทำให้การติดต่อโปลิโอลดลงถึงร้อยละ 99 การตายด้วยโรคหัดทั่วโลกลดลงกว่าร้อยละ 78 ดังนั้น การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีนจึงยังคงมุ่งมั่นเพื่อป้องกันโรคและการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดีนั้นนอกจากการดูแลให้เด็กมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แล้ว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราการตายในเด็กลงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน การที่เด็กเจ็บป่วยขึ้นมาไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อสังคม ประเทศชาติอีกด้วย³ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุวัคซีนพื้นฐาน หรือวัคซีนภาคบังคับไว้ในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยไว้ แต่ยังมีหลายพื้นที่ในประเทศไทยที่ยังเจอปัญหาของเด็กไม่ได้รับวัคซีน และเด็กมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน³ ซึ่งส่งผลที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ เช่น วัคซีน คอตีบ เป็นต้น⁴

จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีนในจังหวัดชายแดนใต้พบว่า พื้นที่นี้มีอุบัติการณ์ของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนหลายชนิดสูงที่สุดในประเทศ และนำไปสู่การระบาดของโรคเหล่านี้ เช่น โรคหัด โรคคอตีบอย่างกว้างขวาง โดยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง วันที่ 3 พฤษภาคม 2554 พบการระบาดของโรคคอตีบซึ่งมีผู้ป่วย 84 ราย เสียชีวิต 19 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 23 ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเด็กในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี 5 - 9 ปี และ 15 - 24 ปี⁵ นอกจากนี้ยังเป็นจังหวัดที่ยังขาดความครอบคลุมในการรับวัคซีน จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนด้วยวิธี 30 clusters survey พ.ศ. 2553 พบว่า ความครอบคลุมของวัคซีน DTP/ OPV เท่ากับร้อยละ 89 DTP/ OPV 2 เท่ากับ 83 DTP/ OPV 3 เท่ากับ ร้อยละ 72 และเมื่อพิจารณาความครอบคลุมวัคซีน DTP/ OPV3 ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้จําแนกรายจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบว่า ครอบคลุมร้อยละ 74, 69 และ 85 ตามลำดับ³ สำหรับจังหวัดยะลา ความครอบคลุมโดยภาพรวมของวัคซีนในแต่ละช่วงอายุในปี 2558 มีดังต่อไปนี้ อายุครบ 1 ปี ร้อยละ 81.99, อายุครบ 2 ปี ร้อยละ 77.24, อายุครบ 3 ปี ร้อยละ 46.88 และอายุครบ 5 ปี ร้อยละ 63.97 และในปี 2559 มีดังต่อไปนี้ อายุครบ 1 ปี ร้อยละ 91.05, อายุครบ 2 ปี ร้อยละ 78.67, อายุครบ 3 ปี ร้อยละ 81.90 และอายุครบ 5 ปี ร้อยละ 67.68 ซึ่งแนวโน้มที่ดีขึ้น เนื่องจากการพัฒนาแนวทางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ก็ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้⁵

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาการระบาดของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในจังหวัดชายแดนใต้ จังหวัดยะลาและปัตตานีเป็น 2 ใน 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคคอตีบมากที่สุดในประเทศไทย พบว่า จังหวัดยะลาพบผู้ป่วยโรคคอตีบติดต่อกันมาทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2554 พบผู้ป่วยรวม 38 ราย เสียชีวิต 7 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในปี 2553 จำนวน 25 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.67 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 7 ราย รองลงมาคือในปี 2552 พบผู้ป่วยจำนวน 10 ราย อัตราป่วย 2.03 ต่อประชากรแสนคน และปี 2554 จำนวน 5 รายคิดเป็นอัตราป่วย 1.01 ต่อประชากรแสนคน (รายงานตรวจราชการจังหวัดยะลา ปี 2552 - 2554) และ ในปี 2555 - 2560 มีผู้ป่วยรวม 18 รายเสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 38.88 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁶

ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งถึงแม้ว่าระบบสาธารณสุขในพื้นที่ได้เพิ่มความพยายามอย่างเต็มที่ แต่ปัญหายังไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร การแก้ปัญหาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จำเป็นต้องมีข้อมูลอย่างรอบด้าน ทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการสะท้อนประเด็นปัญหาเฉพาะบางด้านจากกลุ่มผู้ให้บริการ ขณะที่ข้อมูลที่มีคุณภาพจากผู้รับบริการ (ผู้ปกครองของเด็ก) ในประเทศไทยมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศ ดังนั้นคณะศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิเสธการนำเด็กเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีนในเด็ก

0 - 5 ปีของผู้ปกครอง เพื่อนำมาสู่การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังของผู้ปกครองในการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินการสร้างเสริมให้ผู้ปกครองนำเด็กเข้ารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปีเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เน้นปรากฏการณ์หนึ่งๆ เพื่อทำความเข้าใจถึง กระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ปกครองของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ด้าน ความคิด ทัศนคติ ค่านิยม และวัฒนธรรม ต่อการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี แล้วนำมาซึ่งการวิเคราะห์ และเจาะลึกในประเด็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิเสธ การมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ดำเนินการอธิบายสิ่งที่เข้าใจอย่างละเอียดถี่ถ้วน มีหลักฐานในการสนับสนุน ทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นอย่างถ่องแท้ นำมาสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความจริงที่ปรากฏ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อรับรู้และเรียนรู้ข้อเท็จจริงในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้เรื่องประโยชน์ของการฉีดวัคซีน การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม ประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และมีการบันทึกข้อมูลจากการสังเกต ในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยสภาพการทำงาน สภาพแวดล้อม และบริการวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน กำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ปกครอง เด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ทั้งภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่น หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง และยินยอมเข้าร่วมในการให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนด้วยวัคซีน 1 ท่าน จากนั้นจึงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปศึกษาจริง 3) แบบบันทึกภาคสนาม และ 4) อุปกรณ์สนาม เช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น การตรวจสอบข้อมูลโดยการใช้ ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า⁷ การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดยะลา

ผล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 30 ราย อายุระหว่าง 25 - 40 ปี สถานภาพคู่ จำนวน 28 ราย หม้าย จำนวน 1 ราย และ หย่าร้าง จำนวน 1 ราย อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจำนวน 12 ราย อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 18 ราย แต่ส่วนใหญ่จะอาศัยในบริเวณใกล้เคียงกับบิดา/มารดาของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีประสบการณ์ของการปฏิเสธการรับบริการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี

ประสบการณ์ของการปฏิเสธการรับบริการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปีนั้น ผู้ให้ข้อมูลให้ประสบการณ์ใน 5 ลักษณะคือ 1) การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน 2) การขาดอำนาจต่อรองในการรับบริการวัคซีนอย่างต่อเนื่อง 3) การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับ

วัคซีนไม่ครอบคลุม 4) ความไม่เชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม และ 5) การจัดระบบบริการไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

1) การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย สะท้อนถึงประสบการณ์ของการปฏิเสธการรับบริการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี เนื่องจาก การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน ซึ่งพบบ่อยมากที่สุด คือ ไข้ รองลงมา คือ อาการบวมแดงที่ฉีด และมีส่วนน้อยที่พบว่า ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน ทำให้บุตร มีอาการบวมแดง บริเวณที่ฉีดจนทำให้ไม่สามารถเดินได้เป็นเวลาหลายสัปดาห์ ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว ส่งผลต่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียด กังวล และนอกจากนั้น ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจอีกด้วย เพราะทำให้ต้องหยุดทำงาน เพื่อดูแลบุตร ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“ลูกเราคนที่ 1 หลังฉีด 1 สัปดาห์ลูกเดินไม่ได้ ไปหาหมอ หมอให้ยา หมอบอกว่า เสียดแล่นประสาท หมอบอกว่า ไม่เป็นอะไรมาก เราก็เลยไปหาหมอบ้าน แต่ตอนนี้ ลูกเราก็ไม่เดินที่นะ เวลาวิ่งก็คล้ายๆ จะล้ม เวลาออกจากรถก็เหมือนจะพับได้ไม่เต็มที่ ซึ่งอาการของลูกเราจะเป็นอยู่ประมาณ 2 เดือน”

นางมีเอลอ (นามสมมุติ)

“ฉีดแล้วมักไม่สบาย ต้องหยุดทำงาน บางครั้งต้องหยุดทำงาน ตั้ง 5 วัน เวลาลูกไม่สบาย ใครจะเป็นคนอุ้ม ใครจะเป็นคนดูแล ใครจะทำงานอีก”

นางจะปากอ (นามสมมุติ)

2) การขาดอำนาจต่อรองในการรับบริการวัคซีนอย่างต่อเนื่อง

การขาดอำนาจต่อรองเป็นการไม่สามารถตัดสินใจในการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ประโยชน์และมีความเต็มใจที่จะรับบริการ โดยผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ อาจเป็นสามี พ่อของสามี หรือ แม่กระทั่งพ่อ แม่ของตนเอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน ให้ประสบการณ์ของการปฏิเสธบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี เนื่องจากสามี บิดาสามี ไม่ยินยอมให้ฉีดวัคซีน เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตัดสินใจหรือไม่ปฏิบัติตามได้ เนื่องจากอยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลเหล่านั้น ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคือ

“...ที่สำคัญ พอเราจะพาไป โตะแซ (พ่อของผู้ให้ข้อมูล) ก็ไม่ให้พาไป บอกว่า อย่าพาไปเลย เดี่ยวลูกไม่สบายอีก...คือเขาเป็นห่วงหลานเขา เราอยู่กับเขา เราก็ต้องฟังเขา....”

นางมววา (นามสมมุติ)

“...แซ (ตา) ของเด็กไม่ต้องการให้ฉีด เราแยกทางกับพ่อของเด็ก การตัดสินใจของลูกจึงขึ้นอยู่กับแซ เพราะแซเป็นคนเลี้ยงดูลูกแซไม่ฉีด เพราะ แซบอกว่า ลูกของแซทั้งหมดก็ไม่ได้ฉีด ก็ไม่เห็นจะเป็นอะไรเลย

นางแบกอ (นามสมมุติ)

3) การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไม่ครอบคลุม

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย สะท้อนถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีน อาการข้างเคียงของวัคซีน ที่มาของวัคซีน ตลอดจนวัคซีนชนิดต่างๆ ไม่ครอบคลุม ทั้งด้านเวลา สถานที่ และบุคคลที่รับข้อมูล ดังเช่น การให้ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้วัคซีน ในขณะที่กำลังจะฉีดวัคซีนให้กับเด็ก หรือ หลังฉีดวัคซีน ซึ่งในเวลาดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้ฟังว่า เป็นช่วงที่เครียดกังวลเนื่องจากเด็กกำลังร้องไห้ รอคอยไปนอน ทำให้การรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่เต็มที่เท่าที่ควร บุคคลที่รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน ควรเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ เช่น บิดา หรือ คนในครอบครัวที่มีความสามารถในการตัดสินใจ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล คือ

“เรารู้บ้าง ไม่รู้บ้าง ว่าวัคซีนมีประโยชน์อย่างไร ส่วนใหญ่ฉีดเสร็จก็กลับบ้านเลย เพราะลูกร้อง...ตอนไปก็เย็นสุด หมอก็รับสมุด ฉีดเสร็จรับสมุดก็กลับบ้าน...หมอเขาอธิบายนะ ตอนที่ฉีดยา แต่ไม่มีใจจะฟังหรอก ลูกร้องอยู่...ใครจะฟังรู้เรื่อง”

นางมาโง๊ะ (นามสมมุติ)

4) ความไม่เชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม

ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความไม่มั่นใจว่า วัคซีนผลิตมาจากสิ่งใด และเป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม (ฮาลาล) สามารถรับประทานได้ในร่างกายได้หรือไม่ ซึ่งหากเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่สามารถรับประทานได้ในร่างกาย (หะรอม) ก็จะส่งผลกระทบต่อความถูกต้องในการปฏิบัติตามหลักการศาสนา จึงปฏิเสธการนำบุตรรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“วัคซีนมาจากไหน วัคซีนทำจากอะไร ทำไม่ต้องฉีดวัคซีน... เราไม่เคยได้รับข้อมูลจากอนามัย แต่เนื่องจาก เราไม่ได้ไปอนามัย จะไปโทษอนามัยไม่ได้เหมือนกัน...”

นางมูดู (นามสมมุติ)

“เราอ่านทางเฟสบุ๊คนะ เห็นเขาบอกว่า วัคซีนมีส่วนผสมที่มาจากสัตว์... ทำให้เรากลัว ไม่แน่ใจ ไม่กล้าฉีด เพราะเราไม่กล้าเอาสิ่งที่ไม่ถูกต้องตามหลักศาสนามาให้ลูก...”

นางกาแกง (นามสมมุติ)

5) การจัดการบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย ได้ให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการให้บริการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก ของสถานบริการสาธารณสุขว่า สถานบริการสาธารณสุขจะกำหนดวันของการให้วัคซีน สัปดาห์ละ 1 ครั้งและมักจะเปิดให้บริการในช่วงเช้า ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นช่วงของการทำงาน เช่น กรีดยาง หรือ วันที่เปิดบริการเป็นวันที่มีตลาดนัดของชุมชน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องไปปฏิบัติภารกิจอื่น และลืมนัด

“...หมอนัดให้มาฉีดตรงนี้ หมอนัดมาฉีดช่วงเช้า แต่ช่วงเช้าพวกเราไป กรีดยาง กว่าจะกลับมาก็ตอนเที่ยง หมอก็กลับไปที่อนามัยแล้ว แล้วพออาทิตย์ต่อไป พอหมอนัดตาม เราก็กลิ้ม...”

นางเมฆาแต (นามสมมุติ)

วิจารณ์

ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ให้ประสบการณ์ของการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี คือการเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีน ได้แก่ ไข้ บริเวณที่ฉีดบวมแดง เป็นไตแข็ง ส่งผลทำให้เด็กไม่สามารถเดินได้เป็นระยะเวลาที่นาน เป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน ซึ่งการเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว เกิดจากการฉีดยาเข้าตรงบริเวณกล้ามเนื้อต้นขาของเด็กซึ่งมักจะเจ็บ ได้ถึงร้อยละ 3 - 29 กว่าการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง^{1,7-8} และอาจจะฉีดตื้นเกินไปทำให้เข้าชั้นใต้ผิวหนัง เช่น ในกรณีการฉีดวัคซีน DTP (คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก), DT (คอตีบ ไอกรน), HB และ HA ซึ่งเป็นวัคซีนชนิด inactivated ที่มีปฏิกิริยาต่อวัคซีนหรือต่อ adjuvant เนื่อง ส่วนอาการไข้มักเกิดจากวัคซีนรวมชนิด DTP ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย แต่ไม่รุนแรง มักเกิดภายใน 1 - 2 วันหลังฉีด¹ ซึ่งอาการจากผลข้างเคียงดังกล่าว ปกครองเด็กจะมีความกังวลมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ร้อยละ 73.5 ที่ผู้ปกครองปฏิเสธการนำเด็กมารับบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีน เนื่องจาก ผลข้างเคียงที่ทำให้เด็กป่วยและไข้ หลังจากรับบริการ⁹⁻¹⁰

การขาดอำนาจต่อรองในรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการปฏิเสธการรับบริการ เนื่องจากการนำบุตรมารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของมารดา เพราะเป็นภารกิจหลัก ส่วนสามีหรือผู้ที่มีอำนาจในครอบครัว เช่น ปู่ ยา ตายาย จะเป็นผู้ที่มีรับผิดชอบเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและค่าใช้จ่าย

ทั้งหมดในครอบครัว ดังนั้นการที่ไม่ได้เป็นผู้ที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูและค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้มารดาเด็กขาดอำนาจต่อรองในการมารับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่การที่สามีไม่สนับสนุนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนนั้น อาจเนื่องมาจาก การที่ไม่รับรู้ที่ประโยชน์ของวัคซีน การที่ผิดแล้วเกิดผลข้างเคียง ประกอบกับตามหลักการของศาสนาอิสลาม การเชื่อฟังสามี ในการปฏิบัติในกิจกรรมที่ไม่เป็นสิ่งที่ต้องห้าม หรือขัดต่อบทบัญญัติ ถือว่าเป็นหน้าที่ที่สำคัญ ห้ามภรรยาฝ่าฝืน เพราะสามีถือเป็นผู้ปกครอง ผู้ดูแล และเป็นผู้จ่ายค่าสมรสและค่าอุปการะเลี้ยงดู¹¹

ระบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีน การปฏิบัติของผู้ปกครองหลังการได้รับวัคซีน จากการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ไม่ครอบคลุมด้านวิธีการ บุคคล และเวลา โดยที่ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนแก่มารดาซึ่งเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กไปรับบริการ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีน ลักษณะของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนจะเป็นการให้ข้อมูล โดยการจัดการแบบการบรรยาย แก่ผู้ปกครอง ในลักษณะรวมกันหลายๆคน ซึ่งทำให้ขาดความสนใจเท่าที่ควร และการได้รับข้อมูลน้อย สอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่ชื่อว่า Learning Pyramid ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Harvard Business Review ที่พบว่า การฟังบรรยาย ซึ่งถือเป็น Outside-in คือการรับการถ่ายทอดจากภายนอก โดยผู้เรียนเป็นผู้รับรู้นั้น ประสิทธิภาพที่ได้รับน้อยมาก คิดเป็นประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น¹² ดังนั้นแนวคิดในการเรียนรู้ หรือการให้ความรู้ในแนวใหม่ ของการศึกษาเพื่อศตวรรษที่ 21 ให้ใช้การสอนแบบหลากหลาย ให้ผู้เรียนเรียนรู้จากวิธีแบบ ปฏิสัมพันธ์ หรือศึกษาจากสภาพจริง¹³ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ทีมสุขภาพสามารถที่จะปรับการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนแก่ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในการเสริมสร้างการรับบริการวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี โดยการปรับให้เหมาะสมตามบริบท เช่น การสอนแบบรายบุคคล หรือ รายกลุ่มที่ไม่มาก เพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tongpua¹⁴ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อวัคซีนทางเลือกของผู้ปกครอง ณ ศูนย์อนามัยขอนแก่นพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลของวัคซีนและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ ถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน และเข้าใจง่าย เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อวัคซีน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ที่ปฏิเสธ เนื่องจาก สามี หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจรับวัคซีนคือ สามี หรือ ผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ส่วนกลุ่มเหล่านี้จะไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีน และบางครั้งอาจยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่อนุญาตบุตรหลานมารับบริการเสริมสร้างการรับบริการวัคซีนในเด็ก ประกอบกับหลังจากได้รับวัคซีนยังเกิดอาการข้างเคียงอีกเลย ทำให้เกิดการปฏิเสธ ส่วนด้านเวลาของการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับประโยชน์และการดูแลหลังจากการรับวัคซีนนั้น พบว่า นอกจากการให้ความรู้ในลักษณะของการจัดการประชุมแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า ทีมสุขภาพ มักจะให้ข้อมูลก่อนการฉีดวัคซีน เพียงไม่นาน ส่วนการปฏิบัติตัวจากผลข้างเคียงของวัคซีนมักจะให้ข้อมูลในขณะที่ฉีด หรือ หลังฉีดวัคซีน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล กำลังกังวลการร้องไห้ของบุตรซึ่งมาจากการฉีดยา ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเท่าที่ควร ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่จะรับข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงของความสบายใจ ไม่กังวลใจ และอยู่ในช่วงที่สามารถจัดการความรู้สึกได้¹⁴ ระยะเวลาที่เหมาะสม ควรใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที เป็นเวลาที่มีความเหมาะสมที่สุด ควรมีสื่อที่ประกอบด้วยรูป ลักษณะหรือภาพที่สามารถมองเห็น อ่าน ฟัง ดูและเข้าใจ ได้ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก รูปภาพที่นำมาใช้ในส่วนประกอบ ควรมีสีสันที่สดใสมีความดึงดูดและน่าสนใจ¹⁵ ดังนั้นการให้ความรู้หรือการให้สุขศึกษาในสภาพที่ผู้รับไม่อยู่ในสภาวะที่จะรับทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่สูญเปล่า

ความไม่เชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ขาดความมั่นใจในผลิตภัณฑ์ ซึ่งได้แก่วัคซีนชนิดต่างๆ ซึ่งอภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาอิสลาม ให้ความสำคัญ

กับการรับอาหารหรือผลิตภัณฑ์ผ่านการอนุมัติ (ฮาลาล) ซึ่งจะต้องไม่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตมาจาก สุกร หรือ สุนัข ต้องไม่เป็นสัตว์เลื้อยคลาน ไม่เป็นสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ และต้องผ่านกระบวนการเชือดที่ถูกต้องตามหลักการศาสนา เป็นต้น¹⁶ แต่จากการข่าวที่ออกมาอย่างแพร่หลายทางสื่อออนไลน์ ที่กล่าวว่า วัคซีนทำจากหมู ทำจากสุกร และไม่มีเครื่องหมายที่ผ่านการอนุมัติทางศาสนาอิสลาม (ฮาลาล) ส่งผลทำให้ผู้ปกครองเด็กปฏิเสธการรับบริการการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีน สอดคล้องกับงานศึกษาของ Domang⁹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลในการนำบุตรหลานอายุ 0 - 5 ปี ในการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของผู้ปกครองจังหวัด พบว่า ร้อยละ 11 ที่ปฏิเสธเนื่องจากวัคซีนไม่ฮาลาล และการศึกษาของ Ahmad Badri Abdullah¹⁷ ที่พบว่า การปฏิเสธของผู้ปกครองในการฉีดวัคซีนเด็กๆ ในประเทศมาเลเซีย โดยมีวัคซีนโรคคอตีบด้วย เนื่องจากเหตุผลทางศาสนา คือ ไม่มั่นใจในผลิตภัณฑ์ว่า ผ่านการอนุมัติ หรือ ฮาลาล

การจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ไม่ว่าจะ เป็นระบบการติดตามและการจัดการให้บริการในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า สถานบริการสุขภาพ จะกำหนดวันในการให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเปิดบริการสัปดาห์ละครั้ง และเปิดให้บริการในช่วงเช้า ซึ่งระบบการจัดให้บริการดังกล่าว ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจาก โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเป็นแม่บ้าน ในช่วงเช้าเป็นช่วงที่สามีไปสวนเพื่อกรีดยาง ต้องดูแลบ้านและเลี้ยงลูก ตลอดจนไม่สามารถไปรับบริการได้ เนื่องจากไม่สามารถเดินทางไปคนเดียว ต้องรอสามีร่วมเดินทางไปส่ง จึงทำให้ขาดนัด สอดคล้องกับงานศึกษาของ Domang⁹ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลในการนำบุตรหลานอายุ 0 - 5 ปี ในการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานของผู้ปกครองจังหวัดปัตตานีนั้น พบว่า ร้อยละ 17.1 ไม่มารับบริการเนื่องจากมีภารกิจด้านการทำงาน และทำงานนอกพื้นที่ และการศึกษาของ Phommaavongsa¹⁹ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 24 เดือน เมืองบริคินท์ แขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ความเชื่อของผู้ปกครอง เป็นข้อจำกัดและปัจจัยที่ทำให้ไม่มารับบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีน

สรุป

การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมาย และยังไม่พบโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด คอตีบ ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตของเด็ก 0 - 5 ปี เนื่องจากปัจจัยหลากหลายประการ ทั้งในด้านผลข้างเคียงจากวัคซีนเอง ความเชื่อและวัฒนธรรมตลอดจนหลักการทางศาสนาอิสลาม ที่ค่อนข้างเคร่งครัด รวมทั้งการให้บริการของทีมสุขภาพที่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนั้นในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ไม่สามารถที่จะสำเร็จได้ โดยทีมสุขภาพเพียงทีมเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งประชาชนเอง ทีมสุขภาพ ทีมงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำศาสนา องค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอ หน่วยงานการศึกษา เพื่อที่จะให้ประชาชนได้เข้าใจถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี และสามารถมีพลังในการรับบริการด้วยความเข้าใจ เต็มใจ ไม่ขัดต่อความเชื่อและหลักศาสนา ซึ่งหากสามารถดำเนินการได้ จะส่งผลทำให้มีความครอบคลุมในการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ลดความเสี่ยงและอัตราป่วย อัตราตาย ได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการเก็บข้อมูลใน

3 อำเภอที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งจึงต้องมีการประสานกับทีมงานในพื้นที่ เพื่อประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ควรทบทวนระบบการจัดให้ความรู้และการจัดการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ที่สอดคล้องกับ บริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ ตลอดจนหลักการทางศาสนา เพื่อความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของเด็ก 0 - 5 ปี และลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีน และควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก 0 - 5 ปี ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับประชาชนในพื้นที่ และส่งผลต่อความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ปกครองเด็ก 0 - 5 ปี ที่ได้ให้ข้อมูลและแบ่งปันประสบการณ์ต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีน ซึ่งทำให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจถึงสาเหตุของการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวัคซีนอย่างถ่องแท้ ลึกซึ้งและเกิดประโยชน์ต่อการเสริมสร้างพลังในการสนับสนุนการมารับบริการต่อไป ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในอำเภอรามัน อำเภอบันนังสตา และอำเภอกาบัง ที่ให้การช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

References

1. Ministry of Public Health. Vaccines and Immunization 2013. Suan Sunandha Rajabhat University Publication
2. World Health Organization. The Expanded Programme on Immunization. [Cited 2018 Jan 5]. Available from http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/
3. Yeepaloh M, Sivadamrongpong W and Chaikongkiat P. Health beliefs about vaccination among parents who are not vaccinated in Yala .2014. [cited 2018 June 18]. Available from: https://nursing.iserl.org/bcnyala/index.php/researcher/Profile/rs_popup/3630.
4. Syafinaz Amin N, Faridah I, Rukman AH, Fathinul Fakri AS, Malina O, Fadzllah G and llna I, Parental refusal to diphtheria vaccine: a fatal outcome. Med J Malasia 2013; 68:435-6.
5. Yala Provincial Public Health Office. Official documents for the year 2016. [Internet]. [cited 2018 June 18]. Available from: http://www.ylo.moph.go.th/webssj/kpi/61/8_61.pdf.
6. Chantavanich S. Qualitative Research Methodology. (18th Printing time). Bangkok: Chulaiongkorn University Publication; 2010.
7. World Health Organization. Information Sheet observed rate of vaccine reactions Diphtheria,Pertussis,TetanusVaccine. 2014. [cited 2018 July 17] Available from http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/DTP_vaccine_rates_information_sheet.pdf?ua=1
8. CDC. Update: Vaccine Side Effects, Adverse Reactions, Contraindications, and Precautions Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 1996. MMWR. September 06 1996/45 (RR-12); 1-35 [cited 2018 July 17] Available from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046738.htm>
9. Domang R. Factors Affecting Parents on Seeking Basic Immunization Program for Their Children Aged 0 -5 Years in Pattani Province. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Education in Curriculum and Instruction Prince of Songkla University; 2017.
10. Tuwaechanging F. Study causes of loss and incomplete vaccination on schedule of the parents Children ages 0-5 years old : Ban Taliang Tambon Health Promoting Hospital. 2011. [cited 2018 June 17] Available from <http://pairotakbai.blogspot.com/2011/08/0-5.html>
11. Alfaretee A. Wife with obedience husband. 2015. [Cited 2 Jan 2018] Available from <http://www.islammore.com/view/3134>
12. Panic V. Research and Learning in the 21st Century: Sustainable Development 2018. [Cited 30 Mar 2018] Available from http://ahph9thi.gotoknow.org/assets/media/files/000/818/333/original_soundL21stc.MP3.
13. Pitch P. The Role of Teachers and the Development of 21st Century Learners. 2018.[Cited 30 May 2018] Available from <https://ep1587.wordpress.com/2014/12/08/21stcenturyskills/>
14. Health Education Division. How to organize healthy behaviors. 2017. [Cited 2 May 2018] Available from www.hed.go.th/linkhed/file/235.
15. Sukchan P. Situation and development of hospital nutritional education media for anemia and non-anemia pregnant women, southern Thailand: A quality improvement research Princess of Naradthivas University Journal 2013; 5:28-36
16. Taealee A. Halal food in Islamic provisions. 2009. [Cited 30 Mar 2018] Available from <http://www.halinst.psu.ac.th/knowledge-th/halalarticle-th/252-2012-09-25-04-03-10.html>
17. Ahmad Badri Abdullah. Halal Vaccine and the Ethical Dimension of Vaccination Programmes. Islam and Civilisational Renewal 2017; 5: 450-453.
18. Tongpua S, Cheawchanwattana A. Factors associated with parents' decision on purchasing optional vaccines: An interview study at Health Promotion Center 6, Khon Kaen. Isan Journal of Pharmaceutical Science. 2013; 9(2): 38-48
19. Phommaavongsa P, Phanthavongsa K, Mahaweerawat U, Yoosuk W, Sychareun V, Yangyuen S. Factors Influencing full Immunization Coverage Among Children under 2 year of age In Bolikhan District, Bolikhamxay Province, LAO P.D.R. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2560; 5: 589-603.

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด

ภักริษา ชุมพล พย.ม.*, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ ศษ.ด.*, ดุสิต สุจิรารัตน์ วท.ม.*, พรชัย สิกิริศรีณย์กุล Dr.P.H.**

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

Abstract: Organizational Safety Culture, Nursing Practices under Safety Standards and Registered Nurses' Perception Affecting Incidence and Report of Adverse Events and Near Miss

Chumphon P*, Sillapasuwat P*, Sujirarat D*, Sittisarankul P**

*Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok, 10330

(E-mail: pattarisa_ch@hotmail.com)

Adverse events from nursing practices continue to lack complete report in tertiary hospitals. This study aimed at studying adverse event and near miss incidence and reports, perceived safety organization culture and nursing practices under safety standards. This was a cross-sectional study. The subjects were 353 professional nurses who worked directly with patients in a tertiary hospital. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using chi-square and logistic regression statistics. According to the findings, most of the subjects were professional nurses at the expert level (41.9%). The subjects encountered incidence of adverse events (75.1%), never encountered adverse events and almost encountered adverse events (24.9%). In addition, reports were incomplete when adverse events occurred (52.8%). Overall perceived safety organization culture among professional nurses was high (90.4%). Factors related to adverse event reports were considered, beginner nurses were found to be 4.23 times more likely to make incomplete reports than expert nurses (AdjOR = 4.23 : 95%CI = 2.10-8.51). In addition, nurses with low-moderate perceived organization safety culture and perceived effects from incident reports were found to be 2.80 and 1.93 times more likely to make incomplete reports than nurses with high perception of the aforementioned topics (AdjOR = 2.80 : 95% CI = 1.22 - 6.43, 1.93 : 95%CI = 1.19 - 3.14, respectively). The findings provided recommendations for hospital administrators to specify nursing safety management practice guidelines for patients based on information systems for beginner nurses to receive effective supervision from senior nurses. Furthermore, hospital administrators should encourage personnel at every level to have access to safety organization culture on the topic of patient safety. Hospital administrators should promote reporting cultures without reprimands or punishments, and focus on the importance of reporting adverse events and near misses in order to lead to more effective practice guidelines aimed at reducing adverse events from nursing care.

Keywords: Organizational safety culture, Nursing practices safety standards, Incidence reporting

บทคัดย่อ

การเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่ายังขาดการรายงานที่สมบูรณ์อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลตติยภูมิ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ความสัมพันธ์ด้านการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในระดับพยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด ร้อยละ 41.9 พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 ไม่เคยเกิดและเกือบเคยเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 24.9 และเมื่อเกิดอุบัติการณ์จะมีการรายงานไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 52.8 ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าพยาบาลระดับผู้เริ่มต้นจะมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 4.23 เท่าของพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ (AdjOR = 4.23: 95%CI= 2.10-8.51) อีกทั้งพบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรและการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่

สมบูรณ์เป็น 2.80 และ 1.93 เท่า ของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (AdjOR = 2.80; 95%CI= 1.22-6.43, 1.93; 95%CI= 1.19-3.14 ตามลำดับ)ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานด้านการบริหารความปลอดภัยผู้ป่วยจากระบบนิเทศงานสำหรับพยาบาลระดับผู้เริ่มต้นให้ได้รับการกำกับดูแลจากพยาบาลที่เลี้ยงอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับได้เข้าถึงในวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งเสริมเรื่องวัฒนธรรมการรายงานโดยไม่มี การตำหนิหรือลงโทษ เน้นให้เห็นความสำคัญเรื่องการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด เพื่อนำมาสู่การเกิดแนวทางปฏิบัติลดการเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดจากการปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย การรายงานอุบัติการณ์

บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเปรียบเสมือนกลไกในการขับเคลื่อนให้บุคลากรเกิดการรับรู้และตระหนักในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของโรงพยาบาลที่จะได้รับการพิจารณารับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) องค์กรใดที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นได้จะเหมือนมีภูมิคุ้มกันที่สามารถตรวจจับป้องกันและนำมาใช้ในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาคืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ทั้งนี้การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืนโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปราศจากอันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดในระหว่างเข้ารับบริการทางสุขภาพ² อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังคงมีการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดสูงอยู่ จากการรายงานของสถาบันทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือเสียชีวิตจากความผิดพลาดจากการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนประมาณ 44,000 - 98,000 ราย นำมาซึ่งการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความผิดพลาดเป็นจำนวนเงินมากกว่า 37,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี³ สำหรับประเทศไทยจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังพบว่าอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถือว่ายังมีอัตราความผิดพลาดที่สูงอยู่มาก ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ความผิดพลาดและความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย พบว่ายังขาดการรายงานหรือมีการรายงานน้อยและไม่ครบถ้วนของพยาบาล เนื่องจากยังคิดว่าการรายงานเหตุการณ์ที่ผิดพลาดจะส่งผลกระทบต่อตนเอง จึงทำให้เกิดทัศนคติที่ผิดในการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริงจากปฏิบัติงานพยาบาลที่ผิดพลาดและไม่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขที่สาเหตุแท้จริงและก่อให้เกิดความผิดพลาดดังกล่าวซ้ำได้อีก^{4,5} การปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นส่วนสำคัญ เพราะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การบริการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงจึงนับเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้กำหนดไว้ มีความรู้ มีทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญและมีการพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงานพยาบาล มีการจัดการบริหารความเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ

โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษานักกีฬาที่มีอาการบาดเจ็บ ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และเป็นโรงพยาบาลสำหรับรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง⁶ ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพการบริการและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรจึงเป็นเรื่องจำเป็นต่อการได้การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลตลอดจนเป็นการ

ตอบสนองต่อนโยบายที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานในการให้การบริการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยเน้นความสอดคล้องในการรับรู้ของบุคลากรทุกระดับบริหารซึ่งเป็นผู้กำหนดแนวนโยบายและในระดับปฏิบัติการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำแนวนโยบายไปปฏิบัติโดยต้องมีความเข้าใจในแนวนโยบายที่เป็นไปในทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยอย่างช่วยลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ในระดับหนึ่ง

ด้วยเหตุนี้ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการรายงานอุบัติการณ์ผิดพลาดรวมถึงเหตุการณ์เกือบพลาด จากการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยและศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อที่จะนำไปเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยเฉพะอย่างยิ่งในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากจะทำให้มองเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นในเรื่องของการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรตามการรับรู้ในส่วนที่มีความแตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับตามทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงให้บุคลากรขององค์กรได้รับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันส่งเสริมการปฏิบัติงานบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพในเรื่องของการรายงานความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การลดความผิดพลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วา

พยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้มีทั้งหมด 353 คน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 28.6 อยู่ที่ช่วงอายุ 26 - 30 ปี (ค่าเฉลี่ยอายุ 34.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.40 ปี) สถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.2 โสด ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 92.4 จบปริญญาตรี ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 21.8 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในอายุกรรมหัวใจ รองลงมาร้อยละ 15.0 ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมหัวใจและปอด สำหรับตำแหน่งงานพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ 12.26 ปี และส่วนใหญ่มีระดับทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ รองลงมาเป็นพยาบาลผู้เริ่มต้นร้อยละ 41.9 และ 17.3 ตามลำดับ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.4) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 7 ด้าน พบว่า การรับรู้ด้านภาวะความปลอดภัยในองค์กรและการรับรู้สถานะผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์พบว่า มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.9 และร้อยละ 34.6 ตามลำดับส่วนด้านอื่นๆ พบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีการรับรู้ในระดับสูง อัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 สำหรับการรายงานเหตุการณ์ พบว่าเมื่อเกิดอุบัติการณ์จะมีการรายงานไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 52.8 ในรายประเด็นของการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วยมีความผิดพลาดร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ เกิดความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วยร้อยละ 29.2 และร้อยละ 22.1 เกิดการบังคับตัวผู้ป่วยผิดพลาด สำหรับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือ ร้อยละ 45.65 จะไม่มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรองลงมาร้อยละ 21.7 เมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มพบว่าจะไม่มีการรายงานเหตุการณ์ผิดพลาดดังกล่าว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนอุบัติการณ์ การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำแนกตามการเกิดเหตุการณ์

ประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวน (ร้อยละ)	การรายงาน จำนวน (ร้อยละ)	
			สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์
ภาพรวม	เคยเกิดขึ้น	265 (75.1)	125 (47.2)	140 (52.8)
	ไม่เคยเกิดและเกือบผิดพลาด	88 (24.9)	57 (64.8)	31 (35.2)
1. การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมกับผู้ป่วย	เคยเกิดขึ้น	184 (52.1)	100 (54.4)	84 (45.6)
	เกือบผิดพลาด	56 (15.9)	30 (53.6)	26 (46.4)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	113 (32.0)	-	-
2. ความผิดพลาดจากการให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วย	เคยเกิดขึ้น	103 (29.2)	88 (85.4)	15 (14.6)
	เกือบผิดพลาด	80 (22.7)	41 (51.3)	39 (48.7)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	170 (48.2)	-	-
3. การชี้บ่งตัวผู้ป่วยผิดพลาด	เคยเกิดขึ้น	78 (22.1)	66 (84.6)	12 (15.4)
	เกือบผิดพลาด	64 (18.1)	31 (48.4)	33 (51.6)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	211 (59.8)	-	-
4. การเกิดผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	เคยเกิดขึ้น	60 (17.0)	47 (78.3)	13 (21.7)
	เกือบผิดพลาด	48 (13.6)	27 (56.3)	21 (43.7)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	245 (69.4)	-	-
5. ท่อช่วยหายใจหลุดเลื่อน	เคยเกิดขึ้น	42 (11.9)	41 (97.6)	1 (2.4)
	เกือบผิดพลาด	35 (9.9)	14 (40.0)	21 (60.0)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	276 (78.2)	-	-
6. ความผิดพลาดจากการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด	เคยเกิดขึ้น	2 (0.6)	2 (100.0)	0 (0.0)
	เกือบผิดพลาด	24 (6.8)	21 (87.5)	3 (12.5)
	ไม่เคยเกิดขึ้น	327 (92.6)	-	-

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้น ในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่มีโอกาสเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดเป็น 2.31 เท่าของกลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR = 2.38: 95% CI = 1.09-5.18) และ (2) ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอดผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมหัวใจ/ปอด และผู้ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกหัวใจ/ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ ขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ เพิ่มโอกาสในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด (Adj OR = 3.74: 95% CI = 1.20-11.68 และ Adj OR = 3.45: 95% CI = 1.05-11.31 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด/วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การให้ยาและสารน้ำผิดพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้นเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ มีความเสี่ยงต่อการให้ยาและสารน้ำผิดพลาด 2.31 เท่าของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR = 2.31: 95%CI = 1.10-4.87) และ (2) ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมหัวใจอายุรกรรมปอด แผนกวิกฤตอายุรกรรมหัวใจวิกฤตศัลยกรรมหัวใจวิกฤตอายุรกรรมปอด และแผนกศัลยกรรมหัวใจและปอด และศัลยกรรมหัวใจ/ปอด ในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ มีโอกาสเกิดการให้ยาและสารน้ำผิดพลาดมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด/วิสัญญี, ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด (Adj OR = 3.15:95%CI = 1.29-7.72, Adj OR = 3.75: 95%CI = 1.46-9.65 และ Adj OR = 3.41:95% CI = 1.27-9.21 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด: การเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยฉีกขาดของหลอดเลือดเทียบกับไม่เคยเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยฉีกขาดของหลอดเลือดและกรณี: เกิดการให้ยาและสารน้ำฉีดพลาสมาเทียบกับไม่เคยเกิดการให้ยาและสารน้ำฉีดพลาสมาเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

ตัวแปร	Model 1		Model 2	
	Adjust OR	95% CI	Adjust OR	95% CI
ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล				
พยาบาลผู้เริ่มต้น	2.38	1.09-5.18*	2.31	1.10-4.85*
พยาบาลผู้เรียนรู้	1.7	0.65-4.45	1.36	0.54-3.43
พยาบาลผู้ปฏิบัติ	0.98	0.43-2.22	1.1	0.51-2.37
พยาบาลผู้ชำนาญ	1.22	0.55-2.72	1.33	0.62-2.87
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ	1		1	
แผนกที่ปฏิบัติงาน				
ผู้ป่วยนอกหัวใจ/ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ	3.45	1.05-11.31*	1.33	0.45-3.91
อายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอด	2.84	0.98-8.24	3.15	1.29-7.72*
วิกฤตอายุรกรรมหัวใจ วิกฤตศัลยกรรมหัวใจ	2.62	0.87-7.88	3.75	1.46-9.65*
วิกฤตอายุรกรรมปอด				
ศัลยกรรมหัวใจ/ปอด	3.74	1.20-11.68*	3.41	1.27-9.21*
ห้องผ่าตัด/ วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด	1		1	
การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร				
ต่ำ - ปานกลาง	2.22	0.95-5.21	1.38	0.61-1.86
สูง	1		1	
การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์				
ต่ำ - ปานกลาง	0.61	0.34-1.12	1.06	0.61-1.86
สูง	1		1	

**p-value <0.05

Model 1: การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยฉีกขาดของหลอดเลือด vs. ไม่เคยเกิดการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยฉีกขาดของหลอดเลือด

Model 2: การให้ยาและสารน้ำฉีดพลาสมา vs. ไม่เคยเกิดการให้ยาและสารน้ำฉีดพลาสมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้เริ่มต้นในขณะที่ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่ จะมีความเสี่ยงต่อการไม่รายงานไม่สมบูรณ์ 4.23 เท่าของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Adj OR= 4.23: 95%CI= 2.10-8.51) (2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กรในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 2.80 เท่าของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (AdjOR= 2.80: 95%CI= 1.22-6.43) และ(3) การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ในระดับต่ำ-ปานกลางมีโอกาสที่จะรายงานไม่สมบูรณ์เป็น 1.93 เท่าของพยาบาลที่มีการรับรู้เรื่องดังกล่าวในระดับสูง (Adj OR= 1.93: 95%CI= 1.19-3.14) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

ตัวแปร	Adjust OR	95% CI	p-value
ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล			
พยาบาลผู้เริ่มต้น	4.23	2.10-8.51	0.001*
พยาบาลผู้เรียนรู้	1.44	0.64-3.25	0.382
พยาบาลผู้ปฏิบัติ	0.92	0.47-1.77	0.778
พยาบาลผู้ชำนาญ	1.16	0.60-2.24	0.664
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ	1		

ตัวแปร	Adjust OR	95% CI	p-value
แผนกที่ปฏิบัติงาน			
ผู้ป่วยนอกหัวใจ/ ปอด ผู้ป่วยฉุกเฉิน คลินิกตรวจพิเศษ	1.05	0.45-2.46	0.910
อายุรกรรมหัวใจ อายุรกรรมปอด	1.86	0.91-3.79	0.088
วิกฤตอายุรกรรมหัวใจ วิกฤตศัลยกรรมหัวใจ วิกฤตอายุรกรรมปอด	1.17	0.54-2.52	0.696
ศัลยกรรมหัวใจ/ ปอด	0.86	0.37-1.99	0.716
ห้องผ่าตัด/ วิสัญญี ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด	1		
การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร			
ต่ำ - ปานกลาง	2.80	1.22-6.43	0.015*
สูง	1		
การรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์			
ต่ำ - ปานกลาง	1.93	1.19-3.14	0.008*
สูง	1		

*p-value < 0.05

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล และแผนกที่ปฏิบัติงานตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาลน้อยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอุบัติการณ์หรือข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงานกล่าวคือพยาบาลในระดับผู้เริ่มต้นหรือพยาบาลจบใหม่มักถูกคาดหวังในเรื่องความรู้ความสามารถและทักษะการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน รวมถึงพยาบาลในระดับผู้เริ่มต้นยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ขาดความชำนาญในการคิดวิเคราะห์และการวางแผนส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน¹²

แผนกที่ปฏิบัติงานเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีรายงานการศึกษาพบว่าในบางแผนกสัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลต้องมีการระงับงานมาก เนื่องจากในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลอย่างทั่วถึง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จนอาจทำให้เสียชีวิตได้¹³ สำหรับประเทศไทยโรงพยาบาลบางแห่งต้องเผชิญกับการขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น และเมื่อต้องปฏิบัติงานเกินเวลาอยู่บ่อยครั้งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีความอ่อนแอ และตอบสนองช้า อาจก่อให้เกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติงานได้¹⁴⁻¹⁵

ปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่ไม่มีการรายงาน เนื่องจากพยาบาลกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหารและผู้ร่วมงานรวมถึงกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อการทำงาน และเห็นว่าการรายงานไม่ได้ช่วยลดและป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้¹⁶ งานวิจัยในประเทศเกาหลี¹⁷ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจต่อการรายงานความผิดพลาดหรือการสื่อสารประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย รวมถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

สามารถค้นหาความเสี่ยงที่เป็นประเด็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้น้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในองค์กรนานๆ จะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยสูง เนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ทำงานโดยตรงและได้รับการฝึกอบรมต่างๆ¹⁶ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการรายงานอุบัติการณ์ขึ้นอยู่กับบรรยากาศ วัฒนธรรมขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเสี่ยง ซึ่งมีเพียงประมาณร้อยละ 10 - 20 ของความผิดพลาดมีการรายงานการผิดพลาดออกไปทั้งยังมีความไม่ปลอดภัยหรือความเสี่ยงทางคลินิกจำนวนมากที่ไม่ถูกรายงาน เพราะแพทย์มักมองว่าเป็นเรื่องปกติหรือกลัวว่าจะถูกร้องเรียน ฟ้องร้องจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในภายหลัง¹⁸

สรุป

การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย จำนวน 353 คน พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ร้อยละ 75.1 สำหรับการรายงานอุบัติการณ์พบว่าร้อยละ 52.8 เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะมีการรายงานที่ไม่สมบูรณ์ ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยรวมพบว่า ร้อยละ 90.4อยู่ในระดับสูงส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาด และการให้ยาและสารน้ำผิดพลาด คือประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล และแผนกที่ปฏิบัติงาน ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด คือ ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาล การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร และการรับรู้ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์

สรุป

ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ให้เกิดการรับรู้ และเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและส่งเสริมบุคลากร ให้เกิดทัศนคติที่ดีในเรื่องวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงต่างๆ ตั้งแต่เหตุการณ์ที่เกือบผิดพลาดจนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้การ สนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ ตลอดจนสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อปลูกจิตสำนึกให้บุคลากรตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและ เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

References

1. Healthcare Accreditation institute. Hospital Accreditation. [Internet].2014. [cited 2016 Nov 10] Available from:<http://www.ha.or.th>
2. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M, et al. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care* 2007; 16:313-20.
3. Institute Of Medicine (IOM). To error is human: building a safer health system.[Internet]. 2012. [cited 2014 Oct 1]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>.
4. Phadungsong, P. Relationship between communication skill, job autonomy, and patient safety management as perceived by staff nurses, regional hospital and medical centers.Master's thesis of Nursing Science.Nursing Administration, Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
5. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *QualSaf Health Care* 12 (Suppl):ii17-ii23. [Internet]. 2003. [cited 2016 Nov 10]. Available from:<http://www.qshc.bmj.com>
6. Department of Medical Services. Annual Report 2016 Department of Medical Services.Nonthaburi. Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2016.
7. Ginsburg RL, Tregunno D, Fleming M, Flemons W, Gilin D, Norton P. "Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations" Paper presented in Patient Safety Research in 6 Healthcare Organizations Page 1-35, November 5, 2007. Ottawa, Canada. [Internet]. 2007. [cited 2014 Nov 12. Available from:http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/ PSC_2007_ MainReport.pdf
8. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. California: Addison-Wesley; 1984.
9. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Phadungsuk S.Nurse's perception on patient safety culture and incidence of adverse events in Northern Regional Hospitals.Master's thesis of Nursing Science, Nursing Administration, Chiangmai: Chiangmai University; 2009.
11. Suriyawong W. Organization safety culture and compliance with safety practices among registered nurses at a tertiary care hospital. Master's thesis of Nursing Science, Community Health Nurse Practitioner, Bangkok: Mahidol University; 2015.
12. Tamarpirat N, Oumtanee A. Being a newly graduated nurse working under supervision of a mentor. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18: 32-40.
13. Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload. *Osong Public Health Res Perspect* 2016; 7: 56-62.
14. Thailand Nursing and Midwifery Council.Strategic plan Thailand nursing and midwifery council No.3. (2012-2016). [cited 2016 Nov 30]Available from:http://www.tnc.or.th/files/2010/09/page-239/_19333.pdf
15. Supamenee T, Kunaviktikul W, Keitlertnapha P. Nurses' extended work hours and outcomes in community hospitals. *Nursing Journal* 2014; 41: 48-58.
16. Mathapun K. Factors associated with perceived safety culture in personal: a case study of a private group in Thailand. Master's thesis of Science, Public Health Administration, Bangkok: Mahidol University; 2013.
17. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea.*West. J. Nurs. Res* 2007; 29: 827-44.
18. Chaloeykitti S, Kamprow P, Promdet S. Patient safety and quality of nursing service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15: 66-70.

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน

จินจุฑา ชัยสนา ดาลาส พย.ด, นุชนาถ แก้วมาตร ศษ.ม, ภาคินี เดชชัยศ วท.ม, ทักษิณก เภาวีริยา- พย.ม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

Abstract: The Effectiveness of Motivational Enhancement Group Therapy Program on Optimism among Youths with Amphetamine Abuse

Dallas, C. J, Kaewmart N, Detchaiyot P, Phaowiriya H

Faculty of Nursing, Burapha University, Sansuk, Muang Chonburi, Chonburi, 20131

(E-mail: jinjuthatawan@gmail.com)

The substantial care for youth with substance abuse in recovering phase is enhancing personal strength and intrinsic motivation in order for relapse prevention. Optimism should be encouraged for enhancing youth' hope, life expectancy, and self efficacy. This quasi-experimental study was to examine the effectiveness of motivational enhancement group therapy program on optimism among youths with amphetamine abuse in pretest, post test, and one month follow up. Forty-eight youths from the rehabilitation center were recruited and randomly assigned into experimental group and control group. Twenty-four participants in the experimental group participated Motivational Enhancement Therapy for Developing Optimism, and both experimental and control group attended the routine psychosocial rehabilitation program. The group therapy was carried on once a week for 6 weeks. Instruments were applied including The Life Orientation and Motivational Enhancement Therapy for Developing Optimism which developed from Miller & Rollnick. The Life Orientation Test was applied for data collection before and after participation, and then four weeks followed up. Descriptive statistics and Two-way repeated measures ANOVA were used for data analysis. The results revealed that the mean scores of optimism in experimental was significantly higher than control group at $p < 0.05$. The results suggest that nurses and other drug therapeutic persons could develop more and apply this program to promote intention to drug abstinence and optimism in youth with substance abuse.

Keywords: Motivational Enhancement Group Therapy, optimism, youths with amphetamine abuse

บทคัดย่อ

การดูแลที่สำคัญสำหรับเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดในระยะฟื้นฟู คือ การเพิ่มความเข้มแข็งและแรงจูงใจภายในเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การมองโลกทางบวกจึงสามารถส่งเสริมให้บุคคลมีความหวัง คาดการณ์อนาคตเชิงบวก และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาการมองโลกทางบวก กลุ่มตัวอย่างคือ เยาวชนที่เข้าร่วมบำบัดฟื้นฟูมาจากศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแห่งหนึ่ง จำนวน 48 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยสุ่มเยาวชนเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาการมองโลกทางบวกเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง และโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการมองโลกทางบวก และโปรแกรมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาการมองโลกทางบวกที่ผู้ศึกษาสร้างเองตามแนวทางของ มิลเลอร์และโรลนิก เก็บข้อมูลระยะก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถพัฒนา

โปรแกรมการบำบัดนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อนำไปใช้บำบัดเยาวชนที่ใช้สารเสพติดในการพัฒนาการมองโลกทางบวกอันจะเป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

คำสำคัญ: โปรแกรมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ การมองโลกทางบวก เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อความมั่นคงและปลอดภัยของประชาชน ทั้งต่อผู้เสพ ครอบครัวและสังคม จากรายงานของสถาบันรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกสารเสพติดมากที่สุดเป็นในปี พ.ศ. 2555 - 2557 เป็นกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15 เป็น ร้อยละ 20.56, 21.58, และ 21.58 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้บำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ถึงเกือบร้อยละ 50.00 สะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันกลุ่มเยาวชนเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างมากและสังคมควรให้ความสนใจ การใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อเยาวชน เพราะเป็นการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าสารเสพติดมีผลต่อสมองและทำให้เกิดอาการติดจนต้องใช้อย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง² และเมื่อเยาวชนเข้าสู่วงจรของการใช้สารเสพติดแล้วจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมโดยเยาวชนจะรู้สึกว่ามีตัวตนอยู่ในสังคม ถูกตีตราไม่ได้รับ

การยอมรับ รู้สึกตนเองเป็นที่น่ารังเกียจ ยิ่งส่งผลต่อความยากลำบากในการเลิกหรือพยายามตั้งต้นชีวิตใหม่³ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวทำให้เยาวชนมักต้องหันกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ

การมองโลกทางบวก เป็นปัจจัยภายในตนเองของบุคคลที่จะช่วยเสริมสร้างให้บุคคลมีความหวัง มีเป้าหมาย และไม่หันกลับไปใช้สารเสพติด ผู้ใช้สารเสพติดที่มีการมองโลกทางบวกสูงจะมีสมรรถนะในตนเองที่สามารถหยุดการใช้สารและมุ่งมั่นเพื่อเอาชนะใจตนเองสูงด้วยเช่นกัน⁴ เพราะทำให้บุคคลวางความคาดหวังต่ออนาคตในเชิงบวก เชื่อและมีความหวังว่าตนสามารถไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ จากผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มองโลกเชิงบวกพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าวัยรุ่นที่มองโลกเชิงลบและพบพฤติกรรม การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและแยกตัวในวัยรุ่นที่มีการมองโลกในเชิงบวกต่ำ⁶ ผู้ใช้สารเสพติดในระยะฟื้นฟูที่มีการมองโลกทางบวกสูงมักมีสมรรถนะในตนเองที่สามารถหยุดการใช้สารเสพติด และความมุ่งมั่นเพื่อเอาชนะใจตนเองสูงด้วยเช่นกัน⁴ ดังนั้น การเสริมสร้างการมองโลกทางบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเพิ่มความสามารถในการหยุดใช้สารเสพติด แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้เยาวชนที่ใช้สารเสพติด ได้มีความหวัง เชื่อมมั่นในตนเองและคาดหวังอนาคตเชิงบวกซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการมองโลกทางบวก

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhance Therapy: MET) เป็นการบำบัดที่ได้รับการคิดค้นและพัฒนาโดย Miller⁷ ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสำรวจและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง รวมถึงสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางของ MET อิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska⁸ ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเฝ้าเฉย 2) ขั้นลังเลสงสัย 3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง 4) ขั้นลงมือทำ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง 6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม การบำบัดนี้ นำมาทั้งหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลายๆอย่างแล้วได้ผลดี การบำบัดนี้ จึงเป็นการบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบกึ่งชี้แนะที่น่าสนใจ คือ การนำมารักษาผู้ที่ติดสารเสพติดที่ส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจ และอยู่ในภาวะลังเลใจ⁹ ดังเช่นผลการศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราสูบบุหรี่และกัญชาในกลุ่มวัยรุ่นของเมืองลอนดอนประเทศอังกฤษ พบว่าหลังจากติดตามผล 3 เดือน สามารถลดการใช้สารเสพติด 3 ชนิดลงร้อยละ 87.00¹⁰ และผลของการบำบัดแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ในกรณีศึกษาวัยรุ่นหญิงที่ใช้สารเสพติดหลายประเภท ทั้ง โคเคน บุหรี่ พบว่าการบำบัดช่วยเปลี่ยนความลังเลสงสัยเป็นการมีเป้าหมายในการเลิก การใช้เทคนิคต่างๆ ของ MI ช่วยให้วัยรุ่นหญิงสามารถตั้งเป้าหมายในการเลิกสารเสพติดและสร้างแรงจูงใจ ทำให้เห็นผลทางการบำบัดที่ดี¹¹

การบำบัดเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้วยการส่งเสริมให้มองชีวิตอย่างมีความหมาย มีแรงจูงใจที่จะสร้างชีวิตใหม่ในอนาคต และจะนำไปสู่การสร้างเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ทีมผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการบำบัดรักษาทางจิตเวช ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ให้มีความเฉพาะเจาะจง ลึกซึ้ง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น จึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารเฮมเฟตามีนโดยเพื่อเพิ่มการมองโลกทางบวกอันจะนำไปสู่การสร้างหนทางที่เป็นรูปธรรมสู่เป้าหมายของชีวิต รวมถึงเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะไปถึงเป้าหมาย และมีความหวังเพิ่มขึ้นจนสามารถเลิกเสพสารเฮมเฟตามีนได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารเฮมเฟตามีนในเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 48 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2560 เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นเยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอายุ 18 - 25 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน 3) ไม่มีอาการจากการถอนพิษยา เช่น ปวดหัว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ จนเป็นอุปสรรคต่อการบำบัด เกณฑ์การเลิกจากการศึกษา คือ เข้าร่วมการศึกษาได้น้อยกว่าร้อยละ 80 คือน้อยกว่า 5 ครั้ง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดอิทธิพล (effect size) 0.80 (ขนาดใหญ่) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย¹² แต่ด้วยหลักการทำการกลุ่มบำบัดที่กำหนดว่ากลุ่มที่มีประสิทธิภาพควรมีจำนวนสมาชิก 8 - 12 คน¹³ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 12 คน เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำโดยสุ่มเยาวชนที่ใช้สารเสพติดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่ม (Randomized assignment) ด้วยวิธีการจับสลากเลขคู่เข้ากลุ่มควบคุม 24 คน และเลขคี่เข้ากลุ่มทดลอง 24 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากเลขคู่และเลขคี่โดยเลขคู่เข้ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน และเลขคี่เข้ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการมองโลกในแง่ดี (The Life Orientation Test หรือ LOT-R) ของ Mathurapotphong¹⁴ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Scheier¹⁵ มีจำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาการมองโลกทางบวก ซึ่งผู้บำบัดใช้กรอบแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller⁷ และแนวคิดการมองโลกทางบวกของ Scheier¹ ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์ประจำภาควิชาสังคมและสุขภาพที่เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด

การให้การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาทำการประเมินการมองโลกทางบวกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ได้มีการทดลองการทำกลุ่มบำบัดร่วมกันก่อนดำเนินการจริง ดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มๆ ละ 12 คน ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามปกติของโรงเรียนฯ ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2560 แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวก กิจกรรมการบำบัดที่ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในวันเสาร์หรืออาทิตย์ และติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการบำบัด โปรแกรมกระบวนการบำบัดมี 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1) การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เราคือเพื่อน...ร่วมเส้นทางเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจ และทราบถึงระดับของแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด กิจกรรมที่ 2 ชีวิต...เมื่อล้มได้...ก็ลุกได้ เพื่อให้สมาชิก

ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ ตระหนักถึงสาเหตุแห่งความทุกข์ ความสามารถที่ใช้เผชิญทุกข์ และศักยภาพของตนเอง ระยะที่ 2) การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง คือ กิจกรรมที่ 3 เพราะชีวิต...มีสองด้าน เพื่อให้ สมาชิกตระหนักถึงข้อดีข้อเสียของการเสพแอมเฟตามีน ผลของการเปลี่ยนแปลงตนเองถ้าหยุดเสพ และสามารถระบุสิ่งที่ทำให้เกิดความ ลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลง กิจกรรมที่ 4 ชีวิตคือการเลือก สนับสนุนให้สมาชิกตระหนักถึงความรับผิดชอบ ความสำคัญของการเลือกและผลที่เกิดจากการเลือก กิจกรรมที่ 5 วาดเส้นทางไว้ เดินไปด้วยใจมั่น เพื่อให้สมาชิกตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ตระหนักถึงความเข้มแข็งและศักยภาพในของตน สร้างประโยชน์ที่สร้างแรงจูงใจ และให้ประกาศคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง ส่วนระยะที่ 3) กลยุทธ์การติดตาม คือ กิจกรรมที่ 6 ต้นไม้แห่งการเรียนรู้ เพื่อติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับแรงจูงใจ การป้องกันในการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และสรุปการเรียนรู้จากการบำบัด

3. หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ทำการประเมินการมองโลกทางบวกและในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measurement ANOVA) และการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

ผล

จากตารางที่ 1 พบว่า เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 24 ราย ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.46 ปี (SD 1.68) ส่วนใหญ่อาชีพก่อนเข้ารับการบำบัด คือ รับจ้าง (ร้อยละ 41.67) รองลงมาธุรกิจส่วนตัว

(ร้อยละ 29.16) มีสถานภาพ หย่า หย่าร้าง แยกกันอยู่รวมกันเป็น ร้อยละ 91.67 ส่วนใหญ่ภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 70.83) รายได้ก่อนรับการบำบัดส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 83.33) และส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดครั้งที่ 2 (ร้อยละ 37.5) รองลงมาครั้งที่ 1 (ร้อยละ 29.16)

เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 24 ราย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.54 ปี (1.86) อาชีพก่อนเข้ารับการบำบัด คือ รับจ้าง (ร้อยละ 54.17) รองลงมาธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 25) มีสถานภาพ หย่า หย่าร้าง แยกกันอยู่ รวมกันเป็นร้อยละ 75 ภูมิลำเนาเดิมอยู่ในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 41.67) ที่เหลือคือภาคอื่นๆ รายได้ก่อนรับการบำบัดส่วนใหญ่ น้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 62.5) และส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดครั้งที่ 1 (ร้อยละ 79.17) รองลงมาครั้งที่ 2 (ร้อยละ 12.50) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ (Fisher's Exact test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

การมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมองโลกทางบวกของเยาวชนฯ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง เป็น 3.921 (SD =0.561), 3.963 (SD =0.609) และ 3.859 (SD = 0.476) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็น 3.661 (SD =0.487), 3.703 (SD =0.434) และ 3.34 (SD =1.097) ตามลำดับ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมองโลกทางบวกของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ก่อนการทดลอง	3.92	0.56	3.66	0.49
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	3.96	0.61	3.70	0.43
ติดตามผล 1 เดือน	3.86	0.48	3.34	1.09

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$ ($t_{46} = 1.944, p = 0.052$ ตามลำดับ) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน	\bar{X}	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	24	3.93	0.56	1.94	46	0.052
กลุ่มควบคุม	24	3.66	0.36			

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้คะแนนการมองโลกทางบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($F_{1,46} = 7.509, p = 0.009$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีผลทำให้การมองโลกทางบวกของเยาวชนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนโดยการทดสอบอิทธิพลร่วม ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของเยาวชนทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,4,64} = 776, p = 0.442$) และเมื่อพิจารณารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกของแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,3,64} = 2.266, p = 0.128$) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการมองโลกทางบวกระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (Group)					
การทดลอง	4.32	1	4.32	7.51	0.009*
ความคลาดเคลื่อน	26.47	46	0.58		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.46	1.39	1.05	0.78	0.42
กลุ่ม* ระยะเวลา (Time* Group)	0.50	1.39	0.36		
ความคลาดเคลื่อน	29.64	64.07	0.463		

* $p < 0.05$

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีน พบว่า เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนจากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมกลุ่มบำบัดทั้ง 6 กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ เน้นการสร้างสัมพันธ์กันที่ดีต่อกันจนเกิดการทำงานร่วมกัน เน้นการเปิดใจจนสร้างเสริมให้สมาชิกกลุ่มบำบัดนี้มีความเป็นปึกแผ่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรู้สึกทราบดีถึงเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ การบำบัดนี้ยังให้ความสำคัญกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเองของเฟรดเดอริกโซโลมอน ที่เชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติสำคัญหลายประการเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง สรุปได้ว่าถ้ามนุษย์มีการรับรู้ตนเอง มนุษย์จะมีความคิด มีความรับผิดชอบตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ดีขึ้นได้ กระบวนการบำบัดนี้ มุ่งเน้นการสร้างการประเมินและความตระหนักถึงความหมายและคุณค่าของตนเอง ความคาดหวังอนาคตในเชิงบวก การมองชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะไปถึงเป้าหมาย และใช้ชีวิตอย่างมีความหวัง กระบวนการจะค่อยๆ พัฒนาความพร้อมและเสริมสร้างแรงจูงใจของเยาวชนให้คิดวางแผนชีวิตในการพยายามป้องกันตนเองที่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด กระบวนการดังกล่าวสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเรียนรู้ภายในของเยาวชน จนเกิดความเชื่อมั่นและมองโลกในทางบวก ดังนั้น สามารถอธิบายได้ว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มการมองโลกทางบวก ดังที่ Miller⁷ กล่าวว่า กระบวนการและรูปแบบที่เป็นแนวทางการบำบัดแบบเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ ช่วยสร้างการมีพลังอำนาจในตนเองของคุณ ช่วยกระตุ้นทำให้ผู้รับบริการมีมุมมองของตนเองที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อหวังผลทางบวก ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้วัยรุ่นที่มีภาวะอ่อนรับรู้ถึงศักยภาพและความสามารถตนเอง¹⁶ และทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดเกิดความหวังในการรับการบำบัดเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น¹⁷ ซึ่งแสดงถึงผลของแรงจูงใจต่อการเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและความหวังซึ่งเป็นคุณลักษณะ

สำคัญของการมองโลกทางบวก ดังนั้นผลการศึกษาก็พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการมองโลกทางบวกในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับเยาวชน ในกลุ่มควบคุม พบว่าได้รับการบำบัดปกติจากโรงเรียน ได้แก่ กลุ่มชุมชนบำบัดเข้า (กลุ่มประชุมเข้า กลุ่มสัมมนาปัญหาการอยู่ร่วมกัน กลุ่มเครื่องมือบ้าน เพื่อทบทวนกฎระเบียบของบ้าน การดักเตือนเมื่อกระทำผิด Hot chair กรณีทำความผิดต้องทบทวนตัวเอง การเรียนสุศึกษาเรื่องสมองติดยา มารยาททางสังคม ศาสนาและจริยธรรม ทักษะชีวิตเลือกทำกิจกรรมที่ตนชอบ เช่น เกษตรกรรม การหล่อปูน การประดิษฐ์ของตกแต่งสวนและออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเกิดผลดีต่อเยาวชนในการเรียนรู้ทักษะทางสังคม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด ความรับผิดชอบ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ แต่ยังคงขาดการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ความหวัง และความคาดหวังถึงผลที่ดีในอนาคตเพื่อกล้าที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกัน จึงพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการมองโลกทางบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ จากผลการศึกษา พบว่า เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกทางบวกในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การมองโลกทางบวก เป็นสิ่งที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยต้นของชีวิต จากประสบการณ์ของเด็กทารกที่เรียนรู้สัมผัสความรู้สึกอบอุ่น ความไว้วางใจและสายใยผูกพันจากพ่อแม่ ซึ่งการเสริมสร้างการมองโลกทางบวกเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการสั่งสมประสบการณ์จากในอดีตเป็นระยะเวลายาวนานในการหล่อหลอมกระบวนการคิดหรือการรับรู้ของเยาวชน ซึ่งการมองโลกทางบวกจึงขึ้นอยู่กับพลังของแต่ละบุคคล¹⁸ พบว่าวัยรุ่นอายุ 10-15 ปี จะมีการพัฒนาการมองโลกทางบวกเมื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และจะสามารถมองโลกเชิงบวกเพิ่มมากขึ้นถ้าได้รับปฏิสัมพันธ์เชิงบวกทั้งจากสิ่งที่วัยรุ่นสนใจ ในโรงเรียน ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน และผลการเรียน¹⁹ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทั้งบิดามารดาและครูเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา

การมองโลกทางบวกในวัยรุ่น การสร้างเสริมการมองโลกทางบวกอาจต้องอาศัยเวลาและกระบวนการต่างๆ ในการหล่อหลอม กล่อมเกลา และปรับมุมมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการมองโลกทางบวกเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและการสัมผัสประสบการณ์ของเยาวชน ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้เป็นกิจกรรมในระยะสั้นทำให้การขับเคลื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นอาจยังไม่เห็นผลในทันที แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการของการบำบัดจะช่วยส่งเสริมกระบวนการทางความคิดและส่งเสริมการมองโลกทางบวกอย่างค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการทดลองในระยะเวลาเพียงหกสัปดาห์จึงอาจยังไม่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของการมองโลกทางบวกได้อย่างชัดเจนมากนัก แต่จะเห็นว่า คะแนนการมองโลกทางบวกในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับ แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ในระยะเวลาจำกัดในคาบของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงควรยาวนานมากกว่านี้ นอกจากนี้ การที่คะแนนการมองโลกทางบวกในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ของทั้งสองกลุ่มลดลง เนื่องจากช่วงเวลาการวัดผลคะแนนเป็นช่วงของการครบกำหนดการบำบัดรักษา 4 เดือน เยาวชนรู้สึกวิตกกังวลต่อการออกไปสู่สังคมภายนอก การกลับสู่ครอบครัว การมีงานทำหรือยอมรับจากสังคมทำให้มุมมองต่อชีวิตออกมาในเชิงลบ โดยเฉพาะกลุ่มควบคุมทดลองอย่างมากและมากกว่ากลุ่มทดลองเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมแรงจูงใจทำให้มีความเข้มแข็งภายในและยืดหยุ่นต่อการมองปัญหามากกว่า

สรุป

การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารเฮโรอีน มุ่งเน้นการส่งเสริมให้เยาวชนผู้เข้ารับการบำบัดสำรวจและจัดการกับความไม่แน่ใจและความรู้สึกถึงเลลงตนเอง ตระหนักถึงสิ่งที่มีความหมายและคุณค่า หรือเป้าหมายของชีวิต เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเอง และแสวงหาวิธีการที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของชีวิตรวมถึง การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดทั้ง 6 กิจกรรมนี้ เน้นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจนเกิดการทำงานร่วมกัน เน้นการเปิดใจจนสร้างเสริมให้สมาชิกกลุ่มบำบัดนี้มีความเป็นปึกแผ่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความรู้สึกวางใจจนเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ กระบวนการจะค่อยๆ พัฒนาความพร้อมของเยาวชนให้คิดวางแผนชีวิตในการพยายามป้องกันตนเองที่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับ การเสพยาเสพติด กระบวนการดังกล่าวสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการการเรียนรู้ภายในของเยาวชน จนเกิดความเชื่อมั่นและมองโลกในทางบวก

ข้อเสนอแนะ

ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับเยาวชนที่ใช้สารเสพติด สามารถนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลไปพัฒนาต่อและปรับใช้เพื่อการบำบัดเยาวชนที่ใช้สารเสพติด เพื่อเสริมสร้างการมองโลกทางบวก นักวิจัยอาจนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อยอดเพื่อพัฒนากระบวนการบำบัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

References

1. Thunyaruk Institute. Number and percentage of substance abuse patients budget year 2553-2557 [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: www.thunyaruk.co.th.
2. Saipanit R, Silapakit C. Problem from substance using. In: Loatakul M, Suphanit P (editor). Ramathibodee Psychiatry (3rd). Psychiatry department, Faculty of Medicine, Ramathibodee, Mahidol University; 2012.
3. Chaisena Dallas J, Puapan S, Sakulkoo S, Smith Battle L. Male Thai adolescents' transition from drug dependence to being drug free. Pacific Rim Int J Nurs Res 2011; 15:1-12.
4. Majer JM, Jason LA, Olson BD. Optimism, Abstinence Self efficacy, and self-mastery: A comparative analysis of cognitive resources. Assessment 2004; 1:57-63.
5. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology 1985; 4:219-47.
6. Chang EC. Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: Predictors of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian American college students. Journal of Counseling Psychology 1996; 43: 113-23.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in health care. New York; The Guilford Press; 2008.
8. Prochaska OJ, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice 1982; 390-95.
9. Sangchanchai P. Motivational Interviewing & Motivational Enhancement Therapy: MI & MET. In: Sangchanchai P, Netrakom P, Hirunwiwatkul N. (editor). Substance Dependence Medicine, Bangkok; Bangkok Block; 2006.
10. Chaichitpan N. Motivational Interviewing Therapy: The alternative care of substance dependence patients. Thammasat Medical Journal 2013; 13: 98-108.
11. Gray E. Mc Cambridge J, Strang J. The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: quasi-experimental pilot study. Alcohol 2005;40: 535-9.
12. Patricia D. Using motivational interviewing with young people: A case study. British Journal of Nursing School 2013; 8:97-9.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (10th). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2005.
14. Thungkompun P. Group therapy for health care provider. Changmai; Faculty of Nursing. Changmai University; 2008.
15. Mathurapotphong S. Hope optimism and resilience: Predicted factors for job satisfaction, work happiness, and organization commitment. Veridian E-Journal, SU 5(3) September - December 2012.

16. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16:201-28.
17. Hampton AS, Cornner BT, Alber D, Anglin MD, Urada D, Longshor D. Pathways to treatment retention for individuals legally coerced to substance use treatment: the interaction of hope and treatment motivation. *Drug Alcohol Depend* 2011; 118:400-7.
18. Walpole B, Dettmer E, Morrongiello BA, McCrindle BW, Hamilton J. Motivational Interviewing to Enhance Self-Efficacy and Promote Weight Loss in Overweight and Obese Adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology* 2011; 38: 944-53.
19. Heinonen K, Raikonen K, Matthews KA, Scheier MF, Raitakari OT, Pulkki L, et al. Socioeconomic status in childhood and adulthood: associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *J Pers* 2006; 74: 1111-26.
20. Koisumi R. The development of optimism and perceived attainment from elementary school to junior high school. *Japanese Psychology Association*. 1999;41; 209-17.

ใบแก้ไขคำผิด

วารสารกรมการแพทย์ (Journal Of The Department Of Medical Services)
ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2561

เรื่อง การจัดการฟันหลุดจากเข่าในวัยรุ่น: รายงานผู้ป่วย		
หน้า		รูปที่
144		Figure 1. Ten days after the trauma. Splinted teeth 12, 11 and 21
144		Figure 2. Ten days after the trauma. Periapical radiograph shows splinted teeth 12, 11 and 21, no periapical lesion or external resorption

วารสารกรมการแพทย์

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ทางการแพทย์และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ตลอดจนประวัติที่เกี่ยวข้องกับกรมการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และเมื่อตีพิมพ์แล้วต้องไม่ตีพิมพ์ในวารสารอื่น

บทความทุกเรื่อง จะได้รับการตรวจสอบการคัดลอกผลงาน หากมีการตรวจสอบแล้วพบว่า บทความนั้นทำการคัดลอกมาจากผลงานอื่นๆ ทางวารสารจะไม่รับการพิจารณาตีพิมพ์บทความนั้น

● การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสัน ขนาด 21.6 - 27.9 ซม. บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 3 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ) พร้อม CD หรือ DVD (Program Microsoft Word) ต้นฉบับไม่ต้องพับ ลงทะเบียนถ้าส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

● ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุวิธิการ ผล วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) ควรเป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่พบได้ไม่บ่อย หรือไม่เคยมีอาการมาก่อน หรือโรคที่มีลักษณะหรือการดำเนินโรคที่ไม่ตรงแบบ ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทฟื้นฟูวิชา (Refresher Course) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

ย่อเอกสาร (Abstract) เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อประกอบด้วย

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the Editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence) เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

● การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้น ได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (Concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ วารสารกรมการแพทย์ใช้บทคัดย่อในรูปแบบ ร้อยแก้ว หรือ Unstructured abstracts ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็น สิ่งตรวจพบหลักและผลสรุปและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ เน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีการอ้างอิงเอกสาร และ/หรือ เขียนในรูปแบบของ Structured abstracts ซึ่งประกอบด้วย ภูมิหลัง (background) วัตถุประสงค์ (objectives) วิธีการทำวิจัย (methods) ผลการวิจัย (results) และบทสรุปการวิจัย (conclusions)

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือข้อความย่อสำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือข้อความย่อ

● **คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords)** ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็นต้องใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่าย กะทัดรัด ชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับเนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ ให้อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็น ใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแก้วที่ท้ายบทนำ ไม่ต้องใส่ข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษา รูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ ระบุวิธีการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้อ่านอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้วในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ หรือเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาวัดตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างนำเนื้อหาในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

● **เอกสารอ้างอิง**

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (Arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้น ตามด้วยนามสกุล การอ้างอิง

ผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก website <http://nim.nih.go> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

● **การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารกรรมการแพทย์ มีหลักเกณฑ์ดังตัวอย่างต่อไปนี้**

1. **การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ** ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์ ; ปีที่ (vol) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.1 ชัยเย็นทร์ รัตนาภิรมย์, กุหลาบ หวังศิริกุล. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสายตาคิดผิดปกติของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529 ; 28 : 279-70.

1.2 Campbell D, Hall M, Lemon J, Carr-Hill R, Pritchard C, Samphier M. Clinical birthweight standards for a total population in the 1980. Br J ObstetGynaecol 1987 ; 100 : 436-45.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรกแล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษหรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

2. **การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน**

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้พิมพ์

1. พรจันทร์ สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร. เดอะเบสท์กราฟฟิค แอนด์ปริ้นท์ ; 2542

2. Jones KL. Smith’s recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia : WB Saunder; 1997.

3. **หนังสือมีบรรณาธิการ**

1. วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ, สุจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไชเบอร์เพรส ; 2542.

2. Norman IJ, Reddfen SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ผู้พิมพ์. ชื่อเสียง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ซีระ ลีลาณัทกิจ, ชูทิพย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน : เกษม ต้นติผลลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2536 หน้า 961-96.

2. Wentz AC. Infertility. In: Jones HW III, Wentz AC, Burnett LS, eds. Novak's text-book of gynecology. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.p. 263-302.

4. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings) ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม ; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

1. KimuraJ, ShibasakiH, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology ; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier ; 1996.

5. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St.Louis (MO) : Washington Univ. : 1995.

6. การอ้างอิงจากรายงานการวิจัยพิมพ์โดยผู้ให้ทุน ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

7. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serial online) 1995; Jan-Mara (cited 1996 Jun 5): 1(1):[24 screens]. Available from : URL; <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

2. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computerprogram). Ver-sion 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems: 1993.

3. CDI, clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Verison 2.0. San Diego : CMEA: 1995.

8. อื่นๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545

2. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 98 พ.ศ.2529, ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 103, ตอนที่ 23. (ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2529)

สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารกรมการแพทย์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 19 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

สวัสดีครับทีมงานวารสารกรมการแพทย์ทุกท่าน ผมมีข้อสงสัยครับว่ากัญชาสามารถรักษามะเร็งได้จริงหรือเปล่าครับ?

จิตต์ศักดิ์ จรุงกุล

ขอบคุณสำหรับคำถามครับ ผมมีคำตอบเรื่องนี้ครับจากนายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง สำนักโรคติดต่อ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้เขียนหนังสือ “กัญชาคือยารักษามะเร็ง” คุณหมอสมยศ แสดงหลักฐานจากหลายๆ แหล่งว่ามีการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรคมะเร็งมาเป็นพันปีแล้ว เช่น ประวัติศาสตร์จีน มีการบันทึกการใช้ยาจากกัญชาในการรักษาโรคตั้งแต่ยุคโบราณ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการใช้กัญชาเป็นยารักษาโรคอย่างถูกกฎหมายมานานแล้ว แต่ภายหลังต้องหยุดการจำหน่ายยาเหล่านี้ เพราะมีการแก้กฎหมายให้กัญชาเป็นยาเสพติด ประเทศไทยเองมีการใช้ยาแผนโบราณที่มีส่วนผสมของกัญชาเกินกว่า 50 ตำรับ แต่ตอนหลังมีการถอดกัญชาออกจากตำรับยาเหล่านี้ เนื่องจากกฎหมายระบุให้กัญชาเป็นยาเสพติด

ในส่วนของการใช้กัญชารักษามะเร็ง คุณหมอสมยศค้นคว้าพบว่า มีการวิจัยในปี พ.ศ. 2517 ที่พบว่า กัญชามีผลในการฆ่าเซลล์มะเร็ง ผลการวิจัยนี้เป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชิ้นแรกที่ทำรู้ว่า กัญชาคือยารักษามะเร็ง แต่ไม่มีการวิจัยต่อเนื่อง เพราะพบปัญหาในแง่กฎหมาย เนื่องจากกัญชากลายเป็นยาเสพติด ทำให้ไม่มีงานวิจัยต่อเนื่องในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่มีงานวิจัยอย่างต่อเนื่องในประเทศอื่นแทน เช่น ประเทศอิสราเอล ต่อมา ในปี พ.ศ.2546 มีการจดสิทธิบัตรโดยรัฐบาลสหรัฐอเมริกาว่า กัญชาใช้รักษาโรคบางอย่างได้เช่น รักษาสมองหลังจากเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเกิดอุบัติเหตุที่กระทบต่อสมอง รวมทั้งกัญชายังมีฤทธิ์ในการต่อต้านอนุมูลอิสระอีกด้วย ข้อมูลงานวิจัยอีกนับเป็นร้อยชิ้น และออกตามมาเรื่อยๆ ทั้งในหลอดทดลอง และสัตว์ทดลองว่า กัญชามีผลในการรักษามะเร็งได้หลากหลายชนิดมาก

นพ.อากาศ พัฒนาเรืองไฉ
บรรณาธิการ
Akas_dms@yahoo.com

แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาสามารถรักษามะเร็งได้

<http://antiquecannabisbook.com/chap2B/China/China.htm>
<http://www.cureyourowncancer.org/1974-study-showing-cannabis-kills-cancer-cells-antineoplastic-activity-of-cannabinoids.html>
<http://www.google.com/patents/US6630507>
<http://phoenixtears.ca/>

สำนักงานวารสารกรมการแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2590 6276 โทรสาร 0 2965 9862