



ISSN 0125-1643

JOURNAL OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

วารสาร กรมการแพทย์

วารสารราย 2 เดือน ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนมีนาคม-เมษายน 2560



เรื่องเด่น

- เรื่องเด่นประจำฉบับ
 - พิษจากแมงกะพรุน (Jellyfish Dermatitis)
 - พิษจากแมงมุมกัด (Spider Bites)
- Hall of Fame
พญ.ปรีชา กุลละวณิชย์
แพทย์สตรีเกียรติยศด้านโรคผิวหนังไทย
- Hospital visit
Hair Transplant Center
สถาบันโรคผิวหนัง





วัตถุประสงค์

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

ผู้อำนวยการ : ชีรพล โตพันธานนท์
รองผู้อำนวยการ : ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, ภาสกร ชัยวานิชศิริ, ณรงค์ อภิกุลวณิช, ปานเนตร ปางพุดมพงศ์
บรรณาธิการ : อากาศ พัฒนเรืองไฉ

คณะบรรณาธิการ :

กมลเนตร วรรณเสวก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กฤษฎี ประภาสวัต

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กฤษณพงศ์ มโนธรรม

โรงพยาบาลเลิดสิน

กิริติ เจริญชลวานิช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เกรียง ตั้งสง่า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกรียงไกร เสงรัมย์

สถาบันโรคทรวงอก

จารุวรรณ หมั่นมี

โรงพยาบาลราชวิถี

เจริญ ชูโชติถาวร

สถาบันโรคทรวงอก

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์

โรงพยาบาลราชวิถี

ชัยรัตน์ โภควัฒนา

โรงพยาบาลราชวิถี

ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชาญเวช ศรัทธาพุด

โรงพยาบาลเลิดสิน

โชคชัย เมธีไตรรัตน์

โรงพยาบาลศิริราช

ณปฏล ตั้งจาตุรนต์รัศมี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดนุลดา จามจุรี

สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ

ดารณี สุวพันธ์

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

ถนอม บรรณประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทรงคุณ วิญญูวรรธน

สถาบันพยาธิวิทยา

ทวีรัตน์ ชูเอก

โรงพยาบาลราชวิถี

ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนรัตน์ อัมสุวรรณศรี

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

ธโนนิตย์ โชตนฤดี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บุษกร โลหารขุน

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

เบญจภา เที่ยวหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ

สำนักวิชาการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ปฐมพร ศิรประภาศิริ

โรงพยาบาลราชวิถี

ประธาน จินายน

สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์

มหาวิทยาลัยรังสิต

ประยูร โกวิทย์

โรงพยาบาลบ้านไผ่

ประเสริฐ ธนกิจจารุ

โรงพยาบาลราชวิถี

ปานเนตร ปางพุดมพงศ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปาริชาติ สรเทศน์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปิยะภัทร เดชพระธรรม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์

สถาบันโรคทรวงอก

พงศ์ศักดิ์ ปัจฉิมกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

พงษ์ลดา สุพรรณชาติ

สถาบันโรคทรวงอก

พลรัตน์ วิไลรัตน์

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ใจ นัยโกวิท

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

พิมลพรรณ กฤตยรังสรรค์

สถาบันโรคผิวหนัง

ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคภูมิ สุปิยพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภูพิงค์ เอกะวิภาต

สถาบันประสาทวิทยา

ภูษิต เพ็ญฟู

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ม.ล.กรเกียรติ์ สนิทวงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

ยุทธนา แสงสุตา

โรงพยาบาลราชวิถี

รังสรรค์ นิรามิข

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วรัท ทรรศนะวิภาส

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัลย์อร ปรัชญพทุทธ์

สถาบันโรคผิวหนัง

วิจิตร ธารานนท์

ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูง

วิชัย อธิชัยกุลทล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

วินัดดา ปิยะศิลป์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วินัย วนานุกุล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช-
ญาณสังวรเพื่อผู้ป่วยอายุ

วิโรจน์ วีรชัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

วีระ บุรณะกิจเจริญ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สมชัย ชัยสุภมวงคลลาภ

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

สมชาย ไตฉะบุตร

สถาบันประสาทวิทยา

สมบูรณ์ คุณาธิคม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ

โรงพยาบาลราชวิถี

สมศักดิ์ คุปต์นิริติชัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์

โรงพยาบาลเลิดสิน

สละ อุบลฉาย

สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย

สวิง บันจัยสิทธิ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สุชาติ พหลภาคย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล

สถาบันประสาทวิทยา

สุพจน์ แจ่มสุวรรณ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

แสงชัย พุทธิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

อดิเรก จิระพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

อรุณ จิรวัฒนกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

อาภาศรี ลุสสวัสดิ์

สถาบันประสาทวิทยา

อารยา ประเสริฐชัย

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช

อุไรวรรณ โชติเกียรติ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกชัย ไควาวิสารัช

โรงพยาบาลราชวิถี

ฝ่ายจัดการ : ศิวาพร สังรวม • นิจนิรันดร์ แก้วไสย์ • เสด็จ เป้าทุมมา

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.)

วิสัยทัศน์ของกรมการแพทย์

ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคภายในปี 2564

พันธกิจ

- ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์
- กำหนด พัฒนา และติดตามคุณภาพมาตรฐานการรักษายาบาลของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
- ถ่ายทอด เพิ่มพูนทักษะบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการแก่เครือข่ายเขตบริการสุขภาพและประชาคมอาเซียน
- บริการการแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิและสูงกว่าอย่างได้มาตรฐานในระดับสากล
- พัฒนาและเสนอแนะนโยบายด้านการแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน
- เสนอแนะนโยบาย แนวทางการป้องกัน ควบคุม และบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด



บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับผู้อ่านทุกท่าน วารสารกรมการแพทย์ฉบับนี้ มาพบกับท่านในช่วงที่ประเทศไทยเข้าสู่หน้าร้อนกันนะครับ เรื่องเด่นประจำฉบับนี้ จะมีประเด็นเรื่องพิษภัยของแมงกะพรุน ซึ่งคนจะโดนเข้าได้ง่ายๆ ขณะลงเล่นน้ำในทะเล จึงควรรมาทำความเข้าใจกับแมงกะพรุนประเภทต่างๆ ที่มีระดับความรุนแรงของพิษและเป็นอันตรายต่อร่างกายแตกต่างกัน โดยในเรื่องเด่นประจำฉบับเรายังมีเรื่องพิษจากแมงมุมกัดอีกเรื่องที่น่าสนใจซึ่งเราคัดเอาเฉพาะแมงมุมที่มีบทบาททางการแพทย์ มาฝากกัน

ส่วน Hall of Fame เราได้รับเกียรติจาก พญ.ปริยา กุลละวณิช แพทย์สตรีคนแรกของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ได้รับรางวัลเหรียญทอง Maria Duran Gold Medal จาก International Dermatological Society สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรางวัลเกียรติยศแก่แพทย์สตรีผู้นำด้านวิชาการ (Leader in Dermatology) ระดับนานาชาติ และยังเป็นแพทย์สตรีคนแรกอีกเช่นกันที่เคยดำรงตำแหน่งนายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย มาพูดคุยเพื่อมอบประสบการณ์และมุมมองการทำงานที่มีคุณค่ายิ่งนักในฐานะแพทย์คนหนึ่งหวังจะสร้าง

ประโยชน์ให้กับวงการโรคผิวหนังบ้านเรา พร้อมกับ Hospital visit ที่เราขอแนะนำคลินิกผผและเล็บของสถาบันโรคผิวหนัง ซึ่งบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวกับเส้นผม หนังศีรษะ และเล็บ ซึ่งให้บริการด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ช่วยให้การปลูกถ่ายเส้นผมได้อย่างตรงจุดและแม่นยำ

สำหรับ Pro & Con? ฉบับนี้ ขอนำเสนอเรื่องเห็ดหลินจือ ที่เรามักจะเห็นวางจำหน่ายในรูปแบบอาหารเสริม แล้วจะบรรลุผลคุณในการบำรุงสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะการนำมาใช้ประกอบการรักษาโรคมะเร็ง มาดูกันนะครับว่าตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แล้ว สารสกัดเห็ดหลินจือจะช่วยในการรักษาโรคมะเร็งได้จริงหรือไม่ และปิดท้ายเล่มกันด้วยเรื่อง Thailand 4.0 ด้านสุขภาพและสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี เพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า ซึ่งเราจะยังคงสรรหาเรื่องราวดีๆ มานำเสนออีกเช่นเคยครับ

นพ.อากาศ พัฒนเรืองไฉ
บรรณาธิการ

วารสารกรมการแพทย์ เป็นวารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) โดยเป็นวารสารที่ผ่านการประเมินในกลุ่มที่ 1 ประโยชน์ที่ได้รับแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

๐ กลุ่มที่ 1 นักศึกษา : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อขอจบการศึกษา

๐ กลุ่มที่ 2 ข้าราชการ : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อขอปรับตำแหน่งทางวิชาการ

๐ กลุ่มที่ 3 องค์กรหรือสถาบัน : สามารถอ้างอิงคุณภาพวารสารได้

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับบทความและผลงานทางวิชาการเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ลงในวารสาร จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์ไปยังสำนักงานวารสารกรมการแพทย์

โดยส่งมาที่...

บรรณาธิการ วารสารกรมการแพทย์

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

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ

ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารกรมการแพทย์

สารบัญ

เรื่องเด่นประจำฉบับ

พิษจากแมงกะพรุน (Jellyfish Dermatitis)

พิษจากแมงมุมกัด (Spider Bites)

หน้า

005

009

Hall of fame

พญ.ปรียา กุลละวณิชย์

แพทย์สตรีเกียรติยศด้านโรคผิวหนังไทย

013

Hospital visit

Hair Transplant Center

สถาบันโรคผิวหนัง

018

Hot จาก Web

• โยเกิร์ตช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งเต้านมได้ ขณะที่ชีสให้ผลตรงกันข้าม

• อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้

020

Interesting Case

021

Pro & Con?

เห็นหลินจือมีสรรพคุณช่วยรักษาโรคได้จริงหรือ?

022

สารบัญฉบับหน้าฉบับ

024

Photo Quiz

122

innovation

นวัตกรรมการปรับปรุงกล่องผสมเคมีบำบัดทางจักษุ

123

ข้อมูลบริการการอบรมทางการแพทย์

124

เกณฑ์การส่งบทความ

125

จดหมายจากผู้อ่าน

Thailand Health 4.0

128

พิษจากแมงกะพรุน (Jellyfish Dermatitis)

โทวิฑ์ คัมภีรภาพ พ.บ.

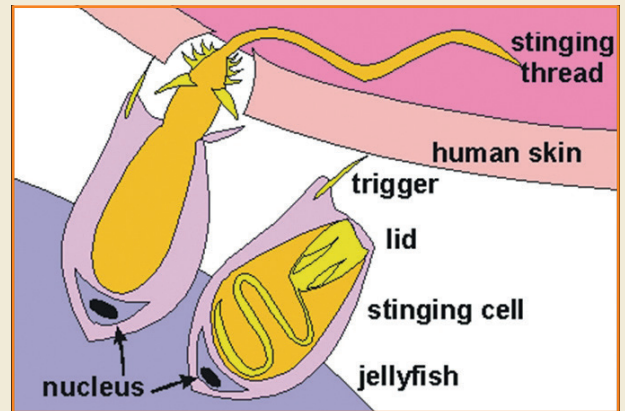
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

แมงกะพรุน (jellyfish) เป็นสัตว์ทะเลชนิดหนึ่งที่พบบ่อย แมงกะพรุนอยู่ใน phylum Cnidaria เดิมเรียกว่า Coelenterata phylum นี้แบ่งออกเป็น 3 major classes class Hydrozoa ประกอบด้วย Portuguese man-of-war, fire corals และ hydroids class Scyphozoa คือ true jellyfish class Anthozoa คือ sea anemones และ true corals ประมาณ 100 จาก 9,000 สปีชีส์ของ Cnidaria มีอันตรายต่อมนุษย์

แมงกะพรุนเป็นสิ่งมีชีวิตที่รูปร่างกลมหรือรี มีเซลล์ห่อหุ้มสารคล้ายเจลลี่ และมีหนวดยื่นออกมารอบๆ แมงกะพรุนว่ายน้ำ ล่องลอยอยู่ในน้ำทะเล แมงกะพรุนเกือบทุกชนิดมีกระเปาะพิษ (nematocysts หรือ stinging capsules) อยู่ตามหนวดที่ยื่นยาว (tentacles) ใน nematocyst มีแคปซูลห่อหุ้มขดของ microtubule ที่มีท็อกซินอยู่ ปลาย nematocyst มีหนามแหลมคล้ายปลายจรวด (harpoon) เมื่อเหยื่อสัมผัส nematocyst, อาจเกิด physical และ/หรือ chemical interactions ทำให้ tube-like organelle ถูกฉีดเข้าเหยื่ออย่างรวดเร็ว ในคน microtubule จะเข้าไปในเส้นเลือดฝอย แล้วท็อกซินจะถูกปล่อยออกมา nematocyst มีลักษณะแตกต่างกันตามสปีชีส์ การตรวจดู nematocyst ที่ยังอยู่ครบสมบูรณ์จึงช่วยในการวินิจฉัยสปีชีส์ของแมงกะพรุน หลังจากได้รับพิษ เหยื่ออาจมีอาการน้อย หายเองได้ หรืออาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับสปีชีส์ และปริมาณพิษที่ได้รับ พิษจากแมงกะพรุนทำให้เกิด toxic reactions ซึ่งอาจเป็น localized และ/หรือ systemic immediate type hypersensitivity reactions เช่น urticaria, angioedema และ anaphylaxis พบน้อย แต่ต้องการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ เนื่องจากอาจกลายเป็นช็อกและเสียชีวิตในผู้ที่ highly sensitized นอกจากนี้พิษจากแมงกะพรุนยังอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาทางผิวหนัง allergic เช่น contact dermatitis, delayed and persistent hypersensitivity reactions, granuloma annulare, erythema nodosum

1. True jellyfish

Scyphozoans หรือ true jellyfish พบบ่อยในทะเลทั่วโลก jellyfish มีลักษณะกายวิภาคแบ่งเป็น bell หรือ body, pedalia, และ tentacles jellyfish บางชนิดมี nematocysts แต่บน



รูปที่ 1 Jellyfish nematocyst

tentacles บางชนิด เช่น *Pelagia noctiluca* มี nematocysts บน pedalia และ bell ด้วย ทำให้ลักษณะผื่นจากการสัมผัสพิษ jellyfish แตกต่างกันตามชนิด อาจเป็น linear urticarial and vesicular area ที่สัมผัส tentacles หรือ oval, round areas ที่สัมผัส bell หรือ pedalia jellyfish ที่มีพิษที่มักทำอันตรายต่อคน ได้แก่ *Chrysaora quinquecirrha* (sea nettle), *Aurelia* spp. (moon jellyfish), *Cyanea* spp. (hair jellyfish) และ *Linuche unguiculata* (thimble jellyfish) *Linuche unguiculata* เป็นสาเหตุของ sea bather's eruption ได้ด้วย

sea nettles เป็นแมงกะพรุนพิษที่คนไปสัมผัสบ่อยที่สุด มีอยู่ 2 สปีชีส์ *Cyanea capillata* มีขนาดใหญ่กว่า ลำตัวคล้ายระฆังอาจมีขนาดถึง 1 เมตร และ tentacles ยาวถึง 30 เมตร *Chrysaora quinquecirrha* มีขนาดเล็กกว่า *Chrysaora fuscescens* โดยมีรูปร่างคล้ายระฆังขนาด 30 เซนติเมตร และมี digestive tentacles 4 สาย sea nettles มักไม่ทำให้ถึงตาย บริเวณที่สัมผัส tentacles จะรู้สึก sharp burning pain ภายในไม่กี่นาทีที่จะเกิดผื่นนูนแดงขนาด 2-3 มิลลิเมตร เรียงกันเป็นแนวซิกแซกเหมือนรอยแฉับฟาด อาการปวดมักเริ่มทุเลาลงภายใน 30 นาที ผื่นนูนแดงเริ่มยุบลงภายใน 1 ชั่วโมง แต่จะทิ้งรอย purplish brown petechial และ postinflammatory pigmentation นานหลายวัน มีรายงาน persistent delayed reactions, ocular injury และ systemic manifestations เช่น ปวดท้อง ปวดหัว คลื่นไส้ การรักษาเบื้องต้นคือ ราบบนผื่นด้วยน้ำทะเลเพื่อกำจัด tentacles ให้หลุดจากผิวหนัง ราบบนผื่นด้วยกรดอะซีติกเพื่อ deactivate nematocysts

2. Portuguese man-of-war (แมงกะพรุนเรือรบโปรตุเกส)

Portuguese man-of-war มีชื่อวิทยาศาสตร์คือ *Physalia physalis* เป็น colonial hydroid อยู่ใน Class Hydrozoa จึงไม่ใช่แมงกะพรุนที่แท้จริง *P.physalis* พบในมหาสมุทรแอตแลนติกและทะเลเมดิเตอร์เรเนียน รูปร่างเป็นกระเปาะใส (bladder-like float) สีฟ้าหรือชมพูหรือม่วง ขนาด 10-30 เซนติเมตร และมี tentacles หลายเส้น ยาวถึง 30 เมตร ตาม tentacles มี nematocysts หลายแสนต่อม floating bladder (pneumatophore) ช่วยให้ Portuguese man-of-war ลอยไปตามคลื่นทะเล *P.utriculus* หรือ blue bottle พบในมหาสมุทรแปซิฟิก มี tentacles เส้นเดียว ยาวไม่เกิน 5 เมตร nematocysts ยังคงมีพิษอยู่แม้ว่า tentacles จะขาดหลุดจากลำตัว ลอยตามน้ำทะเล หรือลอยไปติดตามชายหาด ผู้ที่ไปสัมผัสเศษ tentacles เหล่านี้ ก็เกิดอาการปวดจากพิษได้ venom ของ *Physalia* species มี hemolytic, dermonecrotic, neurotoxic และ cardiotoxic properties ร่วมกับสารเคมีอีกหลายชนิด *Physalia* venom เป็น heat labile toxin จึงมีรายงานว่า การแช่ด้วยน้ำที่อุณหภูมิ 45 องศา ช่วยลดความเจ็บปวดได้



รูปที่ 2 Portuguese man-of-war



รูปที่ 3 Portuguese man-of-war stings

P.physalis ทำให้เกิดอาการปวดมากกว่า sea nettles และ *P.utriculus* ทันทีที่เหยื่อสัมผัสกับ tentacles ของ *P.physalis* จะรู้สึก sharp, shock-like, burning pain อาจมี painful paresthesias หรือชาในบริเวณนั้นด้วย ตอนแรกจะเกิดแนวเส้นของ irregular, red papules, beaded streaks หรือ erythematous welts บริเวณที่สัมผัสกับ tentacles ผื่นนูนยุบลงภายในไม่กี่ชั่วโมง แต่อาจกลายเป็น vesicular, hemorrhagic, necrotic หรือ ulcerative stages แล้วค่อยๆ หายไปกลายเป็นรอยดำหรือคีลอยด์ อาจเกิด severe localized

complications เช่น arterial spasm ในบริเวณที่สัมผัส *Physalia* ซึ่งอาจทำให้เกิด distal digital gangrene

ภายใน 10-15 นาทีหลังสัมผัส *Physalia* เหยื่ออาจเกิด envenomation reaction เช่น คลื่นไส้, abdominal cramps, ปวดกล้ามเนื้อ, ปวดหลัง, irritability, dyspnea และแน่นหน้าอก มีรายงาน intravascular hemolysis และ acute renal failure ในเด็กหญิงอายุ 4 ปี ที่ถูกพิษของ *P.physalis* อย่างรุนแรง และเคยมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากพิษของ *P.physalis*

3. Box jellyfish (แมงกะพรุนกล่อง)

Box jellyfish เป็นแมงกะพรุนพิษที่มีสถิติทำให้เหยื่อเสียชีวิตมากที่สุด อยู่ใน class Cubozoa หรือ Cubomedusae *Chironex fleckeri* ทำให้เหยื่อเสียชีวิตอย่างน้อย 1 รายต่อปี ในออสเตรเลีย ส่วนมากเป็นเด็ก เพราะพื้นผิวที่สัมผัสพิษอาจกว้างขวางเมื่อเทียบกับพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด แต่ก็มีรายงานทั้งผู้ป่วยที่บาดเจ็บเล็กน้อยและบาดเจ็บสาหัสใน endemic area

C.fleckeri หรือ sea wasp เป็นแมงกะพรุนที่เป็น advanced species มีรูปร่างเหมือนระฆังสี่เหลี่ยม กิ่งโปร่งใส สามารถโตขึ้นจนมีขนาด 9 ลิตร และมีน้ำหนักถึง 6 กิโลกรัม tentacles มีถึง 60 สาย ยาวถึง 2-3 เมตร เมื่อเหยื่อสัมผัสกับ box jellyfish tentacles บางส่วนจะขาดออกและติดกับผิวหนัง ผู้ช่วยเหลือเหยื่อต้องระวังถูกพิษจากเศษ tentacles ต้องสะเทินพิษก่อนจึงค่อยๆ ชูดทิ้งไป



รูปที่ 4 Box jellyfish



รูปที่ 5 Box jellyfish stings

ผิวหนังที่สัมผัสพิษจะเกิดแนวผื่นนูนแดง (linear welts) คล้ายถูกแล่เสี้ยน รอยสัมผัสพิษ *C.fleckeri* ใหม่ๆ มีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นแนวสีแดงพาดไปมาหรือขนานกันเหมือนชั้นบันได บนผื่นแดงมีผิวหนังตายสีขาว (frosted, cross-hatched หรือ ladder-like appearance) การชูดพิษจากผิวหนังด้วย blade scrapings หรือ tape stripping มาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ อาจพบ nematocysts เหยื่ออาจมีอาการปวดมากนานหลายชั่วโมง บริเวณที่ถูกพิษมากอาจมีสีเขียวคล้ำ

(dusky cyanotic appearance) และอาจกลายเป็นตุ่มน้ำพอง และเนื้อตาย แผลจะหายช้ามาก และอาจมี bacterial superinfection และกลายเป็นแผลเป็น

เหยื่ออาจเสียชีวิตภายในไม่กี่นาทีเพราะ cardiotoxic และ neurotoxic agents ใน venom ซึ่งอาจทำให้เกิด ventricular arrhythmias และ cardiac arrest, และ respiratory failure ตามลำดับ toxin อาจทำให้เกิด intravascular hemolysis และ acute renal failure การปฐมพยาบาลเหยื่อ มักต้องทำ cardiopulmonary resuscitation มีการใช้ verapamil ฉีดเข้าเส้นเพื่อรักษาและป้องกัน ventricular arrhythmias การรับรักษาด้วย antivenom ในเหยื่อที่ได้รับพิษรุนแรง อาจช่วยให้เหยื่อไม่เสียชีวิต และอาจช่วยบรรเทาอาการปวดและอาการอักเสบบริเวณที่ถูกพิษได้มาก

Irukandji syndrome เป็น severe และ delayed response (5-40 นาที เฉลี่ย 30 นาที) ที่เกิดจาก box jellyfish ขนาดเล็ก หรือ *Irukandji jellyfish* มีรายงานทำให้นักท่องเที่ยวเสียชีวิต 2 ราย ในแถบเมือง Cairns ประเทศออสเตรเลีย ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการคลาสสิกของ local signs ของ inflammation ร่วมกับ severe back pain, excruciating muscle cramps, ชนลุก, เหงื่อออก, คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดศีรษะ และใจสั่น ในรายที่รุนแรงมากอาจกลายเป็น extreme hypertension และ heart failure *Carukia barnesi* เป็นสปีชีส์เดียวที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนี้อย่างชัดเจน แต่อาจมีอีกอย่างน้อย 6 สปีชีส์ที่อาจเป็นสาเหตุด้วย เหยื่อมักถูกพิษ box jellyfish ในน้ำลึก การรักษา คือ ราดกรดผิวหน้ที่ถูกพิษด้วยน้ำส้มสายชู เพื่อ discharge nematocysts และรับรักษาด้วย pain control และ α -blockade เพราะคาดว่า venom มีกลไกทำงานเป็น pre-synaptic neuronal sodium agonist และกระตุ้นการหลั่ง norepinephrine

การป้องกันการสัมผัสแมงกะพรุนที่มีพิษ คือ ไม่ลงเล่นน้ำในที่ที่มีแมงกะพรุนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะหลังมีพายุฝน เพราะจะมีซากแมงกะพรุนและ tentacles เป็นจำนวนมากในน้ำทะเล หลีกเลี่ยงการสัมผัสซากแมงกะพรุน การดำน้ำควรสวม wetsuit, เสื้อแขนยาว, กางเกงขายาว ในถิ่นที่เคยพบ *Irukandji syndrome* ควรสวม Lycra stinger suit ควรทาครีมกันแดดที่ผสมสารไล่แมงกะพรุนและ "sea lice"

การปฐมพยาบาลเหยื่อ ให้รีบพาเหยื่อขึ้นจากน้ำ รักษา vital functions : airway, breathing, circulation พยายามไม่ขยับบริเวณที่ถูกพิษ ป้องกัน tentacles ที่ติดอยู่ไม่ให้ปล่อยพิษเข้าผิวหนัง รีบวินิจฉัยชนิดของแมงกะพรุน โดยพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยา ลักษณะรอยโรคผิวหนัง ตรวจดูลักษณะ

ของ tentacles ที่ติดอยู่บนผิวหนัง ถ้าไม่พบ tentacles ให้ชุดผิวหนังตรวจลักษณะของ nematocysts รับสะเทินพิษก่อนดึง tentacles ออกจากผิวหนัง ป้องกันพิษเข้าสู่ผิวหนังของเหยื่อมากขึ้น รวมทั้งผู้ช่วยเหลือปฐมพยาบาล

การรักษาเหยื่อ jellyfish stings

ถ้าสงสัยพิษจาก *C. fleckeri* หรือ box jellyfish อื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของ Irukandji syndrome ควรราดหรือสเปรย์บริเวณ tentacles ด้วยกรดอะซิติกเจือจาง (3-10%) หรือน้ำส้มสายชูทิ้งไว้นานอย่างน้อย 30 วินาที ถ้าเป็น sea nettles ให้โรยผงโซดาบั้งขนมปัง (baking soda) หรือพอกด้วยผงโซดาบั้งขนมปังผสมน้ำ สำหรับ *Physalia physalis* ก็สามารถใช้โซดาบั้งขนมปังได้ มีรายงานว่าสามารถใช้น้ำส้มสายชูสะเทินพิษของ *P. physalis* สปีชีส์ในออสเตรเลีย ต้องระวังน้ำส้มสายชูอาจทำให้ discharge nematocysts ในบางราย ถ้าไม่สามารถหาน้ำส้มสายชูหรือโซดาบั้งขนมปัง อาจพิจารณาใช้ papain ซึ่งอยู่ในรูปผงหมักเนื้อ (powdered meat tenderizer) โรยผงหรือเอาผงผสมน้ำพอกบริเวณที่ถูกพิษและ tentacles ที่เกิดจาก sea nettles และ Portuguese man-of-war ถ้าหาอะไรไม่ได้เลย ให้ชะล้าง tentacles ด้วยน้ำทะเล ห้ามใช้น้ำจืด แอลกอฮอล์ทุกรูปแบบ ในการ deactivate tentacles เพราะอาจทำให้เกิด rapid massive discharge ที่อกขึ้นจาก nematocysts หลังจากสะเทินพิษ tentacles แล้ว ให้ค่อยๆ ดึงออกด้วย forceps หรือทา shaving cream แล้วขูดออกด้วยใบมีด

ในกรณีที่ถูกพิษจำนวนมาก เริ่มหรือคาดว่าจะมี systemic reactions, deactivate tentacles ไม่ได้ และระหว่างส่งผู้ป่วยไปรับ specific antivenin พิจารณาใช้ venous-lymphatic constriction bandage เน้นบริเวณที่ถูกพิษ

antivenin เตรียมจากซีรัมแกะ ผู้ป่วยบางรายจึงอาจแพ้ได้ ควรฉีดเข้าเส้นมากกว่าเข้ากล้ามเนื้อ การรักษาด้วย antivenin ในผู้ที่ถูกพิษรุนแรง อาจช่วยให้รอดชีวิต ลดความเจ็บปวด และลดอักเสบบริเวณที่ถูกพิษได้มาก verapamil ฉีดเข้าเส้น มีบทบาทในการรักษาและป้องกัน arrhythmias ถ้าปวดตรงรอยโรค พิจารณาให้ซิดยาแก้ปวด ประคบด้วยน้ำแข็ง และฉีด antivenin รักษา local reactions ด้วย topical anesthetic cream ลดอาการคันและปวดแบบ delayed-type hypersensitivity reactions อาจเกิดหลายวันหรือหลายสัปดาห์หลังถูกพิษ พิจารณารักษาด้วยยาทาสเตียรอยด์, ยาทา tacrolimus, ยาด้านฮิสตามีน และยาเกินสเตียรอยด์ secondary infections พิจารณารักษาด้วยยาปฏิชีวนะและ antitetanus therapy

References

1. Fenner PJ. Dangers in the ocean: The traveler and marine envenomation. I. jellyfish. *J Travel Med* 1998; 5:135-41.
2. Halstead BW, Auerbach PS, eds: *Dangerous Aquatic Animal of the World: A color Guide, with Prevention, First Aid, and Emergency Treatment Procedures*. Princeton, NJ, Darwin Press; 1990.
3. Fisher AA. Aquatic dermatitis, Part I. Dermatitis caused by coelenterates. *Cutis* 1999; 64:84-6.
4. Auerbach PS, Hays, JT. Erythema nodosum following a jellyfish sting. *J Emerg Med* 1987; 5:487-91.
5. Burnett JW, Calton GJ, Burnett HW, Mandojana RM. Local and systemic reactions from jellyfish stings. *Clin Dermatol* 1987; 5:14-28.
6. Auerbach PS. Envenomations from jellyfish and related species. *J Emerg Nurs* 1997; 23:555-65.
7. Burnett JW, Calton GJ. Jellyfish envenomation syndromes updated. *Ann Emerg Med* 1987; 16:1000-5.
8. Halstead BW. Coelenterate (cnidarian) stings and wounds. *Clin Dermatol* 1987; 5:8-13.
9. Williamson JA, Burnett JW, Fenner PJ, Hach-Wunderle V, Hoe LY, Adiga KM. Acute regional vascular insufficiency after jellyfish envenomation. *Med J Aust* 1988; 149:698-701.
10. Giordano AR, Vito L, Sardella PJ. Complication of a Portuguese man-of-war envenomation to the foot: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2005; 44:297-300.
11. Guess HA, Saviteer PL, Morris CR. Hemolysis and acute renal failure following a Portuguese man-of-war sting. *Pediatrics* 1982; 70:979-81.
12. Burnett JW, Gable WD. A fatal jellyfish envenomation by the Portuguese man-of-war. *Toxicon* 1989; 27:823-4.
13. Stein MR, Marraccini JV, Rothschild NE, Burnett JW. Fatal Portuguese man-of-war (*Physalia physalis*) envenomation. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 312-5.
14. Bengtson K, Marraccini JV, Rothschild NE, Burnett JW. Sudden death in a child following jellyfish envenomation by *Chiropsalmus quadumanus*. Case report and autopsy findings. *JAMA* 1991; 266:1404 -6.
15. Sutherland S. Lethal jellyfish. *Med J Aust* 1985; 143: 536.
16. Fenner PJ, Harrison SL. Irukandji and Chironex fleckeri jellyfish envenomation in tropical Australia. *Wilderness Environ Med* 2000; 11: 233- 40.
17. Bailey PM, Little M, Jelinek GA, Wilce JA. Jellyfish envenoming syndromes: unknown toxic mechanisms and unproven therapies. *Med J Aust* 2003; 178:34-7.
18. O'Reilly GM, Isbister GK, Lawrie PM, Treston GT, Currie BJ. Prospective study of jellyfish stings from tropical Australia, including the major box jellyfish *Chironex fleckeri*. *Med J Aust* 2001; 175:652-5.
19. Burnett JW, Calton GJ. The case for verapamil use in alarming jellyfish stings remains. *Toxicon* 2004; 44:817-8.
20. Burnett JW. The case for the use of verapamil in alarming Chironex stings. *Anaesth Intensive Care* 1998; 26:461-4.
21. Collated by CRC Reef on behalf of the Queensland Government Irukandji Jellyfish Response Task Force, Current Status of Knowledge and Action on Irukandji, v.8.3. 6/1/2006:6/1/2006.
22. Fenner PJ, Williamson JA. Worldwide deaths and severe envenomation from jellyfish stings. *Med J Aust* 1996; 165:658-61. ●

พิษจากแมงมุมกัด (Spider Bites)

โทวิฑ์ คัมภีรภาพ พ.บ.

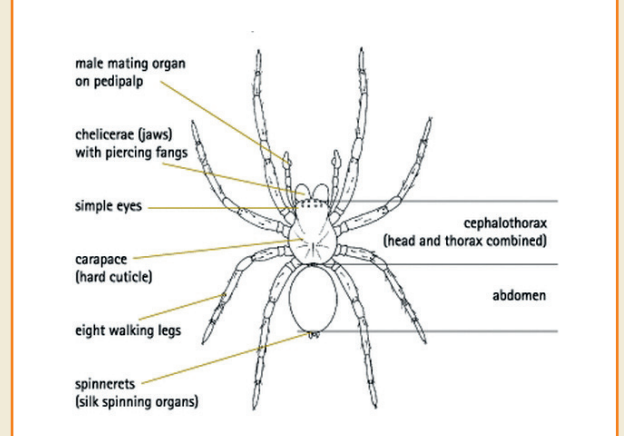
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

spiders เป็นสัตว์กินเนื้อที่สามารถทอยึดเหยื่อ spiders อยู่ใน class Arachnida, order Araneae มีประมาณ 40,000 สปีชีส์ มีอยู่ 60 สปีชีส์ที่ทำร้ายคน อาการพิษจากแมงมุมรวมเรียกว่า araneism แมงมุมที่มีพิษทำให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆ ที่มีชื่อเฉพาะ เช่น atraxism (*Atrax* spp.), latrodectism (*Latrodectus* spp.), loxoscelism (*Loxosceles* spp.) และ phoneutriism (*Phoneutria* spp.) ในสหรัฐอเมริกา มี 3 genera ที่มีสปีชีส์ที่มีพิษต่อคน : (1) *Latrodectus*, (2) *Loxosceles*, และ (3) *Tegenaria* The American Association of Poison Control Centers รายงานมีผู้ที่ถูกแมงมุมกัดปีละ 15,000 ราย ในสหรัฐอเมริกา มีผู้เสียชีวิตจากพิษแมงมุมปีละประมาณ 1 ราย spiders มีความแตกต่างทางกายวิภาคจาก arthropods อื่นๆ คือ ไม่มีปีกหรือ antennae และมีขา 4 คู่ และลำตัวมี 2 ท่อน คือ cephalothorax กับ abdomen ต่อมาพิษของแมงมุมอยู่บริเวณโคนของเขี้ยว มีท่อมาเปิดที่ใกล้ปลายเขี้ยว internal silk glands ทำหน้าที่สร้างเส้นใย ซึ่งปล่อยออกมาผ่าน spinnerets ที่อยู่ท้ายส่วนท้อง แมงมุมทุกชนิดมีต่อมพิษ แต่แมงมุมที่มีเขี้ยวขนาดใหญ่เท่านั้นที่สามารถกัดทำร้ายคนและสัตว์อื่น ส่วนมากแผลถูกแมงมุมกัดจะมี reaction เพียงเล็กน้อย เช่น แผลบวม ปวดเล็กน้อย ความรุนแรงของ reaction ขึ้นอยู่กับสปีชีส์ของแมงมุม ขนาดของแมงมุม และปริมาณของพิษที่เหยื่อได้รับ

แมงมุมที่มีบทบาทสำคัญทางการแพทย์ มีดังนี้

1. *Latrodectus*

สมาชิกใน *Latrodectus* genus หรือ widow spiders (แมงมุมแม่มาย) ส่วนมากมีสีดำและมีสัญลักษณ์รูปนาฬิกาทรายสีแดงบนหน้าท้อง พบ widow spiders มากกว่า 20 สปีชีส์ แต่ *Latrodectus mactans*, the Southern black widow spider พบบ่อยและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา พบได้เกือบทั่วประเทศยกเว้นรัฐทางเหนือ widow spiders อื่นๆ ที่พบได้ในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ *L.various* (Northern black widow), *L.hesperus* (Western black widow), *L.bishopi* (red-legged widow) และ *L.geometricus* (brown widow) สมาชิกของ *Latrodectus* genus มีนิสัยรักสงบ ชอบชักใย



รูปที่ 1 Spider anatomy

ดักเหยื่อในบริเวณที่มันอาศัยอยู่ อาจกัดคนที่ไปรบกวนมัน มักพบใยแมงมุมตามมุมประตู มุมหน้าต่าง ใต้กองฟืน ในโรงจอดรถในที่มืด และได้ขายคาบ้านเฉพาะ widow spiders ตัวเมียเท่านั้นที่มีพิษ มันจะดุร้ายเป็นพิเศษเพื่อปกป้องไข่

ลักษณะทางคลินิก

รอยกัดของ *L.mactans* มักปวดหรือชา แต่มีอาการทางผิวหนังเล็กน้อย ภายใน 30 นาทีจะมี localized erythema, ขนลุก และเห่อออกตรงบริเวณที่ถูกกัด อาจเกิด urticaria และ cyanosis บริเวณที่ถูกกัด black widow venom มี neurotoxin, α -latrotoxin ซึ่งทำงานโดยเปิด ion channels ที่ presynaptic nerve terminals จึงทำให้เกิด irreversible release ของ acetylcholine ที่ motor nerve ending และ catecholamine ที่ adrenergic nerve endings ดังนั้น black widow bites จึงอาจทำให้เกิด agonizing crampy abdominal pain และ muscle spasm ที่ดุร้าย acute abdomen อาการอื่นๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ, paresthesia, คลื่นไส้, อาเจียน, ความดันโลหิตสูง, น้ำตาไหล, น้ำลายไหล, seizures, tremors, acute renal failure และบางครั้ง paralysis ผู้ป่วยมักไม่เสียชีวิต

การดูแลรักษา

Widow spider bites ส่วนมากต้องการแค่ local wound care แต่ผู้ป่วยที่มี serious reactions อาจต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาก ผู้สูงอายุมาก และผู้ที่มี underlying cardiovascular disease มีความเสี่ยงต่อ serious complications การรักษาผู้ที่ถูกพิษจาก black widow spiders คือ ฉีด 10% แคลเซียมกลูโคเนตเข้าเส้น, narcotic analgesics, muscle relaxants และ benzodiazepines มีการเตรียม *L.mactans* antivenom จากซีรัมม้า จึงมีโอกาสแพ้ antivenom ได้ พิจารณา tetanus immunization ด้วย

2. *Loxosceles*

สมาชิกของ *Loxosceles* genus หรือ recluse spiders หรือ fiddle-back spiders มีลักษณะเฉพาะ คือ มีสัญลักษณ์เหมือนไวโอลินสีน้ำตาลเข้มบน cephalothorax brown

recluse spider หรือ *Loxosceles reclusa* เป็นชนิดที่รู้จักกันดีที่สุด และพบมากแถบ American Midwest และ Southeast สปีชีส์อื่นที่มีความสำคัญทางการแพทย์ ได้แก่ *Loxosceles deserta* (desert recluse), *Loxosceles refescens* (Mediterranean recluse), *Loxosceles kaiba* (Grand Canyon recluse) และ *Loxosceles arizonica* (Arizona recluse) recluse spiders ได้ชื่อนี้เพราะมันชอบบิสิกวิเวกอยู่เงียบๆ ตามตู้เสื้อผ้า ชั้นใต้หลังคา ห้องเก็บของ คนที่ถูกแมงมุมกัดมักไปรบกวนมันโดยไม่ตั้งใจ เช่น สวมเสื้อผ้าหรือรองเท้าที่มีแมงมุมหลบซ่อนอยู่ในประเทศไทยมีรายงานคนถูก brown recluse spider กัดบ้างประปราย ปกติ Mediterranean recluse spider พบในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียนจีน ญี่ปุ่น แต่ในพ.ศ. 2558 มีรายงานพบแมงมุมนี้ในถ้ำในจังหวัดกาญจนบุรี คาดว่าแมงมุมติดมากับอาวุธยุทโธปกรณ์ของทหารญี่ปุ่นที่ขนมาไว้ในถ้ำในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2

ลักษณะทางคลินิก

Brown recluse bites มีอาการแตกต่างตั้งแต่ mild, local reactions จนถึง severe ulcerative necrosis หรือ necrotic arachnidism หลังถูกกัดอาจเกิด transient erythema และ central vesicle หรือ papule hallmark “red, white, and blue” sign ของ brown recluse bite คือ มี central violaceous area ล้อมรอบด้วย rim of blanched skin รอบนอกสุดเป็น large asymmetric erythematous area ในผู้ป่วยบางราย รอยกัดอาจเริ่มมี necrosis ภายใน 2-3 วัน และเป็น eschar ในวันที่ 5-7 หลังถูกกัด หลังจากนั้นจะกลายเป็นแผลลึก ต้องวินิจฉัยแยกจาก chemical burn, Lyme disease, cutaneous anthrax infection, pyoderma gangrenosum เนื่องจาก brown recluse bite วินิจฉัยผิดพลาดได้ง่าย จึงมีการพัฒนาการตรวจ ELISA for *Loxosceles* species venom

Brown recluse venom มีโปรตีนหลายชนิด ได้แก่ sphingomyelinase D, esterase, hyaluronidase และ alkaline phosphatase ซึ่งทุกชนิดมีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อ sphingomyelinase D เป็นส่วนประกอบหลักของพิษ มันจะย่อย sphingomyelin เป็น ceramide-1-phosphate และ choline และยัง hydrolyse lysophosphatidyl choline เป็น lysophosphatidic acid จะกระตุ้น proinflammatory response, platelet aggregation และเพิ่ม vascular permeability sphingomyelinase D ยังสามารถกระตุ้น complement-mediated hemolysis systemic symptoms อาจเกิดภายใน 1-2 วันหลังถูกกัด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ปวดศีรษะ มีไข้ และหนาวสั่น rare แต่ serious sequelae ของ brown recluse bites ได้แก่ renal failure, hemolytic anemia, hypotension และ DIC

การดูแลรักษา

การดูแลรักษาทั่วไปของ recluse bites ได้แก่ ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ถูกกัด ประคบด้วยน้ำแข็ง ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะป้องกัน secondary infection มีการพัฒนา *Loxosceles* antivenom แต่ยังไม่ค่อยมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพของ antivenom โดยเฉพาะผลต่อ local cutaneous effects มีการใช้ hyperbaric oxygen, dapsone, intralesional และ systemic corticosteroids, colchicine และ diphenhydramine มีการทดลองยาเหล่านี้ในกระต่าย ไม่พบประสิทธิภาพในการลดขนาดของ eschar แผลลึกมักเรื้อรังหายช้ามาก อาจต้องทำการผ่าตัดปิดแผล

3. Tegenaria

Tegenaria agrestis หรือ hobo spider หรือ aggressive house spider เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของ necrotic arachnidism ในเขต Pacific Northwest ของสหรัฐอเมริกา พบบ่อยกว่าแต่ มักเข้าใจผิดว่าเป็น brown recluse bites hobo spiders มีสีน้ำตาล บนท้องมี gray herringbone pattern hobo spider ส่วนมากสร้าง funnel-shaped webs ในใต้ถุนบ้าน ห้องใต้ดิน กองท่อนไม้ และในพุ่มไม้ hobo spider bites ส่วนมากเกิดในฤดูร้อนซึ่งแมงมุมตัวผู้ที่มีพิษมากกว่าออกตามหาตัวเมีย hobo spider toxins อาจทำให้เกิด local necrosis และผลต่อ CNS *T. gigantea* (giant house spider) และ *T. domestica* (domestic house spider) ชอบซุกใยอยู่ในบ้านเรือน



รูปที่ 2
Hobo spider

ลักษณะทางคลินิก

local cutaneous effects หลังถูกกัดมีตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง คล้ายกับที่เกิดจาก brown recluse ตอนที่ถูกกัดมักไม่ปวด ภายใน 30 นาทีอาจเกิด induration และ paresthesia รอบๆ อาจเกิด large erythematous area อาจเกิดตุ่มน้ำภายใน 36 ชั่วโมง ในรายที่รุนแรงอาจกลายเป็น eschar เนื้อเยื่อตาย

หลุดออกกลายเป็นแผล systemic symptoms ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย hemolysis และ thrombocytopenia ก็อาจเกิดขึ้นได้จาก hobo spider bite

การดูแลรักษา

แผลมักหายภายในหลายสัปดาห์ systemic symptom ที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดศีรษะ ซึ่งอาจเป็นนานถึง 1 สัปดาห์ อาการอื่นๆ ได้แก่ อ่อนเพลีย, คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องเดิน, paresthesias และ memory impairment ผู้ป่วยเสียชีวิตพบน้อย อาจเป็นจาก severe systemic effects เช่น aplastic anemia

4. Tarantula

tarantula อยู่ใน family Theraphosidae เป็นแมงมุมขนาดใหญ่ มีเส้นขนปกคลุมทั่วตัว และมีขายาวอาจถึง 12 นิ้ว tarantula พบได้ในบางส่วนของสหรัฐอเมริกา คนนิยมเลี้ยงเป็นสัตว์เลี้ยงเพราะมีลักษณะสวยงาม น่าเกรงขาม tarantula ที่รู้จักกันดี ได้แก่ *Vitalius sorocabae* (Theraphosidae) tarantula bites ส่วนมากทำให้เกิดแค่ mild local symptoms แต่ serious reactions เกิดได้จากขนแมงมุมที่ระคายเคือง (urticating hairs) tarantula บางชนิดมี neurotoxins และ necrotoxins แต่พิษไม่ค่อยรุนแรง (tarantulism) ถ้าแมงมุมถูกรบกวน มันจะงูชาหลังทำให้ขนแมงมุมหลุดออกมาที่ผิวหนังหรือตา cutaneous responses มีตั้งแต่ mild, local pruritus ถึง granulomatous reactions ocular sequelae จากเส้นขนตา cornea ได้แก่ conjunctivitis และ keratouveitis ถึง corneal granulomas และ chorioretinitis cutaneous reactions รักษาได้ด้วยยาทาสเตียรอยด์ ocular involvement ต้องส่งปรึกษาจักษุแพทย์

5. Atrax & Hadronyche

genera *Atrax* และ *Hadronyche* หรือ funnel-web spiders พบเฉพาะในภาคตะวันออกของออสเตรเลีย มี 6 สปีชีส์ที่ทำให้เกิด severe envenomation symptoms *Atrax robustus* หรือ Sydney funnel-web spider พบในและรอบๆ เมืองซิดนีย์ *A. robustus* มีขนาดใหญ่ ชอบอาศัยใน suburban gardens

สร้าง tubular webs ใต้กองอิฐ กองไม้ *A. robustus* ตัวผู้ชอบบุกเข้าบ้านเรือนแล้วกัดคนในฤดูร้อน *A. robustus* bite ทำให้เกิด immediate pain และ neurological symptoms เช่น agitation, anxiety, hypertension, generalized muscular twitching และ irregular heart beat *A. robustus* venom มี atraxotoxin ที่กระตุ้นการหลั่ง acetylcholine ที่ motor end plates และ autonomic nervous system

Hadronyche formidabilis หรือ tree funnel-web spider มักพบในป่าฝนในภาคตะวันออกของออสเตรเลีย ผลของ *H. formidabilis* bite เหมือนของ *A. robustus* แต่รุนแรงกว่า มี antivenin ต่อ male toxins ที่ใช้รักษา *A. robustus* และ *H. formidabilis* bites สปีชีส์อื่นๆ ได้แก่ *H. infensa*, *H. versuta* และ *H. cerberea*

การควบคุมป้องกันแมงมุมกัด

วิธีป้องกันแมงมุมกัดที่ดีที่สุดคือ ไม่ไปจับตัวแมงมุม หรือสวมถุงมือเวลาทำงานที่มีโอกาสเจอแมงมุม เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ ขนฟืน ขนก้อนอิฐ หมั่นทำความสะอาด บดใบแมงมุม หรือดูดด้วยเครื่องดูดฝุ่น บริเวณที่แมงมุมชอบมาซุกไย เช่น กรอบประตู กรอบหน้าต่าง มุมเพดาน ช่องลม ใต้เฟอร์นิเจอร์ ใต้ถุนบ้าน ปิดประตูหน้าต่าง หรือติดมุ้งลวดป้องกันไม่ให้แมงมุมเข้าบ้าน ควบคุมกำจัดแมลงในบ้าน ไม่เปิดไฟทิ้งไว้ ตอนกลางคืน ลดจำนวนแมลงเล่นไฟ เป็นการควบคุมลดจำนวนแมลงที่เป็นเหยื่อของแมงมุม

สำหรับพื้นที่ที่พบ *Loxosceles* spp. ระวังถูกแมงมุมกัดซึ่งมักเกิดในบ้าน โดยหมั่นตรวจตราตามตู้เสื้อผ้า ชั้นใต้หลังคา ห้องเก็บของ ลังเก็บของ หลังรูปแขวนผนัง และใต้เฟอร์นิเจอร์ ตรวจดูและเขี่ยร่องเท้าและเสื้อผ้า เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีแมงมุมหลบซ่อนอยู่ ก่อนสวมใส่ การฉีดพ่นยาฆ่าแมลงในบริเวณที่แมงมุมชอบอาศัย ก็มีผลในการกำจัดแมงมุมที่หลบซ่อนอยู่ในพื้นที่ทำความสะอาดไม่ถึง กาวดักแมลงสาบสามารถใช้ดักจับแมงมุมในบริเวณที่แมงมุมชอบเดินผ่าน

References

1. Carbonaro PA, Janniger CK, Schwartz RA. Spider bite reactions. *Cutis* 1995; 56:256-9.
2. Elston DM. What's eating you? *Latrodectus mactans* (the black widow spider). *Cutis* 2002; 69: 257-8.
3. Clark RF, Wethern – Kestner S, Vance MV, Gerkin R. Clinical presentation and treatment of black widow spider envenomation: a review of 163 cases. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 782-7.

References

4. Daly FF, Hill RE, Bogdan GM, Dart RC. Neutralization of *Latrodectus mactans* and *L. hesperus* venom by redback spider (*L. hasseltii*) antivenom. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39: 119-23.
5. Graudins A, Padula M, Broady K, Nicholson GM. Red-back spider (*Latrodectus hasselti*) antivenom prevents the toxicity of widow spider venoms. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 154-60.
6. Isbister GK, Graudins A, White J, Warrell D. Antivenom treatment in arachnidism. *J Toxicol Clin Toxicol* 2003; 41: 291-300.
7. Sams HH, Dunnick CA, Smith ML, King LE Jr. Necrotic arachnidism. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:561-73.
8. Hoover EL, Williams W, Koger L, Murthy R, Parsh S, Weaver WL. Pseudoepitheliomatous hyperplasia and pyoderma gangrenosum after a brown recluse spider bite. *South Med J* 1990; 83:243-6.
9. Roche KJ, Chang MW, Lazarus H. Images in clinical medicine. Cutaneous anthrax infection. *N Engl J Med* 2001; 345:1611.
10. Vetter RS, Bush SP. Chemical burn misdiagnosed as brown recluse spider bite. *Am J Emerg Med* 2002; 20: 68-9.
11. Gomez HF, Krywko DM, Stoecker WV. A new assay for the detection of *Loxosceles* species (brown recluse) spider venom. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 469-74.
12. van Meeteren LA, Frederiks F, Giepmans BN, Pedrosa MF, Billington SJ, Jost BH, et al. Spider and bacterial sphingomyelinases D target cellular lysophosphatidic acid receptors by hydrolyzing lysophosphatidylcholine. *J Biol Chem* 2004; 279: 10833-6.
13. Tambourgi DV, Pedrosa MF, de Andrade RM, Billington SJ, Griffiths M, van den Berg CW. Sphingomyelinases D induce direct association of C1q to the erythrocyte membrane causing complement mediated autologous haemolysis. *Mol Immunol* 2007; 44: 576-82.
14. da Silva PH, da Silveira RB, Appel MH, Mangili OC, Gremski W, Veiga SS. Brown spiders and loxoscelism. *Toxicon* 2004; 44: 693-709.
15. Elbahlawan LM, Stidham GL, Bugnitz MC, Storgion SA. Severe systemic reaction to *Loxosceles reclusa* spider bites in a pediatric population. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21: 177-80.
16. Elston DM, Miller SD, Young RJ 3rd, Eggers J, McGlasson D, Schmidt WH, et al. Comparison of colchicine, dapsone, triamcinolone, and diphenhydramine therapy for the treatment of brown recluse spider envenomation: a double-blind, controlled study in a rabbit model. *Arch Dermatol* 2005; 141: 595-7.
17. Wilson JR, Hagood CO Jr, Prather ID. Brown recluse spider bites: a complex problem wound. A brief review and case study. *Ostomy Wound Manage* 2005; 51: 59-66.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Necrotic arachnidism—Pacific Northwest, 1988-1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 45: 433.
19. Sadler MA, Force RW, Solbrig RM, Sommer S. Suspected *Tegenaria agrestis* envenomation. *Ann Pharmacother* 2001; 35:1490-1.
20. Wasserman GS, Anderson PC. Loxoscelism and necrotic arachnidism. *J Toxicol Clin Toxicol* 1983; 21: 451-72.
21. Vest DK. Necrotic arachnidism in the northwest United States and its probable relationship to *Tegenaria agrestis* (Walckenaer) spiders. *Toxicon* 1987; 25: 175-84.
22. Bernardino CR, Rapuano C. Ophthalmia nodosa caused by casual handling of a tarantula. *Clao J* 2000; 26: 111-2.
23. Choi JT, Rauf A. Ophthalmia nodosa secondary to tarantula hairs. *Eye* 2003; 17: 433-4.
24. Sandboe FD. Spider keratouveitis. A case report. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79: 531-2.
25. Watts P, McPherson R, Hawksworth NR. Tarantula keratouveitis. *Cornea* 2000; 19: 393-4. ●

พญ.ปรียา กุลละวณิชย์ แพทย์สตรีเกียรติยศด้านโรคผิวหนังไทย



ไม่ใช่นักที่ใครสักคนจะได้รับ รางวัลเหรียญทอง Maria Duran Gold Medal จาก International Dermatological Society สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรางวัลเกียรติยศแก่แพทย์สตรี ผู้นำด้านวิชาการ (Leader in Dermatology) ระดับนานาชาติ แต่ พญ.ปรียา กุลละวณิชย์ คือแพทย์สตรีคนแรกของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับเกียรติสูงสุดนั้น

ไม่บ่อยครั้งอีกเช่นกันที่ในปีเดียวกัน บุคคลคนเดียวกัน ยังได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่น ILDS Awards-Certificate 2009 จากสหพันธ์สมาคมแพทย์ผิวหนังนานาชาติ (International League of Dermatological Societies : ILDS) ซึ่งคัดเลือกจากผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อจากสมาคมผิวหนังประเทศต่างๆ ทั่วโลก หลักการคือเป็นผู้มีผลงานวิจัยและส่งเสริมการศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในระดับประเทศและนานาชาติ โดยไม่มีผลประโยชน์ส่วนตัว และ พญ.ปรียา ก็คือแพทย์ผิวหนังของประเทศไทยที่ได้รับรางวัลสำคัญนี้

“รางวัลที่ได้รับ ต้องขอขอบคุณสถาบันโรคผิวหนัง และเพื่อนร่วมงานทุกคนทุกระดับที่มีส่วนช่วยทำงาน รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า รางวัลที่ได้รับจากต่างประเทศเป็นของทั้งสถาบันและสมาคม” พญ.ปรียา อดีตผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาสถาบันกล่าว

รางวัลที่ได้รับแน่นอนว่าย่อมการันตีได้ถึงคุณภาพในการทำงาน Hall of Fame ฉบับนี้ จึงมาทำความรู้จักแพทย์สตรีคนสำคัญต่อการแพทย์โรคผิวหนังทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ผ่านประสบการณ์การทำงานที่ พญ.ปรียา มีหลักการประจำใจอยู่ว่า “ปัญหาทุกอย่างแก้ได้ อย่างน้อยผ่อนหนักให้เป็นเบา และหากคนอื่นทำได้ เราต้องทำได้ ทำให้มีกำลังใจในการแก้ปัญหา และมีความกล้าที่จะทำงานยากๆ พอทำได้ ครั้งสองครั้งก็มีความมั่นใจมากขึ้น”



MRCP Royal College of Physicians พ.ศ. 2534 (London)

คุณหมอโรคผิวหนัง

พญ.ปรียา สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2509 จากนั้นเป็นแพทย์ฝึกหัดต่ออีก 1 ปี แล้วไปศึกษาต่อที่ประเทศอังกฤษ 4 ปี ในลักษณะเรียนไปด้วยทำงานไปด้วย ดิฉันไม่ได้เข้าเรียนตามช่องทางเพื่อจะสอบ MRCP เพราะเห็นว่าต้องใช้เวลานานและไม่มีเวลาทำงานแบบ Full time แต่ใช้วิธีไปฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญ แล้วไปสมัครเข้าคอร์สเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง เผลอโชคดีพอจบคอร์สแล้วได้ทำงานต่อเป็น



แพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต พ.ศ. 2539

แพทย์ประจำบ้านที่สถาบันผิวหนังเซนต์จอห์น ในกรุงลอนดอน การเป็นแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้ดิฉันได้เรียนรู้มากทั้งในด้านปฏิบัติและงานวิจัย

พญ.ปริยา กล่าวต่อไปว่า พอครบกำหนดแล้วจึงเดินทางกลับเป็นจังหวัดอีกครั้งที่สถาบันโรคผิวหนังเมืองไทยเพิ่งเปิดใหม่พอดี มีท่านอาจารย์เรณู โคตรจรัส เป็นผู้อำนวยการ ได้มีโอกาสเข้าทำงานกับท่าน ก็ได้เริ่มเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่นั้นจนกระทั่งเกษียณอายุ ทำงานอยู่สถาบันโรคผิวหนังแห่งเดียวมาตลอด ไม่ได้ย้ายไปอยู่ที่ไหน

“ดิฉันและอาจารย์พินิจไม่เคยมีความคิดที่จะทำงานที่อังกฤษต่อเลย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะคุณพ่อของอาจารย์พินิจ ท่านสอนเสมอว่า**ต้องกลับมาทำงานที่ประเทศไทย** ดังนั้นพอเรียนจบแล้วจึงเลือกกลับมาทำงานที่ประเทศไทยทั้งสองคน”

ความภูมิใจในฐานะ ผอ.สถาบันโรคผิวหนัง

ปัจจุบัน พญ.ปริยา ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษากิจการแพทย์และสถาบันโรคผิวหนัง ตลอดระยะเวลาของการทำงานที่สถาบันโรคผิวหนัง ตำแหน่งที่คุณหมอมุ่งมั่นมากคือการได้เป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนังเป็นเวลา 15 ปี และได้รับแต่งตั้งเป็นนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ C11

“ที่ภูมิใจนั้นไม่ใช่จากยศถาบรรดาศักดิ์ แต่เพราะได้ทำงานตรงกับสิ่งที่เรียนมา ในฐานะผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง ซึ่งประกอบด้วย บริหารสถานพยาบาล และบริหารวิชาการไปพร้อมๆ กัน ด้านวิชาการทางการแพทย์อันประกอบด้วย การตรวจผู้ป่วย มีงานสอนแพทย์เฉพาะทาง งานวิจัย และงานสุขศึกษา”

ในส่วนงานที่คุณหมอรับผิดชอบนั้นสามารถแบ่งออกเป็นหัวข้อใหญ่ๆ เป็น 5 หัวข้อ คือ

1. งานบริหารโรงพยาบาลทั่วไป มีงานธุรการ งานบุคลากร และการเงิน

2. การตรวจผู้ป่วย ซึ่งคุณหมอจะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ไม่เคยขาด มีทั้งคลินิกทั่วไปและเฉพาะทาง

3. งานสอน โดยทางสถาบันมีหลักสูตรฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำทุกคนมีหน้าที่เป็นอาจารย์สอน สถาบันยังมีศักยภาพในการสอนหลักสูตรเฉพาะทางด้านโรคผิวหนังเกือบทุกสาขา รวมทั้งหลักสูตรนานาชาติ

4. งานศึกษาวิจัย เป็นงานสำคัญของสถาบันได้เล็งเห็นว่าประเทศไทยจะสู้กับต่างประเทศได้ ต้องเสนองานที่เป็นเอกลักษณ์ของไทย เช่น การติดเชื้อโรคเขตร้อนหรือโรคผิวหนังจากงานอาชีพที่มีเฉพาะประเทศของเรา ประเทศอื่นไม่มีจึงจะน่าสนใจและได้รับเลือกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ

5. งานสุขศึกษา คือ การเขียนบทความรู้แก่ประชาชน โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ บางครั้งก็จัดรายการ เช่น ชมรมผู้ป่วยสะกิดเงิน ให้ผู้ป่วยได้พบปะและฟังบรรยาย จะได้เข้าใจโรคดีและการรักษาที่ถูกต้อง

“งานเหล่านี้เมื่อทำอย่างต่อเนื่อง นานๆ เข้าก็รวมกันเป็นผลงานจำนวนไม่น้อย เมื่อสถาบันวิชาการในประเทศได้แก่มหาวิทยาลัยมหิดล และต่างประเทศ คือ Royal College of Physician แห่งลอนดอน ขอให้เสนอผลงาน เราก็มีความพร้อม ทำให้ได้รับปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล และปริญญาจาก Royal College of Physician of London MRCP และ FRCP ตามลำดับ เป็นเกียรติซึ่งไม่เคยนึกว่าจะได้มาถึงระดับนี้”



Society of Cosmetic Chemists มอบรางวัล Joseph P. Ciaudelli Award สำหรับบทความวิจัย เรื่องสุขภาพเส้นผมและแชมพู ที่ได้รับเลือกเป็นงานวิจัยดีเด่น ประจำปี 2536 ณ โรงแรมฮิลตัน มหานครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา



รับเพิ่มเกียรติยศ “ศิษย์ศิริราชดีเด่น” จากสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2538

ทั้งนี้ พญ.ปรีญา ยังกล่าวด้วยว่า ผลงานและรางวัลเกียรติยศต่างๆ เหล่านี้ ได้มาจากการผู้อำนวยการและงานวิชาการที่ตั้งใจทำเพื่อชื่อเสียงของสถาบันที่เรารับผิดชอบอยู่ ส่วนที่เป็นรางวัลและปริญญาดุษฎีบัณฑิตที่เป็นของเฉพาะตัว จัดเป็นผลพลอยได้ ☺

ประวัติ รางวัลเกียรติยศ และการเผยแพร่ผลงาน พญ.ปรีญา กุลละวณิช

คู่สมรส

- ศาสตราจารย์ นพ.พินิจ กุลละวณิช

บุตร

- นายพลสันต์ กุลละวณิช
- พญ.ปรีศนา สุชีพน

ตำแหน่งทางการแพทย์

- ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง
- นายกสมาคมแพทย์โรคผิวหนังแห่งประเทศไทย
- นายกสมาคมแพทย์โรคผิวหนังแห่งประเทศไทย

รางวัล

- โล่ประกาศเกียรติคุณผู้อำนวยการดีเด่นของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2536
- โล่ประกาศเกียรติคุณการนำเสนอผลงานดีเด่น ในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2536
- รางวัลศิษย์ราชินีดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2536 สมาคมศิษย์เก่าศิริราช
- รางวัล Joseph P. Ciaudelli งานวิจัยที่ดีที่สุดประจำปี ค.ศ. 1993
- โล่เกียรติยศประเภทผู้บริหารผู้มีคุณธรรมและจรรยาบรรณดีเด่น และผู้บำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม พ.ศ. 2538 สโมสรนักข่าววิทยุและโทรทัศน์
- รางวัลเข็มทองคำฝั่งเพชรศิษย์ศิริราชดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2538 สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช
- รางวัลเหรียญทองคำ เพชรน้ำหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2539
- โล่ประกาศเกียรติคุณผู้บริหารหญิงดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2540
- โล่ประกาศเกียรติคุณนักบริหารโรงพยาบาลดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2540 ภาครัฐ สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
- โล่ประกาศเกียรติคุณสถาบันดีเด่นในการดำเนินงานด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรการแพทย์ สาขาโรคผิวหนัง สมาคมโรคผิวหนังนานาชาติ
- ประกาศเกียรติคุณนักวิชาชีพสตรีตัวอย่าง ส่วนกลาง ภาครัฐ ประจำปี พ.ศ. 2544 สหพันธ์สมาคมสตรีนักธุรกิจและวิชาชีพแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- รางวัลแพทย์ดีเด่น ILDS Awards-Certificate of Appreciation 2009 สหพันธ์สมาคมแพทย์ผิวหนังนานาชาติ
- รางวัล Maria Duran Gold Medal, International Dermatological Society

ผลงาน

- การเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ทางสื่อสิ่งพิมพ์ในประเทศ และต่างประเทศมากกว่า 100 เรื่อง
- เดินทางไปประชุมและบรรยายต่างประเทศมากกว่า 100 ครั้ง

Dr. Preya Kullavanijaya, MD., Dsc Med, Ph.D. Thailand's most venerable dermatologist

Becoming a Maria Duran medalist - an honor bestowed upon female leaders in dermatology by the US-based International Dermatological Society - is an exceptional accomplishment, and, **Dr. Preya Kullavanijaya, M.D.**, was the first dermatologist in Southeast Asia to receive this honor in 2010.

Astonishingly, in the same year she received a Certificate of Appreciation from the International League of Dermatological Societies (ILDS), for which she was selected in 2009. Recipients of this award are chosen based on the recommendations of dermatological societies worldwide. In short, nominees must have made national- and global-scale contributions through research and education without personal gain.

"For these recognition, I owe much to the Institute of Dermatology and my colleagues, as well as other relevant agencies, who have contributed to my work. I am also grateful for the Dermatological Society of Thailand's recommendation. I'd like to think that these international prizes belong to the Institute and the Society," stated Dr. Kullavanijaya, consultant to and former director of the Institute of Dermatology.

Dr. Kullavanijaya's accolades speak volume about her work. In this issue, Hall of Fame will introduce you to this nationally and internationally acclaimed dermatologist through some of her past accomplishments. Dr. Kullavanijaya said: **"every problem can be solved - or at least mitigated, and if other people can do it, I can also do it.** These words have given me the will solve problems and the strength to take on difficult tasks, after a few of which I become more confident."



โล่รางวัลผู้อำนวยการดีเด่น กรมการแพทย์

Becoming a Dermatologist

Dr. Kullavanijaya received a medical degree (M.D.) from the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, in 1966. She completed a one-year internship prior to furthering her studies in the United Kingdom for another four years while also working.

In general to obtain a higher degree in medicine in UK, MRCP you have to work full time and well prepared to take examination. I, however, didn't follow this path because it would be time consuming and too difficult to apply for a job. Instead, I worked with a specialist and enrolled in a specialty course. At the end of the course, I was fortunate to be accepted to do my residency at St. John's Institute of Dermatology in London. Being a resident there allowed me to learn so much about my practice and research.

Doctor Ph.D. 1996

Dr. Kullavanijaya further recounted that timing was perfect: Upon completing her residency and returning to Thailand, the Thai Institute of Dermatology had just been opened and was spearheaded by Dr. Reoo Kotrajaras. Under her leadership, Dr. Kullavanijaya became a civil servant of the Ministry of Public Health. She worked at the Institute throughout her career in Thailand and had never transferred to any other agencies.

"It has never occurred to both Dr. Pinit and me to continue working in the UK, partly because his father had always stressed the importance of working for our country. After we finished our studies, both of us returned."

As Director of the Institute of Dermatology

Dr. Kullavanijaya, currently serves as a consultant to the Department of Medical Services and the Institute of Dermatology. She is most proud of her position as the Institute's director, which lasted 15 years.

C 11 Civil Servant

She also obtain C11 civil servant, which is the highest ranking for civilians.

"I'm proud of it, not because of the title itself but because of the work I did as director, supervising clinics and simultaneously managing academic matters,

including seeing patients, teaching specialty classes, research and public health.” revealed Dr. Kullavanijaya.

Her responsibilities can be divided into five major categories:

1. General hospital management: administration, human resources, and accounting and finance;
2. Clinical work: examining patients in general clinics and specialty clinics;
3. Teaching: Every practitioner at the Institute is in charge of teaching and training residents. Almost all branches of medicine are taught at the Institute, including the International Program.
4. Research: To stand out in the international arena, the Institute focuses on issues specific to Thailand, i.e., tropical diseases, dermatological issues of certain occupations in Thailand or in the tropics. These issues are interesting and selected to be published internationally in the journal;
5. Public health: writing articles to educate the public, which are published in newspapers or broadcast on radio and television, and sometimes live seminars, such as Psoriasis Club, for patients to meet and listen to the lecture to promote a better understanding.



“These things accumulate over time. When a national institute like Mahidol University or an international body like the Royal College of Physicians of London asked me to present my achievements, I was well prepared. And as a result, I received a Doctor of Ph.D. from Mahidol University and from the Royal College of Physicians of London, MRCP then FRCP, respectively. These are the honors, of which I’ve never dreamt.

Dr. Kullavanijaya added that these accolades are from the works she did as director, trying to earn a good reputation for her institution. She considers her personal accomplishments a bonus. ●

Biography, Awards and Works of Dr. Preya Kullavanijaya, M.D., Dsc. Med, Ph.D.

Spouse

- Prof. Pinit Kullavanijaya, MB.Ch.B (Leeds), D.T.M.&H. (Liverpool), MRCP (UK), FIMS, FRCP (Edinburgh, Glasgow., London, Thailand).

Children

- Polasant Kullavanijaya, B.Eng.
- Prisana Sukheepod, M.D.Dip. Dermatol

Distinguished Posts

- Director of the Institute of Dermatology
- President of the Dermatological Society of Thailand
- President of the Asian Dermatological Association

Awards

- Outstanding Director, Department of Medical Services, Ministry of Public Health (1993)
- Outstanding Presentation, Second Annual Academic Conference, Ministry of Public Health (1993)
- Outstanding Alumna, Rajini Alumni Association (1993)
- Joseph P. Ciaudeli, Best Research (1993)
- Outstanding Moral and Ethical Executive & Social Benefactor, Thai Journalists Association (1995)
- Outstanding Siriraj Alumna, Siriraj Alumni Association, (1995)
- Gold medal, Ministry of Public Health (1996)
- Outstanding Female Executive, Ministry of Public Health (1997)
- Outstanding Hospital Executive – Public Hospital, Thai Hospital Administration Society (1997)
- Outstanding Institution for Medical Education and Dermatological Training, International Society of Dermatology
- Exemplary Female Professional – Governmental Sector, Business and Professional Women’s Association of Thailand (2001)
- ILDS Awards – Certificate of Appreciation, International League of Dermatological Societies (2009)
- Maria Duran medal, International Dermatological Society

Contributions

- Over 54 and 44 articles printed in medical journal of Thai and International
- Over hundred overseas trips for teachings and meetings

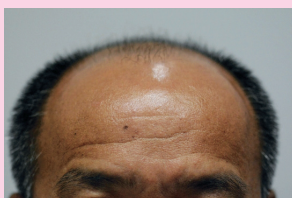
Hair Transplant Center สถาบันโรคผิวหนัง

สถาบันโรคผิวหนังได้เปิดให้บริการคลินิกเส้นผมและเล็บ ตั้งแต่ปี 2554 มีการตรวจรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยคือ Videodermoscopy ซึ่งเป็นเครื่องแรกในประเทศไทย ได้เน้นการรักษาโรคผมร่วงด้วยยาทาและยารับประทานเป็นหลัก ซึ่งเป็นการรักษาตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพดี ทำให้ทางคลินิกมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน

สืบเนื่องจากสถาบันโรคผิวหนังมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการและบริการด้านโรคผิวหนังให้ทัดเทียมระดับสากล ทางสถาบันจึงได้มีการเปิดให้บริการ “การผ่าตัดปลูกถ่ายรากผม (Hair transplantation)” เป็นครั้งแรก ตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2557 และจัดตั้งศูนย์ผ่าตัดปลูกถ่ายรากผม (Hair transplant center) เพื่อความเป็นเลิศด้านการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้านเส้นผมได้รับการรักษาอย่างครบวงจร ในผู้ป่วยที่มีศีรษะล้าน หน้าผากถิกหรือผู้ป่วยมีแผลเป็นที่ศีรษะหรือคิ้วจากอุบัติเหตุที่อาจรักษาไม่ได้ผล ด้วยการใช้ยาทาหรือยารับประทาน ผู้ป่วยมักจะเสียความมั่นใจในตนเองซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการทำงาน ดังนั้น การผ่าตัดปลูกถ่ายรากผมอาจจะเป็นทางเลือกเดียวในการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทางสถาบันโรคผิวหนัง มีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการผ่าตัดปลูกผมจากสมาคมแพทย์ปลูกผมนานาชาติ (International Society of Hair Restoration Surgery, ISHRS) ผ่านการอบรมด้านเส้นผมโดยเฉพาะจากต่างประเทศและมีทีมผ่าตัดที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ ทำให้ผลการรักษาด้านการผ่าตัดปลูกผม



ของสถาบันโรคผิวหนังโดดเด่นและผู้ป่วยพึงพอใจ ปัจจุบันสถาบันโรคผิวหนังเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวของกรมการแพทย์ ที่ให้บริการด้านการผ่าตัดปลูกถ่ายรากผมนี้



ก่อนผ่าตัดปลูกผม



หลังผ่าตัดปลูกผม (8 เดือน)

การผ่าตัดปลูกถ่ายรากผม (Hair transplantation)

การย้ายรากผมจากบริเวณเหนือท้ายทอยไปปลูกในบริเวณที่ต้องการ เช่น บริเวณผมบางที่ศีรษะด้านหน้า หรือแผลเป็น หรือขนที่บริเวณต่างๆ ของร่างกาย โดยจะมีผลให้ผู้ป่วยมีผมที่มากขึ้นหรือมีผมปกคลุมแผลเป็นที่ศีรษะหรือบริเวณอื่นๆ ดีขึ้น หรือมีขนคิ้ว หนวด จอน เครา และขนหน้าอกเพิ่มมากขึ้น โดยจะเห็นผลชัดเจนหลังจากการผ่าตัดประมาณ 8 เดือนถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ผมที่ปลูกจะอยู่ถาวร ทำให้ผู้ป่วยมีหน้าตา มีความมั่นใจและบุคลิกภาพที่ดีขึ้น

การผ่าตัดมี 2 แบบ คือ แบบตัด (Follicular unit transplantation: FUT or strip technique) และแบบเจาะ (Follicular unit extraction: FUE)

ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความเหมาะสมต่อการผ่าตัดแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน โดยการผ่าตัดแบบตัดมีราคาถูกกว่าและเหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องการปลูกผมบริเวณกว้าง ในขณะที่การผ่าตัดแบบเจาะ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บน้อยกว่าและเหมาะกับคนที่ต้องการไว้ผมทรงสั้น



ก่อนผ่าตัดปลูกผม



หลังผ่าตัดปลูกผม (8 เดือน)



การผ่าตัดมีหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การมาปรึกษาการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด วันที่ทำการผ่าตัดและติดตามการรักษาหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องมาปรึกษาเพื่อทราบข้อมูลของการผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องดมยาสลบแต่จะได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อลดอาการเจ็บ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเพียงเล็กน้อยขณะฉีดยาชา แต่หลังจากได้รับการฉีดยาชาแล้ว ผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บเลย หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้และมารับการติดตามอาการและสระผมที่โรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้นโดยผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องพักฟื้นหรือหยุดงานหลังจากการผ่าตัด



แผลหลังทำผ่าตัดปลูกผม



แผลหลังทำผ่าตัดปลูกผม
(8 เดือน)

ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดมีน้อย ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บเพียงเล็กน้อยในช่วง 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด อาจมีอาการบวมเล็กน้อยที่บริเวณที่ปลูกผมช่วง 4-5 วันแรก หลังจากนั้นแผลจะหายเป็นปกติ โดยที่ผู้ป่วยอาจมีสิวและผมที่ปลูกร่วงหลังจากผ่าตัด 1-3 เดือน ต่อจากนั้นสิวจะหายและผมจะขึ้นกลับมาเป็นปกติ โดยจะเห็นผมมากขึ้นชัดเจนหลังการผ่าตัด 8-12 เดือน

ผลการผ่าตัดของสถาบันโรคผิวหนังถือว่าเป็นที่น่าพอใจเนื่องจากประสิทธิผลของการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 90% ในปีแรกมาเป็น 100% ในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีผมมากขึ้นดังที่ปรารถนาซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถได้ผลเช่นนี้จากการทายาหรือการรับประทานยา แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กไม่ใหญ่ แผลจะไม่เห็นแม้ว่าผู้ป่วยจะไว้ผมทรงสั้นและไม่มีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

การผ่าตัดปลูกถ่ายรากผมแท้จะเป็นความหวังเดียวในการรักษาในโรคผมร่วงบางชนิด การผ่าตัดเป็นงานที่ละเอียดใช้เวลานาน จำเป็นที่ต้องมีพยาบาลและผู้ช่วยจำนวนมากทำให้ค่าบริการการรักษาทางเอกซนค่อนข้างแพง ดังนั้น การที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการการผ่าตัดที่สถาบันโรคผิวหนัง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการในราคาที่ผู้ป่วยไม่ลำบากและยังเป็นการเพิ่มศักยภาพการบริการของสถาบันโรคผิวหนังและกรมการแพทย์ให้ได้ทัดเทียมกับสถาบันการศึกษาชั้นนำทั้งในประเทศและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้แก่สถาบันโรคผิวหนังในด้านการพัฒนาบริการพร้อมไปกับการทำให้ประชาชนคนไทยมีความสุขกายและสุขใจ 🌟

โยเกิร์ตช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งเต้านมได้ ขณะที่ชีสให้ผลตรงกันข้าม

ผลิตภัณฑ์นมแม้จะเป็นแหล่งแคลเซียมที่ดี แต่ก็อาจมีไขมันสูง ซึ่งผลการวิจัยล่าสุดพบว่า การบริโภคเชดดาร์ชีสและครีมชีสในปริมาณที่มากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรี แต่การบริโภคโยเกิร์ตมาก ๆ อาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

ซูซาน แมคแคนน์ (Susan McCann) ผู้อำนวยการฝ่ายการป้องกันมะเร็งของสถาบัน Roswell Park Cancer จาก Buffalo, NY และเพื่อนร่วมงานได้รายงานผลการวิจัยดังกล่าวในวารสาร Current Developments in Nutrition ผ่านการทบทวนข้อมูลจาก Roswell Park Data Bank และ BioRepository ซึ่งรวมถึงผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม 1,941 ราย และผู้หญิง 1,237 คนที่ไม่มีโรค ในช่วงปี 2003-2014 โดยผู้หญิงทุกคนได้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของการรับประทานอาหารประเภทชีสและโยเกิร์ต ผลิตภัณฑ์นมทั้งหมดที่ได้รับประทานทุกเดือน

หลังจากประมวลผลผลลัพธ์จากปัจจัยหลายประการตั้งแต่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะวัยหมดประจำเดือน และประวัติครอบครัว เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ทีมนักวิจัยก็พบว่าผู้ที่บริโภคนมในปริมาณที่สูงมีส่วนสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม 15%

“การลดความเสี่ยงมะเร็งเต้านมนี้เป็นผลมาจากการรับประทานโยเกิร์ตในปริมาณสูง โดยผู้หญิงที่รับประทาน



โยเกิร์ตจำนวนมากพบว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่าร้อยละ 39 ขณะที่เชดดาร์ชีสและครีมชีสกลับให้ผลตรงกันข้าม นั่นคือการรับประทานเชดดาร์ชีสและครีมชีสในปริมาณที่มากนั้น อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ถึง 53%”

อย่างไรก็ดี ทางทีมวิจัยก็ยอมรับว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการที่ผลิตภัณฑ์นมมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม โดยนักวิจัยเชื่อว่าการค้นพบในปัจจุบันของพวกเขาได้ช่วยจุดประกายให้เกิดความเข้าใจใหม่ๆ ในเรื่องดังกล่าว

“การศึกษาการเชื่อมโยงกันระหว่างผู้หญิงกับการบริโภคผลิตภัณฑ์จากนมก่อให้เกิดความเข้าใจใหม่อย่างมากเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม และเราหวังว่าการวิจัยเพิ่มเติมจะช่วยให้เราเข้าใจถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่จะมีคุณค่ามากที่สุดในช่วงของการลดความเสี่ยงต่อโรคนี้ต่อไป”

Reference : เว็บไซต์ medicalnewstoday.com/articles/316142.php



อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้



อีกหนึ่งประเภทอาหารที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม โดยการศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสาร International Journal of Cancer เมื่อไม่นานมานี้ แสดงให้เห็นว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียนอาจลดความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมประเภทขาดตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนในช่วงวัยหมดประจำเดือน

อาหารเมดิเตอร์เรเนียนเน้นการกินอาหารจากพืชเป็นส่วนใหญ่ เช่น ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี และน้ำมันมะกอก ปลาทะเล

และบริโภคไวน์ได้บ้างในปริมาณน้อย แต่เนื่องจากโรคมะเร็งมีการเชื่อมโยงกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไวน์จึงได้รับการยกเว้นในการศึกษารั้งนี้

ในอดีตการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยให้มีชีวิตรอดยาว กระดูกที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งอื่นๆ

ดร.แซนด์หย่า พรูธิ (Sandhya Pruthi) ศาสตราจารย์แห่ง Mayo Clinic College of Medicine กล่าวว่าอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันมะเร็งเต้านม อาหารจากพืช ปลา และไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว เป็นส่วนประกอบสำคัญของอาหารชนิดนี้และมีผลดีในการลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งโดยทั่วไปมะเร็งเต้านมประเภทตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนเชิงบวกนั้นมักตอบสนองต่อการรักษาวิธีฮอร์โมนบำบัด ขณะที่มะเร็งเต้านมประเภทขาดตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่สามารถตอบสนองด้วยวิธีเดียวกันได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาน้อยลง

“ฉันจึงประทับใจมากที่สุดที่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียนมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งในการลดมะเร็งเต้านมประเภทขาดตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นส่วนสำคัญในการศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมที่เป็นที่รู้จักกันว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำมากขึ้น”

Reference : เว็บไซต์ edition.cnn.com/2017/03/07/health/mediterranean-diet-breast-cancer-study-food

CLINICO - PATHOLOGICAL CONFERENCE

ประวัติและการดำเนินโรค

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี **อาชีพ** รับจ้าง
ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี **อาการสำคัญ** เจ็บครรภ์เป็นพักๆ 1 ชั่วโมง
ประวัติปัจจุบัน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ มีมูกเลือดเล็กน้อย
 ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีไข้

ประวัติอดีต

ไม่มีประวัติโรคประจำตัว

ประวัติครอบครัว

ไม่มีประวัติที่สำคัญ สามีมีอาชีพรับจ้าง

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

ปี	โรงพยาบาล	การคลอด	ทารก	น้ำหนัก (กรัม)
9 ปีก่อน	โรงพยาบาลของรัฐ	คลอดปกติ	เพศหญิง	3,500
? ปีก่อน	คลินิก	ทำแท้ง	ท้อง 3 เดือนต้องขูดมดลูก	
7 ปีก่อน	โรงพยาบาลของรัฐ	คลอดปกติ	เพศหญิง	3,000
5 ปีก่อน	โรงพยาบาลของรัฐ	คลอดปกติ	ชาย	3,000+

ประวัติประจำเดือนและการฝากครรภ์

จำประจำเดือนที่มาครั้งสุดท้ายไม่ได้ ไม่เคยฝากครรภ์

LAB

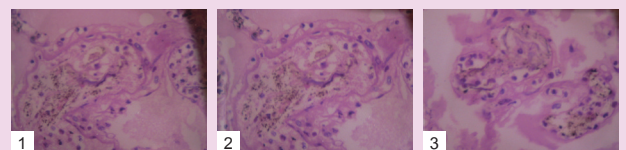
Urine: Protein & sugar negative
 Anti HIV negative

แรกรับ

23.30 น. BP 110/70 mmHg T 37.2 C P 80/min
 R 20/min BW 68 Kg FHS 130/min
 PR Examination Cervix = 1 cm. 30% Station -2
 02.00 น. ผู้ป่วยบอกว่าน้ำเดิน PR 3 cm. 80% Station -1 FHS 130/min
 04.00 น. ผู้ป่วยอยากเบ่ง PR 7 cm. Station 0 FHS 140/min ย้ายไปห้องคลอด
 04.20 น. ผู้ป่วยเบ่ง PR 9 cm.
 05.35 น. ผู้ป่วยเบ่ง PR ติดขอบ FHS 130/min
 05.40 น. ผู้ป่วยชักกระตุกเกร็งแขนขา 2-3 ครั้ง ตาเหลือก และไม่รู้สึกรู้สีกตัว ตามแพทย์มาดูทันที
 05.45 น. BP 130/90 mmHg, P 110 เบา หายใจได้เอง not response to verbal command,
 not pale, no cyanosis, pupil 3 mm. in diameter, react to light
Heart & Lung OK
Abdomen not distend, fundal height 3/4 > umbilicus
FHS negative (doptone)
PV os 6 cm. 100%, station = 0
DTR 2+ all, RLS 500 cc, IV, 50%, glucose 50 cc, IV, Oxygen mask
 05.50 น. BP 110/90 mmHg, P 110 เบา, Unconsciousness, cyanosis, Right pupil 4 mm.
 in diameter not react to light, Left pupil 2 mm. in diameter react to light, Consult Neurosurgeon
 06.15 น. BP 80/50 mmHg, ให้ Valium 10 mg IV เพื่อใส่ Endotracheal tube
 06.20 น. BP 80/50 mmHg, P 120 เบา, Cut down: Haemacelle 500 cc IV
 06.30 น. BP วัดไม่ได้ Arrest -----> CPR
 07.40 น. No heart rate

1,2,3 Lung - Squame cells in Alveolar capillary

Diagnosis : Amniotic Fluid Embolism



คำเฉลย Interesting Case ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2560 คือ
Diagnosis: Congenital Intestinal Lymphangiectasia

เห็ดหลินจือมีสรรพคุณช่วยรักษาโรคได้จริงหรือ?

สมยศ กิตติมั่นคง ผ.บ.

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

กฎหมายไทยนั้นระบุบังคับให้อาหารเสริมทุกผลิตภัณฑ์ต้องผ่านการขออนุญาตกับกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่จะทำการขาย ไม่ว่าจะผลิตภัณฑ์นั้นจะถูกผลิตขึ้นภายในประเทศหรือถูกนำเข้าจากต่างประเทศก็ตาม

การโฆษณาสรรพคุณของอาหารเสริม ทางสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต หรือสื่ออื่นๆ จะต้องได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเสียก่อน โดยผู้ขออนุญาตจะต้องนำผลการศึกษาวิจัย บทความ หรือข้อมูลทางวิชาการ มาแสดงประกอบการขออนุญาตการโฆษณา ทั้งนี้ หลักฐานทางวิชาการที่ใช้ประกอบการพิจารณานั้นจะต้องมีคุณภาพเพียงพอและต้องได้รับการยอมรับตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์



โดยทั่วไป เห็ดหลินจือที่มีการจำหน่ายในประเทศไทยจะอยู่ในรูปผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าอาหารเสริม ซึ่งมักมีการอ้างสรรพคุณในด้านการบำรุงสุขภาพต่างๆ แต่ผลงานวิจัยที่นำมาประกอบการให้ข้อมูลนั้นมักจะขาดข้อมูลการวิจัยในคน¹ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมักจะไม่ให้ความเชื่อมั่นในการใช้และแนะนำความรู้ให้กับประชาชน เพราะตามหลักสูตรการศึกษาทางด้านสาธารณสุขโดยทั่วไปจะไม่มีข้อมูลเรื่องของสมุนไพรและการใช้ประโยชน์สมุนไพรเพื่อการรักษาโรค บรรจอยู่ในหลักสูตร ยกเว้น คนที่ศึกษาในเรื่องของแพทย์แผนจีนที่มีการใช้เห็ดบางชนิดเป็นยารักษาโรค²

ในบทความนี้จะตามหาหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อดูสรรพคุณของเห็ดหลินจือในการช่วยรักษาโรคบางอย่าง

จากรายงานวิจัยเรื่อง *G. lucidum* (Reishi mushroom) for cancer treatment⁴ ได้มีการทบทวนงานวิจัย ที่มีการใช้เห็ดหลินจือในการใช้ประกอบการรักษาโรคมะเร็งในคน เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มีการใช้การรักษาแผนปัจจุบันที่ประกอบด้วย การใช้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ผู้ป่วยบางคนมีอาการแพ้ยาเคมีบำบัดหรือมีผลข้างเคียงจากการฉายแสง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมาก หันไปหาการแพทย์ทางเลือก เช่น การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนจีน เป็นต้น เพื่อใช้เป็นการลดผลข้างเคียงจากการรักษาแผนปัจจุบัน หรือใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อเสริมการรักษาโรคมะเร็งให้ได้ผลลัพธ์ในการรักษาโรคมะเร็งที่ดียิ่งขึ้น

สารสกัดหรือส่วนประกอบของเห็ดหลินจือที่มีการนำไปใช้เป็นยารักษาโรคมะเร็ง มักจะถูกใช้โดยแพทย์แผนจีน เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ข้อมูลจากงานวิจัยในหลอดทดลองและการวิจัยในระดับพรีคลินิก^{3,5} มีผลการศึกษาที่เป็นที่น่าพอใจของเห็ดหลินจือต่อเซลล์มะเร็ง แต่ผลการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยยังมีอยู่ในจำนวนจำกัด



จากงานวิจัย G. lucidum (Reishi mushroom) for cancer treatment ข้างต้น³ ที่ได้มีการทบทวนงานวิจัยในคน จากหลายๆ งานวิจัยพบว่า สารสกัดเห็ดหลินจือ เมื่อใช้เป็นยารักษาโรคมะเร็งตัวเดียว จะไม่ได้ผลต่อการรักษามะเร็งเท่าที่ควร แต่เมื่อใช้สารสกัดเห็ดหลินจือร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน กลับพบว่า สารสกัดเห็ดหลินจือ ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีดีขึ้นถึง 1.27 เท่า

นอกจากนี้ สารสกัดเห็ดหลินจือยังช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด CD3, CD4 และ CD8 แต่กระนั้น natural killer (NK)-cell activity ซึ่งแสดงถึงภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อโรคมะเร็ง ก็เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มที่ใช้สารสกัดเห็ดหลินจือ ในสูตรรักษามะเร็งร่วมด้วย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สารสกัดเห็ดหลินจือร่วมด้วย

ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการแนะนำให้ใช้สารสกัดเห็ดหลินจือในมาตรฐานการรักษาโรคมะเร็ง แต่ในส่วนของแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือก ก็ได้มีการใช้สารสกัดเห็ดหลินจือเสริมเข้าไปในสูตรการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อโรคมะเร็ง และลดผลข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสงในการรักษาโรคมะเร็ง

References

1. Anticancer effects of *Ganoderma lucidum*: a review of scientific evidence. Yuen JW1, Gohel MD. *Nutr Cancer*. 2005; 53(1):11-7.
2. Anticancer and Anti-Inflammatory Properties of *Ganoderma lucidum* Extract Effects on Melanoma and Triple-Negative Breast Cancer Treatment. Barbieri A, et al. *Nutrients*. 2017.
3. Anti-Tumor Effects of *Ganoderma lucidum* (Reishi) in Inflammatory Breast Cancer in In Vivo and In Vitro Models Ivette J. Suarez-Arroyo, 1 Raysa Rosario-Acevedo, 1 Alexandra Aguilar-Perez, 1 Pedro L. Clemente, 1 Luis A. Cubano, 2 Juan Serrano, 3 Robert J. Schneider, 4 and Michelle M. Martínez-Montemay *PLoS One*. 2013; 8(2): e57431.
4. *Ganoderma lucidum* (Reishi mushroom) for cancer treatment. Jin X, Ruiz Beguerie J, Sze DMY, Chan GCF. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4.
5. Anti-cancer activities of *Ganoderma lucidum*: active ingredients and pathways Chi Kao, Amalini C. Jesuthasan, Karen S. Bishop, Marcus P. Glucina, Lynnette R. Ferguson *Functional Foods in Health and Disease* 2013; 3(2):48-65

การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ. 2558

นรรศนันท์ จ่วมประเสริฐ พย.ม.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถนนราชวิถี

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract : Prevalence of Hospital Acquired Infections Survey at Queen Sirikit National Institute of Child Health 2015

Aumprasert T

Queen Sirikit National Institute of Child Health, Ratchawithi Rd.,

Khwang Thung Phyathai, Khet Ratcha Thewi, Bangkok, 10400

(E-mail : icdex@hotmail.com)

A prevalence survey of hospital-acquired infection is a surveillance tool implemented by Infection Prevention and Control (IC) Unit, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH) or Children's Hospital. The annual survey has been conducted since 1999 by surveillance team which consists of Infection Control Ward Nurse (ICWN). The survey was implemented in all wards. The data for prevention and infection control system development, and the efficacy of infection surveillance were also collected. These data help enhancing knowledge and skills of ICWN. Department of Medical Services (DMS) initiated this prevalence survey as a prototype. Fundamental data of the hospitals under the DMS were used to plan and develop the prevention and infection control system. The infection control ward nurses of QSNICH had joined the survey, and regularly conducted this work every year. In 2015, the prevalence of infection in 22 wards with the total number of 378 patients showed that common infections occurred 19 times, representing a prevalence rate of 5.0%. The highest prevalence of infection were neonatal medicine, neonatal surgery and pediatric ICUs respectively. The most frequent hospital acquired infection was Pneumonia 10 times (2.6%), followed by Blood Stream Infection (BSI) 5 times (1.3%) and Gastrointestinal Infection (GI) 2 times (0.5%). The most common types of Microorganisms that cause infections were *Klebsiella pneumoniae* 4 times (21.1%), *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas*

aeruginosa and Respiratory Syncytial Virus 3 times (15.8%). Two hundred and seventy-three patients (72.2%) received antibiotics. One hundred and nine patients (28.8%) received more than two types of antibiotics. The surveillance effectiveness of the study (83.3%) was higher than the Key Performance Indicator ($\geq 80\%$)

Keywords : Hospital acquired infection, Prevalence survey, Institute of child health

บทคัดย่อ

การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคเด็ก ได้ดำเนินการสำรวจเป็นกิจกรรมประจำปีมาตั้งแต่ปี 2542 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง และเพื่อการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทีมเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICWN) ประจำหอผู้ป่วย โดยความร่วมมือกันปฏิบัติการสำรวจในหอผู้ป่วย ซึ่งแต่เดิมกรมการแพทย์เป็นต้นแบบของการสำรวจความชุกของการติดเชื้อ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กฯ เข้าร่วมและดำเนินการสำรวจความชุกมาตั้งแต่เริ่มแรก โดยทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของสถาบันฯ และดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นประจำทุกปีในปี 2558 ผลการสำรวจความชุกของการติดเชื้อใน 22 หอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 378 ราย ได้รับการสำรวจครบทุกราย และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล 19 ครั้ง คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 5.0 โดยกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงสุดคือกลุ่มทารกแรกเกิด อายุรกรรม รองลงมาคือกลุ่มทารกแรกเกิดศัลยกรรม และกลุ่มผู้ป่วยเด็กวิกฤต ICU ตามลำดับ ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ การติดเชื้อปอดอักเสบ (Pneumonia) พบจำนวน 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.6 รองลงมา คือ การติดเชื้อในกระแสโลหิต (BSI) พบ 5 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 1.3 และการติดเชื้อในทางเดินอาหาร (GI) พบ 2 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 0.5 เชื้อจุลินทรีย์ที่พบเป็นสาเหตุมากที่สุดคือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 4 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 21.1 รองลงมา คือ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และเชื้อ *Respiratory Syncytial Virus* พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 3 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 15.8 จากข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า มีผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 273 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.2 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 ชนิด มี 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 และจากการนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการเฝ้าระวัง สามารถประเมินได้ ค่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่วัดคุณภาพคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0

คำสำคัญ : การติดเชื้อในโรงพยาบาล การสำรวจความชุก สถาบันเฉพาะทางด้านโรคเด็ก

บทนำ

การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เริ่มดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2542 เป้าหมายเริ่มแรกเพื่อการสำรวจหาอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งจำนวนครั้งของการติดเชื้อ เชื้อที่เป็นสาเหตุ และจำนวนของการใช้ยาปฏิชีวนะ ต่อมาได้พัฒนาขึ้นโดยการนำผลของอัตราการติดเชื้อจากการสำรวจความชุก มาเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อจากการเฝ้าระวัง เพื่อหาประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ซึ่งตามเกณฑ์ที่วัดคุณภาพของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 ส่งผลให้มีการพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น และการสำรวจความชุกยังมีส่วนดีคือ สามารถนำมาใช้ในการฝึกปฏิบัติให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพประจำการได้เรียนรู้วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวัง และการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยทั้งนี้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนารูปแบบการสำรวจวิธีการ แบบฟอร์ม การวิเคราะห์ผล ต่อเนื่องมาโดยตลอด

ในปี 2558 สถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้ดำเนินการสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง และจัดทำเป็นรูปแบบการรายงานที่แสดงถึงวิธีการและการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงอัตราความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำปีและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาระยะพหุคูณ ทำการเก็บข้อมูลโดยการลงสำรวจในหอผู้ป่วยและสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน เป็นการสำรวจในรูปแบบ Point Prevalence Survey คือการสำรวจให้เสร็จสิ้นครั้งเดียวภายในวันที่กำหนด คือวันที่ 10-11 กันยายน พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจหรือแบบเก็บข้อมูล ซึ่งประยุกต์จากแบบสำรวจความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของสถาบันฯ กำหนดให้ดำเนินการสำรวจในทุกหอผู้ป่วย รวม 22 หอผู้ป่วย และเก็บบันทึกข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายรวม 378 ราย (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในขณะทำการสำรวจ) โดยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังแต่ละราย เป็นเวลา 1 เดือน และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยความร่วมมือของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นผู้วิเคราะห์ผลการติดเชื้อในโรงพยาบาล และนักวิชาการสถิติเป็นผู้บันทึกข้อมูล จากนั้นจึงร่วมกันตรวจสอบข้อมูล และทำการวิเคราะห์ตามรูปแบบการสำรวจความชุกของกรมการแพทย์

ผล

จากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อใน 22 หอผู้ป่วยของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงที่ทำการสำรวจมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 378 ราย ได้รับการสำรวจครบทุกราย คิดเป็นอัตราการสำรวจ ร้อยละ 100.0 โดยพบเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อ 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.6 และเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากชุมชน 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยพบเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งยังมีอาการของการติดเชื้อ ทั้งสิ้น 19 ครั้ง คิดเป็นอัตราความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 5.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำแนกประเภทผู้ป่วยตามภาวะการติดเชื้อ (n = 378 ราย)

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยขณะสำรวจ 22 หอผู้ป่วย	378	100.0
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้สำรวจเฉพาะเป็น	378	100.0
3. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อ	176	46.6
4. มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด	30 ครั้ง	7.9
N ⁺ (Active)	19 ครั้ง	5.0
N ⁻ (Inactive)	11 ครั้ง	2.9
5. มีผู้ป่วยติดเชื้อจากชุมชน	172	45.5
C ⁺ (Active)	136	36.0
C ⁻ (Inactive)	36	9.5

หมายเหตุ : N⁺ การติดเชื้อในโรงพยาบาลในระยะ Active C⁺ การติดเชื้อจากชุมชนในระยะ Active
 N⁻ การติดเชื้อในโรงพยาบาลในระยะ Inactive C⁻ การติดเชื้อจากชุมชนในระยะ Inactive
 การติดเชื้อนับเป็นครั้ง เนื่องจากผู้ป่วย 1 ราย อาจมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ครั้ง

ตารางที่ 2 จำแนกความชุกของการติดเชื้อตามกลุ่มงาน (n = 378 ราย)

กลุ่มงาน	ผู้ป่วยทั้งหมด ราย (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่ ติดเชื้อ	อัตราความชุก*
1. ทารกแรกเกิดอายุรกรรม (ส.9, ส.10, NICU)	68 (18.0)	10	14.7
2. ทารกแรกเกิดศัลยกรรม (ส.5 เอ, NSICU)	32 (8.5)	3	9.4
3. ICU (PICU, SICU) ผู้ป่วยเด็กวิกฤต	16 (4.2)	1	6.2
4. Medical อายุรกรรมเด็ก (10 หอผู้ป่วย)	176 (46.6)	5	2.8
5. Surgery ศัลยกรรมเด็ก (3 หอผู้ป่วย)	44 (11.6)	0	0.0
6. Orthopedics ศัลยกรรมกระดูกเด็ก	26 (6.9)	0	0.0
7. EENT เด็ก (ส.5 บี)	16 (4.2)	0	0.0
รวม	378	19	5.0

* จำนวนครั้งของการติดเชื้อ x 100 / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

หมายเหตุ : สถาบันสุขภาพเด็กฯ เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคเด็ก ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 15 ปี ยกเว้นกรณีเป็นผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องรับถึงอายุ 18 ปี

ผลการสำรวจความชุกจำแนกตามกลุ่มงานหลักของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดในกลุ่มทารกแรกเกิดอายุรกรรม 10 ครั้ง จากผู้ป่วยทั้งหมด 68 ราย คิดเป็นอัตราความชุกเฉพาะกลุ่มร้อยละ 14.7 รองลงมาคือ กลุ่มทารกแรกเกิดศัลยกรรม พบ 3 ครั้ง จากผู้ป่วยทั้งหมด 32 ราย คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 9.4 และอันดับ 3 คือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กวิกฤต ICU พบ 1 ครั้ง จากผู้ป่วย 16 ราย คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 6.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล (N⁺: Active)

ตำแหน่งที่ติดเชื้อ	จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ	สัดส่วน (ร้อยละ)	อัตราความชุก*
1. Pneumonia	10	52.6	2.6
2. BSI - Blood Stream Infection	5	26.3	1.3
3. GI - Gastrointestinal Infection	2	10.5	0.5
4. SSI - Surgical Site Infection	1	5.3	0.3
5. Eye - Eye Infection	1	5.3	0.3
รวม	19	100	5.0

* จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ x 100 / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อสูงสุด คือการติดเชื้อปอดอักเสบ (Pneumonia) พบ 10 ครั้ง คิดเป็นอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.6 รองลงมาคือการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Blood Stream Infection: BSI) พบการติดเชื้อ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.3 และอันดับ 3 คือการติดเชื้อในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Infection: GI) พบ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 จุลชีพที่เป็นสาเหตุของ Nosocomial Infection (N⁺: Active)

Pathogenic Organisms	จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ (ร้อยละ)*
1. <i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (21.1)
2. <i>Acinetobacter baumannii</i>	3 (15.8)
3. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3 (15.8)
4. RSV : Respiratory Syncytial Virus	3 (15.8)
5. <i>Staphylococcus coagulase negative</i>	1 (5.3)
6. <i>Pseudomonas spp.</i>	1 (5.3)
7. <i>Enterobacter spp.</i>	1 (5.3)
8. MRSA : Methicillin resistance <i>Staphylococcus aureus</i>	1 (5.3)
9. Gram negative bacilli	1 (5.3)
10. <i>Escherichia coli</i>	1 (5.3)
Culture Identified	19 (100.0)

* จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ x 100 / จำนวนครั้งที่ติดเชื้อทั้งหมด (19 ครั้ง)

เชื้อจุลชีพที่พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อสูงสุดคือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 4 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 21.1 รองลงมาคือเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และ RSV (Respiratory Syncytial Virus) พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 3 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 15.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ

จำนวนชนิดของยาต้านจุลชีพที่ได้รับ	ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ	
	ความถี่ (Frequency)	ความถี่สะสม (Cumulative)
1. ได้รับยา ≥ 4 ชนิด	78 (20.6)	78 (20.6)
2. ได้รับยา 3 ชนิด	31 (8.2)	109 (28.8)
3. ได้รับยา 2 ชนิด	92 (24.3)	201 (53.2)
4. ได้รับยา 1 ชนิด	72 (19.1)	273 (72.2)
5. ไม่ได้รับยาต้านจุลชีพ	105 (27.8)	378 (100.0)
รวม	378 (100.0)	

จากข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า มีผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 273 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.2 และพบว่าเป็นผู้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 ชนิด มี 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการหาค่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง

การติดเชื้อที่พบจากการสำรวจ		การติดเชื้อที่พบตรงกันจากการเฝ้าระวังประจำเดือน	ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง
ความชุก			(ร้อยละ)
N ⁺	N ⁻	NI	
19	11	25	
รวม N ⁺ , N ⁻	30	25	83.3

หมายเหตุ : NI (Nosocomial Infection) การติดเชื้อในโรงพยาบาล
N⁺ การติดเชื้อในโรงพยาบาลในระยะ Active
N⁻ การติดเชื้อในโรงพยาบาลในระยะ Inactive

การเปรียบเทียบหาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังจากข้อมูลการสำรวจความชุก และการเฝ้าระวังการติดเชื้อประจำเดือน ในช่วงเวลาเดียวกันของทุกหอผู้ป่วย พบการติดเชื้อที่ตรงกัน ดังนี้

- จำนวนการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความชุก = 30 ครั้ง
- จำนวนการติดเชื้อที่พบตรงกันจากการเฝ้าระวังในช่วงเวลาเดียวกัน = 25 ครั้ง

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง =
$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อจากการสำรวจความชุกที่ตรงกับการเฝ้าระวัง} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อจากการสำรวจความชุก}}$$
$$= \frac{25 \times 100}{30}$$
$$= 83.3$$

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า กระบวนการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล นอกจากจะได้ค่าพื้นฐานอัตราความชุกของการติดเชื้อแล้ว ยังสามารถทำให้รับรู้ถึงความชุกของเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อสูงสุด และจำนวนของการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนา และควบคุมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเมื่อนำมาประเมินหาค่าประสิทธิภาพ ทำให้

ได้ตัวชี้วัดของประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่จะแสดงถึงศักยภาพของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ นอกจากนี้ ประโยชน์ที่สำคัญอีกข้อหนึ่งคือ เป็นการฝึกปฏิบัติให้เกิดความรู้และทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การร่วมทีมสำรวจ และการวิเคราะห์ผลการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลให้ทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของสถาบันฯ มีความเข้มแข็งและมีการทำงานเป็นทีมต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ผลการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในปี 2558 ดำเนินการสำรวจใน 22 หอผู้ป่วย ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 378 ราย ได้รับการสำรวจครบทุกราย พบการติดเชื้อ 19 ครั้ง ในผู้ป่วย 19 ราย คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 5.0 และข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการประเมินและวางแผนการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ พบว่ากลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงสุดคือ กลุ่มทารกแรกเกิดอายุกรรม รองลงมาคือกลุ่มทารกแรกเกิดศัลยกรรม และกลุ่มผู้ป่วยเด็กวิกฤต ICU ตามลำดับ ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ การติดเชื้อปอดอักเสบ พบจำนวน 10 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 52.6 รองลงมาคือการติดเชื้อในกระแสโลหิต พบ 5 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 26.3 และการติดเชื้อในทางเดินอาหารพบ 2 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.5 เชื้อจุลินทรีย์ที่พบเป็นสาเหตุมากที่สุดคือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 4 ครั้ง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 21.1 รองลงมาคือ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และเชื้อ Respiratory Syncytial Virus พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 3 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 15.8 จากข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า มีผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 273 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.2 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 ชนิด มี 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 และจากการนำผลข้อมูลจากการสำรวจความชุกมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการเฝ้าระวังในช่วงเวลาเดียวกัน สามารถประเมินได้ค่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่วัดคุณภาพคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 ทั้งนี้ สามารถควบคุมประสิทธิภาพการ

เฝ้าระวังได้อย่างต่อเนื่อง จากสถิติย้อนหลังปี 2554-2558 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังคิดเป็นร้อยละ 87.5, 81.1, 80.0, 82.9 และ 83.3 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการสำรวจครั้งนี้ผู้สำรวจเป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลกับความสมบูรณ์ของข้อมูล ทั้งนี้ผลการสำรวจความชุกจะน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น หากทีมสำรวจเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถเก็บข้อมูลได้โดยสมบูรณ์ ประกอบกับในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพผู้สำรวจต้องไม่เป็นผู้ที่รับผิดชอบการเฝ้าระวังในหอผู้ป่วย ที่ทำการสำรวจนั้น จึงต้องมีข้อกำหนดไม่ให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยร่วมสำรวจในหอผู้ป่วยของตนเอง หรือจัดหาผู้ร่วมทีมสำรวจความชุกมาจากโรงพยาบาลหรือสถาบันอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมการแพทย์ที่เป็นต้นแบบและฝึกอบรมให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ได้มีความรู้และทักษะในการสำรวจความชุก และขอขอบคุณแพทย์หญิงศิริภรณ์ ศรีสติวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่กรุณาสนับสนุนโครงการสำรวจความชุก ให้ดำเนินการสืบเนื่องมา และสุดท้ายขอขอบคุณคณะทำงานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยของสถาบันฯ ทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจความชุกครั้งนี้

References

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. เมฆาเพลส; 2543.
2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548. หน้า 3 - 14.
3. อะเคื่อ อุณหเลขกะ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การเฝ้าระวังและการสอบสวนการระบาดของติดเชื้อในโรงพยาบาล : Surveillance and Outbreak Investigation of Nosocomial Infections. มิ่งเมือง เชียงใหม่; 2548. หน้า 106 - 34.
4. Danchaivijitr S, Judaeng T, Sripalakij S, Naksawas K, Pliat T. Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. J Med Assoc Thai 2007; 90:1524-9. ●

การศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในเด็กแรกเกิด-12 ปี ในการผ่าตัดไส้เลื่อนและถุงน้ำอัณฑะในผู้ป่วยทางกุมารศัลยกรรมที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียว โรงพยาบาลนครปฐม ปี 2554-2558

สุพิชฌาย์ ศรียากุล พย.บ

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาลนครปฐม 196 ถนนเทศบาลเมืองนครปฐม

จังหวัดนครปฐม 73000

Abstract : The Incidence of Postoperative Complications in New Born-12 Years in Indirect Inguinal Hernia and Hydrocele Who Received Anesthesia as One Day Surgery at Nakhonpathom Hospital 2011-2015

Sriyakul S

Division of Anesthesiology, Nakhonpathom Hospital, 196 Thesa Rd.,

Mueang Nakhonpathom, Nakhonpathom, 73000

(E-mail : adul.sr@mea.or.th)

This is a retrospective study conducted at Nakhonpathom hospital between the years of 2011 and 2015, for the incidence of post-operative complications in pediatric patients who had anesthesia and were day case surgical patients. The aims of the study are: -1) To determine the incidence of post-operative complications and the characteristics of any complications encountered following anesthesia. 2) To investigate parent satisfaction with nurse anesthetists team involved. Results:-The results demonstrated that from a cohort (total number) of 172 patients; 168 patients were male (97.7%). About 51 patients between the ages ranged of 2 to 3 years old (29.7%). Of all diagnosis, 84 patients (48.8%) were diagnosed with right sided hernia. ASA physical status class I had 151 patients (87.8%), 70 patients (40.7%) experienced complications. ASA physical status class II had 21 patients (12.2%), 6 patients (3.5%) experienced complications, The complications was 1.34 times greater for the ASA class II than for ASA class I. The most common complications were pain, which was demonstrated by crying in 53 patients (30.8%), vomiting 11 patients (6.4%), and shivering 5 patients (2.9%) respectively. Further, complication experiences were leg weakness in 3 patients

(1.7%), bradycardia 2 patients (1.2%), a rash and no voice 1 patient (0.6%). It was also demonstrated that the majority of parents 157 (91.3%) of the children involved satisfied with the work of the anesthetist team, which were taken by standard nurse anesthetists. However, some dissatisfaction was over the use of face masks during actual surgery and concern about the effect of anesthesia on child's development. Most of the parents satisfied for one day surgery 157 parents (91.3%), some dissatisfaction was afraid of care the children at home. Conclusion:- The incidence of postoperative complications was pain. The early postoperative pain relief in child was still adequate, and parents' satisfaction level for anesthetist team and one day surgery found at very good. The Post Anesthetic Care Unit (PACU) should develop a proper postoperative pain management guideline in child.

Keywords : Herniotomy, Hydrocelectomy, One day surgery

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทางกุมารศัลยกรรม ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียว โรงพยาบาลนครปฐม ปี พ.ศ. 2554-2558

ได้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอุบัติการณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและลักษณะการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อวิสัญญีพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึกใน ระยะก่อนระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับ วันเดียวจากการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ผ่าตัดได้เลื่อน และถุงน้ำอัมพาตมีจำนวน 172 ราย เพศชายจำนวน 168 ราย ร้อยละ 97.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 2-3 ปี จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 29.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคได้เลื่อนด้านขวา มากที่สุด 84 ราย (ร้อยละ 48.8) จำแนกตาม ASA class พบว่า ASA class I จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 87.8) เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 70 ราย (ร้อยละ 40.7) ASA class II จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 12.2) เกิดภาวะแทรกซ้อน 6 ราย (ร้อยละ 3.5) เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ASA class II มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า ASA class I เป็น 1.34 เท่า ภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดพบว่า อาการปวดแสดงออกโดยการร้องดินพบ มากที่สุด จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 30.8) อาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 6.4) หาวสั้น จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.9) ชากา ขาไม่มีแรงจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.7) หัวใจเต้นช้า จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.2) ผื่นแดงตามตัว และพูดไม่มีเสียง พบอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.6) ด้านความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อวิสัญญีพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับดีมาก จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 91.3) ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานวิสัญญีพยาบาล ส่วนที่ผู้ปกครอง ไม่พึงพอใจคือการใช้น้ำยาก่อนอันเดียวกันกับที่สารถินำไปใช้ กับผู้ป่วย และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวด ยาดมสลบมีผล ต่อพัฒนาการของเด็ก ส่วนความพึงพอใจต่อการผ่าตัดแบบ ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจมาก 157 ราย (ร้อยละ 91.3) จำนวนน้อยที่ไม่พึงพอใจเนื่องจากวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน สรุปอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่คืออาการปวด โดยมีการ เฝาระวัง การบริหารความปวดอย่างเหมาะสม ความพึงพอใจ ของผู้ปกครองในการดูแลของวิสัญญีพยาบาลในการผ่าตัด ผู้ป่วยแบบไปกลับวันเดียวอยู่ในระดับดีมาก กลุ่มงานวิสัญญี ควรมีการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในเด็กในห้อง พักฟื้นต่อไป

คำสำคัญ : การผ่าตัดไส้เลื่อน การผ่าตัดถุงน้ำอัมพาต การผ่าตัดแบบไปกลับวันเดียว

บทนำ

ในปัจจุบันการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกได้รับความนิยม เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการนอนพักในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อโรคโดยเฉพาะในเด็กเล็ก ช่วยลด ความกังวลของเด็กในการแยกจากผู้ปกครองระหว่างการ ให้การพยาบาลในโรงพยาบาล¹ การให้ยาระงับความรู้สึกใน

ผู้ป่วยเด็กที่มาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีเกณฑ์การพิจารณาจาก ชนิดของการผ่าตัด โรคประจำตัวของผู้ป่วยและ American Society of Anesthesiologist (ASA) สภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นหลัก เด็กต้องมีสุขภาพแข็งแรงหรือมีโรคประจำตัวที่ไม่ สามารถควบคุมได้ ซึ่งจัดอยู่ใน ASA I-II การผ่าตัดต้องไม่ ซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่ำ โดยผู้ปกครองสามารถให้การดูแล แก่ผู้ป่วยเด็กที่บ้านได้ ด้านบุคลากรต้องมีการเตรียมความพร้อม ให้กับผู้ป่วยเด็กตั้งแต่วิธีการก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด เลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการเลือกยาที่ ออกฤทธิ์สั้นที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึก ได้เร็ว ให้การดูแลหลังผ่าตัดรวมทั้งการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹ ดังนั้นการผ่าตัดโดยการดม ยาสลบในเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฝาระวัง เป็นพิเศษ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเด็กอาจเป็นอันตรายอย่าง รุนแรงได้ โรงพยาบาลนครปฐม ได้มีการผ่าตัดผู้ป่วยทางกุมาร ศัลยกรรมตั้งแต่อายุแรกเกิดจนถึง 12 ปี เป็นจำนวนมากและ ส่วนใหญ่นอนพักที่โรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวก่อนและหลัง ผ่าตัดเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดปัญหาตามมา คือ ค่าใช้จ่ายสูง จำนวนเตียงไม่เพียงพอ² จากการศึกษาความ คุ่มค่าในการผ่าตัดไส้เลื่อนและถุงน้ำอัมพาตในผู้ป่วยทางกุมาร ศัลยกรรมแบบไปกลับวันเดียว ในปี 2553 พบว่า มีค่าเฉลี่ย ค่าใช้จ่าย 6,475 บาท และค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยพักอยู่ใน โรงพยาบาลเฉลี่ย 8,213 บาท มีความคุ้มค่าทางด้าน เศรษฐศาสตร์และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง² โรงพยาบาล นครปฐมเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานระดับ ประเทศ มียุทธศาสตร์หลักด้านการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน การบริการและการรักษาที่ได้มาตรฐานและหนึ่งในยุทธศาสตร์ หลักของโรงพยาบาลคือพัฒนาความเป็นเลิศด้านหัวใจ ทารก แรกเกิด งานวิสัญญีพยาบาลเป็นงานหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ในการบริการผู้ป่วย ให้ได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐาน วิชาชีพ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กที่มาได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัด ในปี 2554-2558 พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2554 จำนวน 410 รายในปี 2555 มีจำนวน 459 รายในปี 2556 จำนวน 377 ราย ปี 2557 และ ปี 2558 มีจำนวน 329 และ 423 ตามลำดับ³ ซึ่งในจำนวน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแบบไปกลับวันเดียว (one day surgery) ของโรงพยาบาลนครปฐม เน้นศึกษาเฉพาะการผ่าตัด ไส้เลื่อน และการผ่าตัดถุงน้ำอัมพาต จุดมุ่งหมายของการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดคือให้การรักษาที่ดีที่สุด คือรักษาโรคให้หาย มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ยังคงขาดการรวบรวมข้อมูลการบันทึกภาวะแทรกซ้อนอย่าง เป็นระบบ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ตามมาตรา 4 พระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ ในการดูแล ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการ สร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทตามมาตรฐานวิสัญญีพยาบาล⁴⁻⁷

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ในการผ่าตัดเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจในการรับการผ่าตัด ถึงแม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นเพียงการผ่าตัดขนาดเล็ก แต่ก็ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองอดที่จะเป็นห่วงและวิตกกังวลไม่ได้

ด้วยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลนครปฐม มีกุมารศัลยกรรม ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะให้บริการด้านกุมารศัลยกรรม ที่ผ่านมายังไม่มีการสำรวจ บันทึก รายงานข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในเด็กอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจศึกษาย้อนหลังอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ชนิดของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดที่อยู่ในห้องฟักฟื้นและหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมง สำรวจความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ชนิดของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดได้เลื่อนและการผ่าตัดตึงหน้าอันทะ โดยมุ่งหวังที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับปรุงพัฒนางานเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดได้เลื่อนและการผ่าตัดตึงหน้าอันทะ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียว (one day surgery) ของงานบริการวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554-31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ปีย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนใบบันทึกการตรวจผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและแบบบันทึกของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเริ่มจากการดูแลระยะก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น 1-4 ชั่วโมง เกณฑ์การประเมิน FLACC scale ผู้ป่วยหลังฟักฟื้นและอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ประกอบด้วย ความดันโลหิตและชีพจร การลุกเดินได้ตามเส้นตรง อาการคลื่นไส้อาเจียน การเสียเลือดจากบาดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดประเมินจาก FLACC scale⁸: (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) สำหรับเด็กอายุ 29 วัน-3 ปี คะแนนตั้งแต่ 2 ต้องได้รับยาแก้ปวด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การประเมินความเจ็บปวดประเมินจาก FLACC scale⁸

FLACC Scale (Face; Legs; Activity; Cry; Consolability)					0 = ไม่ปวด 1-3 = ปวดน้อย 4-6 = ปวดปานกลาง 7-10 = ปวดมาก
สีหน้า	ร้องไห้	การเคลื่อนไหว	ขา	ตอบสนองต่อการปลอบโยน	
0 = เฉยๆ ไม่ยิ้ม	0 = ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับปกติ)	0 = นอนเงียบๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบาย	0 = อยู่ในท่าปกติหรือทำสบาย	0 = เชื่องดี สบาย	
1 = แสยะปากเบะ ขมวดคิ้ว ถอยหนี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางครั้ง	1 = ครางอื้อๆ ครางเบาๆ บ่นเป็นบางครั้ง	1 = บิดตัวไปมา แ่นหน้าแ่นหลัง เกร็ง	1 = อยู่ท่าไม่สบาย กระสับกระส่าย เกร็ง	1 = สามารถปลอบโยน ด้วยการสัมผัสโอบกอด พูดคุยด้วยเพื่อดึงดูด ความสนใจเป็นระยะ	
2 = คางสั้นกัดฟัน แน่นเป็นบ่อยๆ หรือ ตลอดเวลา	2 = ร้องไห้ตลอด หรือร้องสะอึกสะอื้น บ่นบ่อยๆ	2 = ตัวงอ เกร็งจน ตัวแข็งหรือสั่น กระตุก	2 = ตะหรือขาขึ้น	2 = ยากที่จะปลอบหรือ ให้คำอธิบาย	

การประเมินความปวดด้วย CHEOPS Scale⁹ (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scales: - cry, facial expression, child verbal, torso, touch, legs) สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปต้องได้รับยาแก้ปวด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 CHEOPS Scale (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scales)⁸

CHEOPS scale (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scales)						4 = ไม่ปวด
						5-7 = ปวดน้อย
						8-10 = ปวดปานกลาง
						11-13 = ปวดมาก
สีหน้า	ร้องไห้	การส่งเสียง	ท่าทาง (ลำตัว)	การสัมผัสแผล	ขา	
0 = ยิ้ม	1 = ไม่ร้อง	0 = พุดสนุกสนาน ร้อง/ไม่พุด	1 = ธรรมดา สบายๆ	1 = ไม่สัมผัส	1 = ทำสบาย	
1 = เฉย	2 = คราง ร้องไห้	1 = บ่นอื่นๆ หิว หาแม่	2 = ดิ้น เกร็ง สิ้น ยืนดิ้นจนถูก ตรึงไว้	2 = เอื้อมมา แตะ ตะปบ เอื้อมมาจนต้อง จับมือหรือ แขนไว้	2 = บิดตัว ตะ หนี เกร็ง ยืน ดิ้นจนถูกจับหรือ ตรึงไว้	
2 = เบ้	3 = หวีดร้อง	2 = บ่นปวด บ่นอื่นๆ				

3. แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กที่มีต่อวิสัญญีพยาบาล ที่ดูแลตั้งแต่เริ่มเข้ามารับการรักษาระหว่างและหลังที่ให้การระงับความรู้สึก จนกระทั่งกลับบ้าน ภายใน 24 ชั่วโมง

4. แบบบันทึกข้อมูลที่วิสัญญีพยาบาล สอบถามทางโทรศัพท์หลังจากกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมงนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง 5 ปี ย้อนหลัง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดทั้งชนิดการผ่าตัด ชนิดการระงับความรู้สึกที่ได้ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ปกครอง นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้อง ลงบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS สถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลเป็นตารางและความเรียง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม

ผล

จากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในเด็กแรกเกิด-12 ปี ในการผ่าตัดใส่ลิ้นและถุงน้ำอัมพาตในผู้ป่วยทางกุมารศัลยกรรมที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียว โรงพยาบาลนครปฐม ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่า มีจำนวน 172 ราย เพศชาย 168 ราย เพศหญิง 4 ราย ลักษณะประชากร (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นและถุงน้ำอัมพาต ปี 2554-2558

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
0-1	37	21.5
2-3	51	29.7
4-5	36	20.9
6-7	17	9.9
8-9	14	8.1
10-11	15	8.7
12	2	1.2

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นและถุงน้ำอัมพาต ปี 2554-2558 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ASA Class		
Class I	151	87.8
Class II	21	12.2
โรคประจำตัวร่วมด้วย		
หอบหืด	1	0.6
ไข้หวัด	4	2.3
โรคลมชัก	1	0.6
ซีด	1	0.6
G-6-PD	1	0.6
อ้วน	1	0.6
ภูมิแพ้	1	0.6
การวินิจฉัย		
ใส่ลิ้นด้านขวา	84	48.8
ใส่ลิ้นด้านซ้าย	55	32.0
ถุงน้ำอัมพาตขวา	17	9.9
ถุงน้ำอัมพาตซ้าย	16	9.3

ส่วนเทคนิคการดมยาในการผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้เทคนิค General Anesthesia (GA) with face-mask จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 76) รองลงมาใช้เทคนิค GA with Laryngeal Mask Airway (LMA) จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 17) และน้อยที่สุด GA with Endotracheal tube (ETT) จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 7) ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนชนิด Ilioinguinal nerve block ช่วยลดความปวดหลังผ่าตัด ออกฤทธิ์ลดปวดได้นาน 2-8 ชั่วโมง ยาชาที่นิยมใช้คือ 0.25% bupivacaine ขนาด 0.25 มิลลิลิตร ต่อकिโลกรัมต่อหนึ่งข้าง สามารถเปลี่ยนมาใช้เป็น 0.5% bupivacaine คือ 0.5% ได้ในกรณีใช้ปริมาณยามากกว่า 10 มิลลิลิตร ต่อข้าง¹ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดใส่ลิ้นและถุงน้ำอัมพาต ปี 2554-2558

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชนิดของยาชาที่ให้		
0.25% Marcaine	162	94.2
0.5% Marcaine	4	2.3
ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก (นาที)		
20-25	14	8.2
30-35	79	45.9
40-45	58	33.7
50-55	18	10.5
60	3	1.7
ระยะเวลาพักฟื้น (ชั่วโมง)		
1-2	60	34.9
2.1-3	106	61.6
3.1-4	4	2.3
4.1-5	2	1.2

จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบ่งตาม ASA Class และแบ่งตามช่วงอายุ และชนิดของภาวะแทรกซ้อน ตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 อายุที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบ่งตาม ASA Classification

อายุ (ปี)	ASA Class	
	Class I (ร้อยละ)	Class II (ร้อยละ)
0-2	26 (15.1)	4 (2.4)
3-5	21 (12.2)	0
6-8	14 (8.1)	0
9-11	8 (4.7)	2 (1.2)
12	1 (0.6)	0
รวม	70	6

ตารางที่ 6 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในเด็กแรกเกิด-12 ปี ในการผ่าตัดไส้เลื่อนและถุงน้ำอัณฑะแบบไปกลับวันเดียว ของโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2554-2558

ชนิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปวด	53	30.8
คลื่นไส้อาเจียน	11	6.4
หนาวสั่น	5	2.9
ชาขา/ขาไม่มีแรง	3	1.7
หัวใจเต้นช้า	2	1.2
มีผื่นแดง ตามตัว	1	0.6
พูดไม่มีเสียง	1	0.6

การประเมินความพึงพอใจของญาติต่อวิสัญญีพยาบาล ประเมินได้ดังนี้

1. ก่อนผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก 157 ราย (ร้อยละ 91.3) ไม่พอใจ 15 ราย (ร้อยละ 8.7) เหตุผลที่ไม่พอใจ ได้แก่ ไม่ควรใช้อุปกรณ์ดมยา (Mask) เดียวกันกับที่วิสัญญีพยาบาลใช้สาธิตมาให้กับผู้ป่วย
2. ระหว่างอยู่ห้องพักฟื้น ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก 150 ราย (ร้อยละ 87.2) พึงพอใจน้อย 12 ราย (ร้อยละ 7.0) และไม่พึงพอใจ 10 ราย (ร้อยละ 5.8) เหตุผลที่ไม่พอใจคือ เด็กร้องดิ้นมากจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดและผลของยาสลบมีผลต่อการพัฒนาการของเด็กหรือไม่เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลอธิบายไม่ชัดเจนหรือไม่อธิบาย ขาดการประเมินความปวด อย่างต่อเนื่อง

3. ในระยะการดูแลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเมื่อกลับบ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ความพึงพอใจต่อการผ่าตัดแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก 157 ราย (ร้อยละ 91.3) ไม่พอใจ 15 ราย (ร้อยละ 8.7) เหตุผลที่ไม่พอใจเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน สาเหตุจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลพยาบาลเด็กที่บ้าน

วิจารณ์

ภาวะแทรกซ้อนในเด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ในการผ่าตัดไส้เลื่อนและถุงน้ำอัณฑะในผู้ป่วยทางกุมารศัลยกรรมที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียว โรงพยาบาลนครปฐม ปี 2554-2558 ที่พบมากที่สุดคืออาการปวด แสดงออกโดยเด็กร้องดิ้น จำนวน 53 ราย รองลงมาคือคลื่นไส้อาเจียนจำนวน

11 ราย อาการหนาวสั่น จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถป้องกัน แก้ไข และให้การพยาบาลตามหลักวิชาชีพได้ และจากการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 172 ราย ไม่พบผู้ป่วยรายใดที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนาพร⁷ ที่ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ซึ่งพบอาการคลื่นไส้อาเจียนมากที่สุด 3,127.32 : 10,000 ประชากรซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย อาการคลื่นไส้อาเจียนในเด็กหลังผ่าตัดเป็นอาการที่วิสัญญีพยาบาลจะต้องดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กอ่อนที่ยังไม่สามารถสื่อสารได้ หากอาเจียน จะทำให้เกิดการสำลักสารคัดหลั่ง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด ปอดบวมตามมาได้ อาการปวดของเด็ก แสดงออกโดยการร้องดิ้นหลังผ่าตัดพบมากที่สุด จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดเดียวจำนวน 6 ราย ซึ่งมีจำนวนน้อยแต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่กรณีที่ให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับ Ilioinguinal Nerve Block มีอาการปวดจำนวน 53 ราย แสดงว่าการให้ยาชาเพื่อหวั่นผลแก้ปวดหลังผ่าตัดไม่สามารถแก้การปวดได้ทุกราย ขึ้นอยู่กับเทคนิคของวิสัญญีแพทย์แต่ละบุคคล และขนาดยาที่ใช้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 กรณีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนต่อไป การประเมินอาการปวดในเด็กโดยใช้ FLACC Scale ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการปวดของเด็ก อายุ 29 วัน ถึง 3 ปี จากการประเมินคะแนน 2 ขึ้นไปต้องให้ยาแก้ปวด และ CHEOPS สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี ซึ่งจากการประเมินคะแนน 6 ขึ้นไป ต้องให้ยาแก้ปวดตามการสั่งการรักษาของวิสัญญีแพทย์ ระดับความปวดที่ยอมรับได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยควรมีความปวดน้อยหรือ Pain Score น้อยกว่า 4⁸ จากข้อมูลการศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบไปกลับวันเดียว จำนวน 172 ราย พบว่า จำนวนผู้ป่วย 53 ราย มีคะแนน Pain Score มากกว่า 5-10 ต้องให้ยาแก้ปวด การให้การรักษอาการปวดหลังผ่าตัดโดยให้ยาระงับปวดกลุ่ม opioid ไม่ว่าจะเป็นการฉีดทางหลอดเลือดดำแบบเป็นครั้งคราว ผลข้างเคียงที่พบได้คือ คลื่นไส้ อาเจียน คัน มีผื่นลมพิษ ที่รุนแรงที่สุดคือมีการกดการหายใจทำให้หายใจช้าและหยุดหายใจ¹⁰ นอกจากนี้วิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยใช้ทักษะวิชาชีพและประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยเด็กไม่สามารถสื่อสารได้ ต้องสังเกตอาการและควรมีการประเมินความปวดให้ถี่ขึ้นเพื่อให้ได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสม สังเกตบาดแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ บางครั้งเด็กอาจจะดึงแผลผ่าตัดทำให้เลือดออก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

อาการชาขา / ขาไม่มีแรง พบจำนวน 3 ราย หัวใจเต้นช้า พบจำนวน 2 ราย เป็นอาการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ แรงดันโลหิต โดยเฉพาอย่างยิ่งหัวใจเต้นช้า เป็นอาการที่ต้องเฝ้าระวังและให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วนตามมาตรฐานวิสัญญี ส่วนอาการปวดไม่มีเสียง (เสียงแหบ) แก้ไขด้วยการให้ยา Dexamethasone 2 mg ทางหลอดเลือด และพ่นยาขยายหลอดลม มีผื่นแดงตามตัว แก้ไขโดยให้ยาแก้แพ้ พบในอัตราที่น้อยจำนวน 1 รายเท่ากัน จากจำนวนผู้ป่วย 172 ราย ไม่พบอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กหลังที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย สามารถกลับบ้านได้ภายใน 2-4 ชั่วโมง และพบว่าญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลของวิสัญญีพยาบาลในระดับดีมาก ส่วนที่ญาติไม่พอใจ คือการใช้หน้ากาก (mask) สาริตอันเดียวกันกับที่ใช้กับผู้ป่วย และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กหลังได้รับยาสลบ ซึ่งการดูแลตามมาตรฐานของวิสัญญีพยาบาลนั้น ทำให้ได้รับความพึงพอใจในระดับดีมากดังกล่าว ความพึงพอใจต่อการผ่าตัดแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก ส่วนที่พึงพอใจน้อยเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สาเหตุจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลให้การพยาบาลเด็กที่บ้าน

จากผลการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดได้เลื่อนและถ่วงน้ำหนักอันตรายในผู้ป่วยเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย¹¹ (ไม่ระบุกลุ่มอายุ) คิดเป็นร้อยละที่มีอาการเดียวกันมี 2 อาการ คือ 1) อาการคลื่นไส้อาเจียน โรงพยาบาลนครปฐม พบร้อยละ 3.7 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พบร้อยละ 25.0 และ 2) เสียงแหบ/ไม่มีเสียง โรงพยาบาลนครปฐม พบร้อยละ 0.6 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พบร้อยละ 50.0 ซึ่งจากข้อมูลการศึกษากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดเด็กแรกเกิด-12 ปีของโรงพยาบาลนครปฐม มีจำนวนต่ำกว่าของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย สาเหตุเพราะจากข้อมูลจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรงพยาบาลนครปฐมครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เฉพาะในผู้ป่วยเด็กแรกเกิด-12 ปีที่ผ่าตัดได้เลื่อนและถ่วงน้ำหนักแบบไปกลับวันเดียวเท่านั้น แต่ข้อมูลของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นข้อมูลการบันทึกเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดทั่วไปไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคและกลุ่มอายุ

สรุป

จากการศึกษาอุบัติการณ์การภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในเด็กแรกเกิด-12 ปี ในการผ่าตัดได้เลื่อนและถ่วงน้ำหนักแบบไปกลับวันเดียว ของโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2554-2558 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ อาการปวดพบมากที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กไม่สุขสบายสามารถแก้ปัญหาโดยประเมินความปวดให้ถี่ขึ้น ปฎิภาววิสัญญีแพทย์เพื่อให้ยาระงับปวดที่เหมาะสม

และควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาจัดการระบบปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น ซาซา/ซาไม่มีแรง ผื่นแดงตามตัว หัวใจเต้นช้า และพูดไม่มีเสียง วิสัญญีพยาบาลสามารถแก้ปัญหาได้ตามมาตรฐานวิสัญญีพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ ส่วนความพึงพอใจของผู้ปกครองในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบไปกลับวันเดียวได้รับความพึงพอใจในระดับดีมาก สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของหน่วยงานที่ว่า “ทุกชีวิตปลอดภัย ใส่ใจบริการ”

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดทุกชนิดเพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น จากการให้ยาระงับปวดกลุ่ม opioid พบผลข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน คื่น มีผื่น กัดการ

หายใจทำให้หายใจช้า เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกัน แก้ไขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมและควรจัดทำคู่มือสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดที่ไม่นอนโรงพยาบาล และจัดทำเอกสารคู่มือหรือแผ่นพับสำหรับผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กที่บ้าน เนื่องจากการเป็นกรณีผ่าตัดแบบไปกลับ สามารถนำมาอ่านและใช้ในการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงศิวะพร สิงห์โต ให้คำแนะนำด้านการวิเคราะห์ข้อมูล อาจารย์ ดร.ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษมา ศรียากุล ช่วยแนะนำการเขียนบทความ และคุณขวัญใจ พูพวง ช่วยอำนวยความสะดวกในการค้นคว้าเอกสารจากห้องสมุด

References

1. งามจิตร์ ภัทรวิทย์. การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยเด็กที่มาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก. ใน: มลิวัดย์ ออฟูวงศ์, อรรถนัฏ กาญจนวนิชกุล, บรรณาธิการ. ทศวรรษใหม่กับความปลอดภัยทางวิสัญญี. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์; 2553. หน้า 59-76.
2. ณัฐวิทย์ หาญธัญพงศ์. ความคุ้มค่าในการผ่าตัดใส่ลิ้นและถุงนำอวัยวะในผู้ป่วยทางกุมารศัลยกรรมแบบไปกลับวันเดียว. วารสารแพทย์เขต 4-5 2554; 30: 87-91.
3. โรงพยาบาลนครปฐม ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ. รายงานประจำปี พ.ศ. 2554-2558. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข; 2554-2558.
4. กานดา เลหาศิลป์สมจิตร. การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547 : 140-3.
5. สมพร คำพรรณ. การพยาบาลวิสัญญีตามมาตรฐาน JCI. นนทบุรี : สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
6. ศิริมา ลีละวงศ์. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี. ใน : นิมนวล มั่นตรารณ์, กานดา เลหาศิลป์สมจิตร, สมพร คำพรรณ, บรรณาธิการ. แบบประเมินสมรรถนะสำหรับวิสัญญีพยาบาล 23-24 พฤษภาคม 2552; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร: ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2552 : 38-49.
7. นิมนวล มาตรารณ์. Time to change: New trend in Anesthesia for ERAS การประชุมวิชาการวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทยครั้งที่ 15: 28-29 พฤษภาคม 2559; ณ โรงแรมปรีณิพัลเลส. กรุงเทพฯ: ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2559 : 29-33.
8. ศศิกันต์ นิมานรัตน์. การระงับปวดเฉียบพลัน. ใน: มลิวัดย์ ออฟูวงศ์, อรรถนัฏ กาญจนวนิชกุล, บรรณาธิการ. ทศวรรษใหม่กับความปลอดภัยทางวิสัญญี. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์; 2553: 41-4.
9. นภาพร ชูนาม, สิริรัตน์ แสงจันทร์, ปิณฑกานต์ อุไรวัฒนา. การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2555 : 30-4.
10. ปิยะดา บุญทรง, นุชนารถ บุญจิ่งมงคล, ต้นหยง พิพานเมฆาภรณ์, วรวิฑู ลาภพิเศษพันธุ์, สุรัตน์ดา อุ่นคนเฒ่า. การสำรวจผลการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิสัญญีสาร; 2559 : 29-30, 42.
11. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ความรู้สำหรับประชาชนข้อมูลที่คุณควรรู้เกี่ยวกับวิสัญญี. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท. : 2556. ●

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาล กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พวงพร กอจัญจิตต์ วท.ม.

ณัฐรภา เดชเกษม พย.ม.

กัลยา แก้วธนสิน พย.ม.

นภสร ไชยภักดิ์ พย.ม.

ทรงศิริ นิลจุลกะ ศศ.ม.

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract : Relationships between Personal Factors, Efficiency Human Resource Management of Nursing Department and Organizational Commitment of Professional Nurses at Queen Sirikit National Institute of Child Health

Kojaranjit P

Dethasem N

Kaewthanasin K

Chaipakdee N

Nilachulaka N

Nursing Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health,

Ratchawithi Rd., Khwang Thung Phyathai, Khet Ratcha Thewi, Bangkok, 10400

(E-mail : Suporns.22@gmail.com)

This descriptive study examined levels of efficiency of human resource management in nursing department, organizational commitment of professional nurses, and relationships between personal factors and efficiency of human resource management of nursing department. The sample of 276 professional nurses who had worked at Queen Sirikit National Institute of Child Health more than 1 year was selected using simple random sampling. The questionnaire for collecting data consisted of 3 parts including the personal data, the efficiency of human resource management in nursing department, and the organizational commitment. Content validation was

performed by health experts, the reliabilities of the efficiency human resource management and organizational commitment were Cronbach's alpha coefficient of 0.96 and 0.94, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson product-moment correlation coefficient. The results: 1) the efficiency of human resource management in nursing department was at high level. ($\bar{x} = 3.61$). 2) Organizational commitment of professional nurses was at moderate level. ($\bar{x} = 3.13$). 3) The efficiency of human resource management in nursing department was significantly positively related to organizational commitment of professional nurses ($r = 0.657$)

at the 0.01 level, while personal factors were not related to the organizational commitment of professional nurses. Nurse administrators should strengthen good relationships in the organization such as arranging organizational development activities (OD) that promote participation and increasing level of organizational commitment.

Keywords : Personal factors, Efficiency of human resource management, Organizational commitment, Nurses

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ความสัมพันธ์ของประสิทธิผลการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และปัจจัยส่วนบุคคลกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 276 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสิทธิผลการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า 1) ประสิทธิผลการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.61$) 2) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.13$) 3) ประสิทธิผลการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.657$) กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดกิจกรรมกระตุ้นความสัมพันธ์ภายในองค์กรให้มากขึ้น เช่น กิจกรรมการพัฒนาองค์การ เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการมีส่วนร่วม และเพิ่มระดับความยึดมั่นผูกพันในงานให้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กำหนดพันธกิจว่า ให้การพยาบาลเด็กในโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนโดยบูรณาการค้นคว้า วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนถ่ายทอดและฝึกอบรมด้านการพยาบาลโรคเด็กตามมาตรฐานสากล ปัจจัยสำคัญในการบริหารคือ อัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอ และมีสมรรถนะเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ผลการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2559 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 1-5 ปี มีอัตราการลาออกคิดเป็นร้อยละ 91.8, 97.0, 89.6 และ 56.0 ของผู้ที่ลาออกทั้งหมด หากเหตุการณ์นี้ยังคงดำเนินต่อไปจะนำไปสู่ปัญหาการขาดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในที่สุด ประเด็นสำคัญอันดับที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนคือ การรักษามูลค่าบุคลากรพยาบาล และคิดค้นกลวิธีรักษามูลค่าบุคลากร เพื่อจูงใจให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน คงอยู่ในงาน และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร หากบุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจะทำให้อัตราการลาออกจากงานลดลง แต่ถ้าบุคลากรไม่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจะทำให้อัตราการลาออกจากงานเพิ่มขึ้น¹

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร หมายถึง ความรู้สึกของบุคลากรที่มีต่อองค์กร โดยมีความเชื่อมั่น ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร มีความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกภาพขององค์กรไว้ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มี 3 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Meyer² คือ 1) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากอารมณ์ของบุคคลซึ่งต้องการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กร และมีส่วนร่วมในองค์กร 2) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ คือ ความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากการตระหนักถึงต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการลาออกจากองค์กร การคงอยู่ในองค์กรเกิดจากการได้รับประโยชน์มากกว่าเสียประโยชน์ 3) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานทางสังคม คือ ความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากหน้าที่ ความรับผิดชอบ ข้อผูกมัด หรือความเป็นหนี้บุญคุณที่ทำให้ต้องอยู่ในองค์กร ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีหลายประการ เช่น การบริหารทรัพยากรมนุษย์ วัฒนธรรมองค์กร แรงจูงใจในการทำงาน และความพึงพอใจในงาน³ องค์กรจึงต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและจูงใจผู้ที่มีศักยภาพสูงโดยมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร และการพัฒนาระบบที่สามารถสนับสนุนการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁴

ปัจจุบันมีเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) เริ่มเข้าสู่การทำงานในองค์กรมากขึ้นมักมีพฤติกรรมและความต้องการด้านการทำงานในแบบฉบับของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างจาก

บุคลากรเจนเนอเรชันอื่นในองค์กร นักวิชาการและนักบริหาร บุคคลต่างก็ให้ความสนใจต่อความแตกต่างนั้น เพื่อนำไป บริหารด้านการจัดงาน สวัสดิการ การฝึกอบรมและพัฒนา ให้สอดคล้องกับลักษณะของคนแต่ละรุ่น⁶ การบริหารทรัพยากร มนุษย์ หมายถึง การดำเนินงานตามขั้นตอนของการบริหาร ทรัพยากรมนุษย์ ที่ผู้บริหารใช้ศิลปะและกลยุทธ์ดำเนินการ สรรหาคัดเลือกและบรรจุบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ให้ปฏิบัติงานในองค์กร รวมถึงการพัฒนาดำรงรักษาให้ สมาชิกปฏิบัติงานในองค์กร เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในการทำงานสามารถดำรง ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข⁷ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกบุคลากร การฝึกอบรม การสร้างเสริมพลังอำนาจ การประเมินผลการปฏิบัติงาน การออกแบบงาน และการจ่ายค่าตอบแทน⁷

คณะผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องการ ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และปัจจัย ส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรของ พยาบาลวิชาชีพหรือไม่เพียงใด โดยเฉพาะการศึกษาหาความ สัมพันธ์ของประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์กับความ ยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพยังไม่เคยมีการ ศึกษามาก่อน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถ นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกลยุทธ์การบริหาร ทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรและปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ขององค์กรด้วยความเต็มใจให้นานที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ทำการเก็บ ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ หรือลาคลอด ข้อมูลจากสำนักงานกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2559) มีพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมดจำนวน 511 คน คำนวณจากสูตร $P = (1 - P) Z^2 / d^2$ ⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล พัฒนามาจากเครื่องมือของ Wan⁷ 3) แบบสอบถามความ ยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนามาจาก

แบบสอบถามความความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรของ Meyer² ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเฉลี่ย 0.95

ผล

พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กับความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพแบ่งออก เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและประสิทธิภาพการบริหาร ทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ขึ้นไป ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ หรือ ลาคลอด คำนวณได้จำนวน 282 คน แต่มีผู้ตอบแบบสอบถาม กลับคืนมาที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.1) มีอายุระหว่าง 23-36 ปี (ร้อยละ 46.4) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 55.8) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 77.2) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ร้อยละ 54.7) ข้าราชการ (ร้อยละ 97.8) มีระยะเวลา ในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 30.1) มีรายได้รวมเฉลี่ย ต่อเดือน 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 28.3) และมีค่าใช้จ่าย รวมต่อเดือน 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 26.4)

ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาลอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยด้านการงานเป็นทีม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.78$) รองลงมาคือ ด้านการ เสริมสร้างพลังอำนาจ ($\bar{x} = 3.66$) ด้านการคัดเลือกบุคลากร ($\bar{x} = 3.64$) ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.57$) และ ด้านการจ่ายค่าตอบแทน ($\bar{x} = 3.53$) ส่วนด้านการฝึกอบรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.48$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 276)

ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านการคัดเลือกบุคลากร	3.64	0.52	สูง
2. ด้านการฝึกอบรม	3.48	0.67	สูง
3. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.66	0.55	สูง
4. ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน	3.57	0.69	สูง
5. ด้านการทำงานเป็นทีม	3.78	0.64	สูง
6. ด้านการจ่ายค่าตอบแทน	3.53	0.72	สูง
รวม	3.61	0.52	สูง

ส่วนที่ 2 ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ

ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยความยืดหยุ่นผูกพันด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.22$) รองลงมาคือความยืดหยุ่นผูกพันด้านบรรทัดฐานทางสังคม ($\bar{x} = 3.10$) ส่วนความยืดหยุ่นผูกพันด้านการคงอยู่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.07$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 276)

ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านจิตใจ	3.22	0.78	ปานกลาง
2. ด้านการคงอยู่	3.07	0.66	ปานกลาง
3. ด้านบรรทัดฐานทางสังคม	3.10	0.70	ปานกลาง
รวม	3.13	0.65	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคลในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การ แต่พบว่า อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.14$, $r = -0.21$, $r = 0.12$, $r = 0.10$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การ คือ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติงาน และประเภทการจ้างงาน

ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.657$) กับความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	-0.77	0.20	ต่ำ
2. ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	0.66**	0.01	ปานกลาง

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

วิจารณ์

ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดเลือคนุคลากร ด้านการฝึกอบรม ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการจ่ายค่าตอบแทนแบบอิงผลงานอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ครบ 6 ขั้นตอน อาจเนื่องมาจากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลสถาบันสุขภาพเด็กฯ มีแนวทางการบริหารทรัพยากรมนุษย์ตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล⁹ และเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพว.) สอดคล้องกับการศึกษาของเศสรา¹⁰ ที่พบว่า ลักษณะการจัดการในองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการทั่วไปที่ให้อิสระในการทำงานแก่บุคลากรมากขึ้น 2) ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนทั้งด้านการศึกษาและความก้าวหน้าในงาน 3) ด้านการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา และ 4) ด้านการจัดการงบประมาณและบริหารวัสดุอุปกรณ์

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ($\bar{x} = 3.13$) และรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 3.22$) ด้านการคงอยู่ ($\bar{x} = 3.07$) และด้านบรรทัดฐานทางสังคม ($\bar{x} = 3.10$) อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน อธิบายได้ว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตเจ้านั้นพยาบาลวิชาชีพยังไม่มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับองค์กร เพราะถ้าบุคคลที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจจะมีความรู้สึกที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล รู้สึกเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความสุขในการเป็นสมาชิกของโรงพยาบาล² และเมื่อพิจารณาในราย

ข้อคำถามด้านนี้พบว่าข้อคำถาม “ฉันมีความสุขมากที่ได้ทำงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจนไม่คิดที่จะโอนย้ายไปทำงานที่อื่น” ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.04$) ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่นั้นเมื่อพิจารณาในรายข้อคำถามด้านนี้พบว่าข้อคำถาม “เหตุผลสำคัญที่ฉันยังทำงานที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเนื่องจากยังไม่มีโรงพยาบาลอื่นจ่ายค่าตอบแทนสูงกว่าที่นี่” ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.33$) อธิบายได้ว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่นั้นเกิดจากการคิดคำนวณของบุคคล เป็นความผูกพันที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแลกเปลี่ยนกับการคงอยู่กับองค์กรโดย Becker¹¹ เรียกว่าเป็นการลงทุน ดังนั้นก่อนที่พยาบาลวิชาชีพจะลาออกจากองค์กรต้องมีการคิดทบทวนถึงผลได้ผลเสียต้นทุนและกำไรในการที่จะคงอยู่ในองค์กรต่อไปก่อนเสมอ ถึงแม้ว่ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจะได้ค่าตอบแทนที่น้อยซึ่งรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนเพียง 15,000-20,000 บาท แต่ในระยะยาวแล้วบุคคลนั้นย่อมหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้ตอบแทนจากองค์กร เช่น บำเหน็จบำนาญ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐานทางสังคมเมื่อพิจารณาในรายข้อคำถามด้านนี้พบว่าข้อคำถาม “ฉันรู้สึกผิดถ้าฉันตัดสินใจลาออกจากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล” ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.82$) อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ได้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องมีความผูกพันต่อองค์กร หรือต้องตอบแทนสิ่งที่ได้รับจากองค์กรพยาบาล ไม่ได้เป็นหน้าที่หรือพันธะผูกพันที่พนักงานจะต้องมีต่อการปฏิบัติหน้าที่ในองค์กรที่ต้องแสดงออกมาในรูปของความจงรักภักดีต่อองค์กร¹² ดังนั้นการที่จะทำให้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงได้ทั้ง 3 ด้านนั้น ผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้พนักงานมีส่วนร่วมกับการองค์กรมากยิ่งขึ้น เช่น การให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น กำหนดเป้าหมายหรือนโยบายขององค์กร เพื่อให้บุคลากรรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่ง

ขององค์กร เกิดความรัก ความผูกพันต่อองค์กร และส่งเสริมบรรยากาศในการทำงาน การอยู่ร่วมกันในองค์กร การทำงานเป็นทีม การมีการจัดกิจกรรมภายในองค์กรทำให้บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น การให้รางวัล โบนัส การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ให้กับบุคลากร และนำปัจจัยจูงใจมาใช้ในการบริหารงาน เพราะปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร¹³

ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าถ้าผู้บริหารองค์กรดำเนินการด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบจะทำให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา¹⁴ ที่พบว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์ของฝ่ายการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล แต่ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพยังอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลยุคปัจจุบันจึงต้องปรับกลยุทธ์ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ดังนี้

- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการคัดเลือกบุคลากร พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.511$) หมายความว่า ระบบการคัดเลือกบุคลากรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ยังไม่สามารถจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้รู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการสรรหาและการคัดเลือกทำได้ในขอบเขตที่จำกัดเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ องค์กรพยาบาลใช้วิธีการให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลตามความต้องการของผู้รับทุน จึงไม่สามารถคัดเลือกบุคคลที่มีความสามารถและมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กรได้ เพราะการคัดเลือกบุคลากรหมายถึง การคัดสรรผู้สมัครงานที่เหมาะสมที่สุดโดยพิจารณาจากภูมิหลัง การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้ ความสามารถ บุคลิกภาพ และเจตคติต่อวิชาชีพ¹
- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการฝึกอบรม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.507$) อาจเนื่องมาจากฝ่ายทรัพยากรบุคคลของสถาบันสุขภาพเด็กฯ มีนโยบายปรับลดงบประมาณบุคลากรทุกระดับลง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2559 ทำให้บุคลากรเกิดทัศนคติในทางลบจึงรับรู้เรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลด้านการฝึกอบรมต่ำสุด และการฝึกอบรมสัมพันธ์กับความรู้สึkyึดมั่นผูกพันต่อองค์กร¹⁵ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาบุคลากรโดยใช้หลายๆ วิธี รวมถึงการจัดสรรเวลาทำงานให้ยืดหยุ่นเพื่อต่อการพัฒนาบุคลากรได้

- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.620$) อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดเป็นกลุ่มเจเนอเรชั่นวาย มีลักษณะการทำงานคือ มุ่งมั่นแต่บางครั้งไม่อดทน ไม่สนใจเรื่องอาวุโส ไม่ผูกพันต่อองค์กร¹⁶ เมื่อไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บริหารจึงมีระดับความสัมพันธ์ไม่สูง เพราะการเสริมพลังอำนาจเป็นเหมือนแรงจูงใจที่จะทำให้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ และพึงพอใจในงาน หากผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุน ได้ข้อมูลข่าวสาร ได้รับทรัพยากร และได้รับโอกาส¹³ และได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บริหารจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความไว้วางใจผู้บริหารและมีความไว้วางใจองค์กร รวมทั้งมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร² การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร¹⁷
- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.564$) อาจเนื่องมาจากระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลไม่สามารถวัดพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่พึงประสงค์ได้ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน และวิธีการประเมินให้ผู้บังคับบัญชาประเมินพฤติกรรมบุคลากรโดยไม่มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ จึงส่งผลให้บุคลากรรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดระบบการประเมิน

ผลการปฏิบัติงานให้ผู้รับการประเมินมีส่วนร่วม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อองค์การและบุคลากร เพราะองค์การใดที่ผู้บังคับบัญชาประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยความยุติธรรม ปราศจากอคติ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจ มีขวัญในการทำงาน ทำงานด้วยความตั้งใจ และทำให้ผลงานมีคุณภาพ ในทางตรงกันข้าม หากผู้บังคับบัญชาประเมินผลการปฏิบัติงานโดยขาดความเป็นธรรม จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน¹

- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการทำงานเป็นทีม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.577$) อาจเนื่องมาจากสภาวะการขาดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ส่งผลให้ในหน่วยงานต่างๆ ต้องใช้ระบบการมอบหมายหน้าที่พิเศษ ร่วมกับการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีระบบการทำงานเป็นทีมให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในงานองค์การใดที่มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมย่อมทำให้การดำเนินงานขององค์การบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงาน ทำให้อัตราการลาออกจากงานลดลง¹ และการทำงานเป็นทีมด้านความช่วยเหลือไว้วางใจกันสามารถพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ¹⁸
- ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ด้านการจ่ายค่าตอบแทน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.460$) อาจเนื่องมาจากองค์การภาครัฐมีการจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ประกอบกับระบบการเลื่อนขั้นเงินเดือนของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ยังไม่สามารถประเมินค่างานให้สัมพันธ์กับการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือน จึงจ่ายค่าตอบแทนโดยใช้ระบบสัดส่วนจำนวนบุคลากรของกลุ่มงาน หมายความว่ากลุ่มงานที่มีจำนวนบุคลากรน้อยได้รับการจัดสรรจำนวนเงินน้อยกว่ากลุ่มงานที่มีจำนวนบุคลากรมาก ส่งผลให้โอกาสการปรับเปลี่ยนเงินค่าตอบแทนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานที่มี

จำนวนบุคลากรน้อยลดลงไปด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้สัมพันธ์กับภาระงาน เนื่องจากการจ่ายค่าตอบแทนถือว่าเป็นมิติสำคัญที่เราสัมผัสได้มากที่สุด สถานที่ทำงานใดที่มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่ยืดหยุ่นเป็นธรรม และสวัสดิการดี บรรยากาศทำงานและความสัมพันธ์ของบุคลากรที่เป็นไปในทางที่ดีย่อมทำให้เกิดความสุข บุคลากรอยากที่จะทำงานให้กับองค์การ¹⁹

ปัจจัยส่วนบุคคลในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ แต่พบว่า อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.14$, $r = -0.21$, $r = 0.12$, $r = 0.10$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติงาน และประเภทการจ้างงานไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุน้อย (อายุ 23-36 ปี) คิดเป็นร้อยละ 46.4 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในองค์การ 1-5 ปี (ร้อยละ 30.1) มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนน้อย 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 28.3) ส่งผลให้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การอยู่ในระดับต่ำ เพราะมีโอกาสโอนย้าย เปลี่ยนงาน หรือลาออกสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาพร²⁰ ที่พบว่าเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการทำงาน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อธิบายได้ว่าอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคล บุคคลที่มีอายุมากจะมีความคิด มีความรอบคอบในการตัดสินใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย และยังมีอายุมากขึ้นจะพบว่ามีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การสูง ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ถ้ามีระยะเวลาปฏิบัติงานนาน จะมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การสูง เนื่องจากบุคคลนั้นได้อุทิศกำลังกาย กำลังสติปัญญา สะสมประสบการณ์ ทักษะและความชำนาญในงานตามระยะเวลาที่นานขึ้น ทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และหวังได้รับผลประโยชน์ตอบแทน หรือการเลื่อนตำแหน่งที่พึงพอใจมากขึ้นจึงมีความต้องการลาออกจากงานน้อยลง²¹

สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าพยาบาลวิชาชีพพบว่ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีการบริหารทรัพยากรมนุษย์ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดเลือกบุคลากร

ด้านการฝึกอบรม ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการจ่ายค่าตอบแทนแบบอิงผลงานอยู่ในระดับสูง พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านการคงอยู่ และด้านบรรทัดฐานทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมกระชับความสัมพันธ์ภายในองค์กรเพิ่มมากขึ้น เช่น กิจกรรมการพัฒนาองค์กร เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการมีส่วนร่วม และเพิ่มระดับความยึดมั่นผูกพันในงานให้เพิ่มมากขึ้น ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล จากการสำรวจความต้องการ

การฝึกอบรมในแต่ละสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพให้เหมาะสมกับบุคลากร และสามารถตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนาองค์กรและควรนำผลการประเมินผลแบบการกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดผลได้ เพื่อให้การประเมินผลเป็นรูปธรรม และมีความเป็นธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการมอบรางวัลเชิดชูเกียรติในสาขาต่างๆ เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เช่น รางวัลพนักงานดีเด่นด้านคุณธรรม จริยธรรม หรือด้านการช่วยเหลือสังคม การประพฤติตนเป็นแบบอย่างและเป็นประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคลากรที่องค์กรให้ความสำคัญ เป็นที่ยอมรับของผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ร่วมทีมศึกษาที่ช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

- บุญใจ ศรีสถิตินรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. หน้า 203,238, 280, 378-80, 400.
- Meyer JP, Allen NJ. Commitment in the workplace Theory, research and application. California : Sage Publications ; 1997.
- รุจิรา พัทธรัตน์, ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ และอัญชนา แจ่มแสงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี : 2557 ; 25 : 64-77.
- มานะ โหลเตปานนท์. กลเม็ดเด็ด "รักษาคณก่งขององค์กร" (Internet) 2556. Available from: <http://hr-sahagroup.com/adminshare/20136261310441.pdf>
- รัชฎา อธิสนธิสกุล และอ้อยอุมา รุ่งเรือง. การสร้างความเข้าใจร่วมกับเจเนอเรชันวาย (GenerationY) เพื่อการประยุกต์ใช้ในที่ทำงาน. สารนิพนธ์ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์กร) โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2548.
- พะยอม วงศ์สารศรี. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ : สุภา ; 2545.
- Wan D, Kok V, Ong CH. Strategic human resource management and organizational performance in Singapore (Internet) 2002. Available from: <http://teaching.ust.hk/~ismt551/project2/Singapore.pdf>.
- Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. John Wiley & Sons. World Health Organization. 1990.

References

9. ธัญรดี จิรสินธิปก, เพียงใจ เจมวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และสรา วัชรเจริญ, บรรณานุกรม. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2550.
10. เกศรา อัญชันบุตร และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ลักษณะฝ่ายการพยาบาลที่เป็นเลิศในโรงพยาบาล ตติยภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล 2552 ; 24 : 56-69.
11. Becker HS, Carper J. Note on the concept of commitment. *American journal of sociology* 1960 ; 66 : 32-40.
12. Kanter RM. *Commitment and community Communes and utopians in sociological perspective*. Massachusetts: Harvard University Press ; 1972.
13. Saqib Ilyas. Combined effects of person job fit and organization commitment on attitudinal outcomes such as job satisfaction and intention to quit. (Internet) 2013. Available from : <http://www.westeastinstitute.com/wp-content/uploads/2013/07/Saqib-Ilyas.pdf>.
14. ชุตติมา สุวรรณประทีป. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการทรัพยากรมนุษย์กับความ ยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
15. Sendogdu AA, Kocabacak A, Guven S . The relationship between human resource management practices and organizational commitment ; 2013: 818 – 27.
16. กานต์พิชชา เก่งการช่าง. วารสารสังคมศาสตร์และ ศิลปศาสตร์ 2556 ; 2 : 15-27.
17. เนตรนภา สาสังข์ นิตยา เพ็ญศิริณา และอารยา ประเสริฐชัย. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับความ ยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารพยาบาลทหารบก 2559 ; 17 : 79-87.
18. ศรินทิพย์ บุญด้วยลาน และปรียาภมล ชำน. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ หัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม กับความยึดมั่น ผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557 ; 28 : 56-69.
19. อภิชัย ศรีเมือง. การบริหารคณะกรรมการในองค์กร. กรุงเทพฯ : เอช อาร์ เซนต์เตอร์ บจก ; 2559.
20. ปิยาพร ห่องแสง. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีผลต่อ ความผูกพันในองค์กรของพนักงานสาขา ธนาคารออมสินในเขตกรุงเทพมหานคร ; 2555.
21. Mowday RM. *Organization Linkages : the Psychology of Commitment Absenteeism and Turnover*. New York : Academic ; 1982. ●

ประสิทธิผลการให้คำปรึกษาเรื่องยาและการติดตามการใช้ยาสูดพ่น โดยเภสัชกรในพระอารามโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อัญชลี วรรณภักย์ โภ ก.ม.*

ปริญดา พิธธรรมานนท์ ก.ม.**

*กลุ่มงานเภสัชกรรม **กลุ่มภารกิจด้านการแพทย์ โรงพยาบาลสงฆ์ แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract : Evaluation of Inhaled Drug Counseling and Follow up in Monk Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Pharmacists at Priest Hospital

Wannapinyo A*

Peradhamanon P**

*Department of Pharmacy, **Division of Academic and Medical Affairs, Priest Hospital, Khwang Phyathai, Khet Ratcha Thewi, Bangkok, 10400

(E-mail : w_aunchalee@hotmail.com)

The purpose of this research was to determine the effectiveness of inhaled drug counseling through the use of checklist. This study was a quasi - experimental design one group pretest-posttest design, in monk patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The data were accumulated during March-August 2012 from 40 monk patients. The item checklist was used to evaluate inhaled drug usage and counseling effectiveness. An evaluation for the effectiveness of inhaled drug counseling was conducted after monk patients were given counseling for a period of at least 3 days. The data were analyzed using a paired t – test. The results of this research after an experiment indicated a significant increase of monk patients' usage of inhaled drug in the form of MDI, MDI with spacer, and Accuhaler ($p < 0.001$, $p = 0.012$ and $p < 0.001$ respectively). However, no significant difference was found in monk patients who used Turbuhaler. Before counseling, the problem of using MDI inhaler in those monk patients were not able to hold their breaths after inhaling (66.7% $n=30$), whereas problem of using Accuhaler and MDI with spacer inhaler was that monk patients did not know how to clean the devices (70% $n=20$ and 100% $n=7$ respectively). After counseling of inhaler

techniques, the most common problem was that monk patients were unable to correctly clean the devices (MDI= 28.6%, $n=21$, Accuhaler =20% $n=15$, MDI with spacer=42.9% $n=7$) as they were not aware that devices could be cleaned. As a result, the counseling by pharmacist through the use of checklist as a guideline is useful to clarify problems from using inhaler, increase accuracy for usage of inhaler in monk patients, and be an example for evaluation of inhaled drug usage.

Keywords : Counseling, Chronic obstructive pulmonary disease patient, Inhaler

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้คำปรึกษาการใช้ยาสูดพ่นโดยใช้ Checklist วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบ Cohort study, One group Pretest-Posttest Design ศึกษาในพระอารามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 40 ราย ประเมินการใช้ยาสูดพ่นและให้คำปรึกษาด้านยาโดยใช้ Checklist รายชื่อในกลุ่มพระสงฆ์ที่พบปัญหา ต่อมาทำการประเมินผลการให้คำปรึกษาการใช้ยาสูดพ่น หลังจากให้คำปรึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อประเมินเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นโดยใช้

paired t-test พบว่าพระอาพาธมีเทคนิคการใช้ยาแบบ MDI, MDI with spacer และ Accuhaler เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.012$ และ $p < 0.001$) ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มพระอาพาธที่ใช้ Turbuhaler ปัญหาการใช้ยาสูดพ่นก่อนให้คำปรึกษาของยาสูดพ่นแบบ MDI คือ พระอาพาธไม่สามารถกลืนหายใจหลังสูดพ่นยา (66.7% $n = 30$) ส่วน Accuhaler และ MDI with spacer คือพระอาพาธไม่ทราบวิธีทำความสะอาดเครื่อง (70% $n = 20$ และ 100% $n = 7$ ตามลำดับ) เมื่อประเมินหลังให้คำปรึกษาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นพบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือพระอาพาธไม่สามารถทำความสะอาดเครื่องอย่างถูกต้อง (MDI = 28.6% $n = 21$, Accuhaler = 20% $n = 15$, MDI with spacer = 42.9% $n = 7$) สาเหตุเกิดจากพระอาพาธไม่ทราบว่าอุปกรณ์สามารถทำความสะอาดได้ ดังนั้น สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรซึ่งนำ Checklist มาเป็นแนวทางทำให้ทราบปัญหาการใช้ยาสูดพ่นอย่างชัดเจนและเพิ่มความถูกต้องในการใช้ยาของพระอาพาธ และใช้เป็นตัวแบบในการประเมินการใช้ยาสูดพ่นได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาสูดพ่น

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Bronchitis : COPD) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่ทวีความรุนแรงขึ้น องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคนี้จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 และเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยลำดับที่ 5 ของโลก สำหรับในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2548-2551 มีอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นอัตรา 8.6, 8.2, 9.0 และ 9.0 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ โดยมีอัตราการตายตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹ ในส่วนของโรงพยาบาลสงฆ์พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นอันดับ 6 และแผนกผู้ป่วยในมากเป็นอันดับ 5²

ในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1,398, 1,769 และ 1,775 ครั้งตามลำดับ คิดเป็นพระสงฆ์อาพาธที่มารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 549, 501 และ 505 รูปตามลำดับ สำหรับแผนกผู้ป่วยในมีพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 331, 180 และ 310 ครั้งตามลำดับ คิดเป็นพระสงฆ์อาพาธที่มารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 198, 89 และ 237

รูปตามลำดับ ในจำนวนพระสงฆ์อาพาธเหล่านี้ยังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ บ่อยครั้งโดยเฉลี่ย 2-8 ครั้งต่อปี และเป็นสาเหตุหนึ่งของการมรณภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธในอันดับที่ 6 ของโรงพยาบาลสงฆ์³

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการ และการดำเนินไปของโรค การใช้ยาไม่ถูกต้องหรือได้รับยาไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการดำเนินโรคที่แย่ลง การบรรเทาอาการ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกายหรือการใช้แรง การทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น การป้องกันและรักษาภาวะกำเริบของโรค และลดอัตราการเสียชีวิต⁴

จากหลายการศึกษา⁵⁻⁹ พบว่าการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากปัญหาการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้ทำการศึกษาก็มีความสนใจในการศึกษาเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นในพระอาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอและสามารถให้คำแนะนำได้อย่างใกล้ชิดและติดตามต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อไปได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพระอาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงฆ์โดยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี non-prob sampling ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจรักษาในช่วงเดือนมีนาคม- สิงหาคม 2555 เกณฑ์ในการคัดเลือกพระภิกษุอาพาธเข้าร่วมการศึกษา คือแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีประวัติการใช้ยาสูดพ่นขณะที่ทำการศึกษาไม่จำกัดโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วม เกณฑ์ในการคัดออก คือ พระอาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่เคยได้รับการรักษาและพระอาพาธที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่การรักษาไม่สามารถทำให้พระอาพาธมีอายุยืนยาวได้ (เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายระยะสุดท้าย เป็นต้น) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพระอาพาธ แบบประเมินการใช้ยาของพระอาพาธ เป็นแบบวัดการใช้ยาสูดพ่นแต่ละชนิดและเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้แก่พระอาพาธ เช่น วิดีทัศน์ แผ่นพับ ตัวอย่างยาและผู้แสดงสาธิตเก็บรวบรวมข้อมูลพระอาพาธตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้โดยให้พระอาพาธสูดพ่นยาให้เภสัชกรดู และให้เภสัชกรประเมินปัญหาจากการใช้ยาสูดพ่น (pre-test) แก้ไขปัญหาที่พบบ่งกล่าวโดยปรึกษาและเสนอแพทย์หรือพยาบาลถึงแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม (ใส่ Intervention) และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) ในการนัดครั้งต่อไป (ประมาณ 3 วัน นับจากวันพบเภสัชกรครั้งแรก)

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน paired t-test สำหรับสมมติฐานที่ต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังถวายความรู้และให้คำปรึกษาด้านยา ทั้งนี้การทดสอบสมมติฐานจะยอมรับความผิดพลาดได้ที่ $\alpha = 0.05$ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์

ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลสงฆ์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของพระภิกษุอาพาธที่เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะประชากร	พระสงฆ์อาพาธ	
	ราย	ร้อยละ
อายุ (mean $\pm$ SD, min-max)	(68.90 $\pm$ 9.52 ปี, 50 ปี-87 ปี)	
<50 ปี	1	2.5
51-60 ปี	8	20.0
61-70 ปี	11	27.5
71-80 ปี	15	37.5
>80 ปี	5	12.5
ระดับการศึกษาทางโลก		
<ประถมศึกษา ปีที่4	24	60.0
ประถมศึกษา ปีที่4- <ปริญญาตรี	10	25.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	2.5
ระดับการศึกษาทางธรรม		
ต่ำกว่าเปรียญตรี-เปรียญตรี (เปรียญธรรม 3)	17	42.5
เปรียญโท (เปรียญธรรม 4-6)	7	17.5
เปรียญเอก (เปรียญธรรม 7-9)	7	17.5
ระยะเวลาที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง, (ปี) (mean $\pm$ SD, min-max)	8.90 $\pm$ 8.88 (1,30)	
1-5	14	35.0
6-10	10	25.0
>10	7	17.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	3	7.5
สูบบุหรี่	3	7.5
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	33	82.5
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ (ปี) (mean $\pm$ SD, min-max)	11.23 $\pm$ 14.32 (1,50)	
1-5	20	50.0
6-10	8	20.0
>10	11	27.5

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของพระภิกษุอาพาธที่เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ลักษณะประชากร	พระสงฆ์อาพาธ	
	ราย	ร้อยละ
โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย		
เบาหวาน	7	17.5
โรคหลอดเลือดหัวใจ	11	27.5
ความดันโลหิตสูง	11	27.5
วัณโรค	4	10.0
ปอดติดเชื้อ	1	2.5
ความถี่ของการเกิดอาการหอบ (วัน/สัปดาห์)		
< 3	12	30.0
3-6	9	22.5
> 7	17	42.5
อาการข้างเคียงหลังจากใช้ยา		
มือสั่น	6	15.0
ใจสั่น	6	15.0
เชื้อราในช่องปาก	2	5.0
ปากแห้ง	21	52.5
จำนวนชนิดของยา		
1 ชนิด	16	40.0
2 ชนิด	24	60.0
มีประวัติการแพ้ยา		
4	4	10.0
ชนิดของยา		
Salbutamol MDI (ventolin)	5	12.5
Berodual MDI	33	82.5
Inflamde MDI	2	5.0
Seretide Accuhaler	18	45.0
Symbicort Terbuhaler	4	10.0

ผลความรู้ความเข้าใจด้านเทคนิคการใช้ยาพ่นของพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อยาพ่นชนิดยาพ่นสูดแบบกำหนดขนาด (Metered Dose Inhaler) ในการศึกษาี้ ภาสัษกรได้ถวายความรู้เรื่องเทคนิคการใช้ยาพ่นให้แก่พระภิกษุอาพาธ ดังนั้นผลโดยตรงที่น่าจะวัดได้อย่างชัดเจน ได้แก่ ความรู้ที่เปลี่ยนไปของพระภิกษุอาพาธ ในส่วนของการประเมินความรู้ความเข้าใจ ให้พระอาพาธใช้ยาสูดพ่นแบบที่เป็นยาหลอด

โดยให้ภาสัษกรเป็นผู้ประเมินตามแบบประเมินซึ่งมี 4 แบบ คือ ประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดแบบกำหนดขนาด (Metered Dose Inhaler) (8 ข้อ) ประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดแบบกำหนดขนาดที่มีหลอดต่อ (Metered Dose Inhaler with spacer) (10 ข้อ) ประเมินวิธีใช้ Accuhaler (9 ข้อ) ประเมินวิธีใช้ Turbuhaler (7 ข้อ) การใช้แบบประเมินใดขึ้นกับชนิดของยาที่พระอาพาธใช้อยู่

ตารางที่ 2 ผลการประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดของพระสงฆ์อาพาธก่อนและหลังการถวายความรู้ และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา (N_{Pre-test} = 30, N_{Post-test} = 21)

ข้อความรู้	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)		P-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดแบบกำหนดขนาด (Metered Dose Inhaler)			
1. ถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง	20(66.7)	17(81.0)	
2. หายใจออกให้เต็มที่	17(56.7)	16(76.2)	
3. อมปากขวดยาพ่น : ริมฝีปากอมรอบปากขวดยาให้สนิท หรือวิธีอ้าปาก : ให้ปากขวดยาพ่นห่างจากปาก 1-2 นิ้ว	23(76.7)	18(85.7)	
4. หายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง	18(60)	16(76.2)	
5. เอาขวดยาพ่นออกจากปาก (ถ้าใช้วิธีอมปากขวดยาพ่น) ปิดปากให้สนิท กลั้นหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที	10(33.3)	18(85.7)	
6. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	13(43.3)	19(90.5)	
7. หลังใช้เสร็จ กลั้วภายในปากและคอดด้วยน้ำสะอาด	12(40)	17(81.0)	
8. ดึงขวดยาออก แล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติก โดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ฟึ่งให้แห้งในที่ร่ม	12(40)	15(71.4)	
รวมคะแนนข้อ 1-8	4.28±2.34	6.47±1.60	0.000

ตารางที่ 3 ผลการประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดที่มีหลอดต่อของพระสงฆ์อาพาธก่อนและหลังการถวายความรู้ และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา (N_{Pre-test} = 7, N_{Post-test} = 7)

ข้อความรู้	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)		P-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดแบบกำหนดขนาดที่มีหลอดต่อ (MDI with spacer)			
1. ถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาครอบปากขวดยาพ่นออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง	3(42.9)	7(100.0)	0.012
2. สวมหลอดต่อโดยให้ช่องเปิดทางด้านกว้างต่อเข้ากับเครื่องพ่น	6(85.7)	7(100.0)	
3. นำฝาปิดเข้าข้างปลายเล็กอีกด้านหนึ่งของหลอดต่อ	6(85.7)	7(100.0)	
4. หายใจออกทางปากให้เต็มที่	4(57.1)	5(71.4)	
5. กดขวดที่พ่นยาลงจนสุด 1 ครั้ง	5(71.4)	6(85.7)	
6. รีบถอดฝาออกอมปลายหลอดต่อให้แน่น พร้อมสูดยาในหลอดต่อเข้าปากช้าๆ ให้ลึกที่สุด	6(85.7)	7(100.0)	
7. นำหลอดต่อออกจากปาก ปิดปากให้สนิท กลั้นหายใจให้นานที่สุดอย่างน้อย 10 วินาที	4(57.1)	5(71.4)	
8. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	4(57.1)	6(85.71)	
9. หลังใช้เสร็จ ถอดหลอดต่อออกจากเครื่องสูดพ่น และปิดฝาเข้ากับ เครื่องสูดพ่นดังเดิม (ควรทำความสะอาดปากขวดยาพ่น และหลอดต่อ โดยใช้ น้ำอุ่น แล้วใช้กระดาษเช็ดให้แห้ง)	0	4(57.1)	
10. หลังพ่นยา กลั้วภายในปากและคอดด้วยน้ำสะอาด	5(71.4)	5(71.4)	
รวมคะแนนข้อ 1-10	6.14±2.19	8.42±1.81	

ตารางที่ 4 ผลการประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดของพระสงฆ์อาพาธก่อนและหลังการถวายความรู้ และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ($N_{\text{Pre-test}} = 20, N_{\text{Post-test}} = 15$)

ข้อความรู้	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)		P-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ประเมินวิธีใช้ Accuhaler			
1. เปิดเครื่องโดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกเอาไว้ ใช้นิ้วหัวแม่มือหนึ่งวางลงที่ช่อง ดันออกจากตัวจนสุด	19(95.0)	15(100.0)	
2. ดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดได้ยินเสียงคลิกแล้วห้ามดันกลับ	16(80.0)	15(100.0)	
3. หายใจออกให้เต็มที่ระวังอย่าพ่นลมหายใจเข้าไปในเครื่อง	12(60.0)	13(86.7)	
4. อมปากกระบอกให้สนิท สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยผ่านเครื่องมือให้เร็ว แรง และลึก	19(95.0)	15(100.0)	
5. เอาเครื่องออกจากปาก ปิดปากให้สนิท กลั้นหายใจให้นานที่สุด อย่างน้อย 10 วินาที หรือนานที่สุดเท่าที่จะทำได้	12(60.0)	14(93.3)	
6. ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ	12(60.0)	15(100.0)	
7. หลังใช้เสร็จ ทำความสะอาดปากขวดยาพ่นโดยใช้กระดาษซับให้แห้ง	6(30.0)	12(80.0)	
8. ปิดเครื่องพ่นยาโดยใช้นิ้วหัวแม่มือหนึ่งวางลงที่ช่อง ดันกลับไปที่ได้ยินเสียง “คลิก” (แกนเลื่อนจะหมุนกลับไปที่ได้โดยอัตโนมัติ)	11(55.0)	14(93.3)	
9. หลังพ่นยา กลั้วภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด	18(90.0)	14(93.3)	
รวมคะแนนข้อ 1-9	6.53+1.59	8.46+1.06	0.000

ตารางที่ 5 ผลการประเมินวิธีใช้ยาพ่นสูดของพระสงฆ์อาพาธก่อนและหลังการถวายความรู้ และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา ($N_{\text{Pre-test}} = 4, N_{\text{Post-test}} = 3$)

ข้อความรู้	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)		P-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
ประเมินวิธีใช้ Turbuhaler			
1. ถือขวดยาในลักษณะตรง ปลายหลอดอยู่ด้านบน เปิดฝาครอบขวดยาออก	3(75.0)	3(100.0)	
2. จับหลอดยาให้อยู่ในแนวตั้ง บิดฐานหลอดยาไปด้านขวา (ทวนเข็มนาฬิกา) ให้สุด แล้วบิดกลับมาด้านซ้าย (ตามเข็มนาฬิกา) จะได้ยินเสียงดัง “คลิก” ห้ามเขย่าหลอดยา	4(100.0)	3(100.0)	
3. หายใจออกทางปากให้มากที่สุด ระวังไม่ให้ลมหายใจเข้าไปในเครื่อง	3(75.0)	3(100.0)	
4. อมปากกระบอกส่วนที่ใช้สำหรับสูด (ประกบริมฝีปากให้สนิท) หายใจเข้าทางปากให้แรงและลึกอย่างสม่ำเสมอจนสุด	4(100.0)	3(100.0)	
5. นำกระบอกยาออกจากปาก กลั้นหายใจไว้อย่างน้อย 10 วินาที หรือนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ หายใจออกช้าๆ จนสุด	4(100.0)	3(100.0)	
6. ทำความสะอาดโดยเช็ดด้วยผ้าแห้ง ปิดเครื่อง นำฝาครอบปิดตัวเครื่อง และหมุนตามเข็มนาฬิกา	3(75.0)	3(100.0)	
7. หลังพ่นยา กลั้วภายในปากและคอด้วยน้ำสะอาด	4(100.0)	3(100.0)	
รวมคะแนนข้อ 1-7	6.25+1.50	7.0+0.00	*

*Correlation and t cannot be computed because the standard error of the difference is 0

รายละเอียดของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการใช้ยาแต่ละตัวเป็นดังนี้ การประเมินวิธีใช้ยา ฟันสูตรแบบกำหนดขนาด (Metered Dose Inhaler) พบว่า ขั้นตอนที่พระอาพาธทำถูกน้อยที่สุดคือขั้นตอนที่ 8 “ดึงขวดยาออก แล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติกโดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ฟังให้แห้งในที่ร่ม” จากการไปประเมิน พระภิกษุอาพาธ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพระอาพาธไม่ทราบว่า เครื่องสูดพ่นดังกล่าวสามารถถอดทำความสะอาดได้ และพระอาพาธไม่สะดวกที่จะนำเครื่องสูดพ่นดังกล่าวไปทำความสะอาด เมื่อถวายความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไป แล้วตอบถูกเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71.4 และข้อที่ทำถูกต้องมากที่สุดเมื่อถวายความรู้คือข้อที่ 6 “พ่นลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ” คือ จาก 13 ราย ร้อยละ 43.3 เมื่อถวายความรู้ และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไปแล้วตอบถูกเพิ่มขึ้นเป็น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.5

ผลการประเมินวิธีใช้ยา ฟันสูตรแบบกำหนดขนาดที่มีหลอดต่อ (Metered Dose Inhaler with spacer) พบว่า ขั้นตอนที่พระอาพาธทำถูกน้อยที่สุดคือขั้นตอนที่ 9 “หลังใช้เสร็จ ถอดหลอดต่อออกจากเครื่องสูดพ่น และปิดฝาเข้ากับเครื่องสูดพ่นดังเดิม (ควรทำความสะอาดปากขวดยาพ่นและหลอดต่อ โดยใช้ผ้าอุ่นแล้วใช้กระดาษเช็ดให้แห้ง) จากการไปประเมินนั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพระอาพาธไม่ทราบว่า เครื่องสูดพ่นดังกล่าวสามารถถอดทำความสะอาดได้ และพระอาพาธไม่สะดวกที่จะนำเครื่องสูดพ่นดังกล่าวไปทำความสะอาด เมื่อถวายความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไปแล้วตอบถูกเพิ่มขึ้น 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 แต่ก็ยังมีพระภิกษุที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องอยู่และ ข้อที่ทำถูกต้องมากที่สุดเมื่อถวายความรู้คือข้อที่ 1 ถือหลอดพ่นในแนวตั้ง เปิดฝาคอปกปากขวดยาพ่นออก เขย่าขวดยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง มีผู้ตอบถูก 3 ราย (ร้อยละ 42.9) เมื่อถวายความรู้เพิ่มเป็น 7 ราย (ร้อยละ 100.0) ข้อต่อไปที่มีผู้ตอบถูกคือข้อที่ 2 สวมหลอดต่อโดยให้ช่องเปิดทางด้านกว้างต่อเข้ากับเครื่องพ่น คือ 6 ราย ร้อยละ 85.7 ข้อ 3 นำฝาบิดเข้าข้างปลายเล็กอีกด้านหนึ่งของหลอดต่อ 6 ราย ร้อยละ 85.7 และข้อ 6 รีบถอดฝาคอปกออกปลายหลอดต่อให้แน่น พร้อมสูดยาในหลอดต่อเข้าปากช้าๆ ให้ลึกที่สุด 6 ราย ร้อยละ 85.7 เมื่อถวายความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไปแล้วตอบถูกเพิ่มขึ้นเป็น 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0

ผลการประเมินวิธีใช้ Accuhaler พบว่าขั้นตอนที่พระอาพาธทำถูกน้อยที่สุดคือขั้นตอนที่ 7 “หลังใช้เสร็จทำความสะอาดปากขวดยาพ่นโดยใช้กระดาษซับให้แห้ง” จากการไปสัมภาษณ์พระภิกษุอาพาธ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก พระภิกษุไม่ทราบว่าเครื่องสูดพ่นดังกล่าวสามารถเช็ดทำความสะอาดได้ และพระภิกษุบางรูปทราบแต่ลืมที่จะทำความสะอาดเครื่องสูดพ่นยา เมื่อถวายความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไป

แล้วตอบถูกเพิ่มขึ้นจาก 6 ราย (ร้อยละ 30.0) เป็น 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 แต่ก็ยังมีพระภิกษุที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องอยู่ และข้อที่ทำถูกต้องมากที่สุดเมื่อถวายความรู้คือข้อที่ 1 “เปิดเครื่องโดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกเอาไว้ ใช้นิ้วหัวแม่มือหนึ่งวางลงที่ช่อง ดันออกจากตัวจนสุด” ข้อที่ 2 ดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดได้ยินเสียงคลิกแล้วห้ามดันกลับ ข้อที่ 4 อมปากกระบอกให้สนิท สูดลมหายใจเข้าทางปากโดยผ่านเครื่องมือให้เร็ว แรง และลึก ข้อ 6 พ่นลมหายใจออกทางจมูกช้าๆ เมื่อถวายความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาไปแล้วตอบถูกเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100.0

ผลการประเมินวิธีใช้ Turbuhaler พบว่าขั้นตอนที่พระอาพาธทำถูกน้อยที่สุดคือขั้นตอนที่ 1 “ถือขวดยาในลักษณะตรงปลายหลอดอยู่ด้านบน เปิดฝาคอปกขวดยาออก” ซึ่งจากการไปสัมภาษณ์นั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพระอาพาธไม่เห็นถึงความสำคัญของการถือขวดยาในแนวที่ถูกวิธี ขั้นตอนที่ 3 “หายใจออกทางปากให้มากที่สุด ระวังไม่ให้ลมหายใจเข้าไปในเครื่อง” จากการไปสัมภาษณ์นั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากไม่เข้าใจถึงจุดประสงค์ของการระวังไม่ให้ลมหายใจเข้าไปในเครื่องจึงไม่ปฏิบัติตามวิธีการใช้ยาที่ถูกวิธี ขั้นตอนที่ 6 “ทำความสะอาดโดยเช็ดด้วยผ้าแห้ง ปิดเครื่อง นำฝาคอปกปิดตัวเครื่องและหมุนตามเข็มนาฬิกา” จากการไปสัมภาษณ์นั้นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก พระอาพาธบางรูปไม่ทราบว่าเครื่องสูดพ่นดังกล่าวสามารถทำความสะอาดได้ และบางรูปทราบแต่ลืมทำความสะอาด

วิจารณ์

การประเมินการใช้ยา ฟันสูตรทุกชนิด พบว่าพระอาพาธมีความรู้ความเข้าใจด้านเทคนิคการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ในทุกหัวข้อของเทคนิคการใช้ยา โดยข้อที่เป็นปัญหาที่พระส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่ได้ เช่น ข้อ 2 ก่อนสูดยาให้หายใจออกให้เต็มที่ก่อน เนื่องจากพระมักลืมขั้นตอนนี้ และส่วนใหญ่มีความสนใจในการตั้งหลอดยาเพื่อเตรียมสูด ข้อ 4 หายใจเข้าลึกๆ ทางปากพร้อมกับกดที่พ่นยา 1 ครั้ง ในข้อนี้ปัญหาคือพระอาพาธมักกดที่พ่นยามากกว่า 1 ครั้ง ติดต่อกัน เนื่องจากเข้าใจว่าถ้าแพทย์สั่ง 2 ครั้งแปลว่าให้กดในขั้นตอนที่ 2 ครั้งต่อกันเลยโดยไม่ต้องเว้นระยะเริ่มขั้นตอนใหม่ และข้อที่พบปัญหาอยู่คือ ข้อดึงขวดยาออก แล้วล้างทำความสะอาดอุปกรณ์พลาสติกโดยเปิดน้ำสะอาดให้ไหลผ่าน ฟังให้แห้งในที่ร่ม เนื่องจากพระไม่ทราบว่าสามารถทำความสะอาดได้ด้วยวิธีเช่นนี้ อาจเนื่องจากในเอกสารประกอบยาไม่ได้ระบุวิธีทำความสะอาดชัดเจนประกอบกับคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับวิธีใช้ยา ซึ่งดำเนินการขณะที่เภสัชกรจ่ายยา ที่ช่องจ่ายยาผู้ป่วยเป็นการให้รายละเอียดตามปกติที่ไม่ได้เน้นเรื่องนี้

จากการวิเคราะห์เทคนิคการใช้ยาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ในที่นี้ข้อมูลทางสถิติจะบ่งชี้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาทำให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุในการศึกษานี้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการถวายความรู้และให้คำปรึกษาด้านยาพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการให้คำแนะนำและติดตามปัญหาในการใช้ยาของเภสัชกร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเทคนิคในการใช้ยาสูดพ่น มีความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น ซึ่งการจะเกิดผลดังกล่าวได้เภสัชกรจำเป็นต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยติดตามปัญหาและกระตุ้นเตือนพระอาพาธทุกครั้งที่มาปรึกษาต่อเนื่องเพื่อให้พระสามารถใช้ยาอย่างถูกต้องตลอดระยะเวลาการรักษา¹⁰⁻¹³

พระสงฆ์อาพาธมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาสูง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพระสูงอายุมีปัญหาทางสายตามีโรคร่วมด้วยหลายชนิด ได้รับยาหลายขนานร่วมกัน ทำให้มีมูลค่าในการใช้ยาสูง เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาสูง¹⁴ ย่อมส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น พระอาพาธส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำซ้ำมากกว่า 1 ครั้งจนกว่าจะสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกทุกขั้นตอน¹⁵ ดังนั้นการจัดเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยาของกลุ่มงานเภสัชกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้การใช้ยาของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นย้ำขั้นตอนที่พระอาพาธยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งเสริมผลการรักษาทางคลินิกของผู้ป่วย ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น และเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ การที่พระอาพาธมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดลงและมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นสามารถส่งผลให้พระอาพาธมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ George¹⁶ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดจากผู้ใช้เกิดผลข้างเคียงจากยา

สาเหตุสำคัญที่สุดของพระสงฆ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสงฆ์ซึ่งเภสัชกรต้องให้คำแนะนำคือวิธีการใช้ยาสูดพ่นในแต่ละขั้นตอนและการงดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากทำให้อาการของโรคเลวลง และจากสถิติโรคที่เป็นสาเหตุการมรณภาพของพระสงฆ์ 10 อันดับแรกมีถึง 6 อันดับที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ คือโรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ วัณโรคปอด มะเร็งหลอดอาหาร เส้นเลือดสมองตีบ พบว่า 1 ใน 3 ของพระสงฆ์ที่มรณภาพเป็นผล

มาจากการสูบบุหรี่โดยตรง โรงพยาบาลสงฆ์ได้จัดทำโครงการสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2549 จากข้อมูลเบื้องต้นเป็นพระสงฆ์จำนวน 773 รูป ในกรุงเทพมหานครพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 17.4 ในปี 2550 ได้ขยายการสำรวจไปทั่วประเทศ มีจำนวนพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ 24,465 รูป พบมีอัตราการสูบบุหรี่ เป็นร้อยละ 42.0 ดังนั้นเภสัชกรที่ให้คำแนะนำปรึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องให้คำแนะนำเรื่องการอดบุหรี่ด้วย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80.0 ของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรงดบุหรี่เด็ดขาดเพื่อให้ระบบทางเดินหายใจฟื้นตัวดีที่สุดหรือค่อยๆ ลดจำนวนมวนลงจนไม่สูบในที่สุด ดังนั้น การป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคที่ดีที่สุดคือ การงดสูบบุหรี่ ซึ่งการศึกษานี้ได้ทำให้พระที่ยังสูบบุหรี่อยู่เข้าร่วมคลินิกอดบุหรี่ได้ 1 ราย จึงทำให้ไม่มีพระรูปใดที่ยังสูบบุหรี่อยู่

ข้อจำกัดของการศึกษา

คือไม่ได้ทำการวัดสมรรถภาพปอด ไม่ได้วัดผลลัพธ์ตัวอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิตรวมถึงขนาดตัวอย่างมีน้อยเกินไปสำหรับการประเมิน MDI with spacer และ Terbuhaler ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเก็บขนาดตัวอย่างโดยเฉพาะยา 2 กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น เพื่อมีขนาดตัวอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ควรศึกษาถึง outcome ตัวอื่นๆ ด้วย เช่น ภาวะของปอด, การวัดอาการ dyspnoea, exercise capacity, body mass index

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงฆ์ นายแพทย์สมนึก อร่ามเจริญธำรง และรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ แพทย์หญิงไพรัตน์ แสงดิษฐ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงฆ์ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ รวมทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ได้เข้าร่วมในการศึกษานี้

1. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2553.
2. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนร้อยละผู้ป่วยนอกและใน จำแนกตามรายโรค 10 ลำดับแรก ปีงบประมาณ 2549-2554. กรุงเทพฯ : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงฆ์ ; 2555.
3. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : สันทนาการพิมพ์ ; มปป.
4. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>.
5. เฉลิมเกียรติ เชื้อนเพชร. ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร ; 2547.
6. พิจิตรา ศรีมายา, วิระพล ภิบาลย์, ธนรรจ์รัตนโชติพานิช. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Thai Journal Pharmacy Practice 2011 ; 3 : 23-32.
7. วิมลวรรณ พันธุ์ภา, สมพงษ์ เจิ้งฮั่ว, วราพร สุภามูล, อรรถการ นาคำ. การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. Naresuan University Journal 2005 ; 13 : 51-9.
8. อมรรัตน์ นาคละมัย, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, เจริญ ชูโชติถาวร. อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Journal of Nursing Science 2011 ; 29 : 47-55.
9. อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต. ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคหืดหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร ; 2545.
10. Owen-Harrison G, Grimm R, Gray D, Harrison OR. Evaluation of education provided by a pharmacist to hospitalized patients who used metered-dose inhaler. Hosp Pharm 1996 ; 31 : 677-81.
11. Bailey WC, Richards JM Jr, Brooks CM, Soong SJ, Windsor RA, Manzella BA. A randomized trial to improve self-management practices of adults with asthma. Arch Intern Med 1990 ; 150 : 1664-8.
12. The role of the pharmacist in improving asthma care. National Asthma Education and Prevention Program. Am J Pharm 1995 ; 35 : 24-9.
13. ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling. Am J Health-Syst Pharm 1997 ; 54 : 431-4.
14. Mallet L. Counseling in special populations : the elderly patient. Am Pharm 1992 ; NS32 : 71-80.
15. Liu MY, Jennings JP, Samuelson WM, Sullivan CA, Veltri JC. Asthma patients' satisfaction with the frequency and content of pharmacist counseling. J AM Pharm Assoc 1999 ; 39 : 493-8.
16. George J, Kong DC, Thoman R, Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. Chest 2005 ; 128 : 3198-204. ●

ปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยมีแผลที่เท้าจากเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

นิปไทย ศีลาเจริญ ฃ.บ.

โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ตำบลเขาพระ อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี 72120

Abstract : Predictive Factors for Lower Extremity Amputation in Diabetic Mellitus Type 2 Patients with Diabetic Foot Ulcers in Doombangnangbuat District, Suphanburi Province

Seelacharoen N

Doombangnangbuat Hospital, Khaopra, Doombangnangbuat, Suphanburi 72120

(E-mail : nipthai2517@hotmail.com)

This present study aimed to identify the predictive factors for lower extremity amputation (LEA) in type 2 diabetic mellitus patients. A total of 142 diabetic foot patients who were admitted in Doombangnangbuat hospital, Suphanburi province during October 2010 to September 2015 were recruited into this cross-sectional descriptive study. Among these patients, 71 (50%) who underwent LEA were considered as an experimental group and 71 (50%) who the ulcer healed without LEA were considered as a control group. Demographic, occupational, socioeconomic, behavioral and clinical data including laboratory testing were interviewed and recorded. The studied variables were analyzed with SPSS program using Stepwise Multiple Regression Analysis method. Of all 36 factors, only 6 factors which were wound severity (Wagner's classification), osteomyelitis, diabetic control behavior, foot care behavior, low-density lipoprotein cholesterol and duration of ulcer before admission were considered as significant predictors for LEA ($R^2 = 80.0$, p -value < 0.05).

Keywords : Predictive factors, Lower extremity amputations (LEA), Diabetic foot ulcers

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-Section Descriptive Studies) กลุ่ม

ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เป็นแผลที่เท้าและรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 เป็นเวลา 5 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา จำนวน 71 ราย และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาจำนวน 71 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม ทั้งหมด 36 ตัวแปร นำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า มี 6 ตัวแปรคือ ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล (Wagner's Classification) การติดเชื้อในกระดูก พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ค่า LDL- Cholesterol และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร่วมกันทำนายโอกาสที่ผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานจะถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาได้ร้อยละ 80.0 โดยมีความสำคัญตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย การตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา แผลเท้าเบาหวาน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน¹ สำหรับประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.

2551-2552 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 6.9 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุดใน กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7²

ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สามารถส่งผล ร้ายแรง นำไปสู่การสูญเสียนิ้วเท้าหรือขา ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยและสิ้นเปลืองการรักษาเป็นจำนวนมาก สำหรับ ประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดแผลเท้าเบาหวานพบประมาณ ร้อยละ 8-17 ความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วย เบาหวานพบประมาณร้อยละ 20-30 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เท้า นั้น มีสาเหตุจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมจากโรคเบาหวาน ประมาณร้อยละ 20-30 และมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดง ส่วนปลายอุดตันร้อยละ 3-8 ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่ทำให้ ผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้าหรือขามีความชุกร้อยละ 0.5-2³ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติมีแผลร่วมกับมีภาวะ หลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน พบอัตราการตายร้อยละ 30.0 ภายใน 5 ปี⁴

ข้อมูลของงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและ สุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามี ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จำนวน 50,619 ราย มีภาวะแทรกซ้อน ที่เท้า จำนวน 843 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมด⁵ จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด สุพรรณบุรี ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทั้งหมด จำนวน 5,797 ราย มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 90 รายคิดเป็นร้อยละ 1.5 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด⁶ จากการรวบรวมข้อมูลปีงบประมาณ 2554-2558 (ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558) เป็นเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลเท้าเบาหวานและต้องนอน รักษาตัวในโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จำนวน 85 รายโดย จำนวนในแต่ละปีงบประมาณ คือ 9, 17, 22, 13 และ 24 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือ ตัดขาตามข้อบ่งชี้ มีจำนวน 81 รายโดยจำนวนในแต่ละ ปีงบประมาณ คือ 8, 9, 9, 23 และ 32 รายตามลำดับ แสดงว่า จำนวนผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานที่ต้องนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชและจำนวนผู้ป่วยแผลเท้า เบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ไม่สามารถทำ กิจกรรมได้ดังเดิม การเดินเปลี่ยนไป ด้านจิตใจ เครียด ห่อหุ้ม สิ้นหวัง ด้านสังคม รู้สึกอาย ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะโทษ สิ่งที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากเวรกรรม⁷ มีการศึกษาพบว่าถ้ามีการดูแล แผลเท้าเบาหวานที่ถูกต้องเป็นระยะเวลานานจะช่วยลดการถูก ตัดขาได้ร้อยละ 37-75 ในระยะเวลา 10-15 ปี⁸ และประมาณ ร้อยละ 49-85 ของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียขา สามารถป้องกัน ได้โดยการให้การศึกษ การวินิจฉัย และการรักษาได้อย่าง

ทันทั่วทั้งที่⁹ ดังนั้นถ้าเราสามารถรู้ปัจจัยทำนายของการถูก ตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาได้ ก็จะสามารถป้องกันและรักษาได้อย่าง รวดเร็ว ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาซึ่งเป็นศัลยแพทย์ และอีกหน้าที่หนึ่ง ของผู้ศึกษาถือเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงมีแนวคิดที่จะ ผนวกงานด้านศัลยกรรมกับงานเวชศาสตร์ครอบครัว ด้วยการ ศึกษาปัจจัยทำนายการตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้ครอบคลุมโดยจะศึกษา 3 ปัจจัย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางคลินิกรวมถึงผลทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อ โรคเบาหวาน พฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรม การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปสู่ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ ทดสอบจนการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังภาวะวิกฤติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลา ใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวางโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าและรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 เป็นเวลา 5 ปี โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มควบคุม : ผู้ป่วยเป็น แผลเท้าเบาหวานที่ยังไม่ถูกตัดนิ้วหรือตัดขา จำนวน 71 ราย กลุ่มทดลอง : (ทำการศึกษาทุกหน่วยประชากรในกลุ่มผู้ป่วยที่ ยังมีชีวิตอยู่) : ผู้ป่วยเป็นแผลเท้าเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือ ตัดขา จำนวน 71 ราย (ตัดนิ้วเท้า 59 รายและตัดขาดำกว่าเข่า 12 ราย) รวมทั้งหมดจำนวน 142 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) **ข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และการสูบบุหรี่ 2) **ข้อมูลอาการทางคลินิก** ได้แก่ จำนวนปี ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดของยาเบาหวาน โรคร่วม (โรค ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ) จอประสาทตา เสื่อมจากเบาหวาน ไตเสื่อมจากเบาหวาน หลอดเลือดดำเสื่อม ปลายประสาทเท้าเสื่อม มีการติดเชื้อในกระดูก ระดับความลึก การติดเชื้อของแผลแบบ Wagner's Classification¹⁰ หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ข้อนิ้วเท้าผิดปกติ ประวัติเคยมีแผลมาก่อน มีประวัติตัดนิ้วเท้าหรือตัดขามาก่อน จำนวนวันเป็นแผลก่อน รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยทุกรายต้องตรวจสุขภาพ เท้า ประเมินระดับความลึกการติดเชื้อของแผลที่เท้าโดยใช้ Wagner's Classification ประเมินการรับรู้ความรู้สึกของปลาย ประสาทเท้าโดยการตรวจด้วย Semmes-Wainstein 10 Gauge Monofilament 4 จุด ประเมินระบบหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงเท้า โดยใช้ ankle brachial index (ABI) **ข้อมูลผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ** ได้แก่ FBS HbA1c Triglyceride Total Cholesterol HDL- Cholesterol LDL- Cholesterol Hb WBC Serum Albumin Serum Creatinine 3) **ข้อมูลด้านพฤติกรรม**

เป็นข้อมูลหลังจากผู้ป่วยมีแผลเท้าเบาหวานแล้ว ได้แก่ ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลอาการทางคลินิกและข้อมูลด้านพฤติกรรม ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 36 ตัวแปร เกณฑ์การคัดเข้า 1) กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าและรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช โดยหลังจากรักษาแล้วยังไม่จำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา 2) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าและรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช โดยหลังจากรักษาแล้วจำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านพฤติกรรมจากการสัมภาษณ์ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วขณะทำการศึกษา เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางด้านพฤติกรรมเก็บจากแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ไปสัมภาษณ์ขณะติดตามเยี่ยมบ้านและบางส่วนได้ติดตามผู้ป่วยมาสัมภาษณ์ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ทั้งนี้แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.703 ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ส่วนข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยช่วงเวลาที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Hos-XP ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการประชุมของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ครั้งที่ 1/2559 วันที่ 5 มกราคม 2559 โดยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test การทดสอบสถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ คือ โปรแกรม SPSS

ผล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 เป็นเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขากว่า 81 ราย ขณะทำการศึกษพบว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาได้เสียชีวิตไปแล้ว 8 รายและไม่สามารถเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ 2 ราย การศึกษานี้จึงได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มควบคุม :

ผู้ป่วยเป็นแผลเท้าเบาหวานที่ยังไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา จำนวน 71 ราย กลุ่มทดลอง : ผู้ป่วยเป็นแผลเท้าเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา จำนวน 71 ราย (ตัดนิ้ว 59 ราย ตัดขาคือ 12 ราย) รวมทั้งหมด จำนวน 142 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.4 และร้อยละ 48.6) อายุเฉลี่ย 61.6 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 86.6) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 62.7) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 7.7) (ตารางที่ 1)

จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวานและจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผลทางห้องปฏิบัติการพบว่า Triglyceride HDL- Cholesterol Serum Albumin ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

เมื่อนำตัวแปรทั้งหมด 36 ตัวแปรมาวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา มีทั้งหมด 15 ตัวแปร ดังนี้ *ปัจจัยส่วนบุคคล* ได้แก่ อาชีพ นอกเหนือเกษตรกร (ค้าขาย แม่บ้าน รับราชการ รับจ้างอื่นๆ) *ปัจจัยทางคลินิก* ได้แก่ ยารักษาเบาหวานแบบฉีด ปลายประสาทเท้าเสื่อม มีการติดเชื้อในกระดูก ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล $\geq$ grade 3 (Wagner's Classification) หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ช้ำนิ้วเท้าผิดรูป ประวัติเคยมีแผลมาก่อน ประวัติเคยตัดนิ้วเท้าหรือตัดขามาก่อนและจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล $\geq$ 10 วัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Serum Albumin $\leq$ 2.5 g/dl (ตารางที่ 3) *ปัจจัยด้านพฤติกรรม* ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (ตารางที่ 4) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์หาค่าคงที่พหุคูณแบบมีขั้นตอนด้วยตัวแปรพยากรณ์จำนวน 36 ตัว (ผ่านการทดสอบไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรพยากรณ์) พบว่ามีเพียง 6 ตัวแปรเท่านั้นที่มีความสามารถร่วมกันทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า คือ ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล (Wagner's Classification) การติดเชื้อในกระดูก พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน LDL-Cholesterol และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีความสำคัญตามลำดับและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทิศทางความสัมพันธ์พบว่า ระดับความลึกการติดเชื้อของแผลระดับการติดเชื้อในกระดูก จำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล LDL-Cholesterol มีทิศทางเป็นบวกคือ เมื่อพบว่ามีความสูงชันจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสถูกตัดนิ้วเท้า

หรือตัดขาสูงขึ้น สำหรับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีทิศทางเป็นลบคือ ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการควบคุมโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่เหมาะสม จะมีผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาสูงขึ้น โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวร่วมกันทำนายปัจจัยการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้าได้ร้อยละ 80.0 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ 0.31 เฉพาะตัวแปร

ระดับความลึกการติดเชื้อของแผลเพียงตัวเดียวก็สามารถอธิบายได้ร้อยละ 58.3 ของที่อธิบายได้โดย 6 ตัวแปรร่วมกัน เมื่อเพิ่มตัวแปรอีก 5 ตัว ได้แก่มีการติดเชื้อในกระดูก พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน LDL-Cholesterol และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะทำให้การอธิบายได้ผลมากขึ้นอีกร้อยละ 13.6, 3.9, 2.5, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานระหว่างไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา กับถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีแผลที่เท้า		มีแผลที่เท้า		รวมทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	36	49.3	37	50.7	73	51.4
หญิง	35	50.7	34	49.3	69	48.6
อายุ ($\bar{X} \pm SD$)	61.63 $\pm$ 12.08		61.61 $\pm$ 11.38		61.62 $\pm$ 11.69	
สถานภาพสมรส						
คู่	51	49.0	53	51.0	104	73.3
โสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	20	52.6	18	47.4	38	26.7
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	64	52.0	59	48.0	123	86.6
สูงกว่าประถมศึกษา	7	36.8	12	63.2	19	13.4
อาชีพหลัก						
เกษตรกรรวม	51	59.3	35	40.7	86	60.6
นอกเหนือเกษตรกร (ค้าขาย แม่บ้าน รับราชการ รับจ้าง อื่นๆ)	20	35.7	36	64.3	56	39.4
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน						
< 5,000 บาท	50	56.2	39	43.8	89	62.7
$\geq$ 5,000 บาท	21	39.6	32	60.4	53	37.3
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	65	49.6	66	50.4	131	92.3
สูบ	6	54.5	5	45.5	11	7.7

ตารางที่ 2 ลักษณะจำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา กับผู้ป่วยที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

ตัวแปร	ไม่ถูกตัดนิ้วหรือตัดขา		ถูกตัดนิ้วหรือตัดขา		รวมทั้งหมด	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี)	9.66	4.74	10.65	4.89	10.15	4.82
FBS (<110 mg/dl)	187.20	84.60	210.94	94.47	199.07	90.14
HbA1c (4.5-5.7%)	10.27	9.93	12.52	15.83	11.40	6.13
Triglyceride (30-170 mg/dl)	185.37	118.21	177.89	127.26	181.63	122.44
Total Cholesterol (150-220 mg/dl)	197.14	49.46	201.04	53.06	199.11	51.16
HDL- Cholesterol (>40 mg/dl)	48.46	12.21	46.07	13.39	47.27	12.82
LDL- Cholesterol (<150 mg/dl)	115.06	38.36	122.90	44.85	118.98	41.77
Hb (11.5-15.0 g/dl)	10.89	2.38	10.93	8.37	10.91	6.13
WBC (4,000-10,000 Cell/Cumm)	11,787.32	5,595.61	13,135.21	6,251.91	12,461.27	5,950.32
Serum Albumin (3.5-5.5 g/dl)	3.50	0.68	2.94	0.76	3.22	0.77
Serum Creatinine (0.5-1.5g/dl)	1.56	1.56	2.23	4.46	1.90	3.35
จำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาใน ร.พ.	5.62	5.18	41.20	51.30	23.41	40.48

FBS (fasting blood sugar) HbA1c (hemoglobin A1c) HDL- Cholesterol (high-density lipoprotein cholesterol)
 LDL- Cholesterol (low-density lipoprotein cholesterol) Hb (hemoglobin) WBC (white blood cell)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

ปัจจัย	ไม่ตัดนิ้วเท้า หรือตัดขา (ร้อยละ)	ตัดนิ้วเท้า หรือตัดขา (ร้อยละ)	OR	95%CI	χ^2	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล						
เพศชาย	36 (25.4)	37 (26.1)	1.06	0.55-2.04	0.03	0.87
อายุ ≥60 ปี	41 (28.9)	42 (29.6)	1.06	0.54-2.07	0.03	0.87
สถานภาพสมรสคู่	51 (35.9)	53 (37.3)	1.16	0.55-2.43	0.14	0.71
การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา	7 (4.9)	12 (8.5)	0.54	0.20-1.46	1.52	0.22
อาชีพนอกเหนือเกษตรกรรม (ค้าขาย แม่บ้าน รับราชการ รับจ้าง อื่นๆ)	20 (14.1)	36 (25.4)	0.38	0.19-0.76	7.55	0.01*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ≥5,000 บาท	21 (14.8)	32 (22.5)	0.51	0.26-1.02	3.64	0.06
สูบบุหรี่	6 (4.2)	5 (3.5)	0.82	0.24-2.82	0.10	0.75

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่ตัดนิ้วเท้า หรือตัดขา (ร้อยละ)	ตัดนิ้วเท้า หรือตัดขา (ร้อยละ)	OR	95%CI	χ^2	p-value
ปัจจัยทางคลินิก						
จำนวนปีที่ป่วยเป็นเบาหวาน ≥ 10 ปี	39 (27.5)	43 (30.3)	1.26	0.65-2.46	0.46	0.50
ใช้ยาชนิดฉีดหรือทั้งกินและฉีด	19 (13.4)	43 (30.3)	4.20	2.07-8.54	16.49	<0.01*
ความดันโลหิตสูง	42 (29.6)	43 (30.3)	1.06	0.54-2.08	0.03	0.87
หลอดเลือดหัวใจตีบ	1 (0.7)	1 (0.7)	1.00	0.06-16.31	0.00	1.00
จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน	24 (16.9)	31 (21.8)	1.52	0.77-2.99	1.45	0.23
ไตเสื่อมจากเบาหวาน	27 (19.0)	35 (24.7)	1.58	0.81-3.09	1.83	0.18
หลอดเลือดดำเสื่อม	16 (11.3)	17 (12.0)	1.08	0.50-2.36	0.04	0.84
ปลายประสาทเท้าเสื่อม	13 (9.1)	38 (26.8)	5.14	2.40-11.00	19.12	<0.01*
มีการติดเชื้อในกระดูก	8 (5.6)	50 (35.2)	18.75	7.66-45.89	51.41	<0.01*
ระดับความลึกของแผล $\geq$ grade3 (wagner, classification)	18 (12.7)	71 (50.0)	-	-	84.56	<0.01*
หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ	8 (5.6)	30 (21.1)	5.76	2.41-13.80	17.39	<0.01*
ข้อนิ้วเท้าผิดปกติ	11 (7.8)	28 (19.7)	3.55	1.60-7.90	10.22	<0.01*
การเคยมีแผลมาก่อนเป็นแผลครั้งนี้	8 (5.6)	25 (17.6)	4.28	1.77-10.34	11.41	<0.01*
การมีประวัติเคยตัดนิ้วตัดเท้ามาก่อน	2 (1.4)	18 (12.7)	11.72	2.60-52.73	14.90	<0.01*
จำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาใน ร.พ. ≥ 10 วัน	10 (7.0)	49 (34.5)	13.59	5.89-31.37	44.11	<0.01*
ปัจจัยทางห้องปฏิบัติการ						
FBS ≥ 126 mg/dl	50 (35.2)	59 (41.6)	2.07	0.93-4.61	3.20	0.07
HbA1c ≥ 8 g/dl	57 (40.1)	62 (43.7)	1.69	0.68-4.21	1.30	0.26
Triglyceride ≥ 150 mg/dl	36 (25.4)	39 (27.5)	0.84	0.44-1.63	0.25	0.61
Total Cholesterol ≥ 200 mg/dl	35 (24.7)	36 (25.4)	1.06	0.55-2.04	0.03	0.87
HDL- Cholesterol ≤ 40 mg/dl	21 (14.8)	22 (15.5)	1.07	0.52-2.19	0.03	0.86
LDL- Cholesterol ≥ 100 mg/dl	47 (33.1)	51 (35.9)	1.30	0.64-2.66	0.53	0.47
Hb ≤ 10 g/dl	26 (18.3)	37 (26.1)	1.88	0.96-3.68	3.45	0.06
WBC $\geq 15,000$ Cell/Cumm	14 (9.8)	21 (14.8)	1.71	0.79-3.71	1.86	0.17
Serum Albumin ≤ 2.5 g/dl	6 (4.2)	25 (17.6)	5.89	2.24-15.50	14.90	<0.01*
Serum Creatinine ≥ 1.5 g/dl	22 (15.5)	31 (21.8)	1.73	0.87-3.43	2.44	0.12

*p -value <0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุม และพฤติกรรมการดูแลเท้า ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา กับถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน			3.87	<0.001*
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	16.79	1.84		
ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	15.42	2.34		
เจตคติต่อโรคเบาหวาน			2.67	<0.001*
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	40.48	2.63		
ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	39.08	3.52		
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน			7.99	<0.001*
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	61.59	3.76		
ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	55.15	5.60		
พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน			8.66	<0.001*
ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	40.31	3.24		
ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา	35.46	3.43		

*p -value <0.05

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากการใช้ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ตัวพยากรณ์	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	b	SEb	Beta	t
ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล (X ₁₇)	0.763	0.583	0.580	0.583	0.192	0.019	0.470	10.008*
มีการติดเชื้อในกระดูก (X ₁₆)	0.848	0.719	0.714	0.136	0.303	0.044	0.297	6.826*
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน (X ₃₅)	0.870	0.758	0.752	0.039	-0.015	0.004	-0.177	-3.879*
พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (X ₃₆)	0.885	0.783	0.777	0.025	-0.021	0.006	-0.176	-3.843*
LDL- Cholesterol (X ₂₈)	0.890	0.792	0.785	0.009	0.001	0.000	0.099	2.512*
จำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาใน ร.พ. (X ₂₂)	0.895	0.800	0.792	0.008	0.001	0.001	0.106	2.480*
ค่าคงที่					1.412	0.312		4.526

F = 89.351, * p-value < 0.05

$$\hat{y} = 1.412 + 0.192 (X_{17}) + 0.303 (X_{16}) - 0.015 (X_{35}) - 0.021 (X_{36}) + 0.001(X_{28}) + 0.001(X_{22})$$

การศึกษานี้เป็นการหาปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้าในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ *ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก ผลทางห้องปฏิบัติการและปัจจัยด้านพฤติกรรม* โดยผู้ศึกษากับแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นคนเดียวกัน ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาและศึกษาปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาโดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษานี้พบว่า อาชีพนอกเหนือเกษตรกรรม (ค้าขาย แม่บ้าน รับราชการ รับจ้าง อื่นๆ) มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา เนื่องจากอาชีพดังกล่าวไม่ได้ใช้เท้าในการทำงานมากเหมือนอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นจึงมีความสนใจดูแลเท้าน้อยกว่าอาชีพเกษตรกรรม เวลาเกิดแผลที่เท้าจึงส่งผลให้แผลลุกลามมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ต่างกัน

ปัจจัยทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการ การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลระดับความลึกการติดเชื้อของแผลเท้าเบาหวานตาม Wagner's Classification ร่วมกับประเมินภาวะการติดเชื้อในกระดูก พบว่าถ้าระดับความลึกการติดเชื้อของแผล $\geq$ grade 3 หรือมีการติดเชื้อในกระดูกร่วมด้วยจะมีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา สอดคล้องกับการศึกษาของ Imran¹² ที่พบว่าความลึกของการติดเชื้อของแผลระดับมากกว่า 3 อย่างเดียว ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา Zubair¹³ ได้ทำการศึกษหาปัจจัยเสี่ยงการถูกตัดขาในผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน 162 ราย โดยทำการศึกษแบบ Prospective Study พบว่า ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล การติดเชื้อในกระดูก หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ปลายประสาทเท้าเสื่อม ภาวะไตเสื่อม ความดันโลหิตสูง การใช้ยาฆ่าเชื้อเป็นเวลานาน LDL- Cholesterol $>100\text{mg/dl}$ Total Cholesterol $>150\text{mg/dl}$ HDL Cholesterol $<40\text{ mg/dl}$ Triglycerides $>200\text{mg/dl}$ เป็นปัจจัยเสี่ยงในการถูกตัดนิ้วหรือตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ เป็นพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดแผลเท้าเบาหวานทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเนื่องจากส่งผลไปถึงระบบประสาทส่วนปลายขา ทำให้เกิดภาวะปลายประสาทเท้าเสื่อม ข้อมือเท้าผิดปกติ การศึกษานี้พบว่าหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบปลายประสาทเท้าเสื่อม ข้อมือเท้าผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา สอดคล้องกับ Zubair¹³ ส่วนการศึกษาของ Pemayun¹⁴ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นแผลที่เท้า 94 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา 47 รายและไม่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

47 รายและผู้ป่วยทุกรายรักษาในโรงพยาบาลพบว่าปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วหรือตัดขา คือ หลอดเลือดแดงส่วนปลายขาตีบ $\text{HbA}_{1c} \geq 8\%$ Hypertriglyceridemia และภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

มีการศึกษาของ Martin-Mendes¹⁵ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เคยมีแผลที่เท้ามาก่อนหรือมีประวัติถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขามาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประวัติมีแผลมาก่อนถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขามาก่อน มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา การศึกษาของ Kogani¹⁶ ศึกษาในผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน 131 รายพบว่าการใช้ยาฉีดอินซูลินมีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ใช่เป็นปัจจัยทำนายการตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา แต่พบปัจจัยทำนายคือ เพศหญิง พฤติกรรมดูแลเท้า การเลือกใช้รองเท้าไม่เหมาะสม ระดับ HbA_{1c} การสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการใช้ยาฉีดอินซูลินรักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินจะเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมากรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางเท้าด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า จำนวนวันเป็นแผลก่อนมารักษาในโรงพยาบาล ≥ 10 วัน มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ดีจึงทำให้มารักษาแผลที่เท้าล่าช้า จนทำให้โรคลุกลามมากจนถึงขั้นถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา ซึ่งเป็นผลจากปัญหาทางด้านพฤติกรรม

ผลทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า Serum Albumin $\leq 2.5\text{ g/dl}$ มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา เป็นการบ่งบอกถึงภาวะการขาดสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อขบวนการรักษาแผล ทำให้แผลเท้าเบาหวานลุกลามจนถึงขั้นถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yusof¹⁷ พบว่าปัจจัยทำนายของการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานคือ ระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ผลเพาะเชื้อที่แผลขึ้นเชื้อแบคทีเรีย ระดับ Serum Albumin ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ สำหรับเป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดในโรคเบาหวานนั้นคือ LDL-Cholesterol $<100\text{mg/dl}$ ถ้ามากกว่าจะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือด¹⁸ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของโรคเบาหวานลุกลามมากขึ้น และในการศึกษานี้พบว่า LDL- Cholesterol สามารถใช้ทำนายการถูกตัดนิ้วหรือตัดขา สอดคล้องกับการศึกษาของ Zubair¹³

ปัจจัยด้านพฤติกรรม การศึกษานี้พบว่า การขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวานที่ไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการดูแลเท้า

ของผู้ป่วยเบาหวานไม่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา สอดคล้องกับ อรพินท์¹⁹ ศึกษาพบว่าภาวะอ้วน การมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้การควบคุมโรคเบาหวานและได้รับยาฉีดอินซูลิน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จึงมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมา Perrin²⁰ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า และมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 20.0 ที่สำคัญร้อยละ 25.0 ไม่เคยมีพฤติกรรมเหล่านี้เลย สุมาลี²¹ ศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้มีโอกาสเกิดแผลเท้าเบาหวาน และนำไปสู่การตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาได้สูงขึ้นแต่ถ้าได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าโดย สร้างความมั่นใจ สร้างทักษะจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงขึ้น

การศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก ผลทางห้องปฏิบัติการ และปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา มีความสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่น่าเชื่อถือได้ ดังนั้นปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้คือ ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล (Wagner's Classification) การติดเชื้อในกระดูก พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน พฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน LDL- Cholesterol และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีความสำคัญตามลำดับสามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาแผลเท้าเบาหวานในระยะเริ่มต้นไม่ให้เกิดลุกลามจนต้องถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา โดยครอบคลุมทั้งสามปัจจัย

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาประชากรในระดับอำเภอ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ถึงแม้จะได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาทุกรายที่ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก การเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมเป็นการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559-เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ขณะที่เหตุการณ์ที่เป็นโรคเกิดระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553-เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 อาจทำให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมมีความคลาดเคลื่อนได้บ้าง

สรุป

ผลการศึกษาที่สำคัญของงานศึกษานี้ที่แตกต่างจากการศึกษาอื่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยมีแผลที่เท้าจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับทั้งสามปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก ผลทางห้องปฏิบัติการและปัจจัยด้าน

พฤติกรรม สำหรับปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้าในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี จากการศึกษาครั้งนี้คือ ระดับความลึกการติดเชื้อของแผล (Wagner's Classification) เพิ่มขึ้นมีการติดเชื้อในกระดูก พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานไม่เหมาะสม พฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานไม่เหมาะสม ค่า LDL-Cholesterol เพิ่มขึ้น และจำนวนวันเป็นแผลก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยมีความสำคัญตามลำดับ สามารถทำนายได้ร้อยละ 80.0 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับทั้งสามปัจจัยไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติและจัดทำคู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไว้ใช้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันและเชื่อมโยงไปถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ควรมีการเก็บข้อมูลทางด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เจตคติต่อโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแผลที่เท้าทั้งในโรงพยาบาลที่ทำการรักษาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สร้างความมั่นใจ สร้างทักษะ ให้ความรู้และประสบการณ์ และมีการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนแบบที่มีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดี โดยจัดทำทั้งในระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สุจิตรา นิลเลิศ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ที่ช่วยให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ บุคลากรแผนกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 ราย ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเบาหวานทุกรายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าต่อไป

- World Health Organization. World Health Statistic 2012[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012[cited 2016 Feb 12]. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/gho/publications/world" http://www.who.int/gho/publications/world health statistics/2012/en/.
- วิชัย เอกพลากร, บรรณานิกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2.นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
- นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวชย์. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2557 [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ; 2558 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th>
- Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis* 2012; 54:132-73.
- งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. สรุปรายงานโรคเบาหวาน. ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล; 8 ธันวาคม พ.ศ. 2558. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2558.
- โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช.สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2558. ม.ป.ท.; 2558.
- พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว.ประสบการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า: การศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค. *พุทธชินราชเวชสาร* 2554; 28:171-77.
- Vuorisalo S, Venermo M, Lepantalo M. Treatment of diabetic foot ulcers. *J Cardiovasc Surg* 2009; 50: 275-91.
- International Working Group on the Diabetic Foot. International consensus [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 12] Available from: <http://www.iwgdf.org>.
- Jain AKC. A new classification of diabetic foot complication: a simple and effective teaching tool. *J Diabet Foot Comp* 2012; 4:1-5.
- กฤษณา คำลอยฟ้า. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 2554; 17.
- Imran S, Ali R, Mahboob G. Frequency of lower extremity amputation in diabetics with reference to glycemic control and Wagner's grades. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16:124-7.
- Zubair M, Malik A, Ahmad J. Incidence, risk factors for amputation among patients with diabetic foot ulcer in a North Indian tertiary care hospital. *Foot* 2012; 22: 24-30.
- Tjokorda Gde Dalem Pemayun, Ridho M Naibaho, Diana Novitasari, Nurmilawati Amin, Tania Tedjo Minuljo. Risk factors for lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcers. *Diabet Foot Ankle* 2015; 6:962-9.
- Daniela Martin-Mendes, Matilde Monteiro-Soares, Edward John Boyko, Manuela Ribeiro, Pedro Barata, Jorge Lima, et al. The independent contribution of diabetic foot ulcer on lower extremity amputation and mortality risk. *J Diabet Comp* 2014; 28:632-38.
- Mohammad Kogani, Mohammad Ali Mansournia, Amin Doosti-Irani, Kourosh Holakouie-Naieni. Risk factors for amputation in patients with diabetic foot ulcer in southwest Iran: a match case-control study. *Epidemiol Health* 2015; 37:22-9.
- Yusof NM, Rahman JA, Zulkifly AH, Che-Ahmad A, Khalid KA, Sulong AF. Predictors of major lower limb amputation among type 2 diabetic patients admitted for diabetic foot problems. *Singapore Med J* 2015; 56:626-31.
- American Diabetes Association, standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care* 2014; 37:14-80.
- อรพินท์ สีขาว, รัชนี นามจันทรา, สุทธิ ตระกูลสิทธิโชค. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2556; 14:39-49.
- Perrin BM, Swerissen H. The behavior and psychological functioning of people at high risk of diabetes related foot complications. *Diabetes Educ* 2008; 34:495-500.
- สุมาลี เชื้อพันธ์. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 . *วารสารสภาการพยาบาล* 2553; 1: 77-8. ●

การจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์

มาลินี กำใจบุญ ผบ.บ.

โรงพยาบาลสงฆ์ แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract : The Self-Care Management of Buddha Monks with Type 2 Diabetes Mellitus at Diabetes Clinic in Priest Hospital

Khamjaiboon M

Priest Hospital, Khwang Phyathai, Khet Ratcha Thewi, Bangkok, 10400

(E-mail : malinee108@hotmail.com)

The purposes of this descriptive research were: 1) To study guidelines and approaches of self-care management methods by Buddhist monks with type 2 diabetes, and 2) To propose the success model of self-care management by monks at the diabetes clinic in Priest Hospital. The key informants were 20 monks with type 2 diabetes mellitus who attended the diabetes clinic in Priest Hospital. They were selected by inclusion criteria from the monks who had HbA1C $\leq$ 6.5% for 4 years (2011 to 2016), and had no history of hospital admission with diabetic complications. The research tools comprised a personal data record form and semi-structures interviewing. Tools were verified by 5 experts, CVI is 0.93. The data were analyzed by content analysis. The research findings were as follow; 1) self-care management methods by monks with type 2 diabetes included, (1) perception of being a diabetes patients, perception on diabetic signs and symptoms, as well as diabetic complications gained by themselves and other health care personnel, (2) setting their goals of self-care management, and (3) directing the self-management approaches on physical, mental, emotional, and spiritual aspects. 2) the success model of diabetic self-care management was composed of (1) the internal factors which based on 4 Noble Truths, Suffering, the Origin of Suffering, the Extinction of Suffering, the path leading to the Extinction of Suffering and (2) the external factors comprised health care

personnel, and environment of hospital, health management in temples, and the merit of the secular community.

Keywords : Buddha monks, Type 2 diabetes mellitus, Self-care management

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ 2) เสนอรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ ผู้ให้ข้อมูล คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 20 รูป คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) $\leq$ 6.5 % เป็นเวลา 4 ปี ย้อนหลังจากปี พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2559 และไม่มีประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานเครื่องมือการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ทั้งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง 0.93 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) แนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) รับรู้ในการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน รู้ถึงอาการและภาวะแทรกซ้อนโดยการศึกษาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุข (2) มีเป้าหมายในการจัดการการดูแลตนเอง และ (3) มีวิธีการจัดการการดูแลตนเองครอบคลุมทั้ง

ร่างกายจิตใจอารมณ์ จิตวิญญาณ และ 2) รูปแบบการจัดการ การดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จของพระสงฆ์อาพาธ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยภายในซึ่งเป็นการจัดการดูแลตนเอง ของพระสงฆ์อาพาธตามหลักอริยสัจสี่ ได้แก่ การรับรู้ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์ การดับทุกข์ และการปฏิบัติเพื่อพ้นจากทุกข์ และ (2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล วัดกับการจัดการด้านสุขภาพในวัดและชุมชน การทำบุญตักบาตรของฆราวาสในชุมชน

คำสำคัญ : พระสงฆ์ เบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการ การดูแลตนเอง

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพ ระดับโลก จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ได้ประมาณการ ว่าในปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นเบาหวาน 415 ล้านราย และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านราย สำหรับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าปี พ.ศ. 2558 มีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นเบาหวาน 78.3 ล้านราย และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง 140.2 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2583 และพบว่าสาเหตุการเสียชีวิต ของประชากรทั่วโลกเกิดจากการเป็นเบาหวานจำนวน 5.0 ล้านราย¹

สำหรับประเทศไทย ในปี 2556 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยเบาหวาน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วย 1,081.25 ต่อแสน ประชากร และมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานทั้งหมด 9,657 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร และจากการจัดอันดับการเสียชีวิตของ คนไทยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าเบาหวานเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4² และจากการศึกษาของรวม³ พบว่าหนึ่งใน สามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น เบาหวานมาก่อนและมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ ไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 3.3 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ที่สามารถรักษาและควบคุมได้ มีประมาณร้อยละ 32.2 รักษาและควบคุมไม่ได้มีประมาณ ร้อยละ 34.3

จากข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวพบว่าภาระ ทางเศรษฐกิจสำหรับประเทศไทยในปี 2551 มีค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลัก เฉลี่ย 25,225 ล้านบาทต่อปี เฉพาะเบาหวาน 3,984 ล้าน บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 15.8 ของภาพรวม⁴ และจากการศึกษา รูปแบบค่าใช้จ่ายเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลรัฐขนาด

30 เตียงแห่งหนึ่งในภาคอีสานช่วงปี พ.ศ. 2552 พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 28,200 บาทต่อปี ส่วนใหญ่เป็นค่า รักษาพยาบาล ค่ายา เกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่เกิด จากการรักษาโรคแทรกซ้อนในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล⁵ ดังนั้น หากผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ย่อมส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงได้

การสำรวจสุขภาพพระสงฆ์สามเณรทั่วประเทศจำนวน 90,250 รูป ในปี พ.ศ. 2549-2550⁶ พบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะ เจ็บป่วยจำนวน 27,588 รูป หรือคิดเป็นร้อยละ 30.6 โดยร้อยละ 29.5 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง เป็นต้น และจากการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ 78 วัดจำนวน 1,825 รูป ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าจำนวนพระสงฆ์ที่มี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 665 รูปคิดเป็นร้อยละ 36.4 และจาก รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสงฆ์ย้อนหลัง 4 ปี ในปี พ.ศ. 2555-2558⁷⁻¹⁰ พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วย เบาหวานมารับบริการที่ผู้ป่วยนอกมีมากเป็นอันดับที่ 3 ของ ผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยมีรายงานจำนวนพระสงฆ์อาพาธด้วย เบาหวานดังนี้ 4,859, 5,456, 5,920 และ 5,980 รูปตามลำดับ และพระสงฆ์ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในอาพาธด้วยเบาหวาน เป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล จากปี พ.ศ. 2555-2558 มีจำนวนดังนี้ 451, 480, 539 และ 549 รูปตาม ลำดับ⁷⁻¹⁰ และจากรายงานการคัดกรองภาวะสุขภาพพระสงฆ์ อาพาธด้วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานปี พ.ศ. 2555-2558⁸⁻⁹ พบว่าจำนวนพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจ HbA_{1c} เป็นไปตาม เกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด คือ $\geq 90\%$ ในแต่ละปีดังนี้ 92.60, 90.11, 90.98, 91.53 ตามลำดับ และ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA_{1c} น้อยกว่า 7% เป็นตามเกณฑ์ ที่กำหนดคือ $\geq 40\%$ ดังนี้ 54.17, 49.08, 42.92 และ 44.44 ตามลำดับ จากข้อมูลการควบคุมเบาหวานดังกล่าวสะท้อนให้ เห็นว่ามีระบบบริการจัดการดูแลพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวาน ที่ดี ส่วนการควบคุมเบาหวานได้ตามเกณฑ์ ย่อมขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วยเป็นสำคัญ⁷⁻¹⁰

จากสถานการณ์ของการเป็นเบาหวานในพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวาน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงมีความจำเป็นที่พระสงฆ์ต้องมีการจัดการการดูแลตนเอง ที่ดีมากขึ้นเพื่อสามารถดำรงชีวิตและสืบทอดพระพุทธศาสนา รวมทั้งสามารถลดปัญหาต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างไรก็ตาม ถึงแม้โรงพยาบาลสงฆ์มีระบบบริการจัดการดูแลพระสงฆ์ อาพาธด้วยเบาหวานที่ดีในโรงพยาบาลและในวัดมีการจัดตั้ง ศูนย์สุขภาพประจำวัดสายสัมพันธ์วัด-โรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 81 ศูนย์ทั่วประเทศยังไม่ครอบคลุมทุกวัด ทำให้พระสงฆ์ส่วนหนึ่งที่อาพาธอยู่ในวัดไม่สามารถจัดการ ดูแลตนเองได้¹¹ และจากข้อมูลของโรงพยาบาลสงฆ์¹² พบว่า

แหล่งที่มาของอาหารของพระสงฆ์ ได้แก่ การบิณฑบาต พุทธศาสนิกชนในชุมชนที่พระอาศัยอยู่ ส่วนใหญ่มักงดบิณฑบาตด้วยอาหารสำเร็จรูปที่หาซื้อได้อย่างสะดวก อาหารเหล่านั้นมักประกอบด้วยอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม หรือมีไขมันมากเกินไป ทำให้พระสงฆ์ไม่มีโอกาสคัดเลือกอาหารสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องฉันอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ซึ่งมีผลทำให้เกิดอ้วน น้ำหนักเกินและมักจะเป็นจุดเริ่มของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการจัดการการดูแลตนเอง เพื่อเป็นแนวทางและวิธีการให้แก่พระสงฆ์ที่ยังไม่สามารถควบคุมหรือจัดการการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังเป็นต้นแบบที่ดีแก่พระสงฆ์อาพาธเบาหวานรูปอื่นๆ และนอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการจัดการตนเองของเคลียร์¹³ 6 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลศึกษาในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 20 รูป มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสงฆ์ 2) สมัยคร่ำครึและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมศึกษาตลอดโครงการ 3) มีผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) ≤ 6.5 % เป็นเวลา 4 ปี ย้อนหลังในปี พ.ศ. 2555-2559) ไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวานและมีสติสัมปชัญญะการรับรู้ที่มีความสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2558-31 มีนาคม พ.ศ. 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ และ 2) ข้อมูลการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดการจัดการตนเองของ เคลียร์¹³ มีจำนวน 22 ข้อ

ผล

พบว่าพระสงฆ์มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 10 รูป และมากกว่า 60 ปีจำนวน 10 รูป มีจำนวนพรรษาสูงสุดในช่วง 6-10 พรรษา จำนวน 9 รูป และมีวุฒิการศึกษาทางโลกสูงสุด คือระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 7 รูป การศึกษาทางธรรมพระสงฆ์ส่วนใหญ่จบนักธรรมชั้นเอกจำนวน 17 รูป ระยะเวลาของ

การอาพาธด้วยเบาหวานมากที่สุดคือระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 10 รูป มีการใช้ยาเบาหวานชนิดเม็ด จำนวน 16 รูป ตลอดเวลา 4 ปี และมีจำนวน 3 รูปที่ใช้ยาใน 1 ปีแรก และลดลงจนไม่ได้ใช้ยาในปีที่ 4 และมีจำนวน 1 รูป ที่ไม่ใช้ยารักษาเบาหวานเลย ตลอดเวลา 4 ปี โดยมีแนวทางและวิธีการ และรูปแบบจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ดังนี้

1. แนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ มี 3 ประเด็นดังนี้ คือ

1.1 รับรู้ในการเป็นผู้ป่วยเบาหวาน รับรู้ถึงอาการและภาวะแทรกซ้อนโดยการศึกษาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเบาหวานจากกรรมพันธุ์ และรับรู้ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การฉันยา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ อากาศที่พบเมื่อเป็นเบาหวานพระสงฆ์บางรูปไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปมีอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อยๆ มีแผลที่เท้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่รับรู้ว่าเบาหวานจากการไปพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยอื่นๆ และตรวจพบว่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และมีส่วนหนึ่งเชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคเวโรครกรรมรักษาไม่หายขาด จากการรับรู้ของพระสงฆ์ดังกล่าวในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การรับรู้ทุกข คือรับรู้สิ่งที่ เป็น รับรู้การเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการรับรู้จาก 1) ด้วยตนเอง ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...อาตมาอ่อนเพลียง่ายไม่มีแรง มีอาการง่วงนอนหาวบ่อยๆ ปัสสาวะบ่อย ช่วงกลางวันได้อ่านตำราเองและศึกษาจากคนที่ เป็นเขาเล่าๆ มา คิดว่าอาการเข้ากับเบาหวานนะ...” 2) จากบุคลากรสาธารณสุข ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...มีอาการอ่อนเพลีย เบาบ่อยตอนกลางวัน โยมหมอบอกไม่ได้เป็นโรคต่อมลูกหมากแต่เป็นเบาหวาน” การรับรู้ที่เกิดขึ้นมีการรับรู้ “ทุกข” และเหตุแห่งทุกข “สมุทัย” เกิดความอยากมีกิเลส ตัณหา จึงนำมาซึ่งอาการและภาวะแทรกซ้อน ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...ฉันหวานมากเลยเป็นเบาหวานรักษาไม่หาย เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ โยมแม่เป็นเบาหวาน อาตมารับมาจากแม่เต็มๆ...” สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุแห่งทุกข เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางพุทธศาสนาคือการเปลี่ยนของ ขันธ์ 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ

1.2 มีเป้าหมายในการจัดการการดูแลตนเองหลังจากพระสงฆ์รับรู้ว่าเบาหวาน

มีการกำหนดเป้าหมายในการประพฤติปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ไม่ยากมรณภาพด้วยเบาหวาน ไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ไม่อยากพิการสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น อยากให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ จึงมีการกำหนดพฤติกรรมและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในหลักแห่ง

อริยสัจ 4 คือ “นิโรธ” การเข้าใจ และยอมรับและมีเป้าหมาย ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...เป้าหมายให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมไม่เกิน 120 พยายาม ลด ของแสลงก็ไม่อยากป่วยเพิ่ม ไม่อยากพิการโดนตัดแขนตัดขา ...” ในทางพุทธศาสนา ในหลักอริยสัจ 4 การบรรลุเป้าหมาย คือนิโรธ ความดับทุกข์ ดับต้นเหตุได้สิ้นเชิง พระสงฆ์ใช้หลากหลายวิธี เช่นการขมิ้นไว้ระงับ ให้ดับไปเอง การใช้ปัญญา พิจารณาสภาวะทั้งหลาย เช่น พิจารณาความไม่เที่ยง การตั้งเป้าหมายก็เพื่อการทำจิตใจให้ยอมรับ และตั้งมั่นที่จะประพฤติปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่ขั้นรู้หรือกำหนดวิธีการแก้ไข (มรรค) ในขั้นต่อไป

1.3 มีวิธีการจัดการการดูแลตนเองครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยมีการเรียนรู้ 1) ด้วยตนเองและ 2) ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข ในหลักแห่งอริยสัจ 4 “มรรค” คือแนววิถีการปฏิบัติที่จะทำให้บุคคลสามารถหลุดพ้นจากความทุกข์ได้ การเรียนรู้หาวิธีที่จะทำให้การมีชีวิตร่วมอยู่กับเบาหวานอย่างปกติสุข ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อน เริ่มเรียนรู้จากตนเองก่อน ผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษาด้วยตนเองจากหนังสือ ตำราแผ่นพับ จากอินเทอร์เน็ต ศึกษาเรียนรู้จากสิ่งแวดลอมในโรงพยาบาล ในวัด ในชุมชน และจากประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีประวัติเป็นเบาหวานและจากผู้มีประสบการณ์การเป็นเบาหวานมาถ่ายทอด จากโยมที่มาทำบุญที่วัด ดังตัวอย่างพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ดังนี้ “...ก็พึ่งจากอาการผู้ที่เป็นอย่างนี้ๆ ไปทั้งพระทั้งโยม ฟังแล้วเค้าบอกว่ากินนี้ผิวดาตามากก็จามากินอันนี้แสดง น้ำตาลขึ้นสูง อาตามาก็พยายามหลบคือสิ่งที่หนึ่งเป็นมัน สองเป็นหวาน... บางที่ต้องฉันเพื่อฉลองศรัทธา ก็ตัดแค่ผักสักชิ้น...” ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์พระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ดังนี้ “...มานั่งรอมหอยอยู่ตรงนี้มีนักเรียนหมอมาคอยให้ฟังพูดคุยเรื่องยาเบาหวานจับประเด็นที่เขาคุยกัน ได้สอนเรื่องยาฉีด การฉีดยาเบาหวาน ทำตามโยมหมอบอก มีพยาบาลหน้าห้องหอยให้คำแนะนำก็ทำได้...” การเรียนรู้ที่ดีและนำไปปฏิบัติ ในหลักแห่งอริยสัจ 4 การเรียนรู้เพื่อหาวิธีการดับทุกข์เรียกว่า มรรควิธี บุคคลสามารถกำหนดแนวทางเพื่อให้บรรลุจุดหมายในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงวางแผนแนวทางเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำซ้อนอีก ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ทั้งแก้ปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา วิธีการปฏิบัตินั้นต้องเป็นวิธีที่สามารถทำได้ทั้งทางกายและทางจิตใจ แนววิถีปฏิบัติเพื่อจัดการการดูแลตนเองมี 2 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองด้านร่างกายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถมีชีวิตร่วมอยู่กับเบาหวานอย่างมีความสุข สิ่งที่สำคัญนั้น คือการจัดการการดูแลตนเองด้านการฉีดยาอาหาร การฉีดยา การออกกำลังกาย พระสงฆ์ได้เห็นความสำคัญในการจัดการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านอย่าง

สม่ำเสมอตามการเรียนรู้ที่ได้รับมาด้วยตนเองและจากบุคลากรสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ดูแลตนเองด้านการฉีดยาอาหารพระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...ฉันอาหารให้คิดก่อนฉันคิดอย่างนี้ตลอด มีโยมให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน ลองไปทำดูก็แวกๆ กะๆ เอาว่าเท่านี้คือฉันแทนข้าว ถ้าฉันข้าวแล้วก็จะไม่ฉันถ้วยเดียว... เลิกฉันข้าวเหนียวเลย แวกๆ ทำยากเพราะเวลาไปกินนิมนต์ จะเลือกยาก...โยมนั่งจ้องมองก็มีเกรงใจจุดสำหรับเอาภาวถวาย ตอนหลังก็พยายามเลือกตักฉันผักให้มากขึ้น ...” การจัดการการดูแลตนเองด้านการฉีดยาอาหารเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การที่พระสงฆ์ได้ปฏิบัติ เช่นการพิจารณาก่อนฉัน การสะกดจิต สะกดใจ การมีสติ มองการฉีดยาเป็นเพียงเพื่อไม่ให้ร่างกายหิว เมื่อการฉีดยามีเหตุที่จำเป็น เช่นการไปฉันเมื่อมีกิจนิมนต์การบริหารการฉีดยาจะเลือกตักเพียงแต่ผัก และแจ้งบอกโยมเรื่องสุขภาพพระสงฆ์ การได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากสิ่งแวดลอม ในโรงพยาบาลและวัด การเรียนรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุข และลงมือปฏิบัติตามสิ่งที่รู้ และแก้ไขไปพร้อมกันกับด้านความรู้และความคิด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การละพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำตาลสูง ปฏิบัติตามแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 การดูแลตนเองด้านฉีดยาเบาหวาน พระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...ต้องฉีดยาตามหมอสั่งกลัวลืมก็ซื้อของยามาร้อยของแล้วจัดยาแยกๆ ไว้เลยจะไปกินนิมนต์ก็เอายาใส่ในย่ามไป เวลาไปฉันข้างนอกก็เอายาขึ้นมาฉันที่จัดแยกไว้...” การจัดการการดูแลตนเองด้านการฉีดยาเบาหวาน มีการเตรียมตัวที่ดี มีการบริหารยาหลากหลายวิธี สามารถบอกได้ว่ายาเม็ดไหนเป็นยารักษาเบาหวาน มีการเก็บยา แบ่งยา การฉีดยา แนววิถีที่ง่าย ๆ คือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ฉีดยาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์จัดให้ ไม่มีการปรับลดยาเอง มีวิธีการบริหารยาเพื่อป้องกันการลืมฉีดยา เช่น จัดยาเตรียมยาให้ครบเมื่อต้องไปธุระ เมื่อต้องไปรับกิจนิมนต์นอกวัด การเตรียมยาไปเป็นแผงเติม การจัดแบ่งยาออกเป็นซองแบ่งกำหนดเป็นวันๆ พระสงฆ์ต้องบริหารยาด้วยตัวเองตามบริบท สิ่งที่พระสงฆ์ปฏิบัติมาแสดงถึงการวางแผนที่ดี ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข มองการรักษาเป็นเรื่องของแพทย์ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การจัดการการดูแลตนเองเป็นเรื่องของผู้ป่วยที่จะช่วยสนับสนุนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันเกิดการบรรลุเป้าหมายนั้น

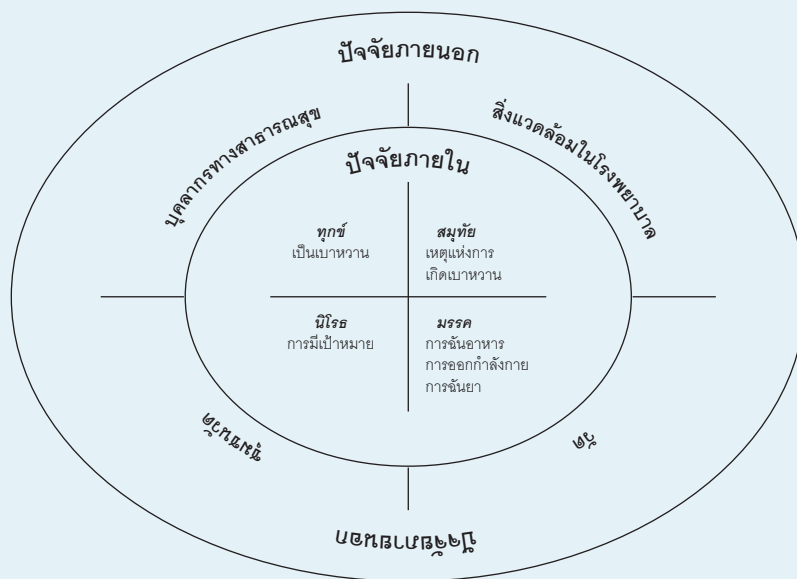
1.3 การจัดการการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย พระสงฆ์บางรูปให้สัมภาษณ์ว่า “...การออกกำลังกายทำทุกวันมารักษาที่มีสอนแกลงแขน โยมหมอบให้แกลงแขนให้ได้ วันละพันครั้งเราต้องมิวันย ...เพื่อที่ใช้วิธีการเดิน เน้นการเดินรอบวัดทำทุกๆ วัน ก็คิดว่าช่วยได้นะ...” การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์สามารถทำได้ทั้งในรูปแบบกิจวัตร

ประจำวันของพระสงฆ์คือการเดินบิณฑบาตทุกเช้า การปฏิบัติงานที่ใช้แรงกาย การเดินหลังทำวัตรเย็น การแกว่งแขน การใช้อุปกรณ์ช่วยในสถานที่ที่เหมาะสมเป็นส่วนตัว การออกกำลังกายเป็นโอสถอย่างดีสำหรับพระสงฆ์ที่จะช่วยส่งเสริมให้พระสงฆ์มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถประกอบศาสนกิจและจรรโลงพระพุทธศาสนาให้ยั่งยืนสืบต่อไป

2. การดูแลตนเองด้าน จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ฝึกอบรมจิตเพื่อให้เกิดคุณธรรม ฝึกปัญญาให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ สิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงจนถึงความหลุดพ้น ฝึกอบรมปัญญาเพื่อให้เกิดความรู้แจ้งอย่างสูง แนววิธีการจัดการตนเองเพื่อให้มีสุขภาพะ พระสงฆ์บางรูปมีแนววิธดังต่อไปนี้ “...ด้านจิตใจไม่รู้สึกรู้สีกุศล จะเป็นอะไรก็เป็นไป ถือว่าเราเอาธรรมะดูแลตนเอง ก็ไม่ท้อแท้ละ หลักอริยสัจ 4 นี้ก็เอามาใช้พิจารณาเมื่อเรามีปัญหา อะไรเป็นตัวทุกข์ มีเหตุจากอะไร ถ้ามีก็แก้ไขปัญหาก็ตัวเหตุ หาแนวทางหลายๆ แนวทางก็ช่วยให้เรามีทางออก ถ้าเป็นทางกายก็หมั่นพิจารณา กาย ถ้าเป็นทางจิตก็หมั่นฝึกฝนจิตทำจิตให้ว่าง รู้จักปล่อยวาง ให้เป็นแค่ชีวิตก็จะเป็นทุกข์...” พระสงฆ์มองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของความเป็นไปตามธรรมชาติที่จะต้องมีการเกิด การแก่ การเจ็บ และมีการตาย เป็นสังขารที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มี

ความเครียดเมื่อทราบว่าเป็นโรคด้วยเบาหวาน กลับมองว่าเป็นเบาหวานไม่มีตัวตน น้ำตาลสูงน้ำตาลต่ำในเลือดไม่มีตัวตน ขึ้นอยู่กับการเอาจิตไปผูกมัดกับสิ่งนั้นสิ่งนี้จะทำให้เกิดทุกข์ การรู้ทันในสิ่งที่เกิด หาหนทางแก้ไขในสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหา ทุกข์นั้นก็จะคลายไป ใช้หลักอริยสัจ 4 พิจารณา การที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานคือความทุกข์แล้ว มองว่าทุกข์ที่เกิดขึ้นจากเรื่องอะไรหาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ใช้สติยอมรับคือนิโรธ มรรคแนวทางแห่งการดับทุกข์ด้วยการข่มใจ การดับกิเลส ตัณหาด้วยการตัดขาด ด้วยการสงบ ระวังและสามารถดับกิเลส โดยสิ้นเชิงและดับได้ต่อเนื่องตลอดไป การเอาชนะความทุกข์นั้นคือเราต้องมีสติตลอดจึงสามารถคุมอารมณ์มีจิตอันเป็นสมาธิ จึงเกิดปัญญาแก้ไขปัญหาก็ได้ตลอดไป

2. รูปแบบการจัดการการดูแลตนเองที่ประสบความสำเร็จของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในซึ่งเป็นการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธตามหลักอริยสัจ 4 ได้แก่ การรับรู้ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์ การดับทุกข์ และการปฏิบัติเพื่อพ้นทุกข์ และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล วัด และชุมชน



รูปที่ 1 รูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสงฆ์

2.1 ปัจจัยภายในเป็นการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธตามหลักอริยสัจ 4 ได้แก่ การรับรู้ทุกข์ สาเหตุแห่งทุกข์ การดับทุกข์ และการปฏิบัติเพื่อพ้นทุกข์ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

1) การรับรู้ทุกข์ การรับรู้การเป็นเบาหวานเป็นสิ่งที่พระสงฆ์กำหนดรู้ทุกข์ มีการรับรู้การเจ็บป่วย อาการ อาการ

แสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สิ่งที่ทำให้ไม่สบายกาย และใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางกายและใจ

2) สาเหตุแห่งทุกข์ เป็นสิ่งที่ควรกำจัด คือ กำจัดเหตุแห่งทุกข์ พระสงฆ์รับรู้สาเหตุสามารถบอกเล่าได้ว่าการเป็นเบาหวานเป็นจากสาเหตุใด เช่น บางรูปเป็นจากกรรมพันธุ์ ฉันทอาหารหวาน ฉันทโดยไม่พิจารณา ไม่ออกกำลังกาย เกิดจากความไม่เข้าใจในสิ่งต่างๆ ตามความจริง

3) การดับทุกข์ดับกิเลส การรับรู้และเข้าใจใน เบาหวานยอมรับได้กับสิ่งที่เกิด พิจารณาการเกิดดับ การมีสติ ตั้งมั่น การมีเป้าหมายในชีวิต มีการยอมรับมองเห็นความไม่มี ตัวตนของค่าน้ำตาลแสดงถึงการเข้าใจและเข้าใจถึงและเกิดการ ยอมรับในสิ่งที่เกิด

4) การปฏิบัติเพื่อพ้นทุกข์ เป็นหนทางนำไปสู่ การดับทุกข์ การมีสุขภาพที่ดีตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การปฏิบัติ ตัวตามมรรควิธี พระสงฆ์หาวิธีการเรียนรู้เพื่อการดับทุกข์ทาง กาย ดับทุกข์ทางใจ การจัดการการดูแลตนเองด้านการฉัน อาหาร การฉันยา การออกกำลังกาย การบริหารจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป้าหมายคือการมีสุขภาพดี แม้จะเป็นเบาหวาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2 ปัจจัยภายนอกได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล วัดกับการจัดการด้านสุขภาพ ในวัดและชุมชนวัด การทำบุญตักบาตรของฆราวาสในชุมชน รายละเอียดดังนี้ คือ

1) บุคลากรสาธารณสุข คือ ผู้ให้บริการ ประกอบด้วยแพทย์ จักษุแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพ โภชนากร ทันตภิบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยดูแลคัดกรองเท้าเบาหวาน หน่วยเวชกรรมชุมชน บุคลากร ในทีมมีหน้าที่การคัดกรองภาวะสุขภาพส่งเสริม สนับสนุน และคำแนะนำในการจัดการการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำ ประเมินติดตามผลการรักษา การทำงานเป็นทีมและ ประสานงานส่งต่อระบบงาน มีการติดตามประเมินผล รวมทั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ของพระสงฆ์อาพาธเบาหวาน ติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในคลินิก รวมทั้งการให้การดูแลตั้งแต่แรกเริ่มเข้าคลินิกเบาหวาน จนการวางแผนสู่ชุมชน

2) สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเป็นสถานที่ พระสงฆ์ได้กล่าวถึงเพราะการจัดบริการการดูแลพระสงฆ์ อาพาธที่คลินิกเบาหวานช่วงระยะเวลาที่รอผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการและช่วงเวลาที่รอตรวจกับแพทย์ มีเวลาที่จะศึกษา ความรู้จากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น จากมุมสุขภาพศึกษา จากบอร์ดให้ความรู้ มุมอ่านหนังสือ จากมุมให้ความรู้เรื่อง อาหารเบาหวานจากนักโภชนาการ จากบอร์ดน้ำตาลสามมิติ

3) วัดกับการจัดการด้านสุขภาพในวัด วัดเป็น สถานที่พักอาศัยของพระสงฆ์จัดการการดูแลตนเองเมื่อ เป็นเบาหวาน ทางด้านการฉันอาหารพระสงฆ์ฉันอาหารที่มา จากการบิณฑบาต การออกกำลังกาย การจัดการดูแลตนเอง ด้านการฉันยา การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ในวัด มีตัวอย่างพระสงฆ์ที่มีปัญหาสุขภาพด้านเบาหวาน มีความ พิจารณาจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานมีฆราวาสที่มาทำบุญ เป็นเบาหวาน สิ่งที่ได้พบทำให้มีผลต่อการจัดการการดูแล ตนเองเมื่ออาพาธด้วยเบาหวาน

4) ชุมชนวัด คือชุมชนที่อยู่รอบๆ วัด การทำบุญ ตักบาตรของฆราวาสในชุมชน ฆราวาสนิยมถวายอาหาร สำเร็จรูปซึ่งสะดวกและเป็นอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มอาหาร เหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรค เรื้อรัง รวมทั้งการที่พระสงฆ์รับกิจนิมนต์ในงานบุญต่างๆ นอกวัด มีผลต่อการจัดการการดูแลตนเองด้านการฉันอาหาร และ การฉันยา

ทุกขั้นตอนของการจัดการการดูแลตนเองนั้นพระสงฆ์ ทำได้ด้วยตนเอง บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้เสนอแนวทางที่ ให้ พระสงฆ์เลือกปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของพระสงฆ์เอง แนวทาง ที่พระสงฆ์ใช้คือแนวทางแห่งอริยสัจ 4 มองเห็นทุกข์หาแนวทาง ดับทุกข์ด้วยตนเอง ระลึกและเข้าใจ มีจิตอันตั้งมั่นเพื่อขจัดเหตุ แห่งทุกข์ ปฏิบัติตามแนวทางแห่งมรรควิธี เพื่อการมีชีวิตอยู่กับ เบาหวานอย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติกิจของ พระสงฆ์เพื่อสืบทอดศาสนาต่อไป

วิจารณ์

จากผลการศึกษาการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์ อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ได้แนวทางและวิธีการจัดการการดูแลตนเอง ให้ประสบความสำเร็จนั้นพระสงฆ์ได้มีการรับรู้ในการเป็นผู้ป่วย เบาหวาน มีเป้าหมายในการจัดการการดูแลตนเอง และมีวิธี การจัดการการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ การรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเป็นจากกรรมพันธุ์สอดคล้อง กับการศึกษาของ เพชรรัตน์¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ของความเสี่ยง ต่อการเกิดเบาหวานการเป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเป็นเบาหวานและนอกจากนี้มีการศึกษา รูปแบบการเรียนรู้ตามหลักอริยสัจ 4¹⁵ พบว่ามีผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำไปสู่ความ สำเร็จในการจัดการความดันโลหิตสูงในฆราวาสได้ พระสงฆ์ เมื่อรับรู้ทุกข์และเหตุแห่งทุกข์มีการกำจัดทุกข์ การที่พระสงฆ์ มีศีล 227 ข้อ ศีลในทางพระพุทธศาสนาคือข้อกำหนดให้ พระสงฆ์ประพฤติปฏิบัติทางกายและทางใจ และพระสงฆ์ ยังสามารถนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้ามาเป็น เป็นองค์ประกอบในการจัดการการดูแลตนเองนั้นจะทำให้เกิด ความสำเร็จหรือบรรลุเป้าหมายนั้นได้ง่าย

การศึกษานี้ได้รูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของ พระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยที่ประสบผลสำเร็จ นั้นขึ้นอยู่กับตัวของพระสงฆ์เองที่มีองค์ประกอบทั้งปัจจัย ภายในและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ จากองค์ประกอบภายในที่ขึ้นอยู่กับตัวพระสงฆ์เองที่ใช้หลัก แห่งอริยสัจ 4 มาเป็นแนวทางจัดการตนเอง มองเห็นทุกข์ คือการเป็นเบาหวาน สาเหตุแห่งทุกข์ คือ เหตุแห่งการเป็น

เบาหวาน นิโรค คือ การที่สามารถเข้าใจและยอมรับ จนมีเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อดับในทุกข์ จนสามารถมีแนวทางการจัดการการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แต่การศึกษาในฆราวาสที่เป็นเบาหวานกับหลักอริยสัจ 4¹⁶ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นฆราวาสจะไม่สามารถอธิบายหลักของอริยสัจ 4 ได้ทั้งหมด แต่การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางอริยสัจ 4 ก็ได้แทรกซึมอยู่ในวิถีชีวิตการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานรายใดที่เกิดการตระหนักรู้ความสนใจ เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ผลการตรวจสุขภาพร่างกายจะออกมาดีและจิตใจก็ไม่เศร้าหมองในกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนั้นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการจัดการการดูแลตนเอง จากรายงานของสำนักงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)¹⁷ ที่กล่าวถึงการทำบุญใส่บาตร ฆราวาสนิยมตักบาตรด้วยอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลสูง สอดคล้องกับการรายงานภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ของโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2558 พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง คือโรคความดัน หัวใจ และเบาหวาน ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ วัดและชุมชนที่พระสงฆ์อาศัยอยู่ การที่พระสงฆ์ไม่สามารถทำอาหารฉันด้วยตัวเองได้จึงฉันอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตแต่จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา¹⁸ พบว่าพฤติกรรมด้านโภชนาการและพฤติกรรมด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ผ่านตามเกณฑ์ พฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดทุกรูปที่ศึกษาแต่พบว่าวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์เช่นการนั่งสมาธิ การกำหนดรู้ การศึกษาพระธรรมวินัยเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎกสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้และมีส่วนช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนร่วมกันดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการสร้างเจตคติในการถวายอาหารที่ดีต่อสุขภาพของพระสงฆ์ อย่างไรก็ตามการที่จะนำรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลสงฆ์หรือโรงพยาบาลที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธหรือผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นฆราวาสเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของงานศึกษามากขึ้น เพราะการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธเบาหวานตามแนวทางอริยสัจ 4 นั้นเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นระบบ ปฏิบัติได้จริง และสามารถตรวจสอบได้เพียงแต่ต้องลงมือกระทำด้วยตนเอง ปัญหาสามารถแก้ไขได้จากความเพียรพยายามของตนเอง และต้องใช้สติปัญญาพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบด้วยแนวทาง

แห่งการบรรลุเป้าหมาย หรือแก้ไขปัญหานั้น เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จก็สามารถจะนำไปสู่การหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจ ดังนั้นพระสงฆ์อาพาธเบาหวานจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจของตน ตามแนวพระพุทธองค์คือหลักแห่งอริยสัจ 4 นั้นเอง

สรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าการจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการได้ด้วยตนเองจากการเรียนรู้ด้วยตนเองและการได้รับความแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเป็นพระสงฆ์ การมีศีลเป็นเครื่องกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิต การจัดการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในพระสงฆ์อาพาธด้วยเบาหวานจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของพระสงฆ์เองที่สามารถรับรู้และเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นคือการรับรู้ทุกข์ รับรู้ปัญหาคือการรับรู้การเป็นเบาหวาน (ทุกข์) และสามารถหาสาเหตุของการเกิดปัญหานั้น (สมุทัย) จนเข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิด มีเป้าหมายเพื่อจะดับสาเหตุแห่งการเกิดในทุกขนั้น (นิโรธ) โดยหาแนวทางและวิถีปฏิบัติ (มรรค) โดยมีการศึกษาหาวิธีและเรียนรู้แนววิถีเหล่านั้นเพื่อให้สามารถจัดการการดูแลตนเองได้ จากปัจจัยภายนอกที่มาเกี่ยวข้อง คือ จากสิ่งแวดล้อมในวัด ในชุมชนวัด จากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเมื่อเข้ามาใช้บริการบริการในโรงพยาบาล และจากบุคลากรทางสาธารณสุข จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขกับเบาหวานสามารถปฏิบัติตามกิจของพระสงฆ์เพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ วีระศักดิ์ ศรีนภากร ที่ปรึกษารองและพระสงฆ์ทุกรูปที่อนุญาต ยินดีให้สัมภาษณ์ และทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 7th [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 20]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>
2. วิชัย เอกพลากรบรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี:สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
3. ราม รังสินธุ์และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2554. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
4. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข 2556. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556.
5. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์บรรณาธิการ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวม: เฉลิมพระเกียรติงานฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี. [นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข]; 2550.
7. งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลสงฆ์ประจำปีงบประมาณ 2555 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์; 2555.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลสงฆ์ประจำปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์; 2556.
9. งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลสงฆ์ประจำปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์; 2557.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลสงฆ์ประจำปีงบประมาณ 2558 โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์; 2558.
11. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์เปิดตัวศูนย์สุขภาพประจำวัด มุ่งสร้างสายสัมพันธ์วัด – โรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=9120.
12. รพ.สงฆ์ชวนร่วมรณรงค์ลดอันตรายลงพุงพระ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=4437.0;wap2>.
13. Creer. T. Self-management in Handbook of Self-regulation. San Diego: Academic Press; 2000.
14. เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน. Rama Nurse J 2554; 16: 169-84.
15. ธนพร วรรณกุลอารยา ทิพย์วงศ์. รูปแบบการเรียนรู้ตามหลักอริยสัจ 4 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก http://eresearch.library.ssru.ac.th/bitstream/123456789/308/1/ird_191_56.pdf
16. รัญทิพย์ วิชาพงศ์ศานต์. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางอริยสัจ ๔ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.mcu.ac.th/userfiles/file/library1/Thesis/837.pdf>
17. สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ก่อนต่อบาตร ควรใส่ใจสุขภาพพระสงฆ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/32015>.
18. ปันณธร ชัชวรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/8-53.pdf> ●

มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

เนาวรัตน์ สากลาลัย พย.ม.*

สุชีวา วิชัยกุล พย.ด.**

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 679 ถนนรามอินทรา

แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ 681 ถนนรามอินทรา

แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

Abstract : The Establishment of Nursing Standard of Prevention and Caring for Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn, Nopparat Rajathane Hospital

Satalalai N*

Wichaiikul S**

**Inpatient Nurse Department at Nopparat Rajathane Hospital 679 Ramindra Rd., Khannayao, Bangkok, 10230

**Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira 681 Ramindra Rd., Khannayao, Bangkok, 10230

(E-mail : nsatalalai@gmail.com)

This action research aimed to develop nursing standard of persistent pulmonary hypertension of newborns (PPHN) at Nopparat Rajathane Hospital. Sixty – four register nurses, 15 high-risk pregnant women and 12 newborns with PPHN were involved by using purposive sampling. The research instruments are the standard of PPHN, self-evaluation test, satisfaction questionnaire, medical record and open-end questions. Instruments were validated by five specialists and the reliabilities each of 0.89, 0.85 and 0.79 respectively. Descriptive statistics, T-test, and Chi square were employed and the results are: 1. There was significant difference of knowledge in nurse practitioner between before and after using the nursing standard ($p<0.05$). 2. The mean score of nurse satisfaction to the standard of practice was at the high level ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.43$) and the mean satisfaction score of high-risk pregnant and parents was at the highest level ($\bar{X}=4.88$, $SD=0.63$). 3. There was significant difference of complication of high-risk pregnant woman and newborns with PPHN between before and after using nursing standard ($p<0.05$). 4. There was significant difference of admission between before and after using

nursing standard ($p<0.05$). 5. There was significant difference of average cost between before and after using nursing standard ($p<0.05$).

Keywords : Nursing standard, Newborn, High risk pregnant and neonate, PPHN

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้ร่วมศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 64 คน ผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงจำนวน 15 ราย และทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงจำนวน 12 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด 2) แบบวัดความรู้ของพยาบาล 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อการใช้มาตรฐาน 4) แบบบันทึกผลการใช้มาตรฐานการพยาบาล 5) คำถามปลายเปิดในการทำ Focus group โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 1-3 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.79 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ T-test และ Chi square

พบว่า 1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการใช้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานหลังนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.43$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงและมารดาทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.88$, $SD = 0.63$) 3. ภาวะแทรกซ้อนจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงและทารกที่มีภาวะ PPHN หลังใช้มาตรฐานการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 4. จำนวนวันนอนของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 5. ค่ารักษาพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง หลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติต่ำกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการใช้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : มาตรฐานการพยาบาล ทารกแรกเกิด มารดาและทารกกลุ่มเสี่ยง ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด

บทนำ

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn, PPHN) เป็นปัญหาที่พบในทารกคลอดครบกำหนด และเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของทารกในระยะแรกเกิด ทำให้มีอัตราการตายสูง¹ ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดในทารก 1 ถึง 2 ต่อทารก 1,000 ราย² และมีอัตราการตายร้อยละ 4.0-33.0³⁻⁴ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบอุบัติการณ์การตาย⁵ 0.38-0.99 ต่อทารกแรกเกิด 1,000 ราย สาเหตุเกิดจากการไหลเวียนโลหิตที่มีความต้านทานและความดันของหลอดเลือดแดงในปอดสูงไม่ลดลงตามปกติหลังคลอด เลือดที่ไหลเวียนไปปอดไหลลัดไปทาง Ductus Arteriosus และ Foramen Ovale ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนจึงมีอาการเหมือนหอบ หายใจเร็ว ตัวเขียว ความดันโลหิตต่ำ และซีกอืด นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อภาวะความดันเลือดปอดสูงในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด คือ Asphyxia ภาวะมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ ภาวะน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ มารดาดังครรภ์เกินกำหนด มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะพิษแห่งครรภ์⁶ สาเหตุเหล่านี้จะนำมาสู่ภาวะขาดออกซิเจน มีผลให้แรงต้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้นในขณะที่สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในระยะหลังคลอด คือกลุ่มอาการสุดสักรัซซีเทาได้แก่ ภาวะ Asphyxia ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ ภาวะเลือดข้น กลุ่มหายใจขัดข้อง (Transient Tachypnea of the Newborn : TTN)

ซึ่งการขาดออกซิเจนในระยะหลังคลอดทำให้หลอดเลือดปอดหดเกร็งตัว แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น มีผลให้ความดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น ซึ่งวิธีการรักษาเพื่อลดความดันโลหิตในหลอดเลือดปอดและเพิ่มความดันโลหิตของร่างกายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง ผู้ดูแลทารกกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ⁷

ในขณะที่ปัจจัยการเกิดภาวะนี้ สามารถป้องกันได้ตั้งแต่วะยะก่อนคลอด และปัจจัยการป้องกันเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงโดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ต้องตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของทารกต่อการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน ตลอดจนต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะหากพยาบาลไม่เห็นความสำคัญ ปล่อยให้ทารกขาดออกซิเจนนานๆ ก็จะเกิดภาวะเสี่ยงยากแก่การรักษา และทำให้มีอัตราการตายสูงดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรม ทารกที่เสียชีวิตของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าทารกแรกเกิดเสียชีวิตด้วยภาวะความดันเลือดปอดสูง ร้อยละ 72.7 ในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 40.0 ในปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 33.0 และในปี พ.ศ. 2558 พบร้อยละ 25.0 ตามลำดับ ภาวะความดันเลือดปอดสูงเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องการการดูแลอย่างปลอดภัย โดยต้องผสมผสานและเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด หลังคลอด เพราะหากไม่มีการเชื่อมโยงแต่ให้บุคลากรในแต่ละหน่วยงาน ต่างคนต่างมุ่งดูแลในส่วนที่ตัวเองรับผิดชอบ จะทำให้ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานดูแลรวมทั้งการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลทารกขาดประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ติดตามระบบบริหารความเสี่ยงของศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าแม้อัตราการตายของทารกจากภาวะความดันเลือดปอดสูงจะลดลง แต่ภาวะนี้มีความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดของสาขากุมารเวชกรรม ในขณะที่พยาบาลเองต้องมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤติได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง การประเมินสภาพไม่จำเป็นการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หรือการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะเป็นส่วนที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยเนื่องจากภาวะความดันเลือดปอดสูงเมื่อเกิดจะปรากฏอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลจึงจะต้องมีทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็น ที่สำคัญคือมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสามารถเชื่อมโยงการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่องเพื่อจะสามารถให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุม

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนา มาตรฐานการพยาบาล เพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงการดูแลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือป้องกันปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ในห้องคลอด

หลังคลอด และเมื่อเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงแล้ว พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายต่อหัวในโรงพยาบาล ส่งผลทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ สนับสนุนนโยบายองค์กรมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการบริการพยาบาลของหน่วยงานให้มีคุณภาพสูงสุดตอบสนอง Service Plan ที่ต้องการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในทารกแรกเกิดเป็นเป้าหมายในการปฏิบัติงานและเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพราะมาตรฐานการพยาบาลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประกันคุณภาพวิชาชีพพยาบาล

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโดยใช้ทฤษฎีระบบ แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** ระยะพัฒนามาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง มีขั้นตอนการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาโปรแกรม ผู้ศึกษาทบทวนทฤษฎีระบบเพื่อวิเคราะห์ปัญหาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงปัญหาและระดมสมอง เพื่อพัฒนามาตรฐานให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องในการป้องกันการเกิดในมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการดูแลเมื่อเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม - 27 กันยายน พ.ศ. 2558 ต่อจากนั้นวางแผนพัฒนามาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดตามแนวคิดของเมสัน⁸ ทั้งหมด 5 มาตรฐาน⁹⁻¹⁷ ประกอบด้วยมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลมารดากลุ่มเสี่ยงในหน่วยงานห้องคลอด มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลก่อนและระหว่างย้ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด มาตรฐานที่ 3 การรับย้ายทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง มาตรฐานที่ 4 การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด มาตรฐานที่ 5 การพยาบาลทารกหลังย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านนำมาหาค่า IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.82

- 2) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยตรวจสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราช (Conbrach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.79 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 มีการนำร่างมาตรฐานไปทดลองปฏิบัติเพื่อหาความตรงตามความสัมพันธ์ตามแนวคิดของเมสัน⁸ ระหว่างมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในหน่วยงานห้องคลอด หลังคลอด ทารกแรกเกิดป่วย และวิกฤติทารกแรกเกิดจำนวน 20 คน สามารถปฏิบัติได้ทุกรายการ คิดเป็นร้อยละ 100.0

ขั้นตอนที่ 4 ประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความสอดคล้องและความเชื่อมโยงในการดูแลในทุกมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 5 ปรับแก้มาตรฐานตามข้อเสนอแนะจากการทำ Focus group และสรุปออกมาเป็นมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด ใช้เวลาทั้งสิ้น 21 สัปดาห์ระหว่างวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น โดยนำมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงลงสู่การปฏิบัติจริง มีขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ใช้มาตรฐานการพยาบาลโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาล (กลุ่มทดลอง) เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในหัวข้อมาตรฐาน ขั้นตอนการปฏิบัติและให้ความรู้ในเรื่องการคัดกรองมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยง ประเมินความรู้ของพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 22-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

ขั้นตอนที่ 2 การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติจริงในมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยง ทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด ทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤติทารกแรกเกิด โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งทำงานอยู่ในหน่วยงานห้องคลอด หลังคลอด ทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤติทารกแรกเกิดจำนวน 44 คน โดยปฏิบัติงานดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง ทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มเสี่ยง และทารกที่มีภาวะความดันปอดสูงโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 23 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้ศึกษาและทีมผู้สังเกตในช่วงการปฏิบัติงานเวรเช้าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นประเมินประสิทธิผลของมาตรฐาน โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลด้านความปลอดภัย ด้านการพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หลังจากสัปดาห์ที่ 23 ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม - 28 สิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยนำข้อมูลไป

เปรียบเทียบกับมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2558 ก่อนดำเนินการทดลอง และประเมินความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ป่วย ประเมินความพึงพอใจและความรู้และของพยาบาลที่ใช้มาตรฐานเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ T-test Chi square และ McNemar test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาอ่านข้อมูลซ้ำๆ แล้วนำคำสำคัญมาตั้งประเด็นแยกแยะหมวดหมู่เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลกัน การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ผลการศึกษาในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์เชิงคลินิกในการประเมินผลมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและมีปัญหาความดันเลือดปอดสูง **ส่วนที่ 1** ผลลัพธ์เชิงกระบวนการจากการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด โดยได้มีการนำไปทดลองใช้เพื่อค้นหาอุปสรรคปัญหา และปรับแนวทางแก้ไขแนวปฏิบัติในพยาบาล 20 คนและทำ Focus group หลังทดลองใช้พบว่าพยาบาลหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดมีผลการวิเคราะห์ดังนี้คือ

ตารางที่ 1 สรุปผลการทำ Focus group ร่างมาตรฐานการพยาบาลตามแนวคิดของเมสัน^๑

แนวคิดของเมสัน	ความคิดของผู้ทดลองใช้จากการทำ Focus group
มาตรฐานเชิงกระบวนการ	
1. มีกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติหรือกระทำโดยละเอียดและเป็นขั้นตอน	1. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100.0 ที่ทดลองปฏิบัติตามมาตรฐานพบว่า มาตรฐานมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ละเอียด ครบถ้วน
2. สามารถประกันผลลัพธ์เชิงบวกสำหรับผู้ป่วยได้	2. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100.0 เห็นว่ามาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์เชิงบวก
3. กระบวนการตามมาตรฐานพัฒนาวิธีการดูแลทั้งหมด	3. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 91.6 เห็นด้วยว่ามาตรฐานการพยาบาลมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมาแต่มีบางคนเห็นว่าควรมีการพัฒนาวิธีการเพิ่มตั้งแต่ห้องฝากครรภ์
มาตรฐานเชิงผลลัพธ์	
1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงของภาวะคุณภาพ ของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมภายหลังให้การพยาบาล	1. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100.0 เห็นว่ามาตรฐานการพยาบาลภาวะ PPHN สามารถอธิบายภาวะคุณภาพของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมภายหลังให้การพยาบาล
2. ผลลัพธ์ที่ได้เป็นผลลัพธ์ทางบวกป้องกันผลลัพธ์ทางลบ	2. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100.0 เห็นว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามมาตรฐานให้ผลลัพธ์ทางบวก
3. ผู้ป่วยพึงพอใจ	3. พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100.0 เห็นว่าผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน และผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์เชิงคลินิกในการประเมินประสิทธิผลของมาตรฐานการพยาบาลได้ผลดังนี้คือ

2.1 ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลและป้องกันมารดาในกลุ่มเสี่ยงก่อนคลอดและทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังคลอดอยู่ในระดับสูงขึ้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (n=44)

ความรู้ของพยาบาล	$\bar{X}$	SD	T	p-value
ก่อนทดลอง	5.7	2.4	15.7	0.001
หลังทดลอง	7.3	1.7	27.9	0.001

P-value <0.05*

2.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้หลังใช้มาตรฐานการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (n=44)

ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความสะอาด	3.18	0.59	ปานกลาง
ด้านความครอบคลุมของมาตรฐาน	4.56	0.44	ดีมาก
ด้านประโยชน์ต่อพยาบาล	4.59	0.48	ดีมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.11	0.43	ดี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการวิจัยมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดหน่วยงานห้องคลอด หลังคลอด และวิกฤติทารกแรกเกิด (n=27)

ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การดูแลและบริการของพยาบาล	4.88	0.74	ดีมาก
การได้รับข้อมูลก่อนคลอดและหลังคลอด	4.85	0.58	ดีมาก
การสอนของพยาบาล	4.92	0.71	ดีมาก
รวม	4.88	0.63	ดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.0 เท่ากับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 เท่ากับดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 เท่ากับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 เท่ากับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ควรปรับปรุง

2.3 ความปลอดภัยของทารกที่คลอดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงและทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการให้มาตรฐาน โดยพบภาวะแทรกซ้อนต่อทารกจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงด้านการติดเชื้อจากแผลและท้องเสียลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ด้านการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงในห้องคลอด ในช่วงที่ใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด กับปรากฏการณ์การเกิดในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา (n=15)

ภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดจากมารดา กลุ่มเสี่ยงในห้องคลอด	มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ)	p-value
ก่อนทดลอง	3 (20.0)	12 (80.0)	0.03
หลังทดลอง	2 (13.3)	13 (86.7)	

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ด้านการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อจากแผล และท้องเสียของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ในหน่วยงานวิกฤติทารกแรกเกิดในช่วงที่ใช้ มาตรฐานการพยาบาลการเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด กับปรากฏการณ์การเกิดในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา (n=12)

ภาวะแทรกซ้อน	ติดเชื้อ (ร้อยละ)	ไม่ติดเชื้อ (ร้อยละ)	p-value
การติดเชื้อในกระแสเลือด			
- ก่อนทดลอง	9 (75.0)	3 (25.0)	0.14
- หลังทดลอง	7 (58.3)	5 (41.7)	
Infected Wound			
- ก่อนทดลอง	2 (16.7)	10 (83.3)	0.043
- หลังทดลอง	1 (8.3)	11 (91.7)	
Infected Diarrhea			
- ก่อนทดลอง	1 (8.3)	11 (91.7)	0.0094
- หลังทดลอง	0	12 (100.0)	

2.4 ค่าเฉลี่ยวันนอนของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังคลอดก่อนใช้มาตรฐานและหลังใช้มาตรฐานการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง หลังคลอดในช่วงที่ใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด กับปรากฏการณ์การเกิดในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา และหลังใช้มาตรฐานการพยาบาล

วันนอนโรงพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดัน ปอดสูงหลังคลอด	$\bar{X}$ (วัน)	SD	T	p-value
ก่อนทดลอง	26.92	18.933	4.92	0.001
หลังทดลอง	14.92	9.977	5.17	0.001

2.5 ค่ารักษาพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง หลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติต่ำกว่า ก่อนได้รับการพัฒนาการให้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในช่วงที่ใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด กับปรากฏการณ์การเกิดในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา

ค่ารักษาในโรงพยาบาลของทารกที่มีภาวะความดันปอดสูงหลังคลอด	$\bar{X}$ (บาท)	SD	T	p-value
ก่อนทดลอง	78,815.44	47,565.67	5.7	0.001
หลังทดลอง	78,493.69	68,401.44	3.9	0.002

วิจารณ์

ผลการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดหลังคลอดทารกแรกเกิดป่วย และวิกฤติทารกแรกเกิดให้ความร่วมมือในการนำมาตราฐานการพยาบาลไปใช้ และให้ความสำคัญกับการมีมาตรฐานเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเนื่องจากพยาบาลทุกคนทราบดีว่ามาตรฐานการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการประกันคุณภาพวิชาชีพ สอดคล้องกับเมสัน⁸ ที่กล่าวว่า การตัดสินใจคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลนั้นจำเป็นต้องมีเกณฑ์ในการตัดสินใจนั้นคือจะต้องมีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการนำโปรแกรมมาตรฐานไปทดลองปฏิบัติกันแม้จะมีข้อจำกัดอยู่บ้างในเรื่องระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม แต่พยาบาลวิชาชีพทุกคนก็ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจนครบโปรแกรมซึ่งในขณะที่มีการดำเนินการมีการสอบถาม แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดจึงมีความสมบูรณ์และเหมาะสมในการที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงต่อไป

จากการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการให้มาตรฐานการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการพัฒนา มีการจัดประชุม อบรม ชี้แจง ทำความเข้าใจ ซึ่งถือเป็นการเตรียมความพร้อมให้พยาบาลมีคุณสมบัติ มีความรู้ ความสามารถ และศักยภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองภารกิจขององค์กร มาตรฐานการพยาบาลคือเครื่องมือที่จะช่วยพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อได้มีการดำเนิน

การประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ รวมทั้งให้ความรู้ในรายละเอียดของมาตรฐาน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริรัตน์¹⁸ ซึ่งศึกษาผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติหลังผ่าตัดหัวใจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักสถาบันโรคทรวงอก พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังใช้มาตรฐานสูงกว่าก่อนใช้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nicholls¹⁹ ที่พบว่าองค์ประกอบทางสังคมมีผลต่อมาตรฐานการพยาบาล กล่าวคือก่อนกำหนดมาตรฐานการพยาบาลจะต้องศึกษาถึงความต้องการของสังคม เมื่อสังคมคือประชาชนขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ มาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นต้องสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะทำให้สุขภาพประชาชนดีขึ้น โดยที่พยาบาลวิชาชีพเองจะต้องมีความรู้เพื่อให้มาตรฐานการพยาบาลเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นจากการทดลองเมื่อมีการให้ความรู้เรื่องมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและนำมาตรฐานการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติในทุกหอผู้ป่วย ตัวพยาบาลเองจึงพยายามศึกษาทำความเข้าใจถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของมาตรฐานก่อนนำไปปฏิบัติจริง มีผลให้หลังนำมาตราฐานไปใช้พยาบาลวิชาชีพจึงมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองสิ้นสุดลง ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลต่อการป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดสูงกว่าก่อนทดลอง

ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการให้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดพบว่ารายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ส่วนโดยรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่ามาตรฐานการพยาบาลที่สร้างขึ้นมานั้นสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลและสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้ เพราะการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดนั้นต้องดูแลเพื่อป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนในมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่

ห้องคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิดป่วย แต่เมื่อทารกเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงและได้รับการดูแลในหอวิกฤติทารกแรกเกิดแล้ว ทารกจะต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น เมื่อนำโปรแกรมมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพในแต่ละงาน มีการประสานและเชื่อมโยงการดูแลมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงและทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานตัวพยาบาลเองได้ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการเชื่อมโยงการดูแลงานประสบความสำเร็จเมื่องานสำเร็จจะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลเกิดความรักงานและพึงพอใจในงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกพร²⁰ พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการปฏิบัติงานหลังใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลจะสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโดยรวมอยู่ในระดับดีหลังใช้โปรแกรมมาตรฐาน

ส่วนความพึงพอใจต่อความสะดวกในการนำมาตรฐานไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจด้านความสะดวกไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอด หลังคลอด ตึกทารกแรกเกิดป่วย และตึกวิกฤติทางทารกแรกเกิดเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย เช่น นโยบายจากผู้บริหาร ปัญหาจากองค์กร เวลาและโอกาส รวมทั้งบทบาทหน้าที่และภาระงานของพยาบาลเอง จากการศึกษาของกนกพร²⁰ พบว่าอุปสรรคของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผัดตองพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลในแผนกศัลยศาสตร์สูติ-นรีเวช จักษุ-โสต โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 3 ตอบว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติ ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจด้านความสะดวกจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาที่มีการดำเนินโปรแกรม อย่างไรก็ตามการให้โอกาสรวมทั้งการสนับสนุนให้มีการใช้มาตรฐานเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเข้าใจและชำนาญมากขึ้นก็จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น

สำหรับความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มเสี่ยงในห้องคลอดและมารดาของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลพบว่าเมื่อนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติ มารดาในกลุ่มเสี่ยงและมารดาของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอธิบายได้ว่ามารดาในกลุ่มเสี่ยงขณะรอคลอดย่อมมีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของตัวเองและบุตร

ในครรภ์ ในขณะที่มารดาหรือผู้ปกครองของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ซึ่งทารกอยู่ในภาวะวิกฤติ ต้องให้การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจมีความวิตกกังวลสูงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของบุตร ทั้งจากการใช้ยา การใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และหากได้รับการดูแลที่ไม่ดีพอ อาจส่งผลให้เป็นอันตรายถึงชีวิต จึงคาดหวังไว้ว่าจะได้รับการดูแลตามความจำเป็นและความต้องการ เมื่อได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานก็จะนำไปเปรียบเทียบกับความคาดหวังของตนเอง และเกิดความพึงพอใจดังผลของการศึกษาของจุฬามณี²¹ ซึ่งศึกษาผลของการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลหลังการใช้มาตรฐานการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งพบว่าความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มเสี่ยงและมารดาของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความปลอดภัยต่อภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงในห้องคลอดและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดหลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการใช้มาตรฐาน โดยผลการศึกษาพบว่าหลังนำมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติ ทารกที่คลอดจากมารดาในกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่จะนำไปสู่ภาวะ PPHN ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการติดเชื้อของแผลที่เกิดจากการทำหัตถการและการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีเป้าหมายจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งในการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและมีเป้าหมาย โดยอาศัยมาตรฐานการพยาบาลเป็นคู่มือในการปฏิบัติ¹⁹ ซึ่งการปฏิบัติที่มีการประสานเชื่อมโยงกันในทุกหอผู้ป่วยไม่ใช่ต่างคนต่างทำจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานและเชื่อมโยงที่ดี เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นก็สามารถปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญทิพย์²² เรื่องผลของทีมการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจของทีมและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเนื่องออกมาแรงที่รักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มที่มีการใช้ทีมการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ทีมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่การติดเชื้อในกระแสเลือด (Ni) ของทารกที่มีภาวะ PPHN ก็ลดลง

แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) เนื่องจากมีสาเหตุและปัจจัยต่างๆ มากมายทั้งทางด้านมารดาและทางด้านตัวทารกที่จะทำให้โอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดมากขึ้นหรือลดน้อยลง เช่น น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ทารกมีภาวะ Perinatal Asphyxia หรือจากการทำหัตถการต่างๆ

นอกจากนั้นพยาบาลจะทำหน้าที่แก้ปัญหา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยพร้อมทั้งติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนโดยกระทำอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ ทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ลดการติดเชื้อ ลดวันนอนในโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายต่างๆ ลดลงไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาของกนกพร²⁰ เรื่องคุณภาพและมาตรฐาน พบว่าคุณภาพการพยาบาลต้องประกอบด้วยคุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in Fact) และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in Perception) ซึ่งคุณภาพตามความเป็นจริงนั้นเกิดจากการที่ผู้ให้บริการได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น ส่วนคุณภาพตามการรับรู้จะเกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้รับบริการซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และทัศนคติของผู้รับบริการแต่ละคน ดังนั้นในการประเมินคุณภาพจึงจำเป็นต้องประเมินคุณภาพที่เกิดขึ้นจริงคือการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้นสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงก่อนและหลังใช้มาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยวันนอนหลังใช้มาตรฐานการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และค่ารักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงหลังนำมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงลดลงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้นมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดเมื่อนำลงสู่การปฏิบัติจริง พยาบาลวิชาชีพใช้มาตรฐานในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทำให้มารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงตลอดจนทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงได้รับการดูแลที่ดี ส่งผลให้มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งลดค่ารักษาได้จริง

สรุป

การพัฒนาเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดสามารถปฏิบัติได้จริง เนื่องจากมาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือบอกแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการโดยมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองและแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง

เนื่องจากมาตรฐานทั้ง 5 มาตรฐาน มีการเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยป้องกันการเกิดในมารดาและทารกกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ในห้องคลอด หลังคลอด ตีบทารกแรกเกิดป่วย แล้วยังมีมาตรฐานในการดูแลเมื่อทารกเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูง การพัฒนามาตรฐานในการดูแลครั้งนี้จึงทำให้การบริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ อีกทั้งยังใช้เป็นแนวทางในการนิเทศประเมินผลการปฏิบัติงาน สอนนักศึกษาพยาบาลซึ่งสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการนำร่างมาตรฐานลงสู่การปฏิบัติทำให้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลแต่เห็นประโยชน์ของการมีมาตรฐาน ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างมาตรฐานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ และพัฒนาเป็น Bundle of Care ที่สั้นกระชับ เพื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจะสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น อีกทั้งจะเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้ใช้นด้านความสะดวกให้อยู่ในระดับที่ดีมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

มาตรฐานที่สร้างขึ้นเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงานพยาบาลที่จะต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติมีจำนวนมากทำให้ต้องติดตามให้คำแนะนำและให้ความรู้เป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรใช้มาตรฐานได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง ทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงเป็นภาวะวิกฤติและรุนแรง อัตราการเกิด 15-18 รายต่อปี ไม่สามารถแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้ อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษา ข้อจำกัดในการสุ่มตัวอย่างต้องจึงเป็นแบบเฉพาะเจาะจง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้างานห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด ทารกแรกเกิดป่วยและวิกฤติทารกแรกเกิด ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

1. Mohamed WA, Ismail M. A randomized, double-blind, placebo - controlled, prospective study of bosentan for the treatment of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *J Perinatol* 2012; 32:608-13.
2. Medication Safety and Reliability. FDA notes conflicting results of SSRI use during pregnancy and risk of PPHN [Internet]. Z2012 [cited 2016 Nov 6]. Available from: <http://www.ebscohost.com>.
3. Razzaq A, Iqbal Quddusi A, Nizami N. Risk factors and mortality among newborns with persistent pulmonary hypertension. *Pak J Med Sci* 2013; 29: 1099-104.
4. Shah PS, Ohlsson A. Sildenafil for pulmonary hypertension in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18:CD005494.
5. ฐานิดดา อยู่เกษม. การใช้ยา Sildenafil เพื่อรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด. *กุมารเวชสาร* 2552; 16: 2- 216.
6. Nair J, Lakshminrusimha S. Update on PPHN: mechanisms and treatment. *Semin Perinatol* 2014; 38: 78-91.
7. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. *กรุงเทพ: เรือนแก้ว การพิมพ์*; 2536. หน้า 102-09.
8. Mason E J. How to write meaningful nursing standards. 3rd ed. New York: Delmar Publishers; 1994.
9. จิตติมา อุดมสภพันธ์. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่ต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวกอย่างต่อเนื่อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2531.
10. จินตนา ยูนิพันธ์. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่องมาตรฐานการพยาบาล: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2539.
11. เทียมศร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
12. ธารินี เบญจวัฒนานันท์. Critical care in pediatrics for nurses. กรุงเทพฯ: อักษรโสมณ; 2554.
13. รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล. การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
14. ราศี สีนะกุล. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.
15. วรรณฎ จันทร์ขจร. ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร* 2549; 2:150-8.
16. Konduri G G. New Approaches for Persistent Pulmonary Hypertension of newborn. *Clinics in Perinatology*. 2004; 31: 591-611.
17. สุภาพ ไทยแท้. การพยาบาลสูติศาสตร์ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
18. ศิริรัตน์ เลิศพุมพิญญ. ผลของการพัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติหลังผ่าตัดหัวใจต่อความสามารถของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักไอซียู สถาบันโรคทรวงอก. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2555; 23: 55-63.
19. Nicholls . การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดปกติในระยะคลอด. ใน: ศิริพร นัทรโพธิ์ทอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
20. กนกพร คุปตานนท์, พินิจ ปรีชาพันธ์ และวราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร, Omachonu. ผลของการใช้ข้อเสนอมาตรฐานการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของบุคลากรการพยาบาลในโรงพยาบาลเลิดสิน. ใน: ธีรานุฎ ผกามณรัตน์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
21. จุฬามณี คุณวุฒิ. ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
22. เพ็ญทิพย์ เชาวลิต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. ●

Anatomical Dimensions of the Patella : Thai Cadaveric Study

Liupol P

Dorjee G

Lerdsin Hospital, Silom Rd., Khet Bang Rak, Bangkok, 10500

(E-mail : liuprasert@hotmail.com)

บทคัดย่อ : การศึกษามิติ ขนาดและรูปร่างของกระดูกลูกสะบ้าในศพของคนไทย

ประเสริฐ หลัวบลวนิชย์ พ.บ.

Gem Dorjee M.D.

โรงพยาบาลเลิดสิน ถนนสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

วัตถุประสงค์ : การศึกษานี้เพื่อรู้ขนาดและมิติของกระดูกสะบ้าในศพของคนไทย **วิธีการ :** ศึกษาลูกสะบ้า จำนวน 97 ลูกในศพของคนไทย ได้รับการวัดขนาดในมิติต่างๆ ทั้งความกว้าง ความยาว และความหนา โดยวิธีวัดด้วยเวอร์เนียร์แคลลิเปอร์ ชนิดเดียวกับที่ใช้ในการวัดขนาดของกระดูกสะบ้าในเวลากการผ่าตัดข้อเข่าเทียมและโดยวิธีการเข้าถึงกระดูกสะบ้าศพด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเดียวกับการผ่าตัดจริงด้วย **ผลการศึกษา :** ค่าเฉลี่ยความหนามากที่สุดของกระดูกสะบ้าในศพของคนไทย มีค่าเท่ากับ 22.08 มิลลิเมตร โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 3.09 มิลลิเมตร ค่าเฉลี่ยความหนาที่น้อยที่สุด อยู่ที่ 12.39 มิลลิเมตร โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ ± 2.13 มิลลิเมตร ค่าเฉลี่ยความกว้างอยู่ที่ 36.18 มิลลิเมตร ค่าเฉลี่ยความยาวอยู่ที่ 33.25 มิลลิเมตร **สรุป :** ค่าเฉลี่ยความหนาของกระดูกสะบ้าในศพของคนไทย อยู่ที่ 22.08 มิลลิเมตร และพอจะกล่าวได้จากการศึกษานี้ว่าหลังจากที่ตัดกระดูกลูกสะบ้าแล้วความหนาของกระดูกลูกสะบ้าเทียมที่ควรเลือกใช้ ควรอยู่ระหว่าง 7.5-8.5 มิลลิเมตร ซึ่งจะสามารถทำให้กระดูกสะบ้าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมมีความหนาเท่าของเดิมและจะทำให้ข้อสะบ้าเทียมในผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้อย่างใกล้เคียงเป็นธรรมชาติที่สุด

คำสำคัญ : ความหนาของกระดูกลูกสะบ้าเข่า ศึกษาในศพของ ข้อสะบ้าเข่าเทียม

measurements were calculated. The various measurement parameters were compared with emphasis on the maximum and minimum thickness. **Results :** The mean maximum thickness of patella was 22.08 mm. with a SD of 3.09 mm. The mean minimum thickness of patella was 12.39 mm. with a SD of 2.13 mm. The mean width of patella was 36.18 mm. with a SD of 3.28 mm. and the mean height was 33.25 mm. with a SD of 1.94 mm. **Conclusion :** The mean maximum thickness of Thai cadaveric patella was 22.08 mm. which was similar to other studies and from this study we concluded that after patellar bone cut the thickness of the patellar implant that appropriate should be 7.5 mm to 8.5 mm. So this could restore the normal patella thickness in total knee arthroplasty.

Keywords : Patellar Thickness, Cadaveric Study, Patellar Component

Introduction

Patella-related problems are common during and after Total Knee Replacement¹⁻². Anatomical dimensions of the patella namely the thickness, height and width ratio, and the relative position of the median ridge all have implications relating to the selection of patellar component of total knee arthroplasty, patellar tracking in the trochlear groove and patellofemoral contact stress.¹⁻² Information regarding anthropometric patellar dimensions, especially the thickness can play a very important role during the design of patellar component and the development of surgical techniques.

Abstract

Objective : This study reports on the anatomical dimensions of the patella in Thai cadavers. **Methods :** A total of 97 cadaverics patella were measured by using a vernier caliper. The height, width, the maximum thickness at the ridge of the patella was measured. The standard deviation and the mean of the various

Re-creating physiologic patella thickness after resurfacing plays an important role in total knee arthroplasty. Aim should be re-establish patellar thickness.¹⁻² The preparation of the patella should be preserved 12 to 15 mm of bone thickness and it is recommended to maintain an overall thickness to at least 1/3 of the original size of the patella in order to prevent over stuffing and complications associated with it.^{1,3-4} This may be difficult if the patella is affected by advanced degenerative change, severe deformation, or erosion, all of which will invariably distort the surface anatomy. Under those circumstances, one should aim at reestablishing average patellar thickness in men and women which is surprisingly constant, with values ranging from 22 to 24 mm.^{1,5-6} Greenfield¹ reduced the incidence of lateral retinacular release from 55% to 12% by ensuring that the overall patellar thickness was less than or equal to that of the native patella. It would therefore appear satisfactory to keep the composite height of the patella slightly below the level of the native patella. Reducing the overall thickness by 1 to 2 mm. in an attempt to improve patellar tracking has been recommended.¹

As already mentioned we found no literature of a cadaveric study of the patella by using a vernier caliper. The rationale was that this is the method by which the patella is measured intraoperatively and is also a comparatively cheaper method as compared to other radiographic methods although studies done by these methods may yield a more accurate reading but we believe it will not be significant.

The objective of this study was to measure the anthropometric measurements of the patella in Thai cadavers using the vernier caliper with importance to the thickness of the patella as this is the measurement that determines the size of the patellar component.

Materials and Methods

The study was performed at the Department of Anatomy, Siriraj hospital, Bangkok after approval from the ethical board. The study sample was calculated to be 88 patellas. All available cadaveric patella specimens at Department of Anatomy, Siriraj hospital were included in this study. The exclusion criteria were cadavers above the age of 70 years as we believed that the native structure

of the patella would be unrecognizable, patella in which there was a previous surgical procedure, patella that remained unrecognizable even after dissection. The sample size was calculated with a confidence interval of 95% (1.96), margin of error being 0.5 mm and a standard deviation of 2.3.^{1,7} The vernier caliper was used to measure the dimensions of the patella and it had an error margin of 0.05 mm.¹ This method was chosen as it is usually the method used intraoperatively to measure the patella before resurfacing and is comparatively a cheaper method.^{1,8} We were provided with a list of the cadavers with the age, sex and identification number of the cadavers with no other data available. On tallying with the list only 78 cadavers were physically available and were all Asian. Out of the 78 cadavers, 24 were further excluded as the patella was grossly deformed or had previous surgery. Patella was measured in 54 cadavers out of which 33 were males and 21 females. 45 patellas was measured on the right side and 52 on the left side. 9 patella was not available on the right side and 2 on the left side. Total number of patella measured was 97. The patellas was independently measured by a senior orthopedic surgeon with years of experience in total knee arthroplasty, 2 senior orthopedic residents and 2 junior orthopedic residents.

To facilitate measurement : a median or paramedian retinacular approach was used similar to the incision used in total knee arthroplasty. Following superficial dissection the patella was exposed and everted. The synovial tissue around the patella was sharply incised and the peripheral osteophytes were removed using a bone rongeur before proceeding with the measurements.^{1,8} Following exposure of the patella the height was measured from the base to the apex of the patella or from the superior pole to the inferior pole. The width was measured from the lateral border to the medial border of the patella. At the lateral facet the thickness was measured at the shallowest part of the facet and a point corresponding directly opposite to it. The area of maximum thickness was measured at the highest point at the patellar ridge and to a point directly opposite to that point. The thickness at the medial facet was measured at the thickest part of the facet and a point corresponding directly opposite to it.^{3,5,7,9-11}

Results

The demographic data provided did not yield much information other than the age and sex of the patient. From the 54 cadavers there were 21 females accounting to 39% and 33 males accounting to 61% of the total cadavers. There were 12 cadavers between the ages of 41 years to 50 years, 16 cadavers between the ages of 51 years to 60 years and 26 cadavers between the ages of 61 years and 70 years. The mean age was 59.3 yrs with a SD of 8.19. Although the data was collected for various measurements, the focus was on the patellar thickness as this determined the size of the patellar component after resurfacing. The maximum thickness of

the patella was a mean of 22.08 mm. with SD of 3.09 mm. measured at the ridge of the patella. The mean thinness was calculated to be 12.39 mm. with SD of 2.12 mm. which was measured at the lateral facet of the patella. The mean thickness measured at the medial facet of the patella was 19.65 mm. with a SD of 3.00 mm. The mean height which was measured from the superior pole to the inferior pole was 38.18 mm. with a SD of 3.28 mm. The mean width was 33.25 mm. with a SD of 1.94 mm. which was measured from the lateral border to the medial border of the patella. The various measurements are shown in the table below.

	Mean (mm.)	Standard deviation (mm.)
Height of patella, right side	34.07	1.64
left side	33.05	2.50
Width of patella, right side	38.65	3.29
left side	37.09	3.14
Medial thickness, right side	18.88	2.96
left side	18.75	3.02
Lateral thickness, right side	13.05	1.76
left side	11.78	1.62
Maximum thickness right	22.50	3.07
Maximum thickness left	21.05	3.00

Various companies patella components were analyzed and most commercially available patella components thickness were ranged from 7.5 to 14 mm. In this study, after did bone cut of the patella to about 12-15 mm., patella components required would range from 7.5-8.5 mm. to recreate the original patella thickness.^{1,3-4}

and deciding the size of the patella component. Various other studies have been done using plain x rays, CT which may be more accurate but are considerably much more expensive and are usually not the method used intraoperatively.^{7,8,10} The results of this study were similar to other studies conducted with no significations difference between the method of measurements. Suliman¹² in their study measurement of patellar thickness in relation to patella resurfacing using plain radiographs in 56 patients showed an average thickness 23.2 (20.2-26.2 mm.). Jiang¹³ in their study patellar thickness in TKA reported an average thickness 21.2 +/- 1.8 mm. These results were similar to this study which had maximum thickness of the patella had a mean of 22.08

Discussion

The patella is vital for optimal knee movement. Complications can occur during or post total knee arthroplasty. This study was done in cadavers using a vernier caliper as this is the method used most commonly intraoperatively to measure the patella before resurfacing

with SD of 3.09 measured at the ridge of the patella. There were various limitations to this study, firstly the cadavers were available for only a very short period of time when the measurements could be done and were not available after that. Human error can be considered as one of the limitations but this can be negated due to the fact that it is the same method used to measure patella intraoperatively. Re-creating physiologic patella thickness after resurfacing is important. Aim should be to re-establish patellar thickness. The preparation of the patella should aim to preserve - 12 to 15 mm. bone and it is recommended to maintain an overall thickness of patient

patella to at least 1/3 of the original size of the patella in order to prevent over stuffing and complications associated with it.^{1,3-4}

Conclusion

The mean patellar thickness was ranged from 22.08 mm. with a SD of 3.09 mm. similar to the results achieved by using other methods of measurements. For this population we concluded that the size of patellar component in total knee arthroplasty would range from 7.5-8.5 mm. So this could restore the normal thickness of the patella in total knee arthroplasty patient.

References

1. Canale ST, Beaty JH. *Arthroplasty of the Knee: Campbell's operative Orthopedics, 12th Edition (2013), Chapter 7: 405-468.*
2. Thompson JC. *Leg and Knee: Netter's Concise Orthopedic Anatomy, 2nd Edition (2010), Chapter 9: 286-335.*
3. Scott NW. *Insall and Scott Surgery of the Knee 5th Edition (2012) Chapter 98: 1088-1099.*
4. Chaichankul C, Tanavalee A, Itravivong P. *Anthrometric measurements of the knee joints in Thai population: correlation to the sizing of current knee prostheses. Knee 2011; 18: 5-10.*
5. Iranpour F, Merican AM, Amis AA, Cobb JP. *The width: thickness ratio of the patella: an aid in knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2008; 466: 1198-203.*
6. Baldwin JL, House CK. *Anatomic dimensions of the patella during total knee arthroplasty. J Arthroplasty 2005; 20: 250-57.*
7. Kim TK, Chung BJ, Kang YG, Chang CB, Seong SC. *Clinical implications of anthropometric patellar dimensions for TKA in Asians. Clin Orthop Relat Res 2009; 467: 1007-14.*
8. Rodriguez-Merchan EC, Gomez-Cardero P. *The outerbridge classification predicts the need for patellar resurfacing in TKA. Clin Orthop Relat Res 2010; 468: 1254-7.*
9. Mahfouz M, Badawi A, Merkl B, Abdel Fatah EE, Pritchard E, Kesler K, et al. *Patella sex determination by 3D statistical shape models and nonlinear classifiers: Forensic Science International 2003; 172: 161-70.*
10. Mohamed Mahfouz M, Abdel Fatah EE, Bowers LS, Scuderi G. *Three dimensional morphology of the knee reveals ethnic differences. Clin Orthop Relat Res 2012; 470: 172-85.*
11. Dargel J, Micheal JW, Fisher J, Ivo R, Koebke J. *Human knee joint anatomy revisited morphometric in the light of sex-specific total knee arthroplasty. J Arthroplasty 2011; 26: 346-53.*
12. Sulaiman AS, Nordin S. *Measurement of patellar thickness in relation to patellar resurfacing. Med J Malaysia 2005; 60 suppl C: 41-4.*
13. Jiang CC, Yip KM, Liu DH. *Patellar thickness in total knee replacement. J Formos Med Associ 1994; 93: 417-20.*

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

ดุษณีย์ ชานุปรีชา พย.บ., วท.ม

นันทา ชัยพิชิตพันธ์ พย.บ., ค.ม., ปส.ด.

สุกมา แสงเดือนฉาย พย.บ., วท.ม., ปส.ด.

สำเนา นิลบรรณ พย.บ., พย.ม.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

ตำบลประจักษ์ศิลปาคม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

Abstract : Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Depression in Methamphetamine Patients

Chanpreecha D

Chaipichitpan N

Saengduenchai S

Nilaban S

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment,

Prachatipat, Thunyaburi, Pathum Thani, 12130

(E-mail : cat_dus@hotmail.com)

A research and development was developed Cognitive Behavioral Therapy program for methamphetamine dependence who have depression. This study was divided into 4 phases: 1) an exploration of depression in methamphetamine patients at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). The samples were methamphetamine patients who admitted in PMNIDAT are 241 persons. The data were collected by Beck Depression Inventory-I during June 9 - 13, 2016. 2) The development of Cognitive Behavioral Therapy program for methamphetamine dependence who had depression 3) Try out the program and 4) Determination the effect of the program by analyzed 2 elements: Depression scores and negative automatics thought scores. The studied samples were selected by purposive sampling, divided into 2 groups: an experimental and a control group (20:20). The experimental group participated in a Cognitive Behavioral Therapy program based on Beck's concept. The data were collected between August 10 and October 31, 2016. The therapy had 9 sessions of 120 minutes, whereas the control group received normal treatment. The data in

experimental and control group were collected consecutively: the first day, the last day of participation and one month follow - up. Quantitative analyses were expressed as percentage, standard deviation, Chi-square and Fisher's Exact Test. To compare the effectiveness of the program between pre-post and the 2 groups, paired t-test and independent t-test were performed. Result : The most of methamphetamine patients (27.0%) of severe depression level, followed by mild and moderate level 23.7% and 17.0% respectively. The effect of Cognitive Behavioral Therapy program. The experimental group can develop themselves after participating better than before attending for 2 elements. The depression and negative automatics thought scores were significantly lower than those before experiment ($p < 0.01$). Moreover, these scores in experimental group were significantly lower than those in control group. When follow - up after one month, the experimental group had persistence of negative automatics thought better than the control group, but depression scores were not different.

Keywords : Depression, Methamphetamine patient, Cognitive behavioral therapy

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดปกติกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ แบ่งการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสบยช. จำนวน 241 ราย ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory-I) 2) การพัฒนาโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า 3) การทดลองใช้โปรแกรมฯ และ 4) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในระหว่างระยะเวลา 40 ราย สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดปกติร่วมกับกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 9 ครั้งๆ ละ 120 นาที นาน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการบำบัดตามปกติของสถานบำบัด ประเมินผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ ด้านลบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ นำมาทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.93 และ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square และ Fisher's Exact Test วิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมด้วยสถิติค่าที่ทั้ง paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.7 และร้อยละ 17.0 ตามลำดับ ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนได้ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เป็นผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนสูงเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 58.3¹ สำนักคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้ประมาณว่าในปี 2555-2556 มีจำนวนผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดประมาณ 1,400,000 คน และ 1,700,000 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากสถิติพบว่าผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตคิดเป็นร้อยละ 15.1-16.2¹ ภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน หวาดระแวง และภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้²⁻³ เมื่อผู้ป่วยเสพยาจะมีอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง แต่เมื่อขาดยาจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เหนงา หดหู่ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเฉื่อยเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคมจนกระทั่งไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจจะมีการวิตกกังวลและความรู้สึกหวาดระแวงมากจนมีอาการโรคจิตและฆ่าตัวตาย⁴ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตร่วมด้วยจะมีโอกาสฆ่าตัวตายมากขึ้น

การบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 2 แนวทาง คือ การรักษาด้านชีวภาพและจิตสังคมบำบัด การรักษาด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มสารสื่อประสาทในสมอง หรือปรับให้อยู่ในระดับสมดุลช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงหรือหายไป ในขณะที่จิตสังคมบำบัดจะช่วยเพิ่มทักษะในการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล นำไปสู่การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า⁵ วิธีการบำบัดทางจิตสังคมบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT) การให้คำปรึกษา (Counseling) จิตบำบัดชนิดการรักษาร่วมกันระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy : IPT) และจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive therapy : ST)⁶

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะความคิดที่เกิดจากการรับรู้และแปลความหมายผิดไปจากความเป็นจริง รูปแบบการคิดของบุคคลเหล่านี้มักจะคิดว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขพฤติกรรมนั้น เรียกลักษณะความคิด

เช่นนี้ว่า ความคิดอัตโนมัติทางลบ⁷ เบค⁴ ศึกษาและพบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า อาจส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ รวมทั้งความคิดอัตโนมัติด้านลบยังเป็นลักษณะความคิดที่บิดเบือนและพบได้ในผู้ป่วยยาเสพติดด้วย ผู้ศึกษาในฐานะที่ปฏิบัติงานใน สบยช. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท จึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สบยช. และพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าให้สอดคล้อง เหมาะสม และป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ที่ต้องการพัฒนาวิชาการ และระบบบริการทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 2) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยใช้ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดของวาร์โ และแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ของ Beck⁹ แบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน และศึกษาปัญหาและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 3 การนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้จริง ในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง และติดตามผล

1 เดือน การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ *กลุ่มที่ 1* เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของ สบยช. คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม n4studies ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 241 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีอาการทางจิตและยินดีเข้าร่วมการศึกษา *กลุ่มที่ 2* เป็นผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของ สบยช. คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ได้เก่ายาบ้ายาไอซ์โคเคน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของ สบยช. อายุระหว่าง 18-60 ปี มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่มีอาการทางจิต สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมบำบัดปกติของ สบยช. การศึกษานี้ผู้ศึกษาและผู้ช่วยเป็นผู้ดำเนินการทดลองเอง *กลุ่มที่ 3* เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะผู้บริหารของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลของ สบยช. จำนวน 6 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเบค มีลักษณะเป็นชุดกิจกรรมการบำบัด ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 รู้ทันอารมณ์เศร้า เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้นำบัดกิจกรรมที่ 2 รู้ทันความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม กิจกรรมที่ 3 การปรับพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการลดอารมณ์ซึมเศร้า กิจกรรมที่ 4 ความคิดที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบของความคิดและปรับเปลี่ยนความคิดที่นำไปสู่อารมณ์เศร้า กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้าเพื่อประเมินความคิดอัตโนมัติที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า กิจกรรมที่ 6-7 การเผชิญและแก้ไขปัญหา 1-2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และพิจารณาข้อดีข้อเสียของการแก้ไขปัญหา สามารถระบุปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง กิจกรรมที่ 8 ภาวะซึมเศร้า...เราจัดการได้ เป็น

กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่ 9 ฉันทนาการที่จะชนะ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาและวางแผนเพื่อนำความรู้ไปใช้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่จิตแพทย์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน จิตแพทย์ด้านยาเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ประเด็นหลัก คือ ปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า และแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ชุดที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ติดสารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ รวมจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory-I) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยโสธรณี¹⁰ จำนวน 21 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 ชุดที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Thoughts Questionnaire-Revised or ATQ-R) ของ Hollon และ Kendall (1980) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา¹¹ เป็นแบบประเมินตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดและหาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบด้วยสูตร KR 21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาระยะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนจำนวน 241 ราย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองในระหว่างวันที่ 9-13 พฤษภาคม 2559 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้า และนำมาสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฐานะผู้บริหารของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหา

และแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสรุปให้จัดทำระบบการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนและใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นการบำบัดที่ได้ผลดี อีกทั้ง สบยช. มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และทักษะในการทำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยจัดทำเป็นโปรแกรมในการบำบัดเพื่อให้มีความเหมาะสม สะดวก และง่ายต่อผู้นำไปใช้ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ได้จำนวน 9 กิจกรรม ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะใช้เวลาในการพัฒนา 2 เดือน ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2559 ขั้นตอนที่ 3 การนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างจำนวน 5 ราย และนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นใช้ระยะเวลา 1 เดือน ในเดือนสิงหาคม 2559 และขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฯ ไปใช้จริงกับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 ราย จับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม-31 ตุลาคม 2559 และติดตามผล 1 เดือน ให้ทั้งสองกลุ่มตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบก่อนและหลังการทดลองและติดตามผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคุณลักษณะของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วย Chi-square และ Fisher's Exact Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติค่าที่ทั้ง paired t-test และ independent t-test

ผล

ตอนที่ 1 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 241)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	135	56.0
หญิง	106	44.0
อายุ (ปี) (mean $\pm$ SD = 30.07 $\pm$ 8.48)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	29	12.0
21-30	101	41.9
ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป	111	46.0
สถานภาพ		
โสด	146	60.6
สมรส	66	27.4
หม้าย/หย่า/แยก	29	12.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	2.9
ประถมศึกษา	82	34.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	65	27.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	63	26.1
ปวส./อนุปริญญา	17	7.1
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.9
อาชีพหลักในปัจจุบัน		
กรรมกร/งานรับจ้าง	69	28.6
ไม่ได้ทำงาน	62	25.7
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	59	24.5
การเกษตร (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)	15	6.2
นักเรียน/นักศึกษา	12	5.0
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	2.9
อื่นๆ	17	7.1
รายได้ (บาท) (mean $\pm$ SD = 10,712 $\pm$ 16,450.9)		
น้อยกว่า 10,000	158	65.5
10,001-20,000	58	24.1
20,001-30,000	14	5.8
30,001-40,000	11	4.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 241) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้าบำบัดรักษา		
1 ครั้ง	142	58.9
2-3 ครั้ง	76	31.5
มากกว่า 3 ครั้ง	23	9.5
ระยะการบำบัดรักษา		
ระยะบำบัดยา	71	29.5
ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	170	70.5
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (mean $\pm$ SD = 60.71 $\pm$ 61.3)		
1-30 วัน	89	36.9
31-60 วัน	54	22.4
61-90 วัน	40	16.6
91-120 วัน	45	18.7
มากกว่า 120 วัน	13	5.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 30 ปี สถานภาพส่วนใหญ่โสดร้อยละ 60.6 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงานร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นกรรมกร/งานรับจ้าง ร้อยละ 28.6 มีรายได้เฉลี่ย 10,712 บาท เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นครั้งแรกร้อยละ 58.9 ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 70.5 มีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 60.71 วัน

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษา

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ	48	19.9
ระดับน้อย	57	23.7
ระดับปานกลาง	41	17.0
ระดับมาก	65	27.0
ระดับรุนแรง	30	12.4

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ระดับปกติร้อยละ 19.9 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 23.7 และ 17.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		x ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.10	0.75 ^{ns}
ชาย	10	50.0	11	55.0	21	52.5		
หญิง	10	50.0	9	45.0	19	47.5		
อายุ (ปี) (mean ± SD)	28.3 ± 7.4		27.6 ± 6.0		27.6 ± 6.7		2.80	0.24 ^{ns}
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	5	25.0	2	10.0	7	17.5		
21-30	8	40.0	13	65.0	21	52.5		
ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป	7	35.0	5	25.0	12	30.0		
สถานภาพ							3.49	0.17 ^{ns}
โสด	11	55.0	6	30.0	17	42.5		
คู่/สมรส	8	40.0	10	50.0	18	45.0		
หม้าย/หย่า/แยก	1	5.0	4	20.0	5	12.5		
ระดับการศึกษา							0.48	0.78 ^{ns}
ประถมศึกษา	10	50.0	8	40.0	18	45.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	40.0	9	45.0	17	42.5		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	10.0	3	15.0	5	12.5		
อาชีพหลักในปัจจุบัน							5.08	0.27 ^{ns}
กรรมกร/งานรับจ้าง	10	50.0	8	40.0	18	45.0		
ไม่ได้ทำงาน	5	25.0	2	10.0	7	17.5		
เกษตรกร (ทำนา/ทำสวน)	3	15.0	3	15.0	6	15.0		
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย)	2	10.0	7	35.0	9	22.5		
รายได้ (บาท) (mean ± SD)	9,812 ± 8740		18,850 ± 17,997		9,812 ± 8,740		4.57	0.10 ^{ns}
ต่ำกว่า 10,000 บาท	12	60.0	10	50.0	22	55.0		
10,001-20,000 บาท	7	35.0	4	20.0	11	27.5		
ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป	1	5.0	6	30.0	7	17.5		
สัมพันธภาพในครอบครัว							0.10	0.75 ^{ns}
รักใคร่กันดี	10	50.0	11	55.0	21	52.5		
ทะเลาะเบาะแว้งกันบางครั้ง	10	50.0	9	45.0	19	47.5		

ns = not significant, p > 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 52.5 และ 47.5 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 28 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.5) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 45.0 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 45.0 และ 42.5 ตามลำดับ) มีอาชีพกรรมกร/รับจ้าง รายได้เฉลี่ย 9,812 บาท และความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนใหญ่รักใคร่กันดี (ร้อยละ 52.5) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสารเสพติดที่ใช้ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		x ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สารเสพติดที่ใช้							
ยาบ้า	18	90.0	13	65.0	31	77.5	0.13 ^{ns}
อื่นๆ (ไอซ์ ยาบ้า+ไอซ์)	2	10.0	7	35.0	9	22.5	
ปริมาณยาบ้าที่ใช้ (เม็ด)							2.20 ^{ns}
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	14	73.7	9	50.0	23	62.2	
มากกว่า 2	5	26.3	9	50.0	14	37.8	
ระยะเวลาที่ใช้ยาบ้า (ปี)							0.36 ^{ns}
น้อยกว่า 3 ปี	7	36.8	5	27.8	12	32.4	
3-5 ปี	3	15.8	3	16.6	6	16.2	
มากกว่า 5 ปี	9	47.4	10	55.6	19	51.4	
ปริมาณไอซ์ที่ใช้ (ตัก)							1.00 ^{ns}
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ตัก	1	50	5	71.4	6	66.7	
มากกว่า 1 ตักขึ้นไป	1	50	2	28.6	3	33.3	
ระยะเวลาที่ใช้ไอซ์							1.00 ^{ns}
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	1	50	2	28.6	3	33.3	
มากกว่า 3 ปี	1	50	5	71.4	6	66.7	

* กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติ Chi-square วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact Test

ns = not significant, p > 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาบ้าร้อยละ 77.5 รองลงมาคือใช้ยาบ้าร่วมกับไอซ์ หรือใช้ไอซ์อย่างเดียว ร้อยละ 22.5 ซึ่งผู้ที่ใช้ยาบ้าส่วนใหญ่ ใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 62.2 ระยะเวลาการใช้มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 ส่วนผู้ที่ใช้ไอซ์ส่วนใหญ่ใช้ปริมาณน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ตัก ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาการใช้มากกว่า 3 ปี เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการใช้ชนิดของสารเสพติด ปริมาณการใช้ และระยะเวลาการใช้สารเสพติด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t-test	P-value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
ก่อนทดลอง				
ภาวะซึมเศร้า	16.00 $\pm$ 2.24	15.25 $\pm$ 3.89	0.75	0.46
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	6.70 $\pm$ 3.04	8.60 $\pm$ 4.72	-1.51	0.14

จากตารางที่ 5 พบว่าในระบะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและเมื่อติดตาม 1 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t-test	P-value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
หลังทดลอง (n = 20)				
ภาวะซึมเศร้า	6.15 ± 3.73	13.55 ± 4.72	-5.50	<0.01*
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	3.25 ± 3.13	7.85 ± 6.71	-2.77	<0.01*
ติดตาม 1 เดือน (n = 20)				
ภาวะซึมเศร้า	10.70 ± 22.22	14.65 ± 7.12	-0.76	0.45
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	4.20 ± 2.35	13.20 ± 9.03	-4.31	<0.01*

จากตารางที่ 6 พบว่าในระยะเวลาหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อติดตาม 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t-test	P-value	ติดตาม 1 เดือน	t-test	P-value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			$\bar{X} \pm SD$		
กลุ่มทดลอง (N = 20)							
ภาวะซึมเศร้า	16.00 ± 2.24	6.15 ± 3.73	10.76	<0.01*	10.70 ± 22.22	1.07	0.29
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	6.70 ± 3.04	3.25 ± 3.13	8.22	<0.01*	4.20 ± 2.35	1.09	<0.01*
กลุ่มควบคุม (N = 20)							
ภาวะซึมเศร้า	15.25 ± 3.89	13.55 ± 4.72	1.52	0.14	14.65 ± 7.12	0.36	0.73
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	8.60 ± 4.73	7.85 ± 6.71	1.05	0.309	13.20 ± 9.04	-2.48	0.02

*p < 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ ก่อน-หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคะแนนเฉลี่ยความคิดอัตโนมัติด้านลบ ก่อนการทดลองและเมื่อติดตาม 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง และเมื่อติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบระหว่างก่อน-หลังการ

ทดลอง และระหว่างก่อนการทดลองและเมื่อติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนพบว่า ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของ สบยช. ร้อยละ 80.1 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 23.7 และ 17.0 ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเพียงร้อยละ 12.4 เท่านั้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการสำรวจของอัญชลี¹² ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและในของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เมื่อปี 2550 อายุระหว่าง 18-70 ปี พบว่า มีภาวะซึมเศร้ารวม 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.2 และมีภาวะซึมเศร้าจนมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 79.0

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค¹³ มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐาน ร่วมกับความเข้าใจในการให้คำปรึกษารายกลุ่ม เพื่อกระตุ้นและใช้พลังของกลุ่ม ขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนา ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดทำในรูปแบบของกิจกรรมการบำบัดจำนวน 9 ครั้งๆ ละ 120 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 รู้ทันอารมณ์เศร้าเพื่อสร้างความไว้วางใจร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เบคกล่าวไว้ว่า การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นรูปแบบการบำบัดแบบมีโครงสร้าง โดยในขั้นแรกของการบำบัดต้องทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้บำบัด มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ในฐานะผู้บำบัดกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้เกิดความพร้อมและให้ความร่วมมือเพื่อการบำบัด กิจกรรมครั้งที่ 2 รู้ทันความคิด เป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบของความคิด และความคิดที่บิดเบือน กิจกรรมครั้งที่ 3-5 การปรับพฤติกรรมเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า กิจกรรมความคิดที่นำสู่อารมณ์ซึมเศร้า และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า ทั้ง 3 กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องรูปแบบของความคิด ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์/ความรู้สึก ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม รวมถึงผู้บำบัดจะต้องใช้เทคนิคของการปรับความคิดและพฤติกรรมสอนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้วิธีคิดที่แตกต่างจากเดิม ให้คิดอย่างสมเหตุสมผลตามความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของเบค¹³ กิจกรรมที่ 6-7 การเผชิญและแก้ไขปัญหา 1-2 ซึ่งเบค¹³ เชื่อว่าผู้ป่วยที่ประสบปัญหาชีวิตจนเกิดอาการซึมเศร้านั้นมักมีปัญหาก็ไม่สามารถปรับแก้ได้ ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์/ความรู้สึก จนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลถึงพฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้การจัดกิจกรรมในครั้งนี้ 6 เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องการแก้ไขปัญหาตามแนวคิดของเดอร์ชูลเลอร์¹⁴ ที่กล่าวว่า การแก้ปัญหานั้นผู้ป่วยต้องเข้าใจใน 3 ประเด็น ได้แก่ ปัญหา การแก้ปัญหานั้นผู้ป่วยต้องเข้าใจด้วยการนำตนเอง กำกับตนเองในการพยายามค้นหาหรือระบุ

ปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 8 ภาวะซึมเศร้า...เราจัดการได้ เป็นกิจกรรมตามแนวคิดของเบค ในการป้องกันกรกลับมาเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำด้วยทักษะต่างๆ ในกิจกรรมนี้ใช้เสียงเพลงเป็นสื่อเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความแตกต่าง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิด อารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้จากเสียงเพลง พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้ผ่านการพูด ทั้งนี้พลังกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคิดวิเคราะห์ได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการบำบัดทางพฤติกรรม กิจกรรมครั้งที่ 9 ฉันทเลือกที่จะชนะเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมในครั้งที่ 1-8 และวางแผนในการนำความรู้ไปใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ ในกิจกรรมนี้มีแนวคิดหลัก คือภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ การช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) สำหรับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน แต่หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ในกลุ่มทดลองนั้น ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และเมื่อติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้ง 9 กิจกรรม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนได้เรียนรู้และเข้าใจรูปแบบของความคิด ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า อาการ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงเรียนรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cleary¹⁵ และวัชนิ¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และเมื่อติดตามผลหลังการทดลองนาน 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงกว่าหลังการทดลองทันทีแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.15 ± 3.73 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ เมื่อติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 10.70 ± 22.22 ซึ่งอยู่ในระดับปกติเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับกิจกรรมเสริมระหว่างการติดตามผล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ทั้งนี้ยังอยู่ในระดับปกติ ซึ่งผลตรงข้ามกับการศึกษาของสุพรรณษา¹⁷ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเมื่อติดตามหลังการทดลอง 1 เดือนมีคะแนนลดน้อยลงกว่าหลังการทดลองทันที

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน จากผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.15 ± 3.73 ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ และคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 13.55 ± 4.72 โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสอนทั้งความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ความหมาย ลักษณะและวิธีการดักจับของความคิดอัตโนมัติด้านลบ รวมถึงการฝึกทักษะ และแนะนำแนวทางการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด จนส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของดาราวรรณ¹⁸ และสุพรรณษา¹⁷ เมื่อติดตามหลังการทดลอง 1 เดือนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.70 ± 22.22 (ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.65 ± 7.12 (ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ได้รับกิจกรรมเสริมในช่วงติดตามหลังการทดลอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณษา¹⁷ และดาราวรรณ¹⁸ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองยังคงมีระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดักจับความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชนี¹⁶ จึงสรุปผลการศึกษาได้ว่า ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้า

และความคิดอัตโนมัติด้านลบลดลงกว่าผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับขนาดของตัวอย่าง (กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย) ซึ่งถือว่าสามารถยอมรับได้ในการศึกษานำร่อง หากผู้สนใจต้องการทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาในการอ้างอิง

ข้อเสนอแนะการศึกษา

ผู้บริหารที่จะนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ควรนำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้นำร่องในหนึ่งหอผู้ป่วยก่อน โดยประชาสัมพันธ์ และสื่อสารให้ทีมผู้บำบัดรับทราบ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ ผึกอบรมหรือเรียนรู้ทักษะที่จำเป็น เช่น แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เทคนิคพื้นฐานของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ทีมผู้บำบัดมีความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านบริการควรเผยแพร่โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเสพติดเมทแอมเฟตามีน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมนี้สามารถลดค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติทางลบในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนได้ และผู้ปฏิบัติควรนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนไปใช้เพื่อสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนทั้งในสถานบำบัด สถาบันครอบครัว และชุมชน

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนในระยะเวลาดิตตามทีนานขึ้น เช่น ติดตามผู้ผ่านการบำบัด 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาความคงทนในการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนได้รับจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเสพติดประเภทอื่นและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนา แต่ทั้งนี้ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และสามารถอ้างอิงสู่กลุ่มประชากรได้ และควรเพิ่มการศึกษาด้วยการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามาเป็นฐานในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาจ

เปลี่ยนสถานที่ในการบำบัดจากในสถานบำบัดเป็นการบำบัดที่บ้านหรือชุมชน เพื่อความสะดวกคล่องตามบริบทด้านวิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรมประจำถิ่น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดโดยคนในครอบครัวหรือในชุมชนเอง

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่สนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร.สุชาดา รัชชกุล และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน และขอบคุณผู้ช่วยวิจัย ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ที่ยินยอมให้ข้อมูลจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. รายงานประจำปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์; 2556.
2. สำนักงาน ป.ป.ส. สภาพปัญหาเสพติดและสถิติเกี่ยวกับข้อมูลผู้รับบริการบำบัดรักษาปี 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. สถิติเกี่ยวกับข้อมูลการฆ่าตัวตายในประเทศไทย 2553. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2553.
4. Beck AF, Steer RA, Brown GK. Depression Inventory II. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 1979.
5. จันทิมา องค์โมเชิต. จิตบำบัดในการปฏิบัติงานทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2545.
6. Segal ZV, Williams JM, Teasdale ID. Mindfulness-based cognitive therapy for depression a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
7. Beck AT. Depression Clinic experimental and theoretical aspects. New York: Hebert Medical; 1967.
8. วาโร เฟิงส์วีสดี. การวิจัยและพัฒนาแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2553; 4: 2-12.
9. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1997.
10. โสรณี ไทรสุท. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 3-10.
11. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
12. อัญชลี เตมียะประดิษฐ์, กันตวรรณ มากวิจิต. สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6; วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550; โรงแรมปรีณัฐพาเลซ กรุงเทพมหานคร; 2550. หน้า 197.
13. Beck AT, Weishaar M. Cognitive Behavior Therapy in Comprehensive hand book of Cognitive Therapy. In: Freeman A, Siman KM, Burler LE, editors. New York: Plenum; 1989.
14. D,Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention. New York: Springer publishing; 2007.
15. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev2008; 23: CD001088.
16. วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และมัลลิกา พูนสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์; 2554.
17. สุพรรณษา พูลพัฒน์. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารวิชาการศรีปทุมชลบุรี 2556; 10: 123-31.
18. ดาราวรรณ ต๊ะปันตา, สมบัติ สกุลพรรณ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาที่เป็นโรคซึมเศร้า. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการติดยา; 2557. ●

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และไวรัสตับอักเสบซีในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ไพศาล รัญญาวินิชกุล พ.บ.*

สมยศ กิติสุภรณ์พันธ์ พ.บ.**

นิพนธ์พนธ์ พรหมมี พ.บ.**

วรวรรณ วสุโสภภาพล ว.ก.บ.**

สุรพันธ์ แสงสว่าง พ.บ.***

สุรเชษฐ์ จรุงทอง พ.บ.****

สมบัติ แทนประเสริฐสุข พ.บ.*****

*สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

**โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

***ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

****สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000

*****กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

Abstract : Prevalence of Chronic Hepatitis B and Hepatitis C Virus Infection in Nongpakrang Subdistrict, Chiang Mai Province

Thunyavinichkul P*

Kitisupornpun S**

Pormme N**

Wasusophaphol W**

Sangsawang S***

Arunthong S****

Tanprasertswuk S*****

*Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000

**Nakhon Ping Hospital, Mae Rim, Chiang Mai, 50180

***Health Promotion Center Region 1, Mueang Chiang Mai, Chiang Mai, 50100

****Office of Disease Control and Prevention Region 1, Mueang Chiang Mai, Chiang Mai, 50000

*****Department of Disease Control and Prevention, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000

(E-mail : paisal001@hotmail.com)

Chronic hepatitis B and hepatitis C virus infections is major public health problems. This prevalence survey of chronic hepatitis B and hepatitis C infection was conducted in Nongpakrang subdistrict, Muang district of Chiang Mai province from December 2015 to February 2016. Blood samples were drawn and tested for HBsAg

and HCV Ab. A total of 1,084 persons, aged 15-47 years participated in this study, and we found 44 HBsAg positive and 14 HCV Ab positive samples. The percentage of prevalence of chronic hepatitis B infection was estimated at 0.6. The prevalence percentage in women was higher than men. Which found to be 0.9 and 0.6, respectively.

The percentage of prevalence of hepatitis C infection was estimated at 0.1 which found in people age greater than 55 years old. There was also a gradual increase in prevalence of the infection with advancing age, indicating a need for targeted screening. Early detection of infection would facilitate early treatment, and reduce complications associated with chronic hepatitis B and C infection.

Keywords : Prevalence, Chronic hepatitis B virus, Hepatitis C virus

บทคัดย่อ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสำรวจความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีดำเนินการในชุมชนตำบลหนองปากครั้ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการเจาะเลือดตรวจหา HBsAg (การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง) และตรวจหา HCV Ab (การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี) พบว่าระหว่างเดือนธันวาคม 2558–เดือนกุมภาพันธ์ 2559 มีผู้เข้าร่วมโครงการอายุระหว่าง 15-74 ปี จำนวน 1,084 ราย พบการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง 44 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.6 โดยเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 0.9 ส่วนในผู้ชายพบความชุกร้อยละ 0.6 ส่วนการติดเชื้อตับอักเสบบีพบ 14 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.1 ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มอายุ 55 ปี ขึ้นไปเท่านั้น การพบความชุกของการติดเชื้อสูงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นเป็นประเด็นที่สำคัญในพิจารณาการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ เพราะทำให้ที่ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาทันเวลา เป็นการลดโอกาสการแพร่เชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

คำสำคัญ : ความชุก ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ไวรัสตับอักเสบบี

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นโรคที่พบบ่อย¹ เมื่ออยู่ในร่างกายนานอาจทำให้เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง และทำให้กลายเป็นตับแข็งและมะเร็งตับในที่สุด องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าทั่วโลกมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 400 ล้านราย² พื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงได้แก่ ประเทศในทวีปแอฟริกาและเอเชียบางส่วน มีความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 5-20³⁻⁴ ในประเทศไทยพบความชุกในกลุ่มประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.1⁵ ส่วนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั่วโลกมีการติดเชื้อราว 180 ล้านราย มีความชุกสูงในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ข้อมูลจากผู้บริจาคเลือดในประเทศไทย

พบความชุกการติดเชื้อโดยเฉลี่ยร้อยละ 0.5-2 ของประชากรทั่วไป โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบผู้ติดเชื้อมากกว่าภาคอื่นๆ คาดการณ์ว่าปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทยประมาณสามแสนถึงห้าแสนราย⁶⁻⁹

ในประเทศไทยพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าไวรัสตับอักเสบบีโดยทั่วไปผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะกลายเป็นตับอักเสบบีเรื้อรังเมื่อไม่หายจากโรคนานเกิน 6 เดือน¹⁰ จากสถิติผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 5-10 ในผู้ใหญ่และผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 75-85 จะกลายเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจนกระทั่งกลายเป็นไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจะแตกต่างกันไปตามอายุ ขณะที่การติดเชื้อจะพบมากที่สุดในกลุ่มทารกและเด็ก ร้อยละ 90.0 เด็ก 1-5 ปี ร้อยละ 25-50¹¹ ไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อผ่านการสัมผัสเลือดที่ปนเปื้อนมากับเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วย ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การฟอกไต การสัก/เจาะหู การใช้มีดโกน เพศสัมพันธ์ รวมถึงการฝังเข็มทางการแพทย์ ส่วนไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่พบการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน¹⁰⁻¹² เชื้อไวรัสที่ปนเปื้อนสามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานถึง 7 วัน¹³ อย่างไรก็ตามทั้งไวรัสตับอักเสบบีและซีจะไม่ติดต่อผ่านทางน้ำ อาหาร หรือการใช้ข้อสัมผัสร่วมกัน รวมไปถึงการให้นม กอดจูบ หรือไอจาม^{11-12,14}

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง หมายถึงการตรวจพบ hepatitis B surface antigen (HBsAg) ในเลือดเป็นเวลานานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะที่ซับซ้อนซึ่งเกิดจากอิทธิพลของเชื้อไวรัสและร่างกายของผู้ติดเชื้อ ในทางปฏิบัติการตรวจพบ HBsAg เป็นจุดเริ่มต้นที่แสดงถึงการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง¹⁵⁻¹⁷ เนื่องจากอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ร้ายแรงเพียงใด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงทำการศึกษาเพื่อหาอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการบริหารจัดการการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคตับแข็งและมะเร็งตับต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเพื่อสำรวจความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนตำบลหนองปากครั้ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2558-กุมภาพันธ์ 2559 จากประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 15-75 ปี จำนวนทั้งหมด 5,861 ราย คณะผู้ศึกษาได้กำหนดกลุ่มศึกษา 1,500 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25.0 จากประชากรกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้มีประชากรเข้าร่วมการศึกษาตามความ

สมัครใจทั้งสิ้น 1,084 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำเสนอร้อยละของการติดเชื้อด้วยภาพรวมของประชากรทั้งหมดในตำบลหนองป่าครั่ง และความชุกจำแนกตามเพศ และความชุกจำเพาะอายุ (age-specific prevalence) แม้ว่าในการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณลักษณะของประชากรที่มีโอกาสพบการติดเชื้อตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง แต่เพื่อเป็นการพิจารณาในแง่ของการคัดกรองทางด้านสาธารณสุขว่าประชากรกลุ่มไหนที่มีโอกาสจะพบการติดเชื้อ ผู้ศึกษาได้คำนวณหาลักษณะที่สำคัญที่มีโอกาสพบการติดเชื้อ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ประวัติการได้รับเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การผ่าตัด/เจาะหู/สัก มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับ เป็นตับอักเสบบี และตับมีอาการผิดปกติ โดยในการคำนวณหาความสัมพันธ์ใช้ค่าไค-สแควร์กำหนดค่า นัยสำคัญทางสถิติ p value < 0.05 และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุ โดยใช้ logistic regression

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เจาะเลือดตรวจหา HBsAg และ HCV Ab โดยการเจาะเลือด 3-5 มิลลิเมตร ใส่ในหลอดพลาสติก จำนวน 1 หลอด แพ็ค

ใส่กล่องโฟมบรรจุน้ำแข็งส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการจังหวัดเชียงใหม่ในวันรุ่งขึ้นโดยใช้วิธีตรวจ chemiluminescence immune assay (CLIA) หากพบ HBs Ag ถือว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหากพบ HCV Ab ประชาชนที่พบการติดเชื้อได้รับการปรึกษาและเสนอให้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ในกรณีพบ HBs Ag negative และ HCV Ab negative ได้รับรู้เพื่อศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่อไป

ผล

ระหว่างเดือนธันวาคม 2558-เดือนกุมภาพันธ์ 2559 จากประชากรทั้งหมด 7,059 ราย เป็นเพศชาย 3,485 ราย เพศหญิง 3,574 ราย ในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-75 ปี พบ 5,861 ราย เป็นเพศชาย 2,842 ราย เพศหญิง 3,019 ราย จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ 1,500 ราย มีผู้เข้าร่วมโครงการ 1,084 ราย ในจำนวนนี้พบการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง 44 ราย จากทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่การติดเชื้อตับอักเสบบีพบ 14 ราย เฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปเท่านั้น สัดส่วนการพบในแต่ละกลุ่มอายุ (ตารางที่ 1)

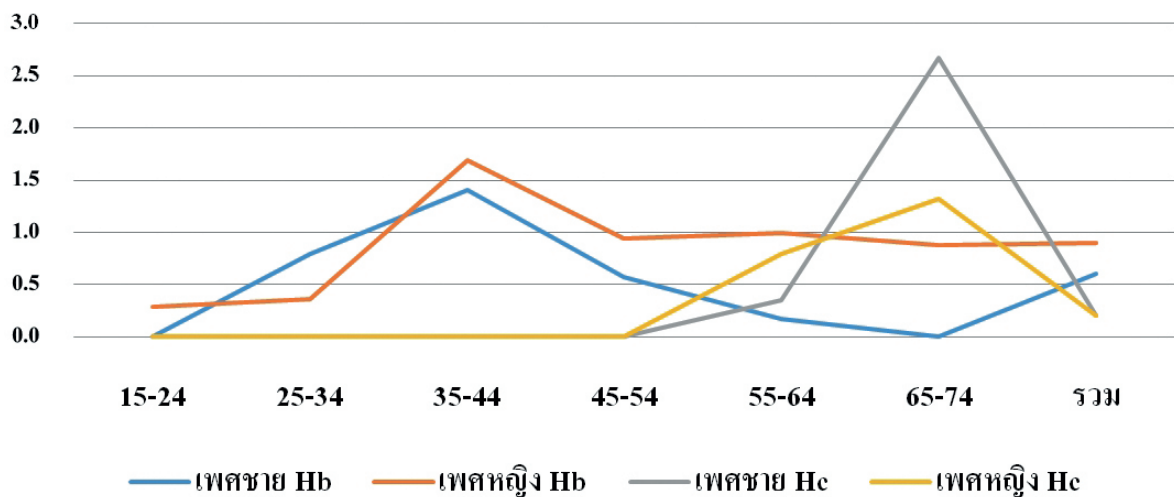
ตารางที่ 1 อัตราการตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

อายุ	อัตราการตรวจพบเชื้อ		
	เพศชาย จำนวน (ร้อยละ)	เพศหญิง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
HBs AG positive			
15 - 24 ปี	0(0.0)	1(1.4)	1(0.9)
25 - 34 ปี	4(6.9)	2(2.5)	6(4.3)
35 - 44 ปี	8(14.3)	11(9.3)	19(10.9)
45 - 54 ปี	3(3.9)	7(4.3)	10(4.2)
55 - 64 ปี	1(2.5)	5(2.2)	6(1.8)
65 - 74 ปี	0(0.0)	2 (4.2)	2(2.3)
รวม	16(4.3)	28(3.6)	44(4.1)
HCV Ab positive			
55 - 64 ปี	2(2.0)	4(1.7)	6(1.8)
65 - 74 ปี	5(12.5)	3(6.3)	8(9.1)
รวม	7(2.1)	7(1.0)	14(1.3)

การสำรวจครั้งนี้พบความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังร้อยละ 0.6 แต่เมื่อนับเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 0.8 เมื่อเปรียบเทียบความชุกระหว่างเพศพบว่าความชุกของการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังโดยรวมเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีร้อยละ 0.9 ขณะที่เพศชายพบร้อยละ 0.6 และเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายในทุกๆ กลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุ 25 ถึง 34 ปี ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบการติดเชื้อสูงสุดในกลุ่มอายุ 35 ถึง 44 ปี โดยเพศชายมีความชุกร้อยละ 1.4 ในขณะที่ผู้หญิงมีความชุกร้อยละ 1.7

ส่วนความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยรวมพบร้อยละ 0.1 แต่เมื่อนับเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกร้อยละ 0.2 และพบเฉพาะกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปเท่านั้น อย่างไรก็ตามความชุกของการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบีที่พบเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก และมีความชุกมากกว่าไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุใกล้เคียงกัน โดยที่ผู้ชายวัย 65-74 ปี มีความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 2.7 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ร้อยละความชุกของไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบี



เมื่อพิจารณาลักษณะต่างๆ ของผู้ที่เข้าร่วมในการสำรวจครั้งนี้ พบเพศหญิง ร้อยละ 66.0 ผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง 44 ราย เพศหญิงติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่าเพศชาย โดยพบร้อยละ 63.6 พบผู้ติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 43.0) เป็นผู้ที่มีประวัติได้รับเลือด ร้อยละ 11.0 ผู้ติดเชื้อทั้งหมดรายงานว่ามีประวัติให้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ใด แต่บอกว่าเคยได้รับการผ่าตัด เจาะหูหรือเคยสัก ร้อยละ 60.0 ผู้ติดเชื้อหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.0) บอกว่าเคยมีประวัติมีเพศ

สัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อตับอักเสบบี เกือบหนึ่งในห้า (ร้อยละ 18.2) มีญาติป่วยเป็นตับอักเสบบีร้อยละ 6.8 มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับ และบอกว่าตับมีอาการผิดปกติอยู่เพียงแค่ 1 ราย (ร้อยละ 2.3) ส่วนผู้ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี พบ 14 ราย ในจำนวนเท่ากันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย พบมากในกลุ่มอายุ 65-74 ปี (ร้อยละ 57.0) เป็นผู้ที่มีประวัติได้รับเลือดมากกว่าผู้ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี เช่นเดียวกันกับการมีตับมีอาการผิดปกติ คือพบร้อยละ 21.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะต่างๆ ของกลุ่มที่ศึกษาที่พบไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบี

ลักษณะ	HBs Ag positive	HBs Ag negative	p-value	HCV Ab positive	HCV Ab negative	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.87			0.25
ชาย (373/34%)	16(36.4)	357(34.3)		7(50)	366(34.2)	
หญิง (711/66%)	28(63.6)	683(65.7)		7(50)	704(65.8)	
อายุ			0.57			0.03
15 - 24 ปี	1(2.3)	111(10.7)		0(0)	112(10.5)	
25 - 34 ปี	6(13.6)	133(12.8)		0(0)	139(13.0)	
35 - 44 ปี	19(43.2)	155(14.9)		0(0)	174(16.3)	
45 - 54 ปี	10(22.7)	230(22.1)		0(0)	234(21.9)	
55 - 64 ปี	6(13.6)	325(31.2)		6(42.9)	323(30.2)	
65 - 74 ปี	2(4.6)	86(8.3)		8(57.1)	88(8.2)	
เฉลี่ย (SD)	44.1(±11)	47(±15)		55(±6.8)	47(±15)	
การได้รับเลือด	5(11.4)	118(11.4)	1	3(21.4)	120(11.2)	0.2
การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	0(0.0)	5(0.50)	1	0(0)	5(1)	1
การผ่าตัด/เจาะหู/สัก	26(59.1)	669(64.3)	0.52	9(64.3)	686(64.1)	1
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ	11(25)	149(14.3)	0.07	3(21.4)	157(14.7)	0.44
มีญาติป่วยเป็นมะเร็งตับ*	3(6.8)	82(7.95)	1	1(7.1)	84(7.9)	1
มีญาติเป็นตับอักเสบบี*	8(18.2)	49(4.7)	0.01	0(0)	57(5.3)	1
ตับมีอาการผิดปกติ [±]	1(2.3)	47(4.5)	0.71	3(21.4)	45(4.2)	0.02

*ญาติสายตรง [±]1. ท้องบวมขึ้น หายใจลำบาก 2. ตัวเหลือง ตาเหลือง 3. คลำได้ก้อนที่บริเวณตับ

หมายเหตุ : จำนวนกลุ่มศึกษา HBs Ag positive 44 ราย, negative 1,040 ราย จำนวนกลุ่มศึกษา HCV Ab positive 14 ราย negative 1,070 ราย

จากประชาชนที่อยูในการสำรวจ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นโอกาสพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี คือ ผู้ที่มีอายุ 35-44 ปี พบมากกว่า 13.4 เท่า ผู้ที่มีอายุ 45-54 ปี พบมากกว่า 8.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วงที่กว้างนั้นอาจแปลความได้ว่าจำนวนของกลุ่มที่สำรวจที่อยูในการวิเคราะห์มีจำนวนไม่มากพอหรืออีกแง่หนึ่งอาจเป็นพบความแตกต่างโดยบังเอิญก็เป็นไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีญาติป่วยเป็นตับอักเสบบีโอกาสพบการติดเชื้อได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียาติป่วยเป็นตับอักเสบบีถึง 3.7 เท่า

ตารางที่ 3 โอกาสในการพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีตามลักษณะต่างๆ ของกลุ่มที่ศึกษา

ลักษณะ		Adjusted OR*	95% CI**		p-value
เพศ	ชาย	1.3	0.74	2.3	0.3
อายุ					
	15 - 24 ปี	1			
	25 - 34 ปี	4.7	0.5	40.4	0.15
	35 - 44 ปี	13.4	1.7	102.6	0.012
	45 - 54 ปี	8.1	1.05	63.03	0.04
	55 - 64 ปี	4.9	0.63	38.3	0.12
	65 - 74 ปี	2.4	0.21	28.0	0.46
การได้รับเลือด		1.2	0.53	2.6	0.64
การผ่าตัด/เจาะหู/สัก		0.7	0.4	1.3	0.2
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ		1.7	0.9	3.2	0.09
มีญาติป่วยเป็นตับอักเสบบี		3.7	1.6	8.8	0.002
ตับมีอาการผิดปกติ		1.3	0.4	4.0	0.5

*odd ratio ** 95% Confidential interval

วิจารณ์

การสำรวจในชุมชนครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทยที่หาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังร้อยละ 0.6 พบมากที่สุดเ็นเพศหญิง และมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ความชุกของการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเฉพาะในผู้ที่มีอายุมาก

การสำรวจครั้งนี้พบว่าประชาชนที่ได้รับการเจาะเลือดมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 4.1 ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ประมาณการไว้ว่าประชาชนไทยทั่วไปน่าจะมีความชุกของการตรวจพบ HBs Ag ที่ร้อยละ 5.1⁵ เมื่อพิจารณาความชุกในผู้ที่ได้รับการเจาะเลือดกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบการติดเชื้อร้อยละ 0.9 ประชาชนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่แรกเกิดในช่วงที่กรมควบคุมโรคได้เริ่มให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในปี พ.ศ. 2535 อย่างไรก็ตาม อาจมีเด็กบางคนที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะจากการสำรวจความ

ครอบคลุมการได้รับวัคซีนที่มีตัวเลขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 95 ในปี พ.ศ. 2545 และร้อยละ 99 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556⁵ เป็นต้นมา ความชุกที่เพิ่มขึ้นตามอายุสำหรับผู้ที่เกิดหลังปี 2535 ในการสำรวจครั้งนี้ ไม่แตกต่างจากรายงานในการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย⁵ ประกอบกับมีรายงานถึงการมีความสัมพันธ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังกับภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นตามอายุและมีผลทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹⁸ เป็นข้อมูลที่สำคัญด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการดำเนินการคัดกรอง การประเมินผลการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังคงจำเป็นดำเนินการในวงกว้างสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป เพราะความชุกจากการสำรวจครั้งนี้ได้ทำให้เห็นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ข้อมูลที่พบในการสำรวจครั้งนี้ช่วยสะท้อนภาพความสำเร็จของการดำเนินการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทยแม้ว่ายังคงพบการติดเชื้อในกลุ่มคนที่เกิดในช่วงการเริ่มโครงการให้วัคซีนอยู่บ้าง

ในการสำรวจครั้งนี้ พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 1.3) คล้ายกับรายงานความชุกโดยเฉลี่ยของประชากรชาวไทย (ร้อยละ 0.5-2)⁶ แต่การสำรวจนี้พบเฉพาะผู้ที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี เท่านั้น ซึ่งจากรายงานทั่วไปพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หนึ่งในสามไม่แสดงอาการใดๆ การพบการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีอายุมาก หรือที่เป็นการติดเชื้อในระยะเวลานาน หรือร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วย จะทำให้โอกาสเกิดตับแข็งได้รวดเร็วขึ้น เมื่อเกิดตับแข็งแล้ว คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะแย่ลงมาก และมักเสียชีวิตในเวลาต่อมาอย่างรวดเร็ว¹⁹⁻²² เพราะฉะนั้นการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคและการรักษามีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในแง่ของการตรวจคัดกรองควรมุ่งเน้นผู้ที่มีประวัติที่เสี่ยง เช่น จากการสำรวจครั้งนี้ ที่พบประวัติการได้รับเลือด การมีญาติเคยป่วยด้วยไวรัสตับอักเสบบี เพราะหากประชาชนทราบว่าตนเองติดเชื้อก็จะสามารถหาวิธีการรักษา เป็นการลดโอกาสการแพร่เชื้อ ประหยัดค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะตามมาจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นอกจากนี้ประโยชน์ของการคัดกรองยังเป็นการเฝ้าระวังภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วย

สรุป

การสำรวจในชุมชนครั้งนี้พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคล้ายรายงานในประเทศไทย แต่มีร้อยละความชุกสูงของการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรังมากกว่ารายงานอื่นๆ ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ที่มีอายุ 65 ถึง 74 ปี พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังต่ำในกลุ่มผู้ที่เกิดหลังปี 2535 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นข้อมูลหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพการป้องกันโรคด้วยวัคซีน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ประธานที่ปรึกษาโครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรังในชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับแข็งและมะเร็งตับ ของประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และดร.ปราบดา ประภาศิริ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

References

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคห่วงปัญหาโรคตับอักเสบบี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=84964.
2. บุญเติม แสงดิษฐ์, ชัยพล บัณฑิตสิงห์, ดุสิต จันทยานนท์. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในชายหนุ่มไทย: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 2557;67:79-84.
3. Custer B, Sullivan S, Thomas K, Kris V. Global epidemiology of hepatitis B virus. *J Clin Gastroenterol*. 2004; 38:158-68.
4. Merican I, Guan R, Amarapuka D, Alexander MJ, Chutaputti A, Chien RN, et al. Chronic hepatitis B virus infection in Asian countries. *J Gastroenterol Hepatol*. 2000;15:1356-61.
5. Charline L, Pierrick A, Khamduang W, Kawilapat S, N Ngo-Giang-Huong, Ongwandee S, et al. Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. *International J of Infectious Dis*. 2016;5:136-43.
6. เฉลิมรัฐ บุญชรเทวกุล, สูงชัย อังธารารักษ์, เพชรรัตน์ ดุสิตานนท์, สกานต์ บุญนาค, วิรุฬห์ ลิขิตเลิศล้ำ. ไวรัสตับอักเสบบี. หนังสืออายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีพีพรินท์ จำกัด; 2552:140-53.
7. Sunanchaikarn S, Theamboonlers A, Chongsrisawat V, Yoocharoen P, Tharmaphornpilas P, Warinsathie P, et al. Seroepidemiology and genotypes of hepatitis C virus in Thailand. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2007;25:175-82.

References

8. Luksamijarulkul P, Thammata N, Sujirarat D, Tiloklurs M. Hepatitis C virus infection among Thai blood donors: antibody prevalence, risk factors and development of risk screening form. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2004;35:147-54.
9. Tanwandee T, Piratvisuth T, Phornphutkul K, Mairiang P, Permpikul P, Poovorawan Y. Risk factors of hepatitis C virus infection in blood donors in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89(5):79-83.
10. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis B) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/335
11. Centers for disease control and prevention. Hepatitis B Information [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/hbvfaq.htm#overview>
12. Centers for disease control and prevention. Hepatitis C Information [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm#section1>
13. I Merican, R Guan, D amarapuka, MJ Alexander. Chronic hepatitis B virus infection in Asian countries. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2000;15:1356-1361
14. วิราศิณี ชัยมณี, ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ. อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซีและซีในผู้บริจาคโลหิต ภาคอีสานตอนบน: การศึกษาเพื่อพัฒนางาน. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต*. 2015;25:25-34.
15. West DJ. The risk of hepatitis B infection among health professionals in the United States; a review. *Am J Med Sci*. 1984;287:26-33.
16. McMahon BJ. Natural history of chronic hepatitis B. *Clin Liver Dis*. 2010;14:381-96.
17. ชัยพล บัณฑิตสิงห์, ดุสิต จันทยานนท์, บุญเต็ม แสงดิษฐ์, ชาดิชา ยุกวิโกไคย. ความชุกของการติดเชื้อเรื้อรังและภาวะภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบซีในบุคลากรสถาบันพยาธิวิทยา. *ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้าการบริการรักษาและอาชีวอนามัย. เวชสารแพทย์ทหารบก*. 2556;66:154-157.
18. Porapakkham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W Vos , Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr*. 2010;8:14.
19. American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America. Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hcvguidelines.org/full-report-view>
20. European Association for the Study of the Liver Recommendations on Treatment of Hepatitis C [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.easl.eu/_newsroom/latest-news/easl-recommendations-ontreatment-of-hepatitis-c-2015.
21. Fattovich G, Giustina G, Degos F, Tremolada F, Diodati G, Almasio P, et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology*. 1997;112:463-72.
22. เฉลิมรัฐ ปัญชรเทวกุล. ไวรัสตับอักเสบซี. *วารสารกรมการแพทย์* 2558;2:6-10. ●

Nasolabial Flap for Nasal Alar and Columellar Reconstruction in HIV Patient : Case Report

Wongtrungkapun R

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Tiwanon Rd.,

Talat Khwan, Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

(E-mail : ruch_Wongtrungkapun@yahoo.com)

บทคัดย่อ : การผ่าตัดตกแต่งเสริมสร้างปีกจมูกและแกนกลางจมูกโดยใช้เนื้อเยื่อแก้ม
ในผู้ติดเชื้อเอดส์ : รายงานผู้ป่วย

รัชต์ วงศ์รังคพันธ์ พ.บ.

สถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

Introduction

Human Immunodeficiency Virus (HIV), since the first case was reported is recognized as a major risk factor for development of different types of malignancies. Squamous cell carcinoma (SCC) is one common form of cutaneous carcinoma that occurs in HIV Patients. SCCs were associated with immunodeficiency and had a twofold higher incidence rate in HIV-positive patient compared with HIV-negative patient¹.

Surgical excision is the treatment of choice for cutaneous SCC²⁻³, which can causes the defect and disfigures on the face especially the area of the nose. The defects of the nasal ala and columella (Figure 1) after resection of skin cancer present a great challenge to the plastic surgeon. The need to provide adequate skin cover with similar colour match is compounded by the additional tasks of reconstructing the nasal lining and the support of the reconstructed alar margin. This often requires staged procedures with donor sites morbidities.

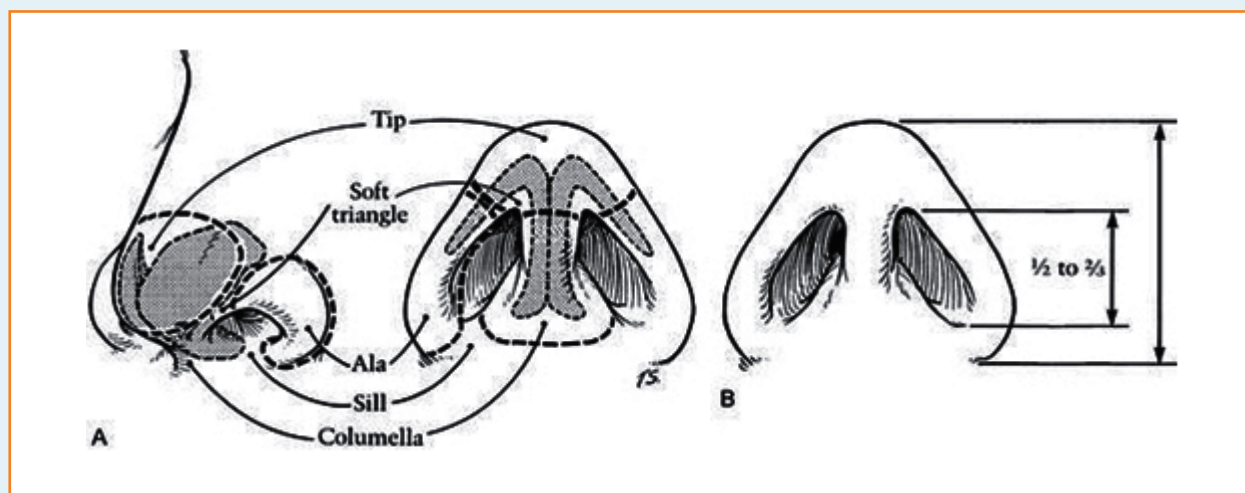


Figure 1. Anatomy of the nasal lobule. A. Subunits of the lobule and alar cartilages. B. Proportions of the nostril to the overall height of the lobule.

Several options exist in the armamentarium of the plastic surgical field, however the main choices remain one of these 3 flaps: the forehead, the superior based nasolabial and the medial - based nasolabial flaps. Distant flaps from the forehead often lead to a bulky repair of the ala. They are also accompanied by visible donor site scarring. Superior based nasolabial flaps are commonly used to reconstruct the external surface of the ala while another stage is needed to reconstruct the nasal lining with or without a cartilaginous frame. Medial - based nasolabial flaps are usually turned to reconstruct the nasal lining while another local flap or a full-thickness skin graft is used to provide the cover. The colour - match problem, the multi - staged procedures and the scarring at the alar rim are among the side effects of the previous nasolabial techniques⁴.

Single-stage procedures using nasolabial skin are also possible. A superior-based flap can be elevated with sufficient length to cover the external surface and then it is folded inside the nasal cavity to provide lining. The resultant repair is commonly associated with a bulky alar side wall and a visible donor site scarring. Single-stage medial nasolabial flaps are better suited for that purpose. The flap is raised as an island, based on the subcutaneous tissue and folded to repair both layers of the alar side wall. Two variants of the medial-based island nasolabial flap were published. In the first type, the proximal part of the flap provides the external surface reconstruction while the distal part is internally folded to provide lining. The resultant reconstruction is commonly associated with a bulky and unnatural ala. The second variant provides a better contour to the reconstructed ala. By raising the flap and turning it like the page of the book, the proximal part is used to reconstruct the nasal lining first. The distal part is then folded to cover the first layer and reconstruct the external surface. During suturing the first layer, the flap makes a natural 90 degree turn to orient its distal part for the final stage of the repair. As the distal part is folded to reconstruct the outer surface, the free margin of the ala is formed and is structurally strong enough to eliminate the need of a cartilaginous framework of alar support⁵⁻⁶.

This technique of turnover medial-based nasolabial flap was used by several authors to reconstruct full - thickness alar defects with excellent results⁵⁻⁷. They however reported a high rate of revision surgery to reduce

the bulk of the reconstructed ala and to seat the ala in a more medial location. In the current study, a modification of the medial nasolabial turnover flap is introduced in an attempt to reduce the bulk of the flap. Primary thinning of the flap - preserving the subdermal plexus - was suggested by several authors and was performed in the current study to reduce the bulk of the lateral alar sidewall⁵⁻⁸.

Case report

A 76 old male, known to have HIV infection for 15 years, presented with a history of right side nasal cavity mass for one month, which increased gradually in size, associated with ulceration and grayish discharge. On physical examination, there was a black - blown mass, about 0.5x1.5 cm arising from the ala to columella of right side of nasal cavity. The outer surface is firm and lobulated. There was no bleeding or discharge and there was also no facial or cervical lymphadenopathy found. The patient denied any history of previous heavy sun exposure nor radiation in form of radiotherapy. (Figure 2)

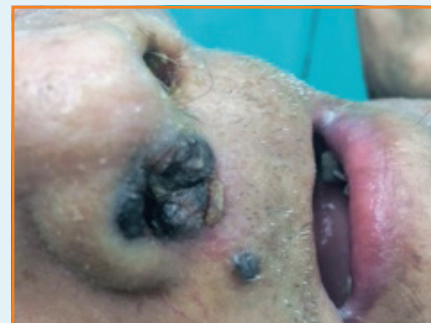


Figure 2. Pre-operative picture of HIV patient with Squamous cell carcinoma right nasal ala and columella.

Incision biopsy performed for the nasal cavity mass and histopathology examination showed exo and endophytic growth of the atypical keratinocyte that extend from the epidermis into the mild dermis. The atypical keratinocytes have large, pleomorphic and hyperchromatic nuclei. Dyskeratotic cells, horn pearls and squamous eddies are also present in the tumor mass. Diagnosis is well differentiated squamous cell carcinoma. Facial bone Computer tomography scan showed mild soft tissue thickening at right side of lower nose without obvious mass or necrosis. Mildly left sided deviation of nasal septum. (Figure 3)

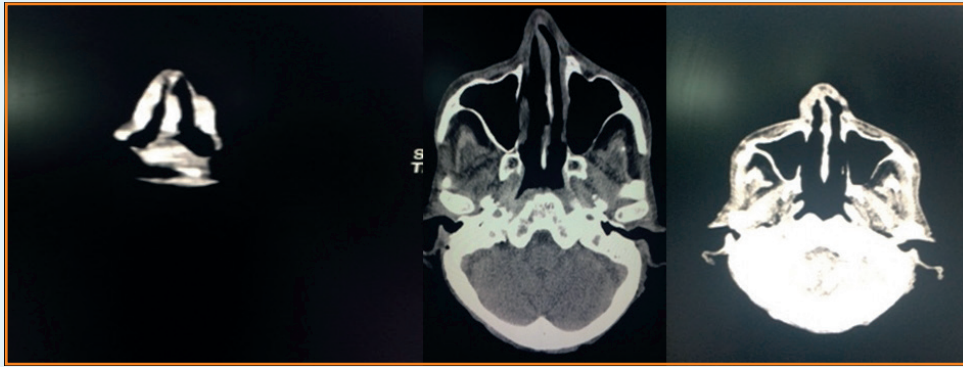


Figure 3. Computerize tomography facial bone. Surgical technique

All procedures were carried out under local infiltrative anesthesia with 2% xylocaine with adrenalin in a concentration of (1:200,000) and were covered by prophylactic antibiotics. Cefazolin was given in a dose of 1gm intravenously four times per day for 7 days and then oral Dicloxacillin 500 mg. was used for 7 days to prevent infection of the flap. Wide excision with the distance of 0.6 cm. in all direction was performed. The right nasal ala and columella including one part of upper lip was resected. The superiorly based nasolabial flap was outlined adjacent to the defect, elevated and then transposed into the defect, by raising the flap and turning it like the page of the book. The proximal end and superior part of the flap is used to reconstruct the nasal lining first. The distal end is sutured to the defect of columella, and then the inferior part of the flap folded to cover the first layer and reconstruct the external surface. As the inferior part is folded to reconstruct the outer surface, the free margin

of the ala and columella is formed and is structurally strong enough to eliminate the need of a cartilaginous frame work of alar support. Special care was taken not to include hair bearing facial skin in flap designing. The nasolabial flap was developed as a random flap based on the sub-dermal vascular supply. A 2:1 length to width ratio was maintained. The flap was designed to avoid resultant distortion of surrounding structures by widely undermining the skin of the cheek. The final suture line of the donor site was placed in the nasolabial crease. Suture materials used were 5/0 vicryl and 6/0 nylon. Removal of a Burow's triangle at the inferior extremity of the incision may be necessary in some patients with redundant skin to avoid a dog ear. Folded nasolabial flap was used for reconstruction of full thickness defect of the nasal alar and columellar region. The split - thickness skin graft was harvested from right thigh and used to replace the surgical defected of right upper lip with bolus tied over dressing.

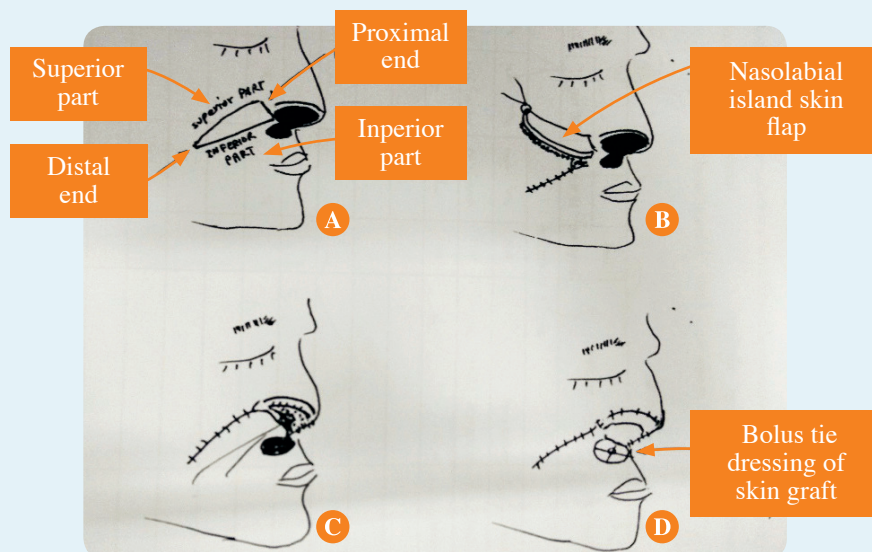


Figure 4. Operation technique

A. Resection of nasal ala and columella, one part of upper lip, design of nasolabial flap

B. Raising of subcutaneous pedicled nasolabial flap, closure of nasolabial defect

C. Inserting of superiorly part and proximal end of nasolabial flap for nasal lining and forming of columella

D. Folding of inferiorly part of nasolabial flap to cover the external surface and skin graft coverage the defect of upper lip with Bolus tied over dressing.

Patient was followed and observed for wound infection and color of the nasolabial flap in the ward. Stitches removal with assessment of the flap was done in 7 days. Patient was advised to avoid excessive sun exposure, touching, scratching or pulling the flap for at least six weeks.

Result

The subcutaneous pedicled nasolabial island flap is versatile for coverage defect of nasal ala and columella in full - thickness loss after surgical wide excision of squamous cell carcinoma in HIV patient. The color and texture match were good at reconstructed site. There was no complication in bleeding, infection or flap loss. Optimal function and aesthetic results was achieved. Donor site morbidity is minimal, surgical scar was linear pattern. Minimal deformation occurred in the alar groove and columella height.

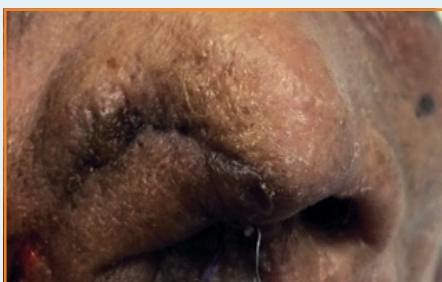


Figure 5. Post - operative picture of HIV patient shows right nasal alar and columella

Discussion

Currently, the prevalence of HIV is rising progressively each year. This is attributable both to the increasing number of new diagnosis and improved efficacy of advancing medical therapy. Management of HIV - positive patients has become a part of routine surgical practice. The frequency of surgical complication did not differ significantly between HIV- negative and positive patient^{9,10}. One of the most common skin cancer management is surgical wide excision and later reconstruction procedure for the defect, especially defect on the nose.

The nose is one of the important structures of the face; therefore a good aesthetic result of the nasal reconstruction is crucial. The nasal ala is a common site for the occurrence of skin cancer and often presents challenging surgical defects following surgical wide excision. Repair options should be individualized according to each patient and surgical defect. The nasolabial flap is a versatile flap described for use in the nasal ala and columella reconstruction. A modified application of the flap is described for total full - thickness defects of the alar margin^{8, 9}. The reconstruction of columellar defect with a nasolabial flap is described¹¹⁻¹⁴. I used a nasolabial island flap, subcutaneous pedicle, for the repair of nasal ala and columella defects and the results were considered as satisfactory.

The goal of the reconstruction of nasal ala and columella defects is to obtain minimum deformities at the donor - site and a donor area similar to the reconstructed area with respect to color and texture. The size of the defect also influences the choice of donor skin for reconstruction. Numerous techniques of nasolabial flap have been described for the reconstruction of nasal ala and columella defects^{11, 14-18}. Many authors have used subcutaneously-based nasolabial flaps^{12, 14, 19- 20}. In the case of a subcutaneously based flap, the dermal vascular plexus is disrupted, and the viability of the flap relies solely on the subcutaneous vessels. Fosko and Dzubow suggested that superior, subcutaneously - based pattern flaps are supplied by the musculocutaneous perforator branches of the superior labial artery and transverse facial artery²¹. They further recommended avoiding excessive thinning of the flap's pedicle²²⁻²³. I used the modification of the previous technique was published by Massoud⁶ by folding the inferiorly part of the subcutaneous pedicled

Conclusion

nasolabial island flap to cover the lining layer of the flap and reconstructed the external surface that described different variations for ala and columella area reconstructions. In this article, nasal alar and columella reconstructions with a subcutaneous nasolabial island flap was performed on the HIV positive patients. There were no complications such as partial or total flap loss, bleeding nor infection. The aesthetic result was good in color texture match and the patient was satisfied. The scar tissue at the donor - site was minimal. Minimal deformation occurred in the alar groove and columella height.

The advantages of this flap compared to other flaps commonly used for the repair of the defects in the alar and columella of the nose can be stated as follows: it is easily prepared, the procedure can be performed under local anesthesia; it requires only one operation; donor - side deformities are at minimum, and the colour and texture of the skin are very well matched. I recommend the use of the subcutaneous pedicle nasolabial island flap in the reconstruction of defects in the alar and columella of the nose in HIV patient.

References

1. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, Quesenberry CP Jr., Engels EA, Asgari MM. HIV infection status, immunodeficiency, and the incidence of non-melanoma skin cancer. *Journal of the Natl Cancer Inst* 2013; 105: 350-60.
2. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Plastic Surg* 2003; 56: 85-91.
3. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27 (2 Pt 1): 241-8.
4. Kline RM. Aesthetic reconstruction of the nose following skin cancer. *Clin Plast Surg* 2004; 31: 93-111.
5. Takeda A, Akimoto M, Park K, Kounoike N, Shimakura Y, Nemoto M, et al. Single-stage reconstruction of a full-thickness alar defect using a folded nasolabial flap combined with a redundant skin turnover flap. *J craniofac Surg* 2014; 25: 2144-6.
6. Massoud K. Reconstruction of the full thickness alar defect by the turnover nasolabial flap : Improving the outcome by primary flap - thinning and Unilateral alar base suturing. *Egypt, J Plast Reconstr Surg* 2009; 33: 7.
7. Selcuk CT, Ozalp B, Durgun M, Bozkurt M, Baykan H. Reconstruction of full-thickness nasal alar defects using cartilage-supported nonfolded nasolabial flaps. *J craniofac Surg* 2012; 23: 1624-6.
8. Thornton JF, Griffin JR, Constantine FC. Nasal reconstruction: an overview and nuances. *Semin Plast Surg* 2008; 22: 257-68.
9. Phakathi BP, Basson G, Karusseit VO, Olorunju SA, Mokoena T. The effect of HIV infection on the surgical, chemo- and radiotherapy management of breast cancer. A prospective cohort study. *Int J Surg* 2016; 34: 109-15.
10. Dua RS, Wajed SA, Winslet MC. Impact of HIV and AIDS on surgical practice. *Ann R Coll Surg of Engl* 2007; 89: 354-8.

References

11. Holzmann D, Forster NA, Vital D, Giovanoli P. Reconstruction of Defects Involving the Nasal Ala and the Nasolabial Fold : The Role of the Microvascular Prehelical Rim Graft. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2015; 77: 255-61.
12. Kearney C, Sheridan A, Vinciullo C, Elliott T. A tunneled and turned-over nasolabial flap for reconstruction of full thickness nasal ala defects. *Dermatol Surg* 2010; 36: 1319-24.
13. Thierry G, Coulet O, Guyot L. Reconstruction of a transfixing partial loss of substance from the wing of nose with the upper pedicled nasolabial flap. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2008; 129: 49-51.
14. Sherris DA, Fuerstenberg J, Danahey D, Hilger PA. Reconstruction of the nasal columella. *Arch Facial Plast Surg* 2002; 4: 42-6.
15. Weathers WM, Koshy JC, Wolfswinkel EM, Thornton JF. Overview of nasal soft tissue reconstruction: keeping it simple. *Semin Plast Surg* 2013; 27: 83-9.
16. Faris C, Vuyk HD. Reconstruction of nasal tip and columella. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2011; 19: 25-62.
17. Paddack AC, Frank RW, Spencer HJ, Key JM, Vural E. Outcomes of paramedian forehead and nasolabial interpolation flaps in nasal reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 138: 367-71.
18. Bloom JD, Ransom ER, Miller CJ. Reconstruction of alar defects. *Facial plastic surgery clinics of North America* 2011; 19: 63-83.
19. Kose R, Okur MI. Reconstruction of the defects in the middle of the nose with subcutaneous pedicled nasolabial island flap: report of two cases. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* of 2009; 19: 272-6.
20. Sachithanandam K, Ilango N, Gupta AK. Effective use of Burow's triangle in a nasolabial flap--a technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62: 853-4.
21. Fosko SW, Dzubow LM. Nasal reconstruction with the cheek island pedicle flap. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 580-7
22. Burnam JA. The nasolabial flap in reconstruction of the nose. *J Flo Med Assoc* 1972; 59: 32-4.
23. Turan A, Kul Z, Turkaslan T, Ozyigit T, Ozsoy Z. Reconstruction of lower half defects of the nose with the lateral nasal artery pedicle nasolabial island flap. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119: 1767-72. ●

การรักษาด้วยการให้เมทาโดนทดแทน ในกลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ : บททวนวรรณกรรม

วิรัช จุครานันท์

โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน ตำบลปางหมู

อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58000

Methadone Maintenance Therapy in Opioid Dependence : Review Literature

Ukhranan W

Thanyarak Maehongson Hospital, Pang Moo,

Mueang Mae Hong Son, Mae Hong Son, 58000

(E-mail : med4407144@hotmail.com)

บทนำ

กลุ่มผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (opioid dependence) เป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคมและด้านสาธารณสุขไปทั่วโลก โดยมีการประมาณการว่ามีกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ แบบผิดกฎหมายถึง 15.6 ล้านราย และ 11 ล้านรายเป็นผู้ใช้เฮโรอีน¹ การใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยวิธีการใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (IVDU:intravenous drug user) สามารถทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อทางเลือดได้เช่นเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าในกลุ่ม IVDU สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 10.0 ของการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก² ในประเทศไทยได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 388,621 รายและมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย โดยเมื่อจำแนกผู้ป่วยเอดส์ตามปัจจัยเสี่ยงพบว่าเป็นผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นถึงร้อยละ 4.3³

การให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนจัดเป็นกระบวนการบำบัดรักษาอย่างหนึ่งภายใต้แนวคิดของกระบวนการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด อันเป็นหลักการที่มีเป้าหมายในการลดผลเสียทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการใช้สารเสพติดมากกว่าจะให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาหรือปลอดจากยาเสพติดโดยเด็ดขาด แนวคิดนี้ได้นำมาใช้เป็นวิธีการที่ลดการแพร่เชื้อของไวรัสตับอักเสบบี ซี และลดอันตรายในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งมีการดำเนินการอย่างกว้างขวางในประเทศทางตะวันตก เช่น เนเธอร์แลนด์และออสเตรเลีย⁴ แนวคิดเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้รับการผลักดันเป็นนโยบายระดับชาติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 ได้กำหนดให้ทดลองนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาดำเนินการในกลุ่มผู้เสพติดรุนแรงที่ยังเลิกยาเสพติดไม่ได้และมีพฤติกรรมเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง

ในแง่ของการติดเชื้อและแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงไปยังสังคมทั้งนี้กำหนดให้มีพื้นที่ดำเนินการโดยเฉพาะและกำหนดการให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านภายใต้ 10 ชุดบริการซึ่งการรักษาด้วยเมทาโดนทดแทนระยะยาวเป็นหนึ่งในชุดบริการที่กำหนด

ผู้ติดยาเสพติด

ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่มีกลุ่มอาการทางความคิด พฤติกรรม และอาการทางกายที่ผลักดันให้ผู้ป่วยใช้สารกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่องทั้งๆที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์อย่างมีนัยสำคัญ⁵ โดยผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์จัดอยู่ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ซึ่งการวินิจฉัยผู้ติดยาและสารเสพติดมีหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบ ICD-10 และระบบ DSM-IV ซึ่งการวินิจฉัยในระบบ ICD-10 จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก และในระบบ DSM-IV จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับทั้งระบบ ICD-10 และระบบ DSM-IV โดยใช้ประกอบกันทั้ง 2 ระบบ

กระบวนการทางประสาทวิทยา

ของผู้ติดยาเสพติด

การใช้สารกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท โดยเฉพาะสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับ motivation, memory, behavior control และ disinhibition⁶ จากการศึกษาในปัจจุบันทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมองส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความรู้สึกยินดีหรือมีความสุข ซึ่งสมองส่วนนี้เรียกว่า “reward circuit” ซึ่งอยู่ใน mesocorticolimbic dopamine system จากสมองส่วน ventral tegmental area ส่งไปยังสมองส่วน nucleus accumbens, amygdala และ prefrontal cortex⁶ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ เช่น เฮโรอีนและมอร์ฟีน

มีความรู้สึกเป็นสุขอย่างมากและเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะหาสารกลุ่มโอปิออยด์มาใช้อีก แต่หากหยุดใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ทันทีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเป็นแรงผลักดันในการกลับไปใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ซ้ำ ทำให้ปัจจุบันมองการติดยาเสพติดเป็นโรคชนิดหนึ่งจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นเกิดจากกระบวนการทางสมองหรือที่เรียกว่า “โรคสมองติดยา” (Brain addiction disease)⁶

อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถอธิบายผลจากการได้รับสารกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่องต่อ neurotransmitter ในสมองได้ทั้งหมด อาการทนต่อยา (tolerance) ของสารกลุ่มโอปิออยด์เกิดได้จากหลายกระบวนการ เช่น กระบวนการ acute desensitization ซึ่งเกิดภายในไม่กี่ชั่วโมง และ long term desensitization ซึ่งจะคงอยู่ได้หลายวันหลังใช้สารกลุ่มโอปิออยด์⁷ นอกจากนี้ยังมีกระบวนการที่สำคัญคือการปรับตัวเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ที่ใช้ในการสร้างสาร cyclic adenosine monophosphate (cAMP) เพื่อชดเชยการที่สาร cAMP มีปริมาณลดลงเมื่อใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ ดังนั้นการหยุดใช้สารโอปิออยด์จะส่งผลให้มีสาร cAMP ปริมาณมากนำไปสู่ภาวะ “Noradrenergic storm”⁵ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของอาการทางคลินิกที่เรียกว่าอาการถอนพิษยา (opioid withdrawal) อันมีลักษณะที่สำคัญคือน้ำตาไหล น้ำมูกไหล หาว เหงื่อออก กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถอยู่ได้เป็นสัปดาห์หรือนานกว่า โดยสามารถประเมินอาการและความรุนแรงของอาการถอนพิษยาจากสารกลุ่มโอปิออยด์ได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ ซึ่งทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนได้ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Clinical opiate withdrawal scale (COWS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผสมผสานระหว่างอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกได้และอาการที่ผู้ประเมินสามารถตรวจพบ⁴

○ การรักษาผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์

การรักษาผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผสมผสานกันระหว่างการบำบัดรักษาด้วยยา และกระบวนการจิตสังคมบำบัด เพื่อจุดมุ่งหมายสำคัญ 3 ประการ

- 1) ลดหรือหยุดใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
- 2) ป้องกันอันตรายในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
- 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์⁸

กระบวนการบำบัดรักษาด้วยยานั้นมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนพิษยาและอาการอยากยา ซึ่งมีรูปแบบการให้การบำบัดด้วยยา 2 วิธีคือ

1. กระบวนการบำบัดรักษาแบบถอนพิษยา

เป็นการให้ยาเพื่อระงับอาการถอนพิษยาในช่วงแรก หลังจากนั้นค่อยๆ ปรับขนาดยาจนผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้

ในที่สุด ซึ่งยาที่ใช้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ เช่น methadone, buprenorphine หรือ clonidine นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลให้การบำบัดรักษาแบบถอนพิษยา ด้วย tincture of opium ในกลุ่มผู้ติดฝิ่นในบางประเทศ อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนเปรียบเทียบการรักษาด้วยกระบวนการ detoxification กับกระบวนการรักษาด้วย maintenance treatment ไม่พบประโยชน์จากการรักษาด้วยกระบวนการ detoxification⁹⁻¹⁰ ทำให้การรักษาในผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเฮโรอีนในปัจจุบันด้วยกระบวนการ detoxification ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีนัก

2. กระบวนการบำบัดรักษาด้วยการให้ยาทดแทน

เป็นการให้การบำบัดรักษาด้วยการให้ยาในกลุ่ม opioids agonist (methadone) หรือ partial agonist (buprenorphine) รับประทานอย่างสม่ำเสมอโดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับยาของสารกลุ่มโอปิออยด์ให้อยู่ในระดับที่ “ปกติ” คือไม่ทำให้เกิดภาวะได้รับยาเกินขนาดหรือระดับยาในเลือดน้อยเกินไปจนเกิดอาการถอนพิษยา โดยเป้าหมายของการให้การรักษาดังวิธีนี้เพื่อ

- 1) ลดหรือหยุดการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ที่ผิดกฎหมาย
- 2) ลดหรือหยุดการใช้เข็มฉีดยาและการแพร่เชื้อของกลุ่มไวรัสที่ติดต่อผ่านทางเลือด (เช่น เชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี)
- 3) ลดความเสี่ยงต่อภาวะโอปิออยด์เกินขนาด
- 4) ลดการเกิดอาชญากรรม
- 5) พัฒนาคุณภาพชีวิตทางกายและจิตใจ ซึ่งพบว่าการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดนทดแทนระยะยาวในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีน มีประสิทธิผลต่อการคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาและการสามารถลดปริมาณการใช้เฮโรอีนลงได้ ส่วนประเทศไทยมีการให้ยาทดแทนด้วยเมทาโดนเท่านั้น¹¹

○ การเริ่มต้นการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

ระยะเวลาในการเริ่มต้นการให้การรักษาดังด้วยเมทาโดนระยะยาวในผู้ติดสารโอปิออยด์ที่ไม่เคยได้รับการรักษาดังด้วยเมทาโดนมาก่อนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์แรกของการรักษา โดยขนาดของเมทาโดนในขณะเริ่มต้นการบำบัดรักษาควรมีการประเมินและพิจารณาซึ่งน้ำหนักระหว่างการให้เมทาโดน ในขนาดที่มากพอจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ หรือความเสี่ยงต่อการได้รับเมทาโดนเกินขนาดซึ่งอาจมีผลทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญในการพิจารณาขนาดยาเมทาโดนเริ่มต้น คือ “ภาวะทนต่อยา” ของผู้ป่วยซึ่งอาจจะพิจารณาได้จากประวัติการใช้สารโอปิออยด์ทั้งปริมาณและความถี่¹² ซึ่งตามหลักแล้วการปรับยาเมทาโดนในระยะที่เริ่มต้นควรยึดหลักตามความปลอดภัยที่ว่า “start slow go slow”

ขนาดยาของเมทาโดนเริ่มต้นอยู่ในช่วง 10-20 มิลลิกรัม โดยที่ส่วนใหญ่แล้วเมทาโดนขนาด 20 มิลลิกรัม ก็เพียงพอที่จะบรรเทาอาการถอนพิษยาและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากพอที่จะคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีน⁸ แต่ถ้าหากขนาดยาเริ่มต้นไม่เพียงพอที่จะบรรเทาอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยได้สามารถพิจารณาเพิ่มขนาดยาได้อีก 5-10 มิลลิกรัม แต่ควรแจ้งให้ผู้ป่วยรอเพิ่มยาหลังจากประเมินผู้ป่วยซ้ำที่ 4 ชั่วโมงหลังจากรับประทานยาเมทาโดนครั้งแรกเพื่อให้ถึงระยะเวลาที่เมทาโดนออกฤทธิ์ได้สูงสุด โดยที่การปรับเพิ่มขนาดยาเมทาโดนในวันแรกไม่ควรเกิน 30 มิลลิกรัม

ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับอันตรายจากการได้รับเมทาโดนควรพิจารณาเริ่มต้น เมทาโดนในขนาด 10-20 มิลลิกรัม และควรปรับขนาดด้วยความระมัดระวัง¹² ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี
2. ผู้ที่มีประวัติเข้ายาในกลุ่ม benzodiazepine หรือยาในกลุ่ม sedative drug อื่นๆ
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดยา
4. โรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น cor pulmonale, morbid obesity, sleep apnea syndrome, myxedema, kyphoscoliosis หรือมีภาวะ central nervous system depression ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับเมทาโดนในขนาดต่ำที่สุดที่จะมีประสิทธิภาพในการรักษา เพราะเมทาโดนมีฤทธิ์ในการกดศูนย์ที่ควบคุมการหายใจ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้
5. ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงทางโรคหัวใจ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบภาวะ prolong QT interval ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือมีประวัติ early cardiac death ในครอบครัวมาก่อน
6. ผู้ที่ได้รับยาซึ่งมีอันตรกิริยากับเมทาโดน เช่น fluconazole, voriconazole, ciprofloxacin, clarithromycin, fluoxetine, amitriptyline, quetiapine, sertraline, lidocaine หรือ progesterone

เมื่อผู้ป่วยได้รับเมทาโดนในขนาดเริ่มต้นและสามารถทนต่อเมทาโดนได้แล้วควรปรับขนาดเมทาโดนเพิ่มขึ้นช้าๆ ในขนาดไม่เกิน 5 มิลลิกรัมในทุกๆ 3-5 วันหรือนานกว่านั้น การปรับขนาดยาของเมทาโดนควรมีการปรับขนาดตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ได้ขนาดยาที่ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในการรักษา และไม่กลับไปใช้เฮโรอีนหรือสารโอปิออยด์ผิดกฎหมายอื่น

การให้การรักษาด้วยเมทาโดนในระยะที่คงที่

การให้การรักษาด้วยเมทาโดนในระยะที่คงที่เป็นการปรับขนาดยาเมทาโดน โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้ได้ขนาดยาเมทาโดนที่มีประสิทธิภาพเพียงพอให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ไม่เกิดภาวะเคลิ้มสุข ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเมทาโดนเกินขนาดหรือทุกข์ทรมานจากอาการอยากยาโดยผู้ติดสารโอปิออยด์ยังคงอยู่ในการบำบัดรักษาและไม่กลับไปใช้สารโอปิออยด์ที่ผิดกฎหมาย

โดยมีการทบทวนการศึกษายอย่างเป็นระบบถึงขนาดที่เหมาะสมของเมทาโดนในระยะที่จะทำการบำบัดรักษาบรรลุตตามเป้าหมาย ที่ขนาดยาแตกต่างกัน¹³ โดยพบว่าในแง่ของประสิทธิผลพบว่า การให้การรักษาด้วยเมทาโดนในขนาด 60-120 มิลลิกรัม มีประสิทธิผลดีกว่าและมีอัตราการคงอยู่ในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้เมทาโดนขนาดน้อยกว่า 60 มิลลิกรัม ทำให้ขนาดเมทาโดนที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยติดเฮโรอีนในระยะ maintenance ที่องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำไว้ อยู่ในช่วง 60-120 มิลลิกรัม⁸

ในขณะที่ในด้านความปลอดภัยจากการรักษาด้วยเมทาโดนนอกจากผลข้างเคียงที่สำคัญและแพทย์ส่วนใหญ่ มักจะระมัดระวังอย่างภาวะเมทาโดนเกินขนาดซึ่งผู้ป่วยมักแสดงอาการในเรื่องของระดับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลง การหายใจลดลงและรบกวนตาหัดเล็กน้อย ยังมีการศึกษาพบว่า การให้เมทาโดนในขนาดที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เรียกว่าภาวะ prolong QT interval ที่ยาวขึ้น¹⁴ ซึ่งอาจทำให้เกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด torsades de pointes ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเกิด torsades de pointes เช่น เพศหญิง ทานยาที่มีปฏิกิริยาต่อเมทาโดน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ หรือมีโรคหัวใจอยู่เดิม¹⁴ จึงทำให้แพทย์ควรระมัดระวังภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกตินี้ไว้เสมอในผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนในขนาดที่สูงอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 1 ตัวอย่างลักษณะบรรจุภัณฑ์ของยาเมทาโดนในการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวของโรงพยาบาลอัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ภาวะเมทาโดนเกินขนาด

ภาวะเมทาโดนเกินขนาดจะมีอาการเหมือนกลุ่มอาการของผู้ที่ได้รับสารกลุ่มโอปิออยด์เกินขนาด เช่น กัดการหายใจ รูม่านตาหดเล็ก ซึมลง ตับอักเสบบ ภาวะ hypothermia ซึ่งลักษณะเฉพาะที่มักทำให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะสารกลุ่มโอปิออยด์เกินขนาดอย่างหยุดหายใจ รูม่านตาหดเล็กเท่ารูเข็ม และซึมลง มักไม่ปรากฏเสมอไปในผู้ป่วยทุกราย อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาทีในผู้ที่ไม่ได้นอนหลับ จะทำให้สงสัยภาวะได้รับสารโอปิออยด์เกินขนาดอย่างมาก¹⁵ การดูแลรักษาภาวะเมทาโดนเกินขนาดที่สำคัญคือการให้ยาต้านพิษคือ naloxone โดยจะออกฤทธิ์ได้ดีเมื่อให้ทางการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ฟันเข้ามูกหรือปอด แต่จะไม่ออกฤทธิ์เมื่อให้ในรูปแบบการรับประทาน naloxone ออกฤทธิ์สั้นภายใน 2 นาทีหลังฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำแต่มีข้อเสียที่สำคัญมีค่าครึ่งชีวิตที่สั้นคือ 20-90 นาที เมื่อเทียบกับสารโอปิออยด์ชนิดอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาเมทาโดนที่ออกฤทธิ์ยาว จึงต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังจากได้รับการรักษาจนผู้ป่วยฟื้นสติแล้ว เพราะเมื่อ naloxone หมดฤทธิ์ผู้ป่วยอาจจะกลับเข้าสู่ภาวะเมทาโดนเกินขนาดได้อีกครั้ง โดยขนาดยาเริ่มต้นสำหรับ naloxone คือ 0.4 มิลลิกรัม และสามารถให้ซ้ำในขนาด 0.4 มิลลิกรัมได้ทุก 2 นาทีหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองหลังจากการให้ naloxone หลายครั้งควรพบทวนการวินิจฉัยผู้ป่วยใหม่อีกครั้งว่าเกิดจากภาวะอื่นหรือไม่¹⁵

การให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในภาวะพิเศษ

การให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี

ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและติดสารกลุ่มโอปิออยด์มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เพราะเมื่อผู้ป่วยใช้เฮโรอีนจะทำให้ adherence ในการทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยลดลง¹⁶ ซึ่งในประเทศไทยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีซึ่งมักจะมีปฏิกิริยาระหว่างยากับเมทาโดนที่สำคัญคือ ยาต้านไวรัสในกลุ่ม nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) เช่น efavirenz และ nevirapine ซึ่งมีผลลดระดับเมทาโดนร้อยละ 40-52 ซึ่งหากเริ่มยาด้านไวรัสในผู้ป่วยที่รับประทานเมทาโดนอยู่ก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษยาเมทาโดนได้ในขณะเดียวกันเมทาโดนเองมีฤทธิ์ในการเพิ่มระดับยา zidovudine (AZT) ให้สูงขึ้นร้อยละ 29-43 ซึ่งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา zidovudine ได้¹⁷

การให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดสารกลุ่มโอปิออยด์ควรได้รับการพิจารณาถึงการให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ถึงแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์หลายรายจะมีความปรารถนาที่จะหยุดสารกลุ่มโอปิออยด์ก็ตาม แต่ก็ยังมีความเสี่ยงที่ผู้ติดกลุ่มนี้จะหวนกลับไปใช้เฮโรอีนซ้ำซึ่งการใช้เฮโรอีนมีผลต่อการดูแลทารกในครรภ์ของมารดา นอกจากนี้ภาวะถอนพิษยายังมีความเสี่ยงต่อการเกิด spontaneous abortion ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์¹⁸ ได้มีการพยายามทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวและการรักษาด้วยการใช้เมทาโดนสำหรับกระบวนการ Detoxification โดยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวสามารถคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาได้ยาวนานกว่า และสามารถตรวจทางสุติกรรมตามนัดและคลอดตามกำหนดของสถานพยาบาลได้ดีกว่าทำให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีกว่า¹⁸

การให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวนั้นสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ในไตรมาสแรก อย่างไรก็ตามในไตรมาสที่สองและสามเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอัตราเมตาบอลิซึมและระบบไหลเวียนโลหิตของหญิงตั้งครรภ์ทำให้อาจมีความจำเป็นที่จะต้องปรับขนาดเมทาโดนเพิ่มขึ้นในช่วงนี้โดยอาจพิจารณาแบ่งขนาดยาเป็นวันละสองครั้งเพื่อความเหมาะสม ภายหลังจากการคลอดควรปรับขนาดยาเมทาโดนกลับมาอยู่ในขนาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยตามการเปลี่ยนแปลงหลังการคลอดด้วย⁸ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าทำให้เมทาโดนในขนาดที่สูงกว่า 100 มิลลิกรัม ไม่เพิ่มอัตราการเกิดภาวะ neonatal abstinence syndrome เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้เมทาโดนในขนาดที่ต่ำกว่า¹⁹ ส่วนในหญิงให้นมบุตรสามารถให้นมบุตรได้เนื่องจากปริมาณเมทาโดนที่ตรวจพบในน้ำนมมารดามีปริมาณที่น้อยเกินกว่าจะมีผลต่อทารก²⁰⁻²²

การให้การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มผู้ติดฝิ่น

ในกลุ่มผู้เสพติดฝิ่นซึ่งเป็นยาเสพติดซึ่งสารที่ออกฤทธิ์หลัก คือ มอร์ฟินซึ่งจัดอยู่ในสารกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วรูปแบบในการเสพติดมักจะใช้วิธีการสูบ ทำให้ในมุมมองของการแพร่กระจายเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางเลือดในผู้ติดฝิ่นมีความรุนแรงน้อยกว่าในกลุ่มผู้ติดเฮโรอีนซึ่งส่วนมากจะใช้วิธีฉีดเฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ เนื่องจากข้อมูลการศึกษาในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปถึงผลลัพธ์ความแตกต่างในการรักษา ระหว่างการบำบัดด้วยยาทั้งการบำบัดระยะยาวหรือถอนพิษยา และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา²³ ดังนั้นในปี 2009 องค์การ

อนามัยโลกได้ให้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดฝิ่นในการพยายามที่จะหยุดการเสพยาฝิ่นก่อนที่จะพิจารณาการให้การรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาว⁹

ระยะเวลาในการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอนว่าจะให้การรักษาด้วยเมทาโดนนานเท่าใด มีการศึกษาพบว่าผู้ที่รับการรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาวมีโอกาสที่จะรอดชีวิตมากกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษา¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าการหยุดการรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาฝิ่นซ้ำ อย่างไรก็ตามการให้เมทาโดนในระยะยาวก็มีความกังวลถึงผลกระทบต่อร่างกายซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบหลักฐานที่บ่งชี้ถึงผลกระทบของเมทาโดนในด้าน cognitive function²⁴

สรุป

การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้เข็มฉีดยา ซึ่งได้รับการผลักดันในเชิงนโยบายระดับประเทศของประเทศไทย โดยการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวควรมีการปรับขนาดตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลซึ่งขนาดที่เหมาะสมสำหรับการรักษา คือ 60-120 มิลลิกรัม ขนาดยาเมทาโดนที่สูงขึ้นอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ ภาวะเมทาโดนเกินขนาด และภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด prolong QT interval การให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในภาวะพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี หญิงตั้งครรภ์ ควรมีการปรับขนาดยาที่เหมาะสมด้วยความระมัดระวัง ในกลุ่มผู้ป่วยติดฝิ่นยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน และยังไม่มีความชัดเจนถึงผลกระทบทางร่างกายจากการให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

References

1. United nations office on drugs and crime (2007). World drug report.
2. UNAIDS (Joint united nations programme on HIV/AIDS). Global aids response progress reporting 2015. Geneva, Switzerland. [เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2558]. เข้าถึงได้จาก : http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/GARPR_2015_guidelines.
3. สำนักบรรดาวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2558]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19>.
4. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance treatment). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2553.
5. Camí J, Farré M. Drug addiction. N Engl J Med 2003; 349: 975-86.
6. Volkow ND, Li TK. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone away. Nat Rev Neurosci 2004; 5: 963-70.
7. Williams JT, Christie MJ, Manzoni O. Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependence. Physiol Rev2001; 81: 299-343.
8. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence; 2009.
9. Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A, Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Addiction 2008; 103: 80-8.
10. Gandhi DH, Jaffe JH, McNary S, Kavanagh GJ, Hayes M, Currens M. Short-term outcomes after brief ambulatory opioid detoxification with buprenorphine in young heroin users. Addiction 2003; 98: 453-62.
11. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 11]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588333>.

References

12. Baxter LE Sr, Campbell A, Deshields M, Levounis P, Martin JA, McNicholas L, et al. Safe methadone induction and stabilization : report of an expert panel. *J Addict Med* 2013; 7: 377-86.
13. Pearson EC, Woosley RL. QT prolongation and torsades de pointes among methadone users: reports to the FDA spontaneous reporting system. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14: 747-53.
14. Krantz MJ, Kutinsky IB, Robertson AD, Mehler PS. Dose-related effects of methadone on QT prolongation in a series of patients with torsade de pointes. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 802-5.
15. Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med* 2012; 367: 146-55.
16. Liang B, Yang X, Jiang J, Zhou B, Chen H, Chen R, et al. The efficacy of antiviral therapy and drug resistance analysis among HIV/AIDS patients with heroin addiction in Guangxi Zhuang Autonomous Region]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2014; 48: 851-6.
17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557.ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557.
18. Jones HE, O'Grady KE, Malfi D, Tuten M. Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Addict* 2008; 17: 372-86.
19. McCarthy JJ, Leamon MH, Parr MS, Anania B. High-dose methadone maintenance in pregnancy : maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 606-10.
20. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, Yapp P, Ilett KF, Dusci LJ, Hackett LP. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 44: 543-7.
21. Liu AJ, Nanan R. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics* 2008; 121: 869-70.
22. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, Cooke F, Lui K, Oei J. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006; 117: e1163-9.
23. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Hefazi M, Yousefi-Nooraie R. Pharmacological therapies for maintenance treatments of opium dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD007775.
24. Wang GY, Woudes TA, Russell BR. Methadone maintenance treatment and cognitive function : a systematic review. *Curr Drug Abuse Rev* 2013; 6: 220-30. ●

Case 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี มีผื่นเป็นตุ่มน้ำ ไม่คัน แตก มีน้ำเหลืองไหล บริเวณคาง มา 1 สัปดาห์ ไม่มีตุ่มน้ำบริเวณอื่น ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา ตรวจร่างกาย : confluent crusted erosive patches on the chin

คำถาม จงให้การวินิจฉัยโรค



Answer

Impetigo contagiosa

Impetigo contagiosa เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียในชั้นหนังกำพร้า (epidermis) ส่วนมากเกิดจาก *S.aureus* มากกว่า GAS โรคนี้เป็นในเด็กทุกวัยและผู้ใหญ่ ผื่นมักเริ่มเป็นที่ใบหน้า (โดยเฉพาะรอบจมูก) หรือแขนขาที่มีบาดแผล ผื่นเริ่มแรกเป็นตุ่มน้ำใส (vesicle) ซึ่งแตกอย่างรวดเร็วกลายเป็น erosive patch คลุมด้วยสะเก็ดสีเหลืองน้ำผึ้ง exudates ย้อมสีแกรมจะพบ cocci แกรมบวกอยู่เป็นกลุ่มหรือเป็นสาย สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรียได้จากน้ำภายในตุ่มที่ยังไม่แตก ถ้าเป็น impetigo เฉพาะที่ตอบสนองต่อการรักษาเฉพาะที่ด้วยยาทา mupirocin หรือ fusidic acid ร่วมกับการชะล้างแผล ถ้ามีผื่นแพร่กระจาย (extensive) ต้องให้ dicloxacillin (หรือ penicillinase-resistant semi-synthetic penicillin) 250-500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง ถ้าแพ้เพนิซิลลินเปลี่ยนเป็น macrolides ต้องรักษานาน 5-7 วัน (10 วันถ้ามี streptococci)

Case 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี มีผื่นแดงแสบ ค่อยๆ กลายเป็นหนอง บริเวณไหปลาร้าข้างขวา มานาน 10 วัน ไม่มีผื่นบริเวณอื่น มีโรคความดันโลหิตสูง ไม่แพ้ยา ตรวจร่างกาย : multiple confluent pustules in linear pattern on erythematous base

คำถาม จงให้การวินิจฉัยโรค



Answer

Paederus dermatitis

Paederus spp. (rove beetles, แมลงก้นกระดก) มีมากกว่า 60 สปีชีส์ แต่มีไม่เกิน 20 สปีชีส์ ที่สามารถสร้างสาร pederin ซึ่งทำให้เกิด *Paederus* dermatitis เมื่อผิวหนังสัมผัสสาร vesicants พวกนี้ โดยการเกาขยี้ตัวแมลงโดยไม่ตั้งใจ ผิวหนังจะบวมแดงแสบทันที แล้วกลายเป็นตุ่มน้ำพองหรือหนองภายใน 3-4 วัน หลังจากนั้นรอยโรคจะแห้งลงกลายเป็น hemorrhagic crusts ค่อยๆ หลุดลอกไป จะทิ้งรอยดำเป็นนานหลายเดือน การดูแลรักษา ให้รีบล้างด้วยน้ำและสบู่ทันทีหลังจากสัมผัส อาจช่วยไม่ให้ผิวหนังพองไหม้ การประคบด้วยน้ำแข็งหรือน้ำเกลือแช่เย็น ช่วยลดอาการแสบร้อนได้ดี wet dressing หลังอาบน้ำทุกวัน ป้องกัน secondary infection และทายาสเตียรอยด์ลดอาการอักเสบ

นวัตกรรมการปรับปรุงกล่องผสมเคมีบำบัดทางจักษุ

ชื่อเจ้าของผลงาน นางสาวสุวิธรา อยู่สุข
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
(วัดไร่ขิง)

ความเป็นมา

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดโดยเน้นการรักษาทางด้านจักษุซึ่งจะมีผู้ป่วยด้านจักษุมารับบริการมากที่สุด ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน ปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดรักษาโรคต้อหินมีการใช้ยาเคมีบำบัด mitomycin C มีฤทธิ์ยับยั้ง RNA DNA และ Protein synthesis จึงนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง นอกจากนี้ทำให้เกิด fibroblast ได้อย่างถาวรทำให้ได้ผลดีและปลอดภัยในการใช้ร่วมกับการผ่าตัดต้อหิน ในการเตรียม mitomycin C ถือเป็นยาเคมีบำบัดต้องมีขั้นตอนในการเตรียมผสมยา ในปัจจุบันทางโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ยังไม่มีห้องสำหรับเตรียมยากลุ่มนี้ ถ้าจัดเตรียมไม่ดีจะมีการฟุ้งกระจายและปนเปื้อนตามร่างกายได้ นอกจากนี้ยังสะสมทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สัมผัสได้ จึงมีแนวคิดที่จะจัดทำกล่องผสมเคมีบำบัดเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผสมยาเคมีบำบัดมากขึ้นและป้องกันการฟุ้งกระจายของยาเคมีบำบัด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อจำกัดการฟุ้งกระจายของยา mitomycin C
2. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนยา mitomycin C ต่อบุคลากรที่ต้องผสมยา

กระบวนการทำงาน

1. สืบค้นตู้ผสมยาเคมีบำบัดเพื่อดูต้นแบบมาเป็นแนวทางการผสมยา
2. ออกแบบตู้ผสมยาพร้อมทั้งจัดหาตู้ตามแบบที่ต้องการ
3. จัดทำคู่มือในการเตรียมยาเคมีบำบัดพร้อมอุปกรณ์
4. ดำเนินการทดลองใช้ตู้ผสมยาเคมี

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

บุคลากรมีความปลอดภัยในการเตรียมยาเคมีและสามารถจำกัดการฟุ้งกระจายของยาเคมีได้

การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันในการเตรียมยาเคมีของผู้ป่วยนอกทางจักษุและห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนากระบวนการเตรียมยาเคมีบำบัดและมาตรฐานในเชิงนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาให้มีห้องจัดเตรียมเคมีบำบัดให้ได้ตามมาตรฐานพร้อมจัดการอบรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบโดยทั่วกัน



หน่วยงาน	หลักสูตร	ระยะเวลา ฝึกอบรม	ค่าลงทะเบียน	ช่วงเวลา ฝึกอบรม	ที่ติดต่อ
1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	อบรมหลักสูตร Workshop on the practice of preinvasive cervical cancer	3 เดือน เดือนละ 1 สัปดาห์		พ.ค.-ก.ค.	0 2354 7025 ต่อ 2205
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	หลักสูตรการผ่าตัดเต้านม (Breast Surgery Workshop)	3 วัน		พ.ค.	0 2354 7025 ต่อ 2205
3. โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี	อบรมระยะสั้นการแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	10 วัน		ก.ค.	0 4528 5610-5 ต่อ 1013, 1014
4. โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี	พัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้	2 วัน		ก.ค.	09 8965 3836
5. โรงพยาบาลเลิดสิน	อบรมฟื้นฟูวิชาการประจำปี งานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์	2 วัน		มิ.ย.	0 2353 9728
6. สถาบันสิรินธรฯ	หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	16 สัปดาห์	35,000	ส.ค.-พ.ย.	0 2591 5455 ต่อ 6733, 6784
7. โรงพยาบาลเมตตา ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	ประชุมวิชาการพยาบาลจักษุ ประจำปี	2 วัน	2,500	ก.ค.-พ.ย.	0 3422 5818 ต่อ 1305
8. โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี	หลักสูตรความรู้พื้นฐาน อาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์	2 เดือน	20,000	มิ.ย.-ก.ค.	0 2517 4333
9. สถาบันบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	หลักสูตรการบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบสากล ระดับพื้นฐาน (Universal Treatment Curriculum Basic Level Curricula) (ภาษาไทย)	12 วัน		ก.ค.	0 2531 0080-8 (ต่อ 451, 479)
10. สถาบันประสาทวิทยา	อบรมระยะสั้นการดูแลผู้ป่วย โรคลมชักระดับนานาชาติ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ (International Training Nursing Management)	1 เดือน	15,000	ก.ค.	

วารสารกรมการแพทย์

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ทางการแพทย์และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทยตลอดจนประวัติที่เกี่ยวกับกรมการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และเมื่อตีพิมพ์แล้วต้องไม่ตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสัน ขนาด 21.6-27.9 ซม. บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 3 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ) พร้อม CD หรือ DVD (Program microsoft word) ต้นฉบับไม่ต้องพับ ลงทะเบียนถ้าส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) ควรเป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่พบได้ไม่บ่อยหรือไม่เคยมีอาการมาก่อน หรือโรคที่มีลักษณะหรือการดำเนินโรคที่ไม่ตรงแบบ ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทฟื้นฟูวิชา (Refresher course) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียนบทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง 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 ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (Concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ วารสารกรมการแพทย์ใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ Unstructured abstracts ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็น สิ่งตรวจพบหลักและผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ เน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีการอ้างอิงเอกสาร และ/หรือเขียนในรูปแบบของ Structured abstracts ซึ่งประกอบด้วย ภูมิหลัง (Background) วัตถุประสงค์ (Objectives) วิธีการทำวิจัย (Methods) ผลการวิจัย (Results) และบทสรุปการวิจัย (Conclusions)

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อสำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยให้ใส่ชื่อเรื่องชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็นต้องใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่าย กะทัดรัดชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับเนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ ให้อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็น ใ้วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแล้วที่ท้ายบทนำ ไม่ต้องใส่ข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษา รูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ ระบุวิธีการ เก็บข้อมูลการวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้ผู้อ่าน อ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ในกรณีที่มีตัวเลขไม่มาก หรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และ แปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตารางแสดง เฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ หรือ สมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่น หรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญ และใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างน่าเชื่อถือ ในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะ ในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการ ศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็น ปัญหาสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร อ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver โดยใส่ หมายเลขอารบิก (Arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้าน ขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ใน เนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิง ผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้น ตามด้วย นามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียง ลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและ ชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือจาก website <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบ ที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร ๐

กรมการแพทย์มีหลักเกณฑ์ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ (vol): หน้าแรก-หน้า สดท้าย.

1.1 ชัยยนต์ รัตนวิจิตร, กุลลาภ หวังศิริกุล. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสายตาดำมืดของนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 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 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.” ในวารสารภาษาอังกฤษหรือตามด้วย “และคณะ” ในวารสารภาษาไทย

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนัก พิมพ์; ปีที่พิมพ์. หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้พิมพ์

1. พรจันทร์ สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร. เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; 2542

2. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia: WB Saunder; 1997.

หนังสือมีบรรณาธิการ ๐

1. วิลาวัณย์ จิงประเสริฐ, สุจิตต์ สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไชเบอ์ เพรส; 2542.

2. Norman IJ, Reddfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเสียง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ธีระ ลีลำนันทกิจ, ชูทิพย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน: เกษม ต้นติผลาชีวะ, 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.

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings) ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Kimura J, Shibasaki H, 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.

4. 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.

5. การอ้างอิงจากรายงานการวิจัยพิมพ์โดยผู้ให้ทุน ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

6. 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 (computer program). Version 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. Version 2.0. San Diego : CMEA; 1995.

7. 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 ฉบับพิเศษเล่มที่ 103, ตอนที่ 23. (ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2529)

สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารกรรมกรแพทย์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 19 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

สวัสดิ์ที่ทีมงานวารสารกรมการแพทย์ทุกท่านครับ เมื่อฉบับก่อนผมมีโอกาสได้อ่านเรื่องราวเกี่ยวกับนโยบาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ทำให้ผมใคร่รู้เป็นอย่างยิ่งว่า เมื่อประเทศเรากำลังขับเคลื่อนไปสู่ฐานเศรษฐกิจแบบใหม่แล้ว ระบบสาธารณสุข และสุขภาพบ้านเราจะปรับเปลี่ยนไปทิศทางใดบ้างครับ จึงอยากรบกวนถามคุณหมอดูช่วยให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินงานของภาคบริการทางการแพทย์ที่จะไปสู่เป้าหมายที่รัฐบาลได้ประกาศไว้เพิ่มเติมด้วยครับ

ขอบคุณมากครับ
พิชัย

Thailand Health 4.0

ขอบคุณมากครับสำหรับการติดตาม คำถามของคุณพิชัยเป็นคำถามที่ดีมากเลยครับ ซึ่งปัจจุบันเรากำลังอยู่ในช่วงการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขตามนโยบาย Thailand 4.0 ในระยะที่ 1 อยู่พอดี แต่เนื่องจากรายละเอียดในเชิงลึกนั้น มีมากมาย ผมจึงขอสรุปภาพรวมของแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขในปัจจุบันมาให้ทราบดังนี้ครับ

Thailand 4.0 เป็นโมเดลการพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาลตามวิสัยทัศน์ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” มีภารกิจสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ เพื่อปรับแก้โครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ “Value-Based Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” เปลี่ยนการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม โดยเน้นกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” ที่เน้นกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ การวิจัยพัฒนา และบุคลากรทั้งในประเทศและระดับโลก

กระทรวงสาธารณสุขนั้นได้มีการรองรับนโยบาย Thailand 4.0 ด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี รองรับอนาคตที่จะมีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุซึ่งในปี 2573 ไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบสุขภาพ ตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

1. ประชาชนสุขภาพดี คือ ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 87 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 75 ปี

2. เจ้าหน้าที่มีความสุข คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน

3. ระบบสุขภาพยั่งยืน คือ ประชาชนมีระบบสุขภาพเป็นหนึ่งเดียวแบบองค์รวม และมั่นคงทางสุขภาพ มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่อย่างมีความสุข สร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นประเทศพัฒนาแล้ว

นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์ฯ ยังให้ความสำคัญด้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เพื่อผลักดันนโยบายสำคัญของรัฐบาลไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน โดยผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพอำเภอ รวมทั้งเร่งดำเนินการเพิ่มศักยภาพในชุมชนพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพได้

เพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดแผนงานออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ (2560-2564)

ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง (2565-2569)

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน (2570-2574)

ระยะที่ 4 การเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข ใน 3 ของเอเชีย (2575-2579)

ทั้ง 4 ระยะ ทางกระทรวงฯ ได้กำหนดแผนการพัฒนาคือเป็นเลิศใน 4 ด้าน (16 แผนงาน 48 โครงการ) ได้แก่ **การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence)** มุ่งเน้นนวัตกรรมสังคม มีหลักการในการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหัวใจของการสาธารณสุข, **ระบบบริการ (Service Excellence)** มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ วางเป้าหมายที่จะจัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คนภายใน 10 ปี เพื่อดูแลคนไทย 65 ล้านคน จัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,000 คนในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (USEP) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ, **การพัฒนามนุษย์ (People Excellence)** ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข, **ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)** ได้แก่อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ เน้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพร จัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ จัดระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Data Clearing House) เป็นต้น

หากประสบความสำเร็จทั้ง 4 ด้าน ก็จะเป็นนวัตกรรมของระบบการแพทย์และสาธารณสุข เป็นตัวอย่างนานาชาติต่อไป

นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล
บรรณาธิการ
akas_dms@yahoo.com

สำนักงานวารสารกรรมการแพทย์

กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0 2590 6276 โทรสาร 0 2965 9862