



สารานุกรมสุขภาพล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้
เสียชีวิต 6 ศพ จังหวัดลำพูน วันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559



ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตชุมชนใกล้เคียง จังหวัดเชียงใหม่



การควบคุมบัญชีออกหนังสือคำรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน



ความต้านทานลูกน้ำยุงลายบ้านอิจิปโตย พาทะนำโรคไข้เลือดออก ต่อสารเคมีเคมีฟอส
ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2558-2559



ศึกษากระบวนการการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
(Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลำพูน



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง
ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน



การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อยู่ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เคียง



ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคปอดครายใหม่ จังหวัดลำพูน



ประสิทธิภาพการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41: จังหวัดลำพูน



การประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
ปี 2559

ISSN 1686-7076

วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560
Lanna Public Health Journal Volume 13 No. 2 July - December 2017

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพ

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้
เสียชีวิต 6 ศพ จังหวัดลำพูน วันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559
The road traffic injuries investigation on caused of dead from a small
truck crashed a tree, Lamphun Province, during on 8-10 October 2016

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตชุมชนใกล้เมือง จังหวัดเชียงใหม่
Factors related to depressed patients in urban areas Chiangmai province

การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
Control situation on clients as Account Receivable of Srisangwan Hospital,
Mae Hong Son province

ความต้านทานลูกน้ำยุงลายบ้านอหิปัตย์ พาหะนำโรคไข้เลือดออก
ต่อสารเคมีมีพอส ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2558-2559
Resistance of Aedes mosquito larvae to Temephos
in the 8 provinces of northern Thailand, 2015-2016.

ศึกษากระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
(Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลำพูน
Study of stroke fast track management procedure for
patients admitting at Lamphun hospital

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค
ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน
Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease Control Behaviors among
Chronic Kidney Disease with stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย
จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เมือง
Teenage Pregnancy in Sansai District, Chiangmai province, the semi-urban town

ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน
Patients' c haracteristic and factors related to causes of death in new pulmonary
Tuberculosis Patients in Lamphun Province

ประสิทธิภาพการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41: จังหวัดลำพูน
The Effectiveness of rst aid solatium payment regarding section 41: Lamphun Province

การประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2559
The Evaluation of Internal Audit in Financial Accounting,
Lamphun Provincial Health Office, 2016

สารบัญ

- 1 การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้
เสียชีวิต 6 ศพ จังหวัดลำพูน วันที่ 8-10 ตุลาคม 2559
The road traffic injuries investigation on caused of dead from a small
truck crashed a tree, Lamphun Province, during on 8-10 October 2016
กาญจนา เลิศวุฒิ Kanchana Lurstwut
วันเพ็ญ โพธิยอด Wanphen Phothiyod
ชัยธรณ์ อุ่นบ้าน Chaitorn Ounban
- 10 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตชุมชนใกล้เคียง จังหวัดเชียงใหม่
Factors related to depressed patients in urban areas Chiangmai province
ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ Yuttasart Junthip
- 17 การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน
Control situation on clients as Account Receivable of Srisangwan Hospital,
Mae Hong Son province
สุชาดา สีแดง Suchada Sridang
- 28 ความต้านทานลูกน้ำยุงลายบ้านอิจิปไต้ย พาหะนำโรคไข้เลือดออก ต่อสารเคมีเทมเฟอส
ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2558-2559
Resistance of Aedes mosquito larvae to Temephos in the 8 provinces of northern Thailand,
2015-2016.
เจนจิรา จันสุภา Janejira Junsupa
สุธาสินี มาแดง Sutasee Madang
กาญจนา โกติทิพย์ Kanjana Kotitip
- 35 ศึกษากระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
(Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลำพูน
Study of stroke fast track management procedure for patients admitting at Lamphun hospital
ตุลาพร อินทิเวศน์ Tulaporn Intaniwet

- 48 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง
ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน
Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease Control Behaviors among
Chronic Kidney Disease with stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital
วิชาวพร สนิทผล Watcharaporn sanitpol
นันธิดา จาระธรรม Nanthida Jaratham
จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ Chanpen Prayong
- 64 การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เคียง
Teenage Pregnancy in Sansai District, Chiangmai province, the semi-urban town
งามพิศ จันทร์ทิพย์ Ngampis Junthip
- 72 ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน
Patients' c haracteristic and factors related to causes of death in new pulmonary
Tuberculosis Patients in Lamphun Province
อัมพาพันธ์ วรรณพงษ์ศักดิ์ A mpaphan Wannaphongsapak
กิตติกาญจน์ มูลฟอง Kittikan Moonfong
- 86 ประสิทธิภาพการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41: จังหวัดลำพูน
The Effectiveness of first aid solatium payment regarding section 41: Lamphun Province
จารุณี พจน์สุจริต วท.บ สุศึกษา Jarunee pojsutjarit
- 93 การประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
ปี 2559
The Evaluation of Internal Audit in Financial Accounting, Lamphun Provincial Health
Office, 2016
วิไลพร ปารมี Vilaiporn Paramee
เจริญ มหาวงศ์ตา Charern Mahawongta
ลักขณา คำพรหม Lakkana Kamprom

การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร กรณีรถกระบะชนต้นไม้
เสียชีวิต 6 คน จังหวัดลำพูน วันที่ 8 -10 ตุลาคม 2559

The road traffic injuries investigation on caused of dead from a small
truck crashed a tree, Lamphun Province, during on 8-10 October 2016

กาญจนา เลิศวุฒิ* ศศ.ม.	Kanchana Lursthut	M.Ed
วันเพ็ญ โพธิ์ยอด* พย.ม.	Wanphen Phothiyod	M.N.S
ชัยธรรม อุ่นบ้าน** (รปม.)	Chaitorn Ounban	M.P.A

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Health Office

**สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Disaster Prevention and Mitigation Office

บทคัดย่อ

วันที่ 8-10 ตุลาคม 2559 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสหสาขา จังหวัดลำพูน ได้ลงสอบสวนอุบัติเหตุหมู่รถกระบะชนต้นไม้ข้างทางบนทางหลวงหมายเลข 11 บริเวณหลักกิโลเมตรที่ 523 ถนนเชียงใหม่-ลำปาง ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เพื่ออธิบายเหตุการณ์ ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุส่งต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตและเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยการรวบรวมจากเอกสารทางการแพทย์ สำนวนสถานที่เกิดเหตุการณ์สัมภาษณ์ผู้เห็นเหตุการณ์และญาติผู้ประสบเหตุ วิเคราะห์หาปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บด้วยวิธีการของ Haddon matrix ผลการสอบสวนพบว่า อุบัติเหตุครั้งนี้เกิดเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2559 เวลา 09.00 น จากการที่รถกระบะชนต้นไม้มีผู้ประสบเหตุ 6 ราย เสียชีวิต 6 ราย จุดเกิดเหตุ 4 ราย เสียชีวิตในรถ 3 ราย กระเด็นออกมานอกรถ 1 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลและได้เสียชีวิตทั้ง 2 ราย รวมผู้เสียชีวิตในครั้งนี้ 6 ราย เพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย สัญชาติไทย อายุระหว่าง 34 – 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าสาเหตุการเสียชีวิต ของผู้ประสบเหตุทั้ง 6 ราย เป็น severe head injury and injury multiple organs ซึ่งมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและคอบริเวณใบหน้า บริเวณในช่องอก ช่องท้องกระดูกสันหลัง ช่องเชิงกราน ความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บรุนแรง (severe symptom) สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้เกิดจากความประมาท ขับรถเร็วโดยขับออกจากเลนที่วิ่งออกมาทางด้านซ้ายที่เป็นไหล่ถนนด้วยความเร็วสูง และคาดว่าเกิดอาการหลับใน การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน จังหวัดลำพูน ให้กำหนดเป็นมาตรการเพิ่ม คือตั้งป้ายเตือนลดความเร็วเพิ่ม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตัดแต่งต้นไม้ การจัดการให้มีจุดพักรถ สำหรับการเดินทางในเส้นทางที่เป็นเส้นทางตรง การสื่อสารความเสี่ยงเพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในการป้องกันไม่ให้เกิดการบรรทุกผู้โดยสารในตอนท้ายของรถกระบะที่ไม่มีโครงสร้างป้องกันอันตรายจากการกระเด็นออกนอก รถ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับจุดเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไขปัญหายอย่างจริงจังและครบวงจร

คำสำคัญ: การสอบสวนบาดเจ็บจากจราจรทางถนน ทีมสอบสวนสหสาขาลำพูน

Abstract

On 8-10 th October, 2016, Surveillance Rapid Response Team (SRRT) Lamphun Provincial Health Office, conducted an investigation related to a road traffic accident, purposing to describe the event and to investigate the factors affecting injury and deaths, in order to find the appropriate interventions to prevent future road traffic injuries. A pickup truck crashed into trees along Highway 11 at the 523th Kilometer stone, Muang District, Lamphun Province. A descriptive study was developed by gathering data from medical records, physical investigation of the scene and interviewing relatives of person who was involved in the event. Risk factors of injuries were analyzed by using the Haddon matrix method. The investigation found that the event occurred on October 8th, 2016, at about 09.00 am. The pickup truck crashed into trees, a total of 6 people were killed, 4 persons died on the spot, among them 3 people died inside the vehicle, and one who sitting in the pickup bed fell out and died next to the truck. Another 2 who were also sitting in the pickup bed behind the truck died in hospital. All passengers were Thai, 4 female and 2 male, with average age 47 years (34-52 years old). Doctors with specialized death investigation indicated causes of death were severe head injury; neck and face including multiple internal organs injury; chest and abdominal cavity, spinal cord, pelvic cavity injury. The behavior risks related to the crash were driver carelessly speeding and driving too fast to control the vehicle while it out of the actual lean to a left path way, moreover he was possibly dozing off at that time. We recommend the Road Safety Center Committee, increase the Reduce Speed warning signs, environmental improvements, risk communication for safe driving and intensification of law enforcement, particularly, the strategy of preventing people who sit behind the truck without any safety structure attachment.

Keywords: investigation, Road traffic accident, SRRT Lamphun

บทนำ

วันที่ 8 ตุลาคม 2559 เวลา 10.15 น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลลำพูนว่าเกิดอุบัติเหตุหมู่รถกระบะชนต้นไม้ข้างทางบริเวณหลักกิโลเมตรที่ 523 ถนนเชียงใหม่- ลำปาง ห่างจากป้อมตำรวจทางหลวงจำบอนประมาณ 400 เมตร ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบมีผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 4 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย นำส่งโรงพยาบาลลำพูน 4 ราย และโรงพยาบาล

ศิริเวชลำพูน 2 ราย ซึ่งเหตุการณ์เข้าเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บของสำนักกระบาดวิทยา (ตาย >5 คน) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน สำนักงานแขวงทางหลวงจังหวัดลำพูน บริษัทกลางจังหวัดลำพูน, และ SRRT อำเภอเมือง ออกสอบสวนอุบัติเหตุ ระหว่าง วันที่ 8 - 11 ตุลาคม 2559

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาการบาดเจ็บและเสียชีวิต สาเหตุและปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ
2. เพื่อวิเคราะห์เสนอแนะมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากรถทางถนนจากเหตุการณ์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนของสำนักกระบาดวิทยา (ณัฐกานต์ ไวยเนตร, 2551)

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ที่เกี่ยวข้องต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต ดังนี้
 - 1.1 รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเวชระเบียน ผลชันสูตรผู้บาดเจ็บ Lcx - x-ray, CT ตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์แพทย์นิติเวชโรงพยาบาลลำพูนแสดงผลเป็นข้อมูลตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บและความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระบุ ICD-10 เพื่อประเมิน abbreviated Injury scale นำมาคำนวณหาความรุนแรงของการบาดเจ็บ Injury severity Score (ISS) (World Health Organization, 2006; ณัฐกานต์ ไวยเนตร, 2549)
 - 1.2 สัมภาษณ์ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากผู้เห็นเหตุการณ์และผู้ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ
 - 1.3 ค้นหาข้อมูลทั่วไปของผู้ขับรถเช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต การเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลใบอนุญาตขับขี่ จากญาติ
2. การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับรถยนต์และแรงกระทำรวบรวมข้อมูลทั่วไปของรถ ได้แก่ ประเภทรถ รุ่นปีที่จดทะเบียน สำรวจและถ่ายภาพของรถยนต์คันที่เกิดเหตุตรวจสอบระดับเข็มไมล์ที่ชี้หลังเกิดเหตุ
3. การศึกษาสภาพแวดล้อม โดยการสำรวจและวัดรอยเบรกของรถคันที่เกิดเหตุ (พิชัย ธาณิธมานนท์.)
4. บันทึกข้อมูลลักษณะเหตุการณ์ โดยใช้แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน

5. ประชุมทีมสอบสวนสหสาขา (สหสาขา 5 สาขาหลัก (ปภ., ขนส่งจังหวัด, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ตำรวจ และแขวงการทาง) เพื่อหาแนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์

6. จำลองเหตุการณ์โดยใช้วิธี The Haddon's matrix(Haddon.W., 1970) เพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ในปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ คน รถ และพลังงานของรถ ถนนและสิ่งแวดล้อม (ณัฐกานต์ ไวยเนตร, 2549)

ผลการศึกษา

1. เหตุการณ์ข้อมูล พบว่าวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลาประมาณ 09.00 น. บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 523+400 หมู่ที่ 4 ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เกิดอุบัติเหตุรถกระบะชนต้นไม้มีผู้โดยสารในรถ 6 ราย รวมคนขับ เดินทางจากตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง มุ่งหน้าสู่จังหวัดเชียงใหม่เพื่อมาขายสมุนไพรพื้นบ้าน จนกระทั่งพุ่งชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง โดยมีลำดับเหตุการณ์ ดังนี้
 - เวลาประมาณ 08.30 น. ผู้ขับขี่พร้อมผู้โดยสาร 6 ราย เดินทางออกจากหมู่บ้านในตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
 - เวลาประมาณ 09.00 น. ชาวบ้านที่อยู่ที่อยู่ริมทางห่างจากจุดเกิดเหตุประมาณ 200 เมตร ได้ยินเสียงดัง 1 ครั้ง จึงเดินออกมาดูที่ถนน พบรถกระบะชนต้นไม้ข้างทาง จึงวิ่งมาดูที่เกิดเหตุพบผู้บาดเจ็บที่คาดว่ายังไม่เสียชีวิต จำนวน 2 ราย
 - เวลา 09.15 น. พลเมืองดีโทรแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (1669) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้สั่งการให้ทีมกู้ชีพเทศบาลตำบลศรีบัวบาน ลงตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ
 - เวลา 09.20 น. ทีมกู้ชีพเทศบาลตำบลศรีบัวบานพบร่างผู้เสียชีวิตติดอยู่ในรถ จำนวน 3 ราย กระเด็นหลุดออกมานอกรถ 1 ราย และผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัส ที่กระเด็นออกมานอกรถ 2 ราย ประเมินอาการและนำส่งโรงพยาบาลศิริเวช ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังได้รับการกู้ชีพทั้ง 2 ราย

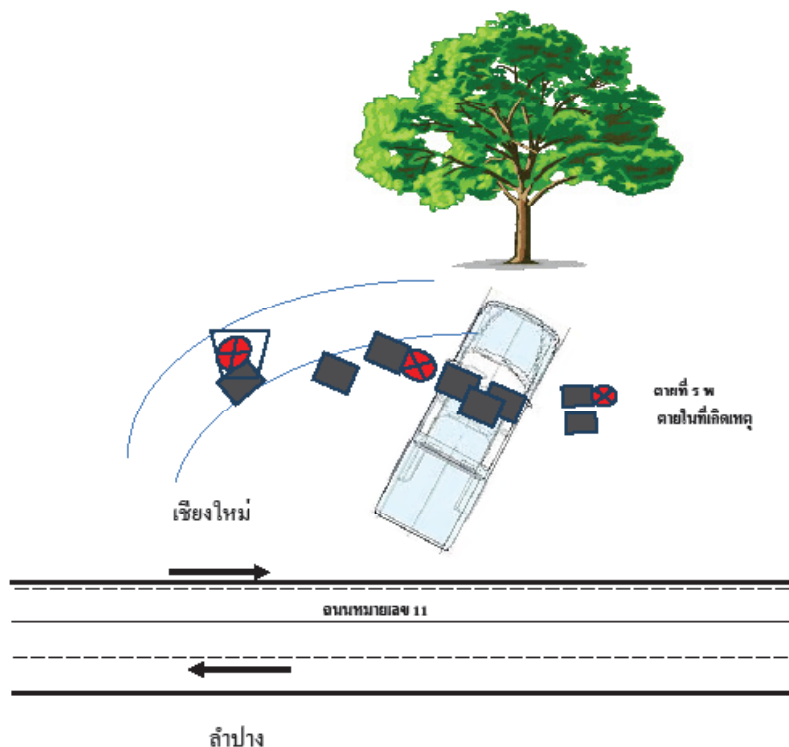
วันที่ 8-10 ตุลาคม 2559 ทีมสอบสวนสหสาขา และ SRRT อำเภอเมือง สอบสวนการเกิดอุบัติเหตุเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ

ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิตมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย อายุระหว่าง 34 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่งจำแนกตามอวัยวะ คือ ใบหน้า (BR2) ร้อยละ 100 ช่องอก กระดูกซี่โครง (BR3) ร้อยละ 100 บริเวณภายนอกของร่างกาย (BR6) ร้อยละ 100 ศีรษะและคอ (BR1) ร้อยละ 83.33 ช่องท้อง กระดูกสันหลังส่วนเอว ช่องเชิงกราน (BR4) ร้อยละ 66.67 บริเวณแขน ขา มือ เท้า กระดูกเชิงกราน (BR5) ร้อยละ 33.33 ความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่า ส่วนใหญ่บาดเจ็บรุนแรง (severe symptom) ด้านการขับขี่ ผู้ขับขี่ อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ประสบการณ์การขับรถยนต์ 8 ปี ไม่มีประวัติประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ เริ่มขับรถรับส่งคนงาน เส้นทาง ลำปาง – เชียงใหม่ 5 เดือน โดยขับไป-กลับ สัปดาห์ละ 5-6 วัน จากการสอบถามญาติผู้เสียชีวิตทราบ

ว่าวันที่ 7 ตุลาคม 2559 ผู้เสียชีวิตได้ช่วยงานศพข้างบ้าน ตั้งแต่วันที่ 18.00 น. สันนิษฐานว่าผู้เสียชีวิตอาจหลับใน ทำให้ไม่สามารถบังคับรถได้ปกติ

รถยนต์ รถกระบะส่วนบุคคล จดทะเบียนปี 2556 สีบรอนซ์ เกียร์ธรรมดา ระบบเบรก ABS พบ.วิริยะ ประกันภัย ยางยนต์ล้อหน้า ชัยขวา ผลิตภัณฑ์ 2558 ล้อหลังชัยขวา ผลิตภัณฑ์ 2559 กระบะท้ายมีหลังคาผ้าใบ และเก้าอี้ ขณะเกิดเหตุ ด้านหน้าของรถกระบะชนเข้ากับ ต้นสักข้างทาง สภาพตัวรถตอนหน้ายุบเข้ามาจนถึงแค็ป และกระบะท้ายยุบมาทางด้านหน้าจนด้านท้ายยกตัวสูงขึ้น เบาะที่นั่งในรถโดยสารยังอยู่กับตัวรถ ไม่กระเด็นออกมา กระजरยนต์แตกทั้ง 4 ด้าน หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านท้ายหลุดออกจากตัวรถตกลงร่องน้ำด้านข้าง ในลักษณะหางย ยางรถยนต์ ทั้ง 4 ล้อ ไม่มีการระเบิดติดไฟ

ถนนเป็นถนน 4 เลน มีไหล่ทาง ทางตรงสภาพผิวถนนดี ป้ายเครื่องหมายจราจรครบตามมาตรฐาน หลัก แนวโค้ง เส้นกลางถนนชัดเจนข้างทางเป็นสวนป่าต้นสักขนาดใหญ่ สภาพอากาศปกติมีแดดออก



ภาพที่ 1 ผังแสดงภาพหลังเกิดเหตุ เชื่อมโยงการบาดเจ็บและเสียชีวิต



ภาพที่ 2 สภาพถนน และเส้นทางการจราจรทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 เชียงใหม่ - ลำปาง
หลักกิโลเมตรที่ 523+400 ขุนตาลอุโมงค์



ภาพที่ 3 สภาพรถกระบะหลังเกิดอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ



ภาพที่ 4 สภาพรถกระบะหลังเกิดอุบัติเหตุ ณ จุดเก็บรถที่สภ.นิคมอุตสาหกรรมลำพูน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Haddon matrix model

	คน	รถ	สิ่งแวดล้อม
ก่อนเกิดเหตุ	- คนขับอายุ 34ปี ไม่ดื่มสุราในวันที่ ขับรถ - ประสพการ ณ์รับจ้างขับรถยนต์ 5 เดือน - เดินทางจากลำปาง-เชียงใหม่เป็นประจำ สัปดาห์ละ 5-6 วัน พฤติกรรมการขับในอดีตไม่เคยประสบอุบัติเหตุ - มีใบขับขีรถยนต์ประเภทชั่วคราว - ไม่มีข้อมูลว่าขับรถมานานเท่าไร - วันที่ 7 ตุลาคม 2559 เวลา 18.00 น. คนขับได้ช่วยงานศพข้างบ้าน ไม่ทราบเวลานอนพักผ่อนที่แน่นอนและไม่ทราบว่าได้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะไปร่วมงานศพหรือไม่ และไม่ทราบว่ามีการพักผ่อนหลับนอนกี่ชั่วโมงก่อนเดินทาง - มีผู้โดยสารนั่งข้างคนขับ1ราย หลังคนขับ 1 รายและกระบะท้าย 3 ราย	- รถยนต์กระบะส่วนบุคคล - จดทะเบียนปี 2556 สี - บรอนซ์ เกียร์ธรรมดา - ระบบเบรก ABS พรบ. - วิริยะประกันภัย - ยางรถยนต์ - ล้อหน้า ซ้ายขวา ผลิตปี 2558 - ล้อหลัง ซ้าย ขวา ผลิตปี 2559 - กระบะท้ายมีหลังคาผ้าใบและเก้าอี้นั่ง	- เป็นถนน 4 เลน มีไหล่ทาง - ทางตรง สภาพผิวถนนเรียบ ป้าย - เครื่องหมายจราจรครบตาม - มาตรฐาน - ข้างทางเป็นสวนป่าต้นสัก ขนาดใหญ่ - เป็นเวลาสายๆ สภาพอากาศปกติ - มีแดดออก - มีป้อมตำรวจทางหลวงก่อนถึงจุด - เกิดเหตุประมาณ 400 เมตร
ขณะเกิดเหตุ	- คนขับรถและผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าติดอยู่ในรถผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับรถถูกด้านหลังของรถบีบอัดกับเบาะคนขับเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ 3 ราย - ผู้โดยสารกระบะท้าย 3 รายกระเด็นออกนอกรถ รายแรกนอนอยู่ข้างรถ บริเวณด้านซ้าย รายที่ 2 นอนแช่น้ำในคูน้ำด้านข้าง มีหลังคาผ้าใบทับตัวอยู่ และรายที่ 3 นอนอยู่บนหลังคาผ้าใบในคูน้ำ เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ 1 ราย อีก 2 รายยังไม่เสียชีวิต แต่ไม่รู้สีกตัว	- ด้านหน้ารถกระบะชนเข้ากับต้นสัก สภาพตัวรถตอนหน้ายุบจนถึงแค็ป และ - กระบะท้ายยุบมาทางด้านหน้าจนด้านท้ายยกตัวสูงขึ้น เบาะที่นั่งโดยสารยังอยู่กับตัวรถ กระบอกแตก 4 ด้าน - หลังคาผ้าใบด้านท้ายหลุดออกจากรถตกลงร่องน้ำด้านข้าง ในลักษณะหงาย - ยางรถยนต์ทั้ง 4 ล้อ ไม่พบการระเบิด	- สัมภาระในรถกระจัดกระจาย - บริเวณซ้ายมือ ของชากรถ - ต้นสักที่ถูกรถชน มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 50 เซนติเมตร มีรอยชน - สภาพอากาศปกติ มีแดดออก - เวลาเกิดเหตุประมาณ 09.00 น. - เป็นเวลาเช้าไม่น่าจะมีแสงแดดส่อง - เข้าตาเนื่องจากเป็นการขับรถมาทางทิศใต้ และข้างทางมีริมเงาของต้นไม้

	คน	รถ	สิ่งแวดล้อม
หลัง เกิด เหตุ	- พลเมืองดีแจ้ง 1669 ทีมกู้ชีพเทศบาล - ตำบลศรีบัวบานถึงที่เกิดเหตุเพื่อประเมินสถานการณ์และขอทีมสนับสนุน - ทีมกู้ชีพไปถึงจุดเกิดเหตุหลังได้รับแจ้ง 5 นาที - มีรถกู้ชีพตั้งแต่ระดับ ALS 2 คัน และ FR 6 คัน เข้าช่วยเหลือนำส่งผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต - ผู้เสียชีวิต รวม 6 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 4 ราย เสียชีวิตหลังนำส่งรพ.ศิริเวช 2 ราย	- ไม่มีข้อมูลเข็มไมล์แสดงความเร็วสุดท้ายของรถ แต่จากการค้นข้อมูล google map data@2018 สันนิษฐานว่ารถคันนี้มีการขับเร็วกว่าเวลากำหนดจากตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร ถึงกิโลเมตร 523 ต. ศรีบัว-บาน อ. เมือง จ. ลำพูน ควรจะใช้เวลาขับรถประมาณ 59-60 นาที (08.30-09.30 น) แต่พบว่ารถเกิดเหตุใช้เวลาเพียง 30 นาที (08.30-09.00 น) - เข็มแสดงรอบเครื่องยนต์ ค้างที่ 2,500 รอบต่อนาที สันนิษฐานว่าขับเร็วและชนที่รุนแรงมากทำให้ระบบไฟฟ้าในรถดับทันที - รถถูกเครื่องตัดถ่างแยกชิ้นส่วนหลังคาและตัวรถออกจากกัน เบาะที่นั่งถูกรื้อ ดึงออกจากตัวรถเพื่อช่วยดึงผู้โดยสารออกมา - รถถูกลากจากที่เกิดเหตุและเก็บรถไว้ที่ สภ.นิคมอุตสาหกรรมลำพูน	- ไม่พบรอยเบรกของรถยนต์ตามเส้นทางก่อนถึงที่เกิดเหตุ - จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากรพ. ประมาณ 8 กิโลเมตร

สรุปผลและวิจารณ์ผล

วันที่ 8 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลาประมาณ 09.00 น. บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 523 หมู่ที่ 4 ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบอุบัติเหตุรถกระบะ ชนต้นไม้ มีผู้โดยสารในรถ 6 ราย เดินทางจาก ตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปางมุ่งหน้าสู่จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนถึงจุด

เกิดเหตุมีผู้ถ่ายคลิปวิดีโอพบรถยนต์คันเกิดเหตุได้ขับเบี่ยงออกจากเส้นทางเลนในออกมาทางซ้ายโดยไม่มี การลดความเร็ว จนกระทั่งพุ่งชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง พบผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุจำนวน 4 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย โดยผู้บาดเจ็บสาหัส เสียชีวิตหลังจากนำส่ง โรงพยาบาลศิริเวช 2 ราย รวมผู้เสียชีวิตในครั้งนี้ 6 ราย เพศหญิง 4 ราย เพศชาย 2 ราย

อายุระหว่าง 34 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ผู้เสียชีวิต ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่ง จำแนกตามอวัยวะ คือบริเวณ ใบหน้า ร้อยละ 100 ในช่องอก กระดูกซี่โครง ร้อยละ 100 ภายนอกของร่างกาย ร้อยละ 100 ศีรษะและคอ ร้อยละ 83.3 ช่องท้อง กระดูกสันหลังส่วนเอวช่องเชิงกรานร้อยละ 66.67 บริเวณแขน ขา มือ เท้า กระดูกเชิงกราน ร้อยละ 33.3 รถกระบะวิ่งทางตรงเสียหลักชนต้นไม้อย่างรุนแรง (Glennon, J.C., 1987) คนขับและผู้โดยสารที่นั่งในรถตอนหน้าติดอยู่ในรถ ผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับ ถูกด้านหลังของรถบีบอัดกับเบาะ เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 3 รายในกระบะท้ายรถ ซึ่งการโดยสารท้ายกระบะไม่ความปลอดภัย เมื่อประสบอุบัติเหตุจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงของรถ มีผลทำให้เกิดการกระเด็นออกนอกรถ ทำให้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงและเสียชีวิต สภาพข้างทางมีต้นไม้เป็นวัตถุสิ่งกีดขวางขนาดใหญ่ ทำให้รถที่หลุดออกนอกถนนพุ่งเข้าชนกับต้นไม้หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านท้ายหลุดออกจากตัวรถ ผู้โดยสารบริเวณท้ายรถกระเด็นออกนอกรถทำให้เสียชีวิต 1 ราย และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 2 ราย สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้ อาจเกิดจากความประมาท ขับรถเร็ว ไม่ชินเส้นทาง การโดยสารท้ายกระบะ

จะเห็นได้ว่ารถกระบะวิ่งถนนทางตรงเสียหลักชนต้นไม้ข้างทางอย่างรุนแรง พฤติกรรมการโดยสารคนขับและผู้โดยสารที่นั่งในรถตอนหน้าติดอยู่ในรถ ผู้โดยสารที่นั่งหลังเบาะคนขับ ถูกด้านหลังของรถบีบอัดกับเบาะคนขับ เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 3 ราย ในกระบะท้ายรถซึ่งไม่มีระบบการรักษาความปลอดภัย เมื่อประสบอุบัติเหตุจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงของรถ มีผลทำให้เกิดการกระเด็นออกนอกรถ ทำให้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงและเสียชีวิต สภาพข้างทางมีต้นไม้เป็นวัตถุสิ่งกีดขวางขนาดใหญ่ ทำให้รถที่หลุดออกนอกถนนพุ่งเข้าชนกับต้นไม้หลังคาผ้าใบที่ติดตั้งด้านท้ายหลุดออกจากตัวรถ ผู้โดยสารบริเวณท้ายรถกระเด็นออกนอกรถทำให้เสียชีวิต 1 ราย และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 2 ราย

มาตรการป้องกันและแก้ไข

1. การสื่อสารความเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ให้

ประชาชนผ่านสื่อที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น คนขับรถจะได้เพิ่มความระมัดระวังในการขับรถ เมาไม่ขับ ขับไม่เร็ว คาดเข็มขัดนิรภัย พักผ่อนให้เพียงพอ ระวังการนั่งท้ายกระบะเป็นพฤติกรรมล่อแหลม

2. การเฝ้าระวังจุดเสี่ยง ช่วงเวลาเสี่ยง ติดป้ายเตือนระวังอุบัติเหตุ ณ จุดเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เรื่อง การกำหนดมาตรการความปลอดภัยของผู้โดยสารที่นั่งกระบะหลัง คือ ตั้งป้ายเตือนลดความเร็วเพิ่ม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตัดแต่งต้นไม้ การจัดให้มีจุดพักรถ สำหรับการเดินทางในเส้นทางที่เป็นเส้นทางตรง เพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายในการป้องกันไม่ให้มีการบรรทุกผู้โดยสารในตอนท้ายของรถกระบะที่ไม่มีโครงสร้างป้องกันอันตรายจากการกระเด็นออกนอกรถ ควรมีข้อห้ามในถนนทุกเส้นทาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับจุดเสี่ยงในบริเวณดังกล่าว และหาแนวทาง แก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและครบวงจร

ปัญหาและข้อจำกัด

ข้อมูลด้านบุคคลของคนขับและผู้โดยสารรถยนต์ที่เกิดเหตุไม่ชัดเจน เนื่องจากเสียชีวิตทุกราย และเป็นคนนอกเขตพื้นที่ไม่มีกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้ ไม่ทราบรายละเอียดของเหตุการณ์ในครั้งนี้แน่ชัดได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.ปัจจุบัน เหมหงษา นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดลำพูน น.พ.ชินทร์ จารุวัฒน์-มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน น.พ.ปิยะ ด้วงคเดช แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลลำพูน น.พ.วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ผู้บังคับการสถานีตำรวจภูธรนิคมอุตสาหกรรมลำพูน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีบัวบาน หน่วยกู้ชีพศรีบัวบาน บ้านกลาง มะเขือแจ้ และหน่วยสมาคมกู้ชีพกู้ภัยลำพูน ญาติ ผู้ประสบเหตุ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐกานต์ ไวยเนตร. (2549) *แนวทางการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury Investigation)*. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐกานต์ ไวยเนตร. รายงานผลการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรบนถนน กรณีศึกษารถประจำทาง และรถบัส เข้าเหมาลำ ระหว่างเดือน มกราคม 2549 - มกราคม 2551. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์* 2551; 39: 496-8.
- พิชัย ธานีรณานนท์. *ถนนปลอดภัยด้วยหลักวิศวกรรม (Engineering Safer Roads)*. สงขลา:บริษัท ลิ้มบราเดอร์การพิมพ์จำกัด.
- Glennon. J. C. (1987). *Effect of Pavement/Shoulder Drop-offs on Highway Safety in state of the Art Report: Number 6: Relationship between Safety and Key Highway Features*. Transportation. Research Board Ltd., Washington, D.C., pp:1-12.
- World Health Organization. (2006). *Road Traffic Injury Prevention Training Manual*. World Health Organization, Geneva.
- Haddon,W. (1970). *The Haddon Matrix [online]*. [cited 2017,November] Available from: URL: www.genderandhealth.ca/en/modules/trauma/trauma-injury-and-prevention-03.jsp

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเขตชุมชนใกล้เคียงเมือง จังหวัดเชียงใหม่

Factors related to depressed patients in
urban areas Chiangmai province

ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ พบ. (สุขภาพจิตชุมชน)* Yuttasart Junthip MD. (Community Mental Health)*

*โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่/ Sansai hospital. Chiangmai Province.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในเขตชุมชนใกล้เคียงเมือง
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษากว้างขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive
Study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์
การวินิจฉัยโรค ICD-10 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างช่วง
เดือน ตุลาคม 2556 – กันยายน 2559 จำนวน 405 ราย ใช้เครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า
โรคซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.6 เท่า (293:112)
และพบในกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.3 (301/405 ราย) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง
ร้อยละ 40.5 (164/405 ราย) มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เอื้อต่อการเป็นโรค
ซึมเศร้า เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาครอบครัว การตั้งครภ์ ภาวะหลังคลอด วัยทอง เป็นต้น
ข้อเสนอแนะในการป้องกัน คือการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพและการดูแลกันในชุมชน การค้นหาเชิงรุก
กลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนกิจกรรมในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการออกกำลังกาย
เพื่อให้เกิดเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้าในเพศหญิง

Abstract

This was a cross-sectional descriptive study aims to identify the factors related with
depressed patients in Urban areas of Sansai district, Chiangmai province. A patients with
disorder base on ICD-10 diagnostic criteria who presented themselves at outpatient setting
in Sansai hospital during October 2013 to September 2016 were subjected in this study. A
hospital baseline patient record form and a depression questionnaire were used as a tool
for data collection. A total of 405 patients were included, descriptive analysis, percentage,

mean average were applied. The results indicated that among the population living in Sansai District, depression was found in female higher than male 2.6 times (293:112). Of these 74.3% (301/405) of patients were age over 40 years old. Depression affected 40.5% (164/405) of patients who had underlying with chronic diseases. Moreover, there were some other factors that may promote a depression, i.g. losing beloved persons, problems within a family, marital status (pregnancy, after delivery), menopause etc. We suggest these following issues of concern to prevent depression; promoting a social relationship, active case finding in the risk group by community participation, establishment an elderly association, promote an exercise program in community etc., in order to reduce depression incidence which can also further prevents suicide and promotion a better quality of life.

Keywords: Depression, Risk factors of Depression, Depression in chronic disease, Depression in women

บทนำ

ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากรในประเทศ ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะกดดันอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความเครียดหรือภาวะกดดันนี้เกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลใดจะสามารถปรับตัวกับสภาวะต่างๆ เหล่านี้ได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข แต่หากบุคคลใดไม่สามารถปรับตัวกับสภาวะต่างๆ เหล่านี้ได้ ก็อาจก่อให้เกิดสภาวะทางจิตที่ผิดปกติได้ ทั้งโรคเครียด โรคซึมเศร้า จนอาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายได้ สำหรับปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมของประเทศไทย เมื่อประเมินจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบได้ว่าเขตประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูงคือ เขตประชากรภาคเหนือ โดยเฉพาะเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตต่อแสนประชากรสูงเป็นจังหวัดที่ 2 นอกจากนี้ เขตจังหวัดทางภาคเหนือ ยังเป็นเขตจังหวัดที่มีรายงานการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย และจังหวัดที่มีรายงานการพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ (Lotrakul M., 2005; 2006)

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2020

ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งหมายรวมถึงประเทศไทยด้วย. (สุวรรณ อรุณพงศ์-ไพศาล, 2543)

ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความสำคัญและร้ายแรงที่สุดในระดับโลก ส่งผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ในทุกด้าน และมักจะไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แต่หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา โรคซึมเศร้าอาจบั่นทอนช่วงระยะเวลาของชีวิตให้สั้นลง

สาเหตุของโรคซึมเศร้า เกิดได้จากหลายสาเหตุ และหลายสาเหตุก็เป็นปัจจัยกระตุ้นได้ เช่น โรคทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในเลือด หลังคลอด ความเครียดทางเศรษฐกิจ การสูญเสีย ความเครียดจากการงาน ปัญหาในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ปรารถนา ผู้ที่ด้อยทักษะต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น. (โรงพยาบาลมหารมย์, 2560; siam health, 2560)

ในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนใกล้เมือง มีความหลากหลายของกลุ่มประชากรเป็นเขตที่มีหมู่บ้านเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นแหล่งที่ค่อนข้างมีความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเดินทางสะดวก ทำให้มีผู้ย้ายถิ่นเข้ามาอยู่อาศัย โดยเฉพาะในช่วงบั้นปลายชีวิต จึงทำให้พบว่าประชากรส่วน

ใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความหลากหลายในด้าน
สภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิต
และเคยพบอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย และเมื่อดูข้อมูล
ผู้ป่วยโดยรวมในพื้นที่ พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็น
จำนวนค่อนข้างมาก และมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะใน
กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา
(Cross-sectional descriptive study) โดยการเก็บ
ข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อศึกษา สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว โรคประจำ
ตัว การสูญเสียหรือการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา
ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ใน
เขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

1. ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ที่มา
รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันทราย ในช่วง
เดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2559 เกณฑ์ในการ
คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยทุกกลุ่ม
อายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
จำนวน 405 ราย

2. เครื่องมือในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานในเวชระเบียน ประกอบ
ด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
การศึกษา และอาชีพ, แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2
คำถาม (2Q), แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม
(9Q)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล
เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึม
เศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสันทราย ใน
ช่วงเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2559 พบจำนวน
ทั้งหมด 405 ราย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละ
ราย จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส การศึกษา และอาชีพ ศึกษาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของ
ผู้ป่วยแต่ละราย ที่บันทึกไว้ขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
โรคซึมเศร้า จากแฟ้มประวัติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ใน
ครอบครัว โรคประจำตัว การสูญเสียหรือการเผชิญ
เหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ใช้สถิติ
เชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งหมด
405 ราย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	27.7
หญิง	293	72.3
อายุ (ปี)		
< 20	15	3.7
21 – 40	89	22.0
41 – 60	140	34.6
> 61	161	39.7
สถานภาพสมรส		
โสด	115	28.4
คู่	241	59.5
หม้าย	27	6.7
หย่า	22	5.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าเรียน	178	44
ประถมศึกษาปีที่ 4	116	28.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	7.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	35	8.6
ปวช. ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	46	11.4
รวม	405	100

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 74.3) ซึ่งอายุ มากกว่า 60 ปี มีมากถึงร้อยละ 39.7

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีรายได้ / ไม่ได้ประกอบอาชีพ	167	41.2
ค้าขาย	233	57.5
รับราชการ	5	1.3
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	356	87.9
ไม่ดี	49	12.1
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	164	40.5
มีโรคอื่นๆ	65	16
ไม่มี	176	43.5
Post-Traumatic Stress		
สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	24	6
ประสบอุบัติเหตุ	6	1.5
ปัญหาครอบครัว / หย่าร้าง	17	4.2

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 57.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.5 โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังพบถึง ร้อยละ 40.5 แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี พบเพียงร้อยละ 12.1 เท่านั้น

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในประชากรที่อาศัยในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนใกล้เคียง มีความหลากหลายในด้านวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ เนื่องจากการเดินทางที่สะดวก ทำให้มีหมู่บ้านจำนวนหลายหมู่บ้าน เกิดการย้ายถิ่นของประชากรเข้ามาอยู่จากหลายภูมิภาค ทำให้ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ถึงร้อยละ 72.3 ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น การตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน วัยทอง อีกทั้งผู้หญิงมักมีความเครียดจาก

การที่ต้องรับผิดชอบทั้งในบ้านและงานนอกบ้าน จึงน่าจะเป็นเหตุให้ความชุกเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่การเลือกเพศทำไม่ได้ เพราะทุกคนเกิดมามีเพศติดตัวที่เปลี่ยนไม่ได้ ดังนั้น สาเหตุในส่วนนี้ ควรวางมาตรการในการค้นหา เพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early Detection / Early Diagnosis) โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอด, กลุ่มสตรีวัยทอง โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น 2Q, 9Q เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลตั้งแต่ในระยะต้น

กลุ่มอายุที่พบความชุกของโรคซึมเศร้ามาก ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี พบถึงร้อยละ 74.3 รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 39.7 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยอายุประชากรเท่ากับ 66.79 ปี (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554) ซึ่งกลุ่มนี้มักมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ร่วมด้วย และกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มวัยทำงาน จนถึงวัยใกล้เกษียณหรือวัยเกษียณด้วย จึงมัก

เกิดความเครียดจากภาระหน้าที่การงาน ครอบครัว บุตรหลาน หรือพบการสูญเสียโดยเฉพาะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.3 ของกลุ่มประชากร เช่นเดียวกับผลของการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าในประเทศไทย (National Mental Health Survey: Thailand 2008, 2017)

ส่วนใหญ่ปัจจัยอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ การมีสถานภาพสมรสคู่ พบร้อยละ 59.5 กลุ่มที่ไม่ได้เข้าเรียน พบร้อยละ 44 ของกลุ่มประชากร มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 57.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.5 โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังพบถึง ร้อยละ 40.5 ของกลุ่มประชากร สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบร้อยละ 42 (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) และการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบร้อยละ 48 (อาคม บุญเลิศ, 2559) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดหลังจากเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-Traumatic Stress) พบร้อยละ 11.7 ซึ่งพบว่ามีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ร้อยละ 6 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 1.5 และประสบปัญหาครอบครัว/ หย่าร้าง ร้อยละ 4.2 และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี พบเพียงร้อยละ 12.1 ของกลุ่มประชากรเท่านั้นดังนั้นในกลุ่มนี้ ควรวางแผนมาตรการในการค้นหาเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early Detection / Early Diagnosis) โดยการ Screening หรือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q), แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (กรมสุขภาพจิต, 2557) เพื่อนำไปสู่การดูแลในระยะต้น มาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการป้องกัน (Secondary Prevention) ในกลุ่มเสี่ยง (Selected Group) แต่ในประชากรกลุ่มนี้สามารถวางแผนมาตรการป้องกันที่เป็น Primary Prevention ได้โดยการวางแผนโครงการรณรงค์ต่างๆ ในชุมชน เช่น โครงการกลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยมวยจีน ชมรมผู้สูงอายุในวัด ในกลุ่มประชากรวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุทั้งหมด (Universal Group) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง

ในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง ส่วนในกลุ่มที่เกิดโรคซึมเศร้าแล้ว (Detected Group) ควรวางแผนทางการดูแล โดยเฉพาะในชุมชน โดยให้ชุมชนดูแลกันเอง ทั้งที่บ้าน ครอบครัว และภายในหมู่บ้าน เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่าโรคซึมเศร้าเกิดในประชากรที่มีคู่ร้อยละ 59.5 ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีคู่ คือ โสด หม้าย หย่า พบร้อยละ 40.5 การศึกษาผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา พบโรคซึมเศร้า ร้อยละ 44 ส่วนในกลุ่มที่มีการศึกษาไม่ว่าระดับใด พบร้อยละ 56 กลุ่มที่มีอาชีพ พบโรคซึมเศร้า ร้อยละ 58.8 สำหรับกลุ่มประชากรที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี พบโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 87.9 ดังนั้น ในด้านปัจจัยของ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่พบผลที่เกิดจากสาเหตุดังกล่าวอย่างชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวางแผนมาตรการต่างๆ ในการป้องกัน สามารถทำได้ในชุมชน คือ

1. Primary Prevention ในกลุ่ม Universal Group โดยการวางแผนโครงการรณรงค์ต่างๆหรือชมรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โครงการออกกำลังกายต่างๆ เพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพและการดูแลกันในชุมชน

2. Secondary Prevention โดยการค้นหาเพื่อการวินิจฉัย และรักษาอย่างรวดเร็ว (Early Detection/ Early Diagnosis and Early Treatment) โดยการคัดกรองด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น 2Q, 9Q ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอด, กลุ่มวัยทอง, กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ที่มารับการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

3. Tertiary Prevention โดยการวางแผนทางการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน ให้เกิดการดูแลกันเองภายในชุมชน โดยครอบครัวและคนในชุมชน

โดยมาตรการทั้งหมดนี้ เป้าหมายอยู่ที่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. 2557. *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557)*.
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ
จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554; 56(2): 103-116.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *มฉก.วิชาการ*. 19(38). 105-118.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร และสุวรรณ
อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2555; 57(4):
439-446.
- โรงพยาบาลมนารมย์. *โรคซึมเศร้า*. [สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2560]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.manarom.com/sara/depression.html>.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2543; 15(1): 23-7.
- อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถาน
บริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2559; 31(1): 25-33.
- Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 60(1):
90-5.
- Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(7): 944-48.
- National Mental Health Survey: Thailand 2008. *The Prevalence of Major Depression Disorders in
Thailand*. [Cited 9 April 2017]; available from: URL: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/B090F03865A7FAB9CA257C1B0079E198/\\$File/rep13.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/B090F03865A7FAB9CA257C1B0079E198/$File/rep13.pdf).
- Siam health. *สาเหตุของโรคซึมเศร้า*. [สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2560]; แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.siamhealth.net/public>.

การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของ
โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Control situation on clients as Account Receivable of
Srisangwan Hospital, Mae Hong Son province

สุชาดา สีแดง, บธ.ม.*

Suchada Sridang, M.B.A.*

*โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน Srisungwal hospital, Mae Hongson province

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิ
จ่ายตรง ของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์และหาแนวทางการพัฒนาระบบฯ เป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในปี
2559 และใช้แบบสอบถามปลายเปิดทำการสอบถามความคิดเห็นบุคลากรจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา
เพื่อสรุปประเด็น นำเสนอในที่ประชุมคณะทำงานเฉพาะกิจ ให้ร่วมกันวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดำเนิน
งาน ผลการศึกษาพบว่า รายการที่ถูกปฏิเสธการจ่ายจากกรมบัญชีกลางที่มีมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่
การไม่พบรหัสยาในรายการยาที่ รพ. แจ้งไว้กับกรมบัญชีกลาง จำนวนครั้งของการส่งยาไม่เท่ากับจำนวนครั้ง
ของการจ่ายยา และวันที่และเวลาของการเก็บค่ารักษาพยาบาลอยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก จากการประชุมเพื่อ
ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหารูปแบบทางได้ดังนี้ การพัฒนาระบบการสื่อสาร ระบบทะเบียนบัญชี
ลูกหนี้รายตัว ระบบการควบคุม กำกับติดตามกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น การวางแผน
การพัฒนาศักยภาพของนักบัญชีและผู้เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยสิทธิ
จ่ายตรง ผลการประเมินจำนวนหนี้สูญของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ก่อนและหลังการพัฒนาการควบคุมบัญชี
ลูกหนี้สิทธิจ่ายตรง พบว่าอัตราการปฏิเสธการจ่ายจากกรมบัญชีกลางลดลงร้อยละ 30.90 จาก 267,478.78
บาท เหลือ 184,826.48 บาท เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ข้อเสนอแนะควรมีการติดตามผลการปฏิบัติงานโดยใช้
กระบวนการ PDCA (Plan Do Check Act cycle) อย่างสม่ำเสมอ และมีการขยายผลโดยนำกระบวนการ
พัฒนาระบบนี้ไปใช้ในการเรียกเก็บรายได้ในสิทธิอื่นๆ เพื่อให้มีรายได้ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล

Abstract

The objectives of this study were to investigate internal control situation on a Account Receivable medical expenses direct payment and to improve the system. The study was carried out during the year 2016 at Provincial Srisangwan Hospital, by collecting data required for an improvement additional with using an open end questionnaire to determine Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. The participatory outcome was reported to special task force committee in order to summarize the improvement procedures. Results of data collection found that the first 3 issues that were denied to get paid from Comptroller General's Department as followed; firstly, the missing of Drug code that the hospital has initially been recorded to the Comptroller General's Department, secondly the unequal in number of prescription orders and real dispensing, lastly the date and treatment time for medical expenses were out of the right period. The meeting outcome indicated some optional for improving these following systems: communication system, individual account receivable, performance controlling system, evaluation processes in and between authorized sectors etc. develop a manual for medical expenses direct payment, arrange knowledge management among officers and accountant. Finally, the evaluation outcomes after system improvement has indicated the reduction of denied payment by Comptroller General's Department, from 30.90 % of 267,478.78 to 184,826.48 Baht. We suggested PDCA (Plan Do Check Act) cycle should be repeated on regular basic at all levels as well as expanding this strategies found to another relevant financial sectors i.g. reimbursement/payment in order to increase the hospital income.

Keywords: Internal control, account receivable

บทนำ

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 150 เตียง จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อเดือนปีงบประมาณ 2557- 2559 จำนวน 129,635, 147,840 และ 150,288 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อเดือน ปีงบประมาณ 2557 – 2559 จำนวน 7,525, 8,048, และ 9,111 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์, 2557-2559) รายได้ของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ได้รับจากค่ารักษาพยาบาลทั้งส่วนที่ผู้ป่วยชำระเอง และการเบิกจ่ายค่าชดเชยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย แต่พบว่า

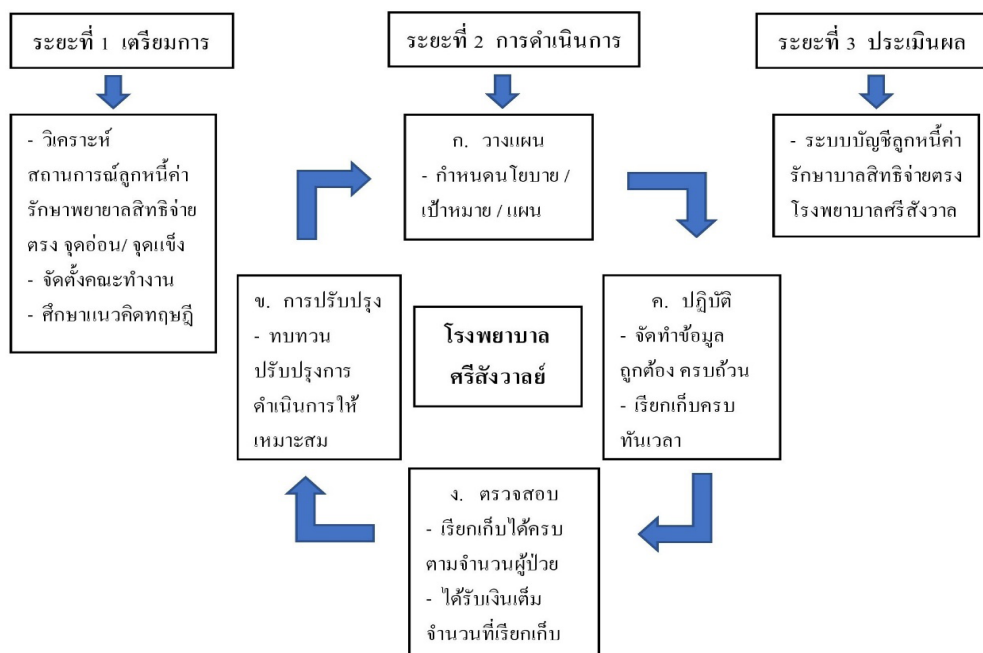
โรงพยาบาลประสบปัญหาทางการเงินระดับ 7 (โรงพยาบาลศรีสังวาลย์, 2559) ซึ่งหมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย 1) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) $< 1.5 = 1$ คะแนน 2) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) $< 1.0 = 1$ คะแนน 3) อัตราส่วนเงินสด(Cash Ratio) $< 0.8 = 1$ คะแนน 4) ทุนสำรองสุทธิตดล = 1คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากปัญหาการเงินดังกล่าว ส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดการขาดสภาพ

คล่องทางการเงิน ไม่สามารถชำระหนี้ค่าสินค้า ค่ายา และเวชภัณฑ์ได้ตามตัวชี้วัดและภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ในปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีหนี้สูญ 9,517,038.54, 8,538,805.60, และ 17,948,342.95 บาท ตามลำดับ (ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์, 2557-2559) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2558 และ 2559 แล้วพบว่าหนี้สูญเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 53.03 เป็นการเพิ่มขึ้นแบบผิดปกติและก้าวกระโดด ทั้งนี้ผู้ป่วยสิทธิการรักษาจ่ายตรงเป็นกลุ่มที่เข้ารับการรักษาเป็นอันดับที่สอง รองจากสิทธิบัตรทอง (UC) โดยในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเบิกจ่ายได้ตามจริง ไม่ได้เป็นค่ารักษาเหมาะสมจ่ายรายหัวเหมือนสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) และโรงพยาบาลสามารถส่งข้อมูลเข้าระบบเบิกจ่ายกับกรมบัญชีกลางได้โดยตรง หากสามารถเบิกจ่ายได้ตามจริงทั้งหมด โรงพยาบาลจะสามารถเพิ่มรายได้ถึงร้อยละ 17.99-18.66 ของรายได้ที่ต้องเรียกเก็บ(ยอดหนี้) ทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีสังวาลย์,

2557 - 2558) การดำเนินการควบคุมบัญชีลูกหนี้ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความสามารถในการชำระเงินของคนไข้ การตรวจสอบการให้บริการและการคิดค่ารักษาพยาบาล การเรียกเก็บเงินจากคนไข้ การติดตามทวงหนี้ การตัดบัญชี และการจัดทำรายงาน ดังนั้นเพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการควบคุมภายในด้านบัญชีลูกหนี้สิทธิจ่ายตรงให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสถานการณ์การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง ของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และหาแนวทาง การแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การควบคุมภายในด้านบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงเพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการควบคุมภายในด้านบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง รพ.ศรีสังวาลย์

วิธีการศึกษา

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผลการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

การศึกษาสถานการณ์การควบคุมภายในด้านบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง ดังนี้

1. แจกแบบสอบถามความคิดเห็นสถานการณ์การควบคุมบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์

2. จังหวัดแม่ฮ่องสอนเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนาของระบบบัญชีลูกหนี้สิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. การแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบระบบบัญชีลูกหนี้ ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าศูนย์รายได้ หัวหน้างานบัญชี หัวหน้างานการเงิน หัวหน้างานเวชระเบียน และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อร่วมกันดำเนินการทบทวนข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบัญชีลูกหนี้ในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 ตามกระบวนการตรวจสอบระบบบัญชีลูกหนี้ ได้แก่ ข้อมูลจากรายงานการเงิน รายงานสถิติผู้ป่วยคำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง เอกสารต่าง ๆ และรายงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานยอดลูกหนี้ ส่งเบิกตามค่าใช้จ่าย รายงานยอดลูกหนี้ค้างชำระคำรักษาพยาบาล การจัดทำใบแจ้งหนี้ การรับชำระเงินและออกใบเสร็จ และรายงานสรุปยอดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการทุกแผนก

4. ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าการเงิน รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบบัญชีลูกหนี้ เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้ จากผู้ปฏิบัติงานใน งานการเงินและบัญชีที่เกี่ยวข้องกับระบบบัญชีลูกหนี้ สิทธิจ่ายตรง ได้แก่ บุคลากรของแผนกการเงิน (หน่วยบริการ ศูนย์รายได้ งานบัญชี) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อน จุด

แข็ง ปัญหา อุปสรรค โอกาสในการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้ โดยพิจารณาจากข้อมูลสรุปจากแบบสอบถามความคิดเห็น สถานการณ์การควบคุมบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และหาแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ในการควบคุมบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง และจัดทำแผนควบคุมบัญชีลูกหนี้ ร่วมกัน

ระยะที่ 3 ประเมินผล

คณะกรรมการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาล ติดตามจำนวนหนี้สูญจากการถูกปฏิเสธการจ่ายของผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงในการประชุมคณะกรรมการบริหาร เป็นประจำเดือนละ 1 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การควบคุมภายในด้านบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงตามขั้นตอนการตรวจสอบระบบบัญชี และการประเมินประสิทธิภาพของระบบการเรียกเก็บคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง ตามรูปแบบการรายงานระบบบัญชีลูกหนี้ของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จากรายงานการเงิน รายงานสถิติผู้ป่วยคำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง เอกสาร และรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานยอดลูกหนี้ ส่งเบิกตามค่าใช้จ่าย รายงานยอดลูกหนี้ค้างชำระคำรักษาพยาบาล การจัดทำใบแจ้งหนี้ การรับชำระเงินและออกใบเสร็จ ตามแนวทางการประเมินระบบบัญชีลูกหนี้ของเกณฑ์การตรวจสอบภายในตามแนวปฏิบัติตามปกติที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ แล้วนำประเด็นปัญหาที่พบมาสรุปเป็นภาพรวมปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลในส่วนของผู้สิทธิจ่ายตรง

2. การกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์รวบรวมข้อมูลโดยการสรุปประเด็นจากการร่วมกันแสดงความคิดเห็นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบระบบบัญชีลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรง ในรูปแบบของการบรรยาย สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องเชิงพรรณนาตามเกณฑ์ การตรวจสอบระบบบัญชีลูกหนี้ว่าเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ รวมไปถึงประเด็นที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการ รวมไปถึงการพัฒนาแนวทางการพัฒนางาน โดยการ

สรุปประเด็นจากการประชุมร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องนำมาเขียนเป็นแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ศรีสังวาลย์

ผลการศึกษา

สถานการณ์การควบคุมบัญชี ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จากการตรวจสอบระบบบัญชีลูกหนี้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องพบ ประเด็นของการถูกปฏิเสธการจ่ายค่ารักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเหตุผลที่ถูกปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ประจำปีงบประมาณ 2559

ลำดับ มูลค่า	รหัส และเหตุผลของการปฏิเสธการจ่าย	จำนวน ราย	จำนวนเงิน (บาท)	ลำดับจำนวน เหตุการณ์
1	99 ไม่พบรหัสยาในรายการยาที่ รพ. แจ่งไว้	5	1,245,780.78	8
2	97 ยอดเบิกยาใน Billtran (จำนวนครั้งของการสั่งยา) ไม่ เท่ากับ Dispensing (จำนวนครั้งของการจ่ายยา)	7	301,308.25	7
3	53 DTTran อยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก (วันที่และเวลาของการเก็บค่ารักษาพยาบาล)	234	172,176.35	2
4	57 ส่งเบิกค่ารักษาฯ ซ้ำซ้อนกับการเบิกเหมาจ่ายค่าฟอก เลือดล้างไต (HD)	2	130,421.50	15
5	9E ระบุ claim control เป็น EF แต่มีการเบิกค่ายา (EF:ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ: เบิกไม่ได้)	4	111,816.95	9
6	22 HN ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ	248	90,699.55	1
7	73 มีการเบิกค่ารักษาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา/ ยอด ติดลบ	91	43,222.25	4
8	9L ระบุรหัส TMT ในฟิลด์ Drug ID ของ Dispensed Items (รายการของรายการยาที่จ่ายแต่ละครั้ง) และระบุใน Drug catalog (บัญชีข้อมูลยา) แต่ระบุไม่ตรงกัน (รหัสมาตรฐาน ยาไทย [Thai Medicines Terminology: TMT] รายการยาน อกบัญชียาหลัก 9 กลุ่มที่ต้องระบุเหตุผลในการใช้ยา)	3	18,681.25	12
9	93 ยอดเบิกของ Dispensing (รายการใบ(การ)จ่ายยา) และ Dispensed Items ไม่ตรงกัน	3	9,150.50	13

ตารางที่ 2 แสดงเหตุผลที่ถูกปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ประจำปีงบประมาณ 2559 (ต่อ)

ลำดับมูลค่า	รหัส และเหตุผลของการปฏิเสธการจ่าย	จำนวนราย	จำนวนเงิน (บาท)	ลำดับจำนวนเหตุการณ์
10	9C เป็นยาควบคุม 9 กลุ่ม (TMT) แต่ไม่แจ้งเงื่อนไขกับการเบิก	1	8,085.00	19
11	98 จำนวนเงินที่ขอเบิกไม่ถูกต้อง (charge # claim+paid+other)	2	3,461.25	14
12	95 ใน BillTran มีการเบิกค่ายา แต่ขาดข้อมูลยาใน BillDisp (ข้อมูลยาและรายการจ่ายยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย)	9	3,350.50	6
13	66 ไม่ระบุ BillNo (หมายเลขใบเสร็จรับเงิน) กรณี Paid > 0 (ผู้ป่วยชำระเงินบางส่วน)	185	2,893.73	3
14	9B มีรายการยา Glucosamine ของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 56 ปี	4	1,997.50	10
15	94 ขาดข้อมูลที่กำหนดว่าต้องมี (required) และระบุไม่ตรงกับรูปแบบที่ประกาศไว้	2	1,717.50	18
16	9A เลข ว. แพทย์ไม่ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด	2	539	17
17	56 มีการส่งเบิกค่ารักษาฯ ซ้ำซ้อนใน รพ.เดียวกัน (ส่งเบิกในวันเดียวกัน)	64	500	5
18	9G Pid ในข้อมูลยาไม่ตรงกับ Pid ในทะเบียนผู้ป่วย (Pid : เลขประจำตัวประชาชน)	3	356	11
19	58 ส่งเบิกค่ารักษาฯ ซ้ำซ้อนกับช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (IPD)	2	80	16
	รวม		2,146,237.86	

จากตารางที่ 2 พบว่ารายการที่เกิดขึ้นเป็นมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่พบรหัสยาในรายการยาที่ รพ. แจ้งไว้ ยอดเบิกยาใน Billtran (จำนวนครั้งของการสั่งยา) ไม่เท่ากับ Dispensing (จำนวนครั้งของการจ่ายยา) และ DTTran (วันที่และเวลาของการเก็บค่ารักษาพยาบาล) อยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก ในขณะที่เหตุผลที่พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธการจ่ายหรือเกิดหนี้สูญ

มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ HN ไม่อยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิ DTTran (วันที่และเวลาของการเก็บค่ารักษาพยาบาล) อยู่นอกช่วงมีสิทธิเบิก และไม่ระบุเลขที่ใบเสร็จ (BillNo) กรณีผู้ป่วยชำระบางส่วน (Paid > 0) จากการประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง พบจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา (SWOT) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา (SWOT)

จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
1) มียุทธศาสตร์และนโยบายที่ชัดเจน 2) ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนางาน 3) บุคลากรมีความรู้เฉพาะด้าน 4) มีโปรแกรมและระบบเทคโนโลยีที่รองรับการทำงาน (Hos XP)	1. นโยบายด้านบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง 2. บุคลากรขาดทักษะในบันทึกข้อมูลเข้าระบบโปรแกรมสำเร็จรูป 3. บุคลากรไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนา 4. บุคลากรขาดแรงจูงใจในการทำงาน ขวัญ และกำลังใจ 5. ขาดการตรวจสอบข้อมูลระหว่างงานบัญชี GL GFMS กับงานทะเบียน 6. รายงานผลข้อมูลซ้ำ 7. สิทธิการรักษาของผู้ป่วยผิดพลาด การลงรหัสโรคไม่ครบ 8. ขาดความร่วมมือในการทำงาน และการประสานงานระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง 9. ขาดการควบคุมกำกับติดตามกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน 10. ขาดการสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงาน 11. ขาดการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 12. ขาดการวางแผนพัฒนาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 13. ขาดเป้าหมายในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม 14. ยาและเวชภัณฑ์ไม่ได้ลงในระบบกรมบัญชีกลาง ทำให้ถูกปฏิเสธการจ่ายเงิน 15. การรับรู้กฎหมายนี้คำรักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุข คือ จะต้องรับรู้กฎหมายนี้ทันทีเมื่อสิ้นสุดการรักษา

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา (SWOT) (ต่อ)

โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
1. กระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารระดับเขต ระดับจังหวัดเห็นความสำคัญของระบบบัญชีและพร้อมสนับสนุน 2. ความพร้อมในด้านเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงานและการเรียนรู้ 3. ผู้บริหารสูงสุด และคณะผู้บริหาร ให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนา	1. นโยบายที่เปลี่ยนแปลงบ่อยของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข 2. นโยบายระบบการเรียกเก็บยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงทำให้ข้อมูลผิดพลาดและต้องแก้ไขบ่อย 3. การปฏิเสธการจ่ายเงินที่เรียกเก็บทำให้ข้อมูลทางบัญชีคลาดเคลื่อนต้องปรับปรุงบ่อย 4. เมื่อถูกปฏิเสธการจ่ายในการเรียกเก็บบุคลากรไม่รู้วิธีแก้ปัญหาในระบบโปรแกรมการเบิกจ่ายค่าชดเชยของกรมบัญชีกลาง 5. ขาดแผนพัฒนาบุคลากรทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่ไม่ชัดเจน แน่นนอน 6. บุคลากรบางหน่วยงานไม่พร้อมในการทำงาน หรือแม่นยำในหน้าที่การงานของตนเอง 7. ขาดการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการควบคุมบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาลที่ชัดเจน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะทำงานเฉพาะกิจได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนางาน และแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้กลุ่มสิทธิจ่ายตรง ดังนี้

1. แนวทางพัฒนาได้งาน ได้แก่

1.1 การพัฒนากระบวนการสื่อสาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมบัญชีลูกหนี้ให้เข้าใจ เพื่อสร้างความร่วมมือในการควบคุมบัญชีลูกหนี้คำรักษาพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยจ่ายตรง และเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล

1.2 พัฒนาระบบทะเบียนบัญชีลูกหนี้รายตัว เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้อง และสามารถสอบทานกันระหว่างงานบัญชีและศูนย์รายได้ โดยต้องมีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบให้ยอดรวมบัญชีลูกหนี้รายตัว เท่ากับยอดรวมบัญชีลูกหนี้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

1.3 พัฒนาระบบการควบคุม กำกับติดตามกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน และการประสาน

งานระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงระบบรายงานข้อมูลเกี่ยวกับยอดเรียกเก็บ และยอดที่ค้างชำระ หรือการถูกปฏิเสธการจ่ายในแต่ละรอบของการเรียกเก็บ รวมไปถึงเหตุผลของการปฏิเสธการจ่าย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายต่อไป

1.4 กำหนดแนวปฏิบัติการปรับปรุงบัญชีรายได้และลูกหนี้ เพื่อตัดเป็นหนี้สูญหรือค่าใช้จ่าย ต้องมีเจ้าหน้าที่ระดับหัวหน้างานเป็นผู้อนุมัติทำการรายการทุกครั้ง เช่น การออกเอกสารเพิ่ม-ลด รายการหนี้ หรือการให้ส่วนลดกับผู้มาใช้บริการ รวมถึงการปรับปรุงรายการลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิจ่ายตรงจากการลงรายการบัญชีผิดพลาด

1.5 กำหนดหน่วยงานที่เข้ามาดูแล และรับผิดชอบในการเกิดหนี้สูญ รวมไปถึงการปฏิบัติงานตามกระบวนการติดตามและทวงถามให้ครบวงจร

2. การพัฒนากระบวนการสื่อสาร กำหนดแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยกลุ่มสิทธิจ่ายตรง ดังนี้

2.1 การลงทะเบียนเข้ารับการรักษา กำหนดให้ลงทะเบียนเมื่อผู้ป่วยมาแสดงตน/ยื่นใบนัด เพื่อตรวจตามนัดเท่านั้น

2.2 การตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจนก่อนการส่งผู้ป่วยไปรับบริการยังแผนกต่างๆ

2.3 การสร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือในการบันทึกสรุปรายการพยาบาลให้ครบถ้วน ถูกต้อง

2.4 การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยให้ถูกต้อง ครบ

ถ้วน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2.5 กำหนดระยะเวลาของการดำเนินงานเพื่อให้เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางทันตามเวลาที่กำหนด

3. การติดตามและประเมินผล

กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนรายการของการถูกปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และมูลค่าการรักษาพยาบาลที่ถูกปฏิเสธการจ่ายจากกรมบัญชีกลาง ได้ผลดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	จำนวนการถูกปฏิเสธการจ่าย (ราย)				อัตราการลดลง (%)
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	
ผลการพัฒนาระบบการรับรู้ผู้ป่วยนัดร่วมกับงานเวชระเบียนเกี่ยวกับการลงทะเบียนเข้ารับบริการของผู้ป่วยนัด	1,442	1,021	1,176	0	100%
ผลการพัฒนาระบบเช็คสิทธิ	16	30	31	15	48.39%
ผลการพัฒนาความผิดพลาดด้านเวชภัณฑ์	3	5	9	1	88.89%

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนเงินที่ถูกปฏิเสธการจ่ายจากกรมบัญชีกลางของโรงพยาบาลศรีสวาลัยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบบัญชีลูกหนี้สิทธิเบิกตรง

รายการ	ระยะของการพัฒนา				อัตราการลดลง (%)
	ก่อน			หลัง	
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	
มูลค่าที่ถูกปฏิเสธการจ่าย (บาท)	82,857.14	294,721.59	267,478.78	184,826.48	30.90%

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์การควบคุมบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศรีสวาลัยมีจุดเด่นและโอกาสพัฒนาที่สามารถดำเนินงานได้ภายในโรงพยาบาลเอง แต่อาศัยความร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่ายอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และต้องการการกำกับติดตาม ทั้งนี้ด้วยลักษณะการดำเนินงานที่มีความเฉพาะที่ต้องการ

ผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทำให้เกิดข้อบกพร่องในการดำเนินงาน การมีบุคลากรหลายฝ่ายมาร่วมมือกัน ช่วยให้เห็นความสำคัญและร่วมแรงร่วมใจในการมองเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้โรงพยาบาลผ่านภาวะวิกฤติทางการเงิน สามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างต่อเนื่อง หากโรงพยาบาลมีรายได้เพียงพอ การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ คล่องตัว

มากขึ้น หรือจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขีดความสามารถในการบริการผู้ป่วยได้มากขึ้นอีกด้วย

มียุทธศาสตร์และนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนางานบุคลากรมีความรู้เฉพาะด้าน และมีโปรแกรมและระบบเทคโนโลยีที่รองรับการทำงาน (Hos XP) สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่อยู่อู่พิทย์ (2557) ที่พบข้อบกพร่องหลายประการในขั้นตอนกระบวนการควบคุมบัญชีลูกหนี้ และเทคโนโลยีระบบสารสนเทศที่มีความล้ำสมัย บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ต้องมีการเพิ่มระบบการตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับผลลงรัฐ แสงดาว (2559) ที่พบว่า ปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อการเรียกเก็บเงินและรับชำระหนี้จากลูกหนี้โรงพยาบาลอื่น คือ ปัญหาทางด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ขาดความสมบูรณ์ บุคลากรขาดความชำนาญในการใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่วนจุดอ่อนสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา คือ สิทธิผู้ป่วยผิดหรือไม่เป็นปัจจุบัน 2. ยกเลิกการเปิดสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนัดล่วงหน้า กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่มาขึ้นใบนัดทำให้รายได้มากเกินจริงกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด จุดบริการผู้ป่วยบางจุดไม่บันทึกข้อมูลการให้บริการลงในโปรแกรม หรือ บันทึกไม่ครบถ้วนทันเวลา การเรียกเก็บล่าช้า งานบัญชีไม่มีบัญชีลูกหนี้รายตัวสอบยันกับทะเบียนลูกหนี้รายตัวศูนย์รายได้ ศูนย์รายได้ไม่มีการสอบทานระหว่างจำนวนงานที่ได้ให้บริการแก่ลูกค้กับจำนวนเงินที่ได้รับจริง ซึ่งสอดคล้องกับวาสนา ภูมิคอนสาร (2557) ที่พบว่า การรับรู้ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเดือนละครั้งนั้น ไม่เป็นไปตามนโยบายบัญชีกระทรวงสาธารณสุข คือ จะต้องรับรู้ลูกหนี้ทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาพยาบาล เมื่องานการเงินและบัญชีรับชำระลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายได้นั้น จะต้องเสียเวลาในการสืบค้นข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายนั้น เพื่อออกไปเสร็จรับเงิน คือระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในใบเสร็จรับเงินและการตัดลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในการบันทึกบัญชีตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ซึ่งและเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ขาดการควบคุมกำกับติดตามให้มีการดำเนินการแก้ไขรายการเรียกเก็บเงินที่ถูกปฏิเสธการจ่าย

เงิน และไม่มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของค่ารักษาพยาบาลแต่ละรายก่อนนำส่งโปรแกรมเบิกค่ารักษาพยาบาลกรมบัญชีกลาง สอดคล้องกับผลลงรัฐ แสงดาว (2559) ที่พบว่า ปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อการเรียกเก็บเงินและรับชำระหนี้จากลูกหนี้โรงพยาบาลอื่น คือ ขั้นตอนการจัดส่งใบแจ้งหนี้ที่มากเกินไป ใช้วิธีการติดตามทวงหนี้แบบเดิม ช่องทางการรับชำระเงินน้อย และการขาดนโยบายในการบริหารจัดการลูกหนี้ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติงานและรายงานต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำปัญหาหรือผลการดำเนินงานที่เป็นโอกาสพัฒนามาพัฒนากระบวนการบริการและจัดเก็บรายได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดรายได้สูงสุดตามสิทธิที่พึงได้

2. ควรมีการขยาย/นำกระบวนการ พัฒนานี้ไปใช้ในการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการเรียกเก็บรายได้ในสิทธิอื่นๆ เท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อให้มีรายได้ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ลดโอกาสการเกิดหนี้สูญให้เหลือน้อยที่สุดในทุกสิทธิการรักษา

3. ในกระบวนการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่าย ควรดำเนินงานในลักษณะเชิงบวกมากกว่าการชี้ให้เห็นข้อบกพร่องเชิงลบ หรือการสร้างทัศนคติให้เกิดความต้องการการพัฒนาและเห็นผลในเชิงสร้างสรรค์ว่าการพัฒนาระบบจะช่วยให้โรงพยาบาลพ้นระยะวิกฤตทางการเงินมากกว่าการจะชี้ให้เห็นความผิดหรือข้อบกพร่องของการดำเนินงาน

4. การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในแต่ละสิทธิเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 5 ระบบ ได้แก่ ระบบบริหารแผนการเงิน ระบบบัญชีการเงิน ระบบจัดเก็บรายได้และการบริการ ระบบควบคุมรายจ่าย และระบบพัสดุ เป็นต้น การพัฒนางานผู้ปฏิบัติงานสามารถเริ่มต้นในการพัฒนาระบบต่างๆ ตามความสำคัญของปัญหาและโอกาสพัฒนา ต่างๆ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วรเชษฐ เตชะรัก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ขอขอบคุณผู้บริหาร

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน
ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และแนะนำ
จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัลยารัตน์ อู่อยู่ทิพย์. (2557). การควบคุมบัญชีลูกหนี้โรงพยาบาลเอกชน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเมโย.
วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย : กรุงเทพฯ: คลังนานา.
- ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์. 2556. รายงานประจำปีฝ่ายการเงินและบัญชี. เอกสารไม่เผยแพร่.
- ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์. 2557. รายงานประจำปีฝ่ายการเงินและบัญชี. เอกสารไม่เผยแพร่.
- ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์. 2558. รายงานประจำปีฝ่ายการเงินและบัญชี. เอกสารไม่เผยแพร่.
- ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลศรีสังวาลย์. 2559. รายงานประจำปีฝ่ายการเงินและบัญชี. เอกสารไม่เผยแพร่.
- วาสนา ภูมิคอนสาร. (2557). การจัดการลูกหนี้คำรักษาพยาบาลด้วยโปรแกรม “บริหารลูกหนี้คำรักษาพยาบาล”.
การนำเสนอผลงานเด่น (Best practice/ CQI) โรงพยาบาลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. เข้าถึงได้จาก <http://cpho.moph.go.th/wp/wp-content/uploads/2014/04/17การจัดการลูกหนี้-รพ.คอนสาร.pdf> เข้าถึงเมื่อ
1 ตุลาคม 2559.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล
กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.
- Deming, W. Edwards. (1989). Out of the Crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.

ความต้านทานลูกน้ำยุงลายบ้านอียิปต์ พาหะนำโรคไข้เลือดออก
ต่อสารเคมีฟอส ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2558-2559

Resistance of *Aedes mosquito* larvae to Temephos in
the 8 provinces of northern Thailand, 2015-2016.

เจนจิรา จันสุภา	วท.บ (กีฏวิทยา)*	Janejira Junsupa	B.Sc. (Entomology)*
สุธาสิณี มาแดง	วท.บ (กีฏวิทยา)*	Sutasinee Madang	B.Sc. (Entomology)*
กาญจนา โกทิทิพย์	วท.ม (กีฏวิทยา)*	Kanjana Kotitip	M.Sc. (Entomology)*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control Region 1, Chiang Mai

บทคัดย่อ

ประเทศไทยใช้สารเคมีฟอสในการควบคุมลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก มานานกว่า 50 ปี แต่ยุงลายระบบการติดตามประเมินระดับความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีฟอส การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับความไวต่อสารเคมีฟอสของลูกน้ำยุงลายบ้าน ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ ตอนบน ทำการเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ปี 2558 และ 2559 ได้แก่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, พะเยา, ลำปาง, เชียงราย และแพร่, อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน, อำเภอท่าวังพา จังหวัดน่าน และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน นำลูกน้ำยุงลายในพื้นที่กลับมาเพาะเลี้ยงเพิ่มปริมาณในห้องทดลอง และใช้ลูกน้ำยุงลายรุ่นถัดไป ระยะที่ 4 ทำการทดสอบสารเคมีฟอสที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แปรผลตามเกณฑ์การทดสอบความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่า พื้นที่ที่ลูกน้ำยุงลายบ้านมีความต้านทานต่อสารเคมีฟอสสูงต่อเนื่องในปี 2558-2559 ได้แก่ จังหวัดน่าน (อัตราตาย 60 และ 70) พบว่าจังหวัดที่ยุงลายเคยมีความไวต่อสารเคมีฟอส ในปี 2558 (อัตราตาย 100) แต่กลับพบว่ามีมีความต้านทานเกิดขึ้นในปี 2559 ได้แก่จังหวัดแม่ฮ่องสอนเชียงใหม่ ลำปาง (อัตราตาย 34, 40, 62) ส่วนจังหวัดที่ยุงลายบ้านมีระดับความต้านทานเปลี่ยนจากกำลังเริ่มต้านทานสารเคมีฟอสเป็นต้านทานได้แก่แพร่ จังหวัดลำพูน และพะเยา มีจังหวัดเชียงรายแห่งเดียวที่พบว่ายุงลายมี อัตราตายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 23 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 99 ในปี 2559

การศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มการต้านทานของลูกน้ำยุงลายบ้านต่อสารเคมีฟอสเพิ่มมากขึ้นจาก ปี 2558 รวม 6 จังหวัด การเฝ้าระวังความต้านทานลูกน้ำยุงลายควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นข้อมูล นำไปสู่การเลือกใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย อย่างไรก็ตามมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ดี ทำได้ง่าย ประหยัด มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย คือการลดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก ลูกน้ำยุงลายบ้านอียิปต์ สารเคมีฟอส

Abstract

Thailand has used Temephos to control *Aedes mosquito* larvae to prevent dengue fever for more than 50 years, but the insecticide monitoring system for young stages still does not exist. This study aims to assess the susceptibility level of *Aedes aegypti* to Temephos in 8 provinces of northern Thailand. *Aedes mosquito* larvae were collected in areas with dengue outbreaks in 2015 and 2016, Muang District Phayao, Lampang, Chiang Rai and Phrae Provinces, Pa Sang District, Lamphun Province, Tha Wang Pha District, Nan Province and Mae Sariang District, Mae Hong Son Province. All young stages of mosquitoes were transferred to the laboratory, then the 4th instar larvae were tested with Temephos at concentration 0.012 mg/L following World Health Organization Guideline. The results found that *Ae. aegypti* larvae from Nan Province for both years (2015-2016) were resistant to Temephos with a mortality rate 60% and 70%; *aegypti* larvae from Mae Hong Son, Chiang Mai, and Lampang provinces had 100 percent mortality rate in 2015, but changed to 34%, 40%, 62% respectively in 2016. *Aedes* from Phrae, Lumphun and Phayao have changed from incipient susceptible to resistance. Only Chiang Rai province showed higher susceptible level, from mortality rate 23% in 2015 and increased to 99% in 2016.

This study indicates that in 2016 *Aedes aegypti* has increased resistance trend to Temephos in 6 provinces. The monitoring of *Aedes* susceptibility to Temephos should be regularly conducted for information of insecticide selection. Meanwhile, the simple way to prevent Dengue fever is breeding source reduction.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Larvae *Aedes aegypti*, Temephos

บทนำ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2559 พบผู้ป่วยรวมทั้งประเทศ 62,405 ราย เสียชีวิต 68 ราย อัตราป่วย 95.38 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2560) และพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ พบผู้ป่วยจำนวน 8,866 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 155.43 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 8 ราย อัตราผู้ป่วยตาย ร้อยละ 0.09 เมื่อพิจารณาอัตราป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปีจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัด แม่ฮ่องสอน มีอัตราป่วย 457.53 ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ รองลงมา 3 ลำดับแรก คือ จังหวัด เชียงใหม่ ลำพูน และ

เชียงราย คิดเป็นอัตราป่วย 286.56, 131.22, และ 99.71 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดลำปาง น่าน พะเยา และแพร่ มีอัตราป่วย 98.57, 42.92, 41.59, และ 25.33 ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2559)

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) อาการของโรคนี้มีความคล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดในช่วงแรก จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ว่าตนเป็นเพียงโรคไข้หวัด และทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในทันที โรคไข้เลือดออกมีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (วิชัย, 2549)

การป้องกันควบคุมยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือด

ออกมีหลายมาตรการ เช่นวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ หรือการใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยเฉพาะสารเคมีทีเมฟอส (Temephos) ใส่ลงไปในแหล่งเพาะพันธุ์ และในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เลือกการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการควบคุมยุงลายพาหะ เนื่องจากสะดวก และฆ่ายุงได้ในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้ปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดยุงพาหะเพิ่มสูงขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (วิชัย, 2549) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ยุงพาหะเกิดความต้านทานต่อสารเคมีกำจัดแมลง

สารเคมีทีเมฟอส มีชื่อทางการค้าว่า อะเบทหรือทรายอะเบท เป็นสารฆ่าตัวอ่อนแมลงชนิดออร์กาโนฟอสเฟต มีการนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งใช้มานานมากกว่า 50 ปี (พรพรรณ, 2555) และมีการใช้สารเคมีทีเมฟอสกันอย่างกว้างขวางทุกพื้นที่ในประเทศไทย ปริมาณการใช้ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำคือ เทมีฟอส 1% SG ใช้ในขนาด 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร (จะได้ความเข้มข้นของสารทีเมฟอส 1 ppm หรือ สาร 1 มิลลิกรัม/ลิตร) สามารถออกฤทธิ์ควบคุมไม่ให้มีลูกน้ำได้ประมาณ 3 เดือน (พรพรรณ, 2553) แต่ในสภาพจริง พบว่าประชาชนมีการใช้น้ำตักออกและเติมเข้า ทำให้ความเข้มข้นของสารทีเมฟอสลดลงเรื่อยๆจนไม่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ การที่ลูกน้ำยุงลายได้รับสารเคมีในระดับต่ำและรอดชีวิตนั้นสามารถทำให้เกิดพัฒนาการต้านทานต่อสารทีเมฟอสได้และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและควบคุมลูกน้ำยุงลายในที่สุด

ปัญหาแมลงสร้างความต้านทานต่อสารเคมีกำจัดแมลงเป็นปัญหาที่สำคัญ ทำให้การใช้สารเคมีกำจัดแมลงไม่เกิดประสิทธิภาพ การสร้างความต้านทานในแมลงมีความแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของสารเคมีกำจัดแมลงที่ใช้ ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน เช่น กลไกทางพฤติกรรม แมลงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเพื่อเลี่ยงการสัมผัส พฤติกรรมกลไกการออกฤทธิ์รวดเร็ว และฆ่ายุงได้ในเวลาอันรวดเร็ว มัฟสารเคมี กำจัดแมลง กลไกทางสรีรวิทยา แมลงจะสร้างความต้านทานต่อสารเคมีออร์แกนิกฟอสเฟต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การลดความสามารถในการผ่านเข้าผนังลำตัว ของสารเคมีโดยการสร้างผนังลำตัวให้หนาขึ้น เป็นต้น และกลไกทาง

ชีวเคมี แมลงจะมีกระบวนการทางชีวเคมีเพื่อลดความเป็นพิษของสารเคมีกำจัดแมลงและสามารถสลาย ความเป็นพิษของสารเคมีกำจัดแมลงได้ (พรพรรณ, 2559) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาทราบแนวโน้มความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีทีเมฟอส และเพื่อทราบสถานการณ์ความต้านทานของลูกน้ำยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออกต่อสารเคมีทีเมฟอสในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ช่วงปี 2558-2559

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (semi-experimental study) โดยการเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายในภาคสนามมาทำการศึกษาในห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. ประชากรศึกษา

- ประชากรศึกษา คือลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขต 8 จังหวัดภาคเหนือ ปี 2558 และ 2559

- กลุ่มตัวอย่าง คือ ลูกน้ำยุงลายที่สุ่มเก็บมาจากหมู่บ้านที่คัดเลือก และคัดเลือกลูกน้ำยุงลายระยะ 3 (ตอนปลาย) หรือ ระยะ 4 (ตอนต้น) โดยใช้ตัวอย่างหมู่บ้านละ 125 ตัว (ใช้ทดสอบสารเคมีจำนวน 100 ตัว และลูกน้ำยุงลายเพื่อเปรียบเทียบ (control) จำนวน 25 ตัว)

- พื้นที่ศึกษา คือ เลือกหมู่บ้านโดยวิธี sentinel (ดำเนินการในพื้นที่เดิม) คือ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, พะเยา, ลำปาง, เชียงราย และแพร่, อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน, อำเภอนาหว้า จังหวัดน่าน และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเลือกอำเภอละ 1 หมู่บ้าน รวม เป็น 8 หมู่บ้าน

2. การดำเนินงานภาคสนาม ทำการเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายจากหมู่บ้านที่คัดเลือกไว้ โดยขอความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในจังหวัดนั้นๆ ถ้าหากว่า 1 หมู่บ้านมีจำนวนหลังคาเรือนมากกว่า 100 หลังคาเรือนจะทำการสุ่มเก็บจำนวน 30 % ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด

3. การดำเนินงานในห้องปฏิบัติการ นำลูกน้ำยุง

ลายที่เก็บจากพื้นที่มาพักเลี้ยงให้ลูกน้ำยุงลายแข็งแรงใน
สภาพปกติ แล้วนำลูกน้ำยุงลายรุ่นถัดไปแต่ไม่เกินรุ่นที่ 3
(F3) มาทำการทดสอบสารเคมีฟอสที่ความเข้มข้น 0.012
มิลลิกรัมต่อลิตร ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

3.1 คัดเลือกลูกน้ำยุงลายระยะ 3 (ตอนปลาย)
หรือ ระยะ 4 (ตอนต้น) ใส่ไว้ในถ้วยเล็กที่ตวงน้ำสะอาด
ไม่มีสารคลอรีนหรือสารเคมีอื่นเจือปนปริมาตร 25
มิลลิลิตร แล้วใช้กระชอนขนาดเล็กตักใส่ถ้วย ถ้วยละ 25
ตัว หมู่บ้านละ 5 ถ้วย รวมเป็นลูกน้ำหมู่บ้านละ 125 ตัว
แต่ละถ้วยเขียนชื่อหมู่บ้านหรือใส่รหัสติดลำดับไว้ทุกใบ
ป้องกันการสับเปลี่ยน

3.2 เตรียมถ้วยพลาสติกขนาดความจุ 400
มิลลิลิตร เพื่อใช้เป็นถ้วยทดสอบ นำน้ำสะอาดที่ไม่มีสาร
คลอรีนหรือสารเคมีอื่นเจือปนลงในถ้วยพลาสติกปริมาตร
น้ำ 225 มิลลิลิตร

4. การวิเคราะห์ผล

คำนวณอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้านสัมผัส
สารเคมีเทมิฟอส 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร ครบ 24 ชั่วโมง
และใช้เกณฑ์การตัดสินระดับความไวตามเกณฑ์ของ
องค์การอนามัยโลกปี 1998 ดังนี้

อัตราการตายระหว่าง 98-100% หมายถึง มีความ
ไวต่อสารเคมีในระดับสูง

อัตราการตายระหว่าง 80-97% หมายถึง มีความ
ไวต่อสารเคมีในระดับปานกลาง

อัตราการตายต่ำกว่า 80% หมายถึง มีความไวต่อ
สารเคมีในระดับต่ำหรือต้านต่อสารเคมี

ในกรณีที่ชุดควบคุมมีลูกน้ำยุงลายบ้านตายอยู่ใน
ช่วง 5-20 % จะทำการปรับค่า Abbott แต่ถ้ามีอัตรา
การตายมากกว่า 20% จะทำการทดสอบใหม่

สูตรการคำนวณอัตราการตาย

$$\text{อัตราการตาย} = \frac{\text{จำนวนลูกน้ำทดสอบที่ตาย} \times 100}{\text{จำนวนลูกน้ำที่ทดสอบทั้งหมด}}$$

หากอัตราการตายของลูกน้ำชุดควบคุมอยู่ระหว่าง
ร้อยละ 5-20 ให้ปรับค่าอัตราการตายของลูกน้ำทดสอบ
ด้วย Abbot 'formula' ดังนี้

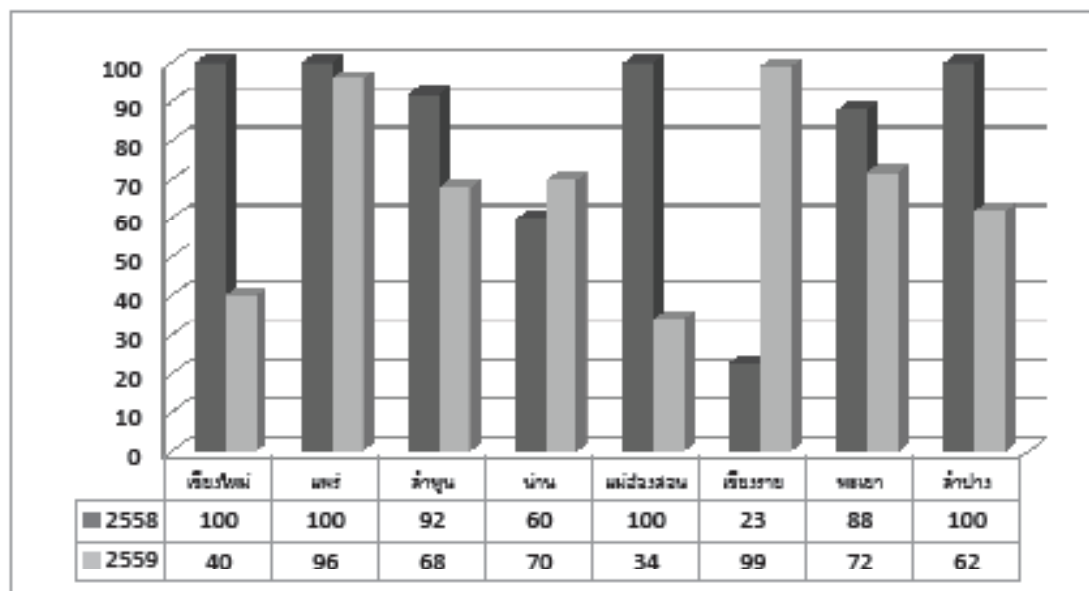
$$\text{อัตราการตาย} = \frac{\text{อัตราการตายของลูกน้ำทดสอบ} - \text{อัตราของลูกน้ำควบคุม} \times 100}{100 - \text{อัตราการตายของลูกน้ำควบคุม}}$$

หากอัตราการตายของลูกน้ำควบคุม มากกว่าร้อยละ
20 ให้ทำการทดสอบใหม่

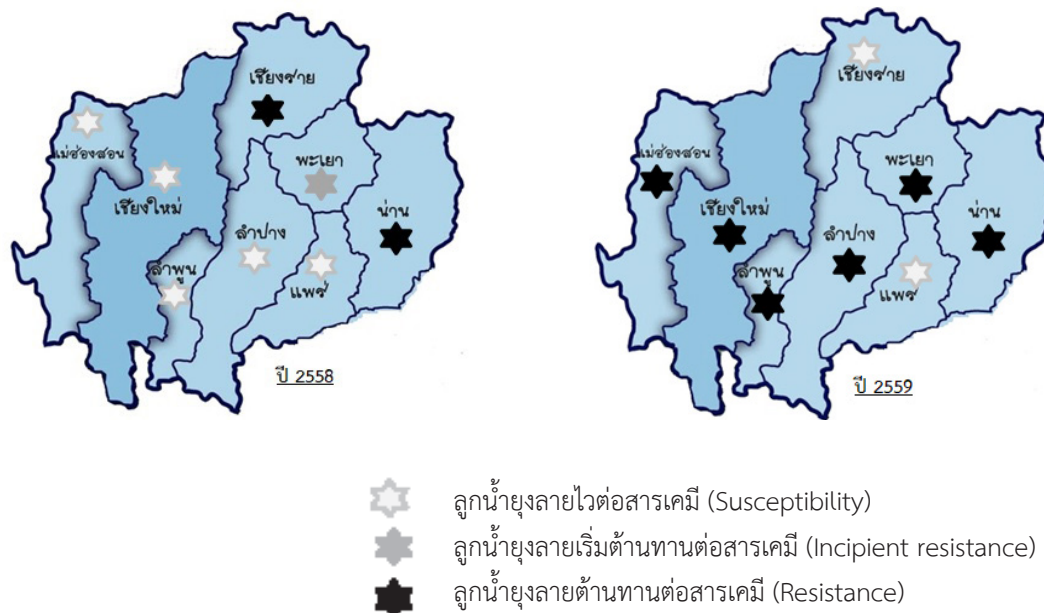
ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแนวโน้มความต้านทานของลูกน้ำยุง
ลาย ต่อสารเคมีเทมิฟอส (Temephos) ที่ระดับความเข้มข้น
0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร (diagnostic concentration)
โดยแปรผลตามอัตราการตาย ของลูกน้ำยุงลายต่ำกว่าร้อยละ
80 แสดงว่ามี ความไวต่อสารเคมีในระดับต่ำ อัตรา
ตายร้อยละ 80-97 มีความไวต่อสารเคมีระดับปานกลาง
อัตราการตายร้อยละ 98-100 มีความไวต่อสารเคมีระดับสูง
พบว่า ในปี 2558 พื้นที่ที่ลูกน้ำยุงลายมีความต้านทาน
ต่อสารเคมีฟอส คือ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม (อัตรา
ตาย 60) และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (อัตราการตาย
23) แต่ปี 2559 อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ยังมีความ
ต้านทาน ต่อสารเคมี เทมิฟอส (อัตราการตาย 70) ส่วน
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าลูกน้ำยุงลายบ้านมี
ความไวต่อสารเคมี (อัตราการตาย 99) ส่วนในจังหวัด
เชียงใหม่ แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ในปี 2558 ลูกน้ำ
ยุงลายมีความไวต่อสารเคมีเทมิฟอสที่ระดับความเข้มข้น
0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร (อัตราการตาย 100) ในปี 2559
จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และลำปาง ลูกน้ำยุงลายมี
ความต้านทานต่อสารเคมีเทมิฟอส (อัตราการตาย 40, 34,
62 ตามลำดับ) ส่วนจังหวัดแพร่ ในปี 2559 ลูกน้ำยุงลาย
เริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมีเทมิฟอส จังหวัดลำพูน
และจังหวัดลำพูน และพะเยา ในปี 2558 ลูกน้ำยุงลาย
เริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมีเทมิฟอส (อัตราการตาย 92,
88 ตามลำดับ) แต่ในปี 2559 ลูกน้ำยุงลายมีความ
ต้านทานต่อสารเคมีเทมิฟอส (อัตราการตาย 68, 72 ตาม
ลำดับ) (กราฟที่ 1)

กราฟที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ต่อสารเคมีเทมเฟออส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร ที่ 24 ชั่วโมง ปี 2558 และ 2559 ของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ต่อสารเคมีเทมเฟออส ปี 2558 และ 2559 ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน



อภิปรายและสรุปผล

ปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ได้กำหนดให้เป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดูแลรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุนและคำแนะนำด้านวิชาการและด้านการบริหารจัดการเพื่อให้ได้มาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติที่ต้องแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนโดยมอบให้เป็นการกิจของทุกกรมฯ กองฯ ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ไข้เลือดออกได้ถูกประกาศว่าเป็นโรคติดต่อที่จะต้องแจ้งความอันดับที่ 20 ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2552 เป็นต้นมา ทำให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกมีหน่วยงานรับผิดชอบหลากหลาย เมื่อมีการรายงานพบไข้เลือดออกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำการควบคุมโรคทันทีภายในเวลา 24 ชั่วโมง ตามมาตรา 3-3-1 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง 3 (ตัวแรก) หมายถึงการรายงานผู้สงสัย หรือผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมง หลังมีการวินิจฉัย 3 (ตัวที่ 2) หมายถึงการลงควบคุมโรคเร็วภายใน 3 ชั่วโมง และ 1 หมายถึงการควบคุมโรค ภาพรวมในชุมชนที่เกิดโรภายใน 1 วัน หลังจากรับแจ้งรายงานผู้ป่วย โดยการใช้สารเคมีกำจัดแมลงอย่างหลากหลายและต่อเนื่อง ทั้งด้านการเกษตร และด้านสาธารณสุข เป็นปัจจัยกระตุ้นให้แมลงหรือยุงมีกระบวนการ (mechanism) ในการพัฒนาการต้านทานต่อสารเคมีกำจัดแมลงมากขึ้น

การป้องกันควบคุมยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก มีหลายมาตรการ เช่นวิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และ การใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยเฉพาะสารเคมีที่มีฟอส (Temephos) ใส่ลงไปแหล่งเพาะพันธุ์ และในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เลือกการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการควบคุมยุงลายพาหะ เนื่องจากสะดวก และฆ่ายุงได้ในเวลาอันรวดเร็ว สารเคมีที่มีฟอส มีชื่อทางการค้าว่า อะเบทหรือ ทราโยอะเบท เป็นสารฆ่าตัวอ่อนแมลงชนิด ออร์กาโนฟอสเฟต มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 จนถึงปัจจุบัน และมีการใช้สารเคมีที่มีฟอสกันอย่างกว้างขวางทุกพื้นที่ในประเทศไทย ปริมาณการใช้ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ คือ เหมิฟอส 1% SG ใช้ในขนาด 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร สามารถออกฤทธิ์ควบคุมไม่ให้มีลูกน้ำได้ประมาณ 3 เดือน แต่ในสภาพจริง พบว่าประชาชนมีการใช้น้ำตักออกและเติมเข้า ทำให้ความเข้มข้นของสารเคมีฟอสลดลงเรื่อยๆจนไม่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ การที่ลูกน้ำยุงลายได้รับสารเคมีในระดับต่ำและรอดชีวิตนั้นสามารถทำให้เกิดพัฒนาการต้านทานต่อ สารเคมีฟอสได้ และส่งผลต่อการกำจัดและควบคุมลูกน้ำยุงลายในที่สุด จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการศึกษาระดับความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอสอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบสถานการณ์ในระดับพื้นที่ เป็นข้อมูลนำเข้าในการเลือกใช้สารเคมีที่มีฟอสอย่างประสิทธิภาพ

การศึกษาระดับความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ดำเนินการทดสอบโดยวิธีมาตรฐาน องค์การอนามัยโลก ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, พะเยา, ลำปาง, เชียงราย และแพร่, อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน, อำเภอท่าวังมา จังหวัดน่าน และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าในปี 2558 พื้นที่ที่ลูกน้ำยุงลายมีความต้านทานต่อสารเคมีฟอส คือ อำเภอท่าวังมา จังหวัดน่าน (อัตราตาย 60) และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (อัตราตาย 23) แต่ปี 2559 อำเภอท่าวังมา จังหวัดน่าน ยังคงมีความต้านทาน ต่อสารเคมีที่มีฟอส (อัตราตาย 70) ส่วนอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าลูกน้ำยุงลายบ้านมีความไวต่อสารเคมี (อัตราตาย 99) ส่วนในจังหวัดเชียงใหม่ แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ในปี 2558 ลูกน้ำยุงลายมีความไวต่อสารเคมีที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร (อัตราตาย 100) ในปี 2559 จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และลำปาง ลูกน้ำยุงลายมีความต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส (อัตราตาย 40, 34, 62 ตามลำดับ) ส่วนจังหวัดแพร่ ในปี 2559 ลูกน้ำยุงลายเริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส จังหวัดลำพูน และจังหวัดลำพูน และพะเยา ในปี 2558

ลูกน้ำยุงลายเริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมีเทมเฟอส (อัตราตาย 92, 88 ตามลำดับ) แต่ในปี 2559 ลูกน้ำยุงลายมีความต้านทานต่อสารเคมีเทมเฟอส (อัตราตาย 68, 72 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาระดับความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงของยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำ พะหนำโรคลำไส้ออกและ มาลาเรีย ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปีงบประมาณ 2554 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าลูกน้ำยุงลายบ้านเริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมีเทมเฟอสเกือบทุกพื้นที่ โดยการศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในระหว่างปี 2558-2559 พบว่าลูกน้ำยุงลายมีความไวต่อสารเคมีเทมเฟอสในหลายจังหวัด และบางจังหวัดเริ่มสร้างความต้านทานต่อสารเคมีเทมเฟอสแล้ว ดังนั้น ควรได้มีการศึกษาข้อมูลด้านความไวของลูกน้ำยุงลายบ้านต่อสารเคมีเทมเฟอสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะทำให้ทราบว่าพื้นที่นั้นๆ ได้มีลูกน้ำยุงลายที่ดื้อต่อสารเคมีเทมเฟอส และจะได้หาทางป้องกันในรูปแบบอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การเฝ้าระวังทางกีฏวิทยาโดยสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคมีความสำคัญ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์ และจะเป็นข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคและการแพร่กระจายโรคในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกันได้ด้วย นอกจากนี้ควรมีการทดสอบความต้านทานของลูกน้ำยุงลายบ้านต่อสารเคมีเทมเฟอสอย่างสม่ำเสมอและเผยแพร่ให้ ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้สารเคมีที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้ ขอขอบคุณทีมกีฏวิทยาทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในพื้นที่ดำเนินการทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

- อ้างอิงจากข้อมูล ณ.วันที่ 21 มีนาคม 2560. *ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.*
จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (รง. 506). สัปดาห์ที่ 51.18 – 24 ธันวาคม 2559.
รายงาน 506 จากสำนักกระบาดวิทยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 1. ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2559.
วิชัย สติมัย. การศึกษาการใช้สารเคมีและความต้านทานของยุงพาหะต่อสารเคมีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารโรคติดต่อ* นำโดยแมลง. 2553; 7 (2):18-30
พรพรรณ สุนทรธรรม. 2555. *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปัญหาโรคลำไส้ออกด้วยทรายเทมเฟอส.* สำนักงานอาหารและยา.
พรพรรณ เกษมแผ้ว, กสิน ศุภปฐม และสุนัยนา สหกันไตรภพ. ความไวของยุงลายตามภาคต่างๆ ของประเทศไทยต่อสารเคมีกำจัดแมลงที่ใช้ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก 2549-2553. *วารสารโรคติดต่อ* นำ โดยแมลง. 2553; 7(1): 8-16.
พรพรรณ เกษมแผ้ว, สุนัยนา สหกันไตรภพ, พงศกร มุขพันธ์ และคณะ. 2559. *ความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงของลูกน้ำและตัวเต็มวัยยุงลายบ้าน (Aedes aegypti L.) พะหนำโรคลำไส้ออก ชิคุนกุนยา และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา.*
World Health Organization. 1998. *Techniques to detect insecticides resistance mechanisms (Field and laboratory manual)* WHO/CDC/CPC/MAL/98;6.

ศึกษากระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลำพูน

Study of stroke fast track management procedure for patients admitting at Lamphun hospital

ตุลาพร อินทิเวศน์, พบ.,ว.อายุรศาสตร์* Tulaporn Intaniwet, MD., Dip,*Thai Board of Internal Medicine

* โรงพยาบาลลำพูน จ.ลำพูน Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Service Plan Stroke) ของโรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2559 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke fast track) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสมอง (rTPA) และรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จำนวน 55 ราย พบว่าผลลัพธ์ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยร้อยละ 72 (16/22 ราย) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีอาการดีขึ้น (มีความพิการแต่เพียงเล็กน้อย หรือหายเป็นปกติ, mRS 0-3 คะแนน) พบว่าขั้นตอนของการรอผลการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, INR) และค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ยังล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐาน (45 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 54.3 นาที (P-Value = 0.001) รวมทั้งขั้นตอนของการตรวจและรายงานผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ใช้เวลานานกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (30 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 34.9 นาที (P-Value = 0.026) ทางทีมสหวิชาชีพทำการแก้ไข โดยจัดหาเครื่อง PT, PTT, INR ประจำห้องฉุกเฉิน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชัน (Line) แจ้งผลเอ็กซเรย์สมองทันที หลังจากนั้น จึงได้มีการวัดผลสัมฤทธิ์ใหม่ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีอาการดีขึ้น (mRS 0-3 คะแนน) เพิ่มขึ้นจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 84 โดยที่มีอัตราเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 7 ตลอดทั้ง 2 ปี ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของระดับเขตสุขภาพ

คำสำคัญ: การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน หอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง ยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

This study aims to evaluate the management procedure of Stroke Service Plan in Lamphun hospital. Data were collected from 1 October 2014 to 30 September 2016. Results found that, a total of 55 acute ischemic stroke patients were treated with rtPA and admitted in ICU Stroke unit. In 2015, the first year data, 72% (16/22) of the patients receiving the rtPA had a better clinical condition (mRS 0-3 score). The waiting time for PT, PTT INR and CBC indicated 54.3 minutes which was significantly longer than a standardize time of 45 minutes ($p < 0.001$). The CT brain process took 34.9 minutes which is significant longer than standard of 30 minutes ($P\text{-Value} = 0.026$). In order to have immediately solve this problem a multidisciplinary team have provided the PT, PTT and INR machine to be installed at the ER as well as using LINE application to make as soon as possible notification the CT brain result. The assessment of the second year after improving the processes revealed that the success rate had increased to 84% and the mortality rate had reduced less than 7% which was satisfied the KPI of the Regional of Health Service Provider.

Keywords: Stroke Fast Track Management Method, Stroke Unit, rtPA

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ทำให้ประชากรไทยป่วย พิการ และเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประเทศผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จำนวนมากต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพฤกษ์ อาจสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) ทำให้เกิดความสูญเสียทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ โดยปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และพฤติกรรมที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเอง บทความองค์การอนามัยโลก (WSO 2015) รายงานว่า ในแต่ละปีมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ในผู้ที่มีอายุ 15-59 ปี และยังคงเป็นสาเหตุการตายในเด็กและทารกอีกด้วย ซึ่งในแต่ละปีมี

ผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึงปีละเกือบ 6 ล้านคน นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการถาวรโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ หรือประเทศใด ทั้งนี้พบว่า 1 คน ใน 6 คนของประชากรทั่วโลกมีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าภาพรวมของประเทศไทย (รวมกทม.) มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ปี พ.ศ.2545-2557) นั้น โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายสูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ.2552 มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.04 ในปี พ.ศ.2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ซึ่งเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า ในรอบ 5 ปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 25,114 คน คิดโดยเฉลี่ยคือ ในทุก ๆ 1 ชั่วโมงจะมีคนตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน สำหรับข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้จัดอันดับจำนวนตายของประชากรไทยปี พ.ศ. 2554 จำแนกตามเพศและรายโรค พบว่า โรค

หลอดเลือดสมอง มีจำนวนตายสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 14.3 และในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) เมื่อจำแนกข้อมูลอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ.2552 กับปี

พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 15-59 ปีและกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นประมาณ 1.4 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ เปรียบเทียบข้อมูลปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2555

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2555
<1	2.7	-
1-4	0.3	-
5-14	0.5	0.3
15-59	12.0	17.1
>60	112.7	158.1
รวมที่กลุ่มอายุ	21.0	31.7

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2556

โรงพยาบาลลำพูนได้ก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ในวันที่ 2 มิถุนายน 2557 โดยเริ่มให้ยาละลายลิ้มเลือดครั้งแรกในเดือนสิงหาคม 2557 และได้มีการพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ซึ่งก่อนหน้านี้ ทางโรงพยาบาลลำพูนนำส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ทุกรายไปยังโรงพยาบาลอื่นๆที่ใกล้ที่สุด เพื่อโอกาสการได้รับยาละลายลิ้มเลือด ซึ่งทำให้เกิดเป็นความล่าช้าทั้งการเดินทาง การใช้ทรัพยากรบุคคล และค่าใช้จ่ายอย่างสูงในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยเก็บข้อมูลจาก แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน ระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2559 แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 และวิเคราะห์ข้อมูลแยกรายปี เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ข้อมูลปี 2559 เพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-100 ปี และต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 1 ข้อขึ้นไป คือ อ่อนแรง หรือชา ครึ่งซีกข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด พูดไม่ชัด พูดไม่ออก นึกคำพูดไม่ออก หรือฟังไม่เข้าใจคำพูดเดินเซ ทันทีทันใด หรือ ตามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างนี้จะต้องเป็นกลุ่มที่เข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน และได้รับยาละลายลิ้มเลือดใน

โรงพยาบาลลำพูน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา และแบบเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลของสัญญาณชีพ (Vital sign) ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย การหดตัวของรูม่านตา (Pupil) ระดับออกซิเจนในร่างกาย น้ำหนักตัว วัน เวลาที่ผู้ป่วยเป็นปกติครั้งสุดท้าย วันที่เวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการ หรือญาติไปพบตอนมีอาการ วันที่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ชักประวัติ และคัดกรอง คะแนน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) และเกณฑ์มาตรฐานเวลาในแต่ละขั้นตอนการรักษาตาม American Heart Association (AHA) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์ ระยะเวลาที่ญาติตัดสินใจให้ยาลดลิ่มเลือด ระยะเวลาในการตรวจวินิจฉัย ระยะเวลาในการเอกซเรย์สมอง ระยะเวลาในการรอผลตรวจเอกซเรย์สมอง ระยะเวลาในการเจาะเลือด และการให้สารน้ำ ระยะเวลาในการรอผลการตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ระยะเวลาในการได้รับยาลดลิ่มเลือด สถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับยา ระยะเวลาที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เข้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสาเหตุของการที่ไม่ได้รับยาลดลิ่มเลือด (ถ้ามี) จากนั้นจะมีการบันทึกตามแบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะประกอบไปด้วยรายละเอียดของ ผลลัพธ์การรักษา ประเมินตาม MODIFIED RANKIN SCALE (MRS) (Rankin, 2500) ภาวะแทรกซ้อน สถานะ การจำหน่าย และอัตราการเสียชีวิต

ก่อนการดำเนินการศึกษาคณะผู้วิจัยได้จัดทำโครงร่างการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยฯ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้ระยะเวลาการได้รับยาลดลิ่มเลือดล่าช้ากว่า 60 นาที ใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) เช่นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบแบบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดสอบ 1 กลุ่ม (One-sample T-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of significance) ไว้ที่ 0.05

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง อ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือชั่วโมง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) พบประมาณร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เซลล์สมองและเซลล์เนื้อเยื่ออื่น ๆ ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่น ไขมันและเกล็ดเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดหรือมีการสร้างชั้นของผนังเซลล์หลอดเลือดที่ผิดปกติ ผนังหลอดเลือดหนาและเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ อาจเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่น ๆ เช่นลิ่มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการชา อ่อนแรงของแขน ขา ชักใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด อาจเคยมีอาการมาก่อน แล้วดีขึ้นเองเป็นปกติ ซึ่งเป็นลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว มักมีอาการหลังตื่นนอน หรือขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นและซึมลงภายใน 3-5 วัน หลังมีอาการ เนื่องจากสมองบวม

ระบบดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน
คือมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ ในระยะเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ เพื่อโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) คือสถานที่เฉพาะภายในโรงพยาบาลที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก เพื่อที่จะสามารถติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาทได้อย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย ส่วนประกอบ 3 ส่วน คือสถานที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่น้อยกว่า 4 เตียง บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ เชี่ยวชาญทางโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักการพยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และมีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

ยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2557) เป็นยาชนิดละลายลิ่มเลือด โดยยา rTPA จะมีไกลโคโปรตีนซึ่งเป็นตัวกระตุ้นโดยตรง เป็นผลให้เกิดการละลายของลิ่มเลือด ยานี้จะเป็นที่นิยมใช้ในภาวะฉุกเฉินมากที่สุด การคำนวณขนาดยาจะใช้ความสัมพันธ์ที่ว่า ขนาดยาละลายลิ่มเลือดจะมีค่าเท่ากับ 0.9 mg/Kg โดยมีขนาดมากที่สุดไม่เกิน 90 mg การให้ยาชนิดนี้จะแบ่งให้เป็น 2 ส่วน คือ แบ่งยาร้อยละ 10 ของขนาดยาทั้งหมดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และที่เหลือร้อยละ 90 ของขนาดยาทั้งหมดให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 60 นาที โดยใช้ระบบการให้ยาที่ควบคุมอัตราการไหลได้ ในกรณีที่ขนาดของยาที่คำนวณได้มีขนาดยาที่ต้องให้ค้างอยู่ในสายให้ยา ทีมแพทย์ผู้รักษาจะต้องให้น้ำเกลือผ่านทางสายให้ยา เพื่อให้ยาที่ค้างอยู่ในสายให้ยาในตอนแรกเข้าสู่ตัวผู้ป่วย

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2556) หมายถึง ทีม

รักษาที่ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการโดยตรง หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาบริการตรวจรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลของท่าน ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีได้ส่งมาจากสถานพยาบาลอื่น

จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่รักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย อยู่รักษาในสถานพยาบาล โดยคำนวณได้จากอัตราส่วนระหว่างจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายทั้งหมด ในระยะเวลาที่กำหนดและจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายทั้งหมดในระยะเวลาเดียวกัน

จำนวนผู้ป่วยตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในที่ตาย ด้วยสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง และ/หรือสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด มีหน่วยนับเป็นราย

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันตามข้อบ่งชี้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและหรือยาป้องกัน การแข็งตัวของเลือดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด และ/หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเพื่อการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา

ตั้งแต่โรงพยาบาลลำพูนได้ ก่อตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2557 เป็นต้นมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 300 ราย เป็น 512 ราย และ 511 ราย ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยโรงพยาบาลลำพูนรับดูแลผู้ป่วย

กลุ่มนี้เองทั้งหมด จึงไม่มีการส่งต่อ (อัตราการส่งต่อ ร้อยละ 0) พบว่าในปี 2558 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 512 ราย แต่มีผู้ป่วยเพียง 102 ราย ที่ได้รับการรักษาทันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดคิดเป็นร้อยละ 21.5 (22/102 ราย) ทั้งนี้ เป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลลำพูนที่ตั้งไว้ คือ ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 60 นาที (Door to needle time) ต้องมากกว่าร้อยละ 50 โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยจำนวนเพียง 4 รายเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 18.1 (4/22 ราย) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันภายในเวลา 60 นาที หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ตารางที่ 2)

จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวทีมผู้เกี่ยวข้องจึงได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการบริหารงานภายในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มจากการจัดตั้งคณะกรรมการ ประชาน แผนงาน รองประธาน เลขานุการ การส่งอบรมพยาบาล โรคหลอดเลือดสมองหลักสูตร 4 เดือน นัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการวางระบบ เสนอ แนวทางการแก้ไขปัญหา พัฒนางาน จากสหวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์โรคประสาทวิทยา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีแพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด วจิบำบัด กิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เภสัชกร โภชนากร จิตวิทยา และเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ และได้มีการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องเช่น แผนงานสำหรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันในทั้งโรงพยาบาล เอกสาร สำหรับการดูแลผู้ป่วยฯ เอกสาร

การประเมินคะแนน NIHSS ภาควิชาภาษาไทยที่ง่ายแก่ผู้ใช้งาน เอกสารใบลงนามยินยอมรับยาละลายลิ่มเลือด เอกสารลงนามยินยอมการเข้าพักในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเอกสารข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตลอดจนดำเนินการจัดหาอุปกรณ์พัสดุบรรจุภัณฑ์ในการนำส่งยา เวชภัณฑ์ต่างๆ ได้แก่ เครื่องซังน้ำหนักแบบเปลนอน เครื่องให้ยาทางหลอดเลือดดำ ยาละลายลิ่มเลือดและกล่องบรรจุอุปกรณ์พร้อมใช้เฉพาะสำหรับกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน มีการวางแผนงาน ขั้นตอน และระบบการการปรึกษา ที่เป็นรูปแบบชัดเจน เมื่อมีกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน การรายงานผล เอ็กซเรย์สมองที่รวดเร็ว ตลอดจนการจัดสรรบุคลากรดูแลแบบ 1 ต่อ 1 ติดตามผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเข้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้น ยังได้มีการจัดอบรมวิชาการในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด การประเมินคะแนน NIHSS และการดูแลในระบบเร่งด่วนโดย อายุรแพทย์ระบบประสาทที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การจัดการอบรมเครือข่ายทั้งจังหวัด ให้ความรู้และการมาให้ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง เป็นตัวเลขเดียวกันทั้งจังหวัดลำพูน ให้แก่ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล รพสต. นายอำเภอ อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เพื่อถ่ายทอดเรื่องการค้าเนินโรค แนวทางการรักษา และการมีโอกาสดับรับยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับการลงพื้นที่ของทีมเวชกรรมสังคม

ตารางที่ 2 สรุปผลลัพธ์ข้อมูลทั่วไปของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน

ผลลัพธ์ (คน)	ปี 2558		ปี 2559	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาทันที	512	100	511	100
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอคอยหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	102	19.9	219	42.8
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอคอยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เป็นหลอดเลือดตีบหรือตัน	71	69.6	79	36
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	22	21.5	33	15
เพศ ชาย	8	36.3	14	42.4
หญิง	14	63.6	19	57.5
อายุเฉลี่ยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	60.3		63.6	
จำนวนผู้ป่วยที่ดีขึ้น (mRS 0-3คะแนน)	16	72.7	28	84.8
จำนวนผู้ป่วยที่เลือดออกหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด	4	18.1	6	18.1
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด	0	0	1	3

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ข้อมูลทั่วไปของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 19.9 (102/512) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.9 (219/511) ในปี 2559 โดย

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมดจำนวน 22 และ 33 ราย ในปี 2558 และ 2559 คิดเป็นร้อยละ 21.5 (22/102) และ 15.1 (33/219) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแบ่งตามอำเภอ ในจังหวัดลำพูน

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)				จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (คน)			
	ปี 2558		ปี 2559		ปี 2558		ปี 2559	
	(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ
เขตเมือง	81	35	113	45	9	40.9	15	45
ป่าซาง	34	14	34	13	4	18	4	12
บ้านโฮ้ง	25	10	21	8.4	1	4.5	2	6
เวียงหนองล่อง	4	1.7	5	2	1	4.5	1	3
แม่ทา	25	10	20	8	2	9	4	12
บ้านธิ	6	2.6	3	1.2	0	0	0	0
ลี้	37	16	24	9.6	3	13	2	6
ทุ่งหัวช้าง	10	4.3	7	2.8	0	0	0	0
เขตจังหวัดอื่น	8	3.4	23	9.2	2	9	5	15
รวม	230	100	250	100	22	100	33	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด รายอำเภอ ของจังหวัดลำพูน พบว่าตลอดระยะเวลา 1 ปี (2558) มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งสิ้น 22 ราย ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคืออำเภอลี้ คิดเป็นร้อยละ 16 และอำเภอป่าซางคิดเป็นร้อยละ 14 ตามลำดับ ส่วนในปี 2559 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาสูงสุดสามอำเภอแรก ใกล้เคียงกับปี 2558 คือมาจากอำเภอเมือง ป่าซาง และอำเภอลี้ ร้อยละ 45, 13 และ 9.6 ตามลำดับ

วัดผลสัมฤทธิ์จากข้อมูลปี 2558 (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

(mRS 0-3 คะแนน) ร้อยละ 72.7 (16/22 ราย) และเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Hemorrhagic transform) ร้อยละ 18.1 (4/22 ราย) ทีมผู้ดูแลจึงได้มีการประชุมหารือกันถึงผลลัพธ์ที่ได้ยาแล้วอาการดีขึ้นมีเพียงร้อยละ 72.7 นั้นเกิดจากความล่าช้าในขั้นตอนใดบ้าง โดยวิเคราะห์ ขั้นตอนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของสถาบันโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา (The American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems, 2548) เป็นตัวเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของทีมโรงพยาบาลลำพูน ดังแสดงได้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในปี 2558 (รวมผู้ป่วยจำนวน 22 ราย)

ตัวชี้วัด (นาทื)	เกณฑ์มาตรฐาน (นาทื)	ระยะเวลาเฉลี่ย(Mean) ที่ทำได้จริง	p-value (< 0.05)
ระยะเวลารอพบแพทย์	<10	1.8	< 0.001
ระยะเวลารอพบทีมดูแล	<15	3.6	< 0.001
ระยะเวลารอผลค่าการแข็งตัวของเลือด และค่าความสมบูรณ์เม็ดเลือด	<45	54.9	< 0.115
ระยะเวลารอการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	<25	35.5	< 0.026
ระยะเวลารอผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	<30	55.0	< 0.001
ระยะเวลารอในการเริ่มให้ยา	<60	82.2	< 0.001
ระยะเริ่มตั้งแต่มีอาการจนได้รับยา	<210	198.6	< 0.341
ระยะเวลาในการรอเข้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<180	81.3	< 0.001

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในปี 2558 จำนวน 22 ราย พบว่าระยะเวลารอผลค่าการแข็งตัวของเลือด และค่าความสมบูรณ์เม็ดเลือด 54.9 นาทื ระยะเวลารอการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 35.5 นาทื และระยะเวลารอผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 55 นาทื (รวมระยะเวลารอตรวจและระยะเวลารอการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองใช้เวลา 90.5 นาทื)

ทางทีมฯพบว่าความล่าช้าของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเกิดจากขั้นตอนของการรอผลค่าการแข็งตัวของเลือด และค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (54.9 นาทื) เกิดจากกระบวนการนำส่ง การรอผลฯ จากห้องตรวจปฏิบัติการทางการแพทย์กลางของโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวอย่างเลือดจำนวนมาก จึงทำการแก้ไขปัญหาโดยของบประมาณจัดซื้อเครื่องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดติดตั้งและใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันประจำอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นที่แรกที่ผู้ป่วยมาถึงและให้เจ้าหน้าที่ห้องตรวจปฏิบัติการทางการแพทย์เข้าร่วมเป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการขอ

ประกันเวลาผลเลือดสำหรับกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันให้แล้วเสร็จ ภายในเวลาไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่ 45 นาทื

ในส่วนของการรายงานผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง นั้นเกิดความล่าช้า ในการรายงานผลเป็นเอกสารออกมา ทางทีมจึงได้อาศัยเทคโนโลยีเข้าช่วย คือการส่งรูปผลการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งทางคณะผู้ทำงานได้รวมเอาเจ้าหน้าที่ศูนย์เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกไลน์ แพทย์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำพูนเป็นสมาชิกทั้งหมด เพื่อเป็นช่องทางรายงานผลอย่างรวดเร็ว ทันทีที่ผู้ป่วยยังอยู่ในห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ทีมภายนอกก็จะได้ทราบผลและเตรียมการให้ยาโดยทันที เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งการใช้ไลน์ในการติดต่อประสานข้อมูลทั้งไปและตอบกลับให้กับโรงพยาบาลชุมชนอีกด้วย และสำหรับกรณีที่อายุรแพทย์ไม่มั่นใจหลังเห็นผลการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ทางทีมได้ขอให้ทางรังสีแพทย์ประกันเวลาในการรายงานผลแล้วภายใน 30 นาทื

หลังจากการปรับปรุงกระบวนการและแก้ไขปัญหาก็พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าในปี 2559 (ตารางที่ 2) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นมีจำนวน 33 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 219 ราย (ร้อยละ 15.1) กลุ่มที่มีอาการดีขึ้นหลังได้ยา (mRS 0-3คะแนน) ร้อยละ 84.8 (28/33) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 (ร้อยละ 72.7) ระยะเวลาการผลค่าการแข็งตัวของเลือดลดลงจาก

54.9 นาที(ปี 2558) เป็น 48.9 นาที (ปี 2559) (ตารางที่ 4 และ 5) แต่ยังเกินค่ามาตรฐานที่ 45 นาที ระยะเวลาการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและระยะเวลาการผลตรวจเอ็กซเรย์ฯ รวม 97.5 นาทีในปี 2559 และ 90.5 นาทีในปี 2558 อย่างไรก็ตามเวลาในการเริ่มให้ยา (Door to needle time) ลดลงจาก 82.2 นาทีใน ปี 2558 เป็น 77 นาทีในปี 2559 แต่ก็ยังเกินค่ามาตรฐานที่ 60 นาทีอยู่ อันจะนำไปสู่แผนการพัฒนาในปีต่อไป

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในปี 2559 (รวมผู้ป่วยจำนวน 33 ราย)

ตัวชี้วัด (นาที)	เกณฑ์มาตรฐาน (นาที)	ระยะเวลาเฉลี่ย (Mean) ที่ทำได้จริง	p-value (< 0.05)
ระยะเวลารอพบแพทย์	<10	3.0	< 0.001
ระยะเวลารอพบทีมดูแล	<15	3.2	< 0.001
ระยะเวลารอผลค่าการแข็งตัวของเลือด และค่าความสมบูรณ์เม็ดเลือด	<45	48.9	< 0.452
ระยะเวลารอการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	<25	48.0	< 0.001
ระยะเวลารอผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	<30	49.5	< 0.001
ระยะเวลารอในการเริ่มให้ยา	<60	77.0	< 0.004
ระยะเริ่มตั้งแต่มีอาการจนได้รับยา	<210	178.5	< 0.014
ระยะเวลาในการรอเข้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<180	89.7	< 0.001

จากตารางที่ 4 และ 5 พบว่าแม้ว่าระยะเวลาในบางขั้นตอนยังใช้เวลาไม่ได้ตามเวลามาตรฐาน แต่พบว่าการดูแลผู้ป่วยเรื่องภาวะแทรกซ้อน ด้านอื่น (ตารางที่ 6) เป็นไปตามเกณฑ์ คือ ไม่เกินร้อยละ 7 มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ในเกือบทุกด้านในปี 2559 เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม แผลกดทับ และโรคหลอดเลือด

เลือดดำอุดตัน เป็นต้น

นอกจากนั้นยังพบภาวะการติดเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุ หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยจะมีไข้ตามมา โดยในปี 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 14 ราย และลดลงเหลือ 9 ราย ในปี 2559 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 สรุปผลการดำเนินงานข้อมูลภาพรวม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน

ตัวชี้วัด (ร้อยละ)	เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2559
ระยะเวลาการเริ่มให้ยา	น้อยกว่า 60 นาที	18.0	26.5
อาการผู้ป่วยหลังให้ยา ละลายลิ่มเลือด			
อาการปกติหรือดีขึ้น	>ร้อยละ 30	65	84.5
มีภาวะเลือดออกหลังได้รับยา	<ร้อยละ 7	18	15.5
หลงเหลือความพิการ	<ร้อยละ 70	32.5	14.5
เสียชีวิต	<ร้อยละ 3	0	3
ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน			
โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	<ร้อยละ 7	5.9	5.3
โรคปอดบวม	<ร้อยละ 7	5.2	3.3
แผลกดทับ	<ร้อยละ 7	2.2	1.4
โรคหลอดเลือดดำอุดตัน	<ร้อยละ 7	0.2	0
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<ร้อยละ 3	14	9
ไม่สมัครอยู่	<ร้อยละ 3	17.5	5.5
ส่งกลับไปรักษาต่อ	-	0	2.5

อภิปรายผล

จากการเริ่มต้น ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ภายในระยะเวลาเพียง 2 ปี ระหว่างปี 2558-2559 จนถึงปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความชำนาญให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ สร้างความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายตั้งแต่ ระดับโรงพยาบาลชุมชน อำเภอ รพสต. ชุมชน หมู่บ้านและครัวเรือน จำนวนผู้ป่วยในระบบโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันเวลาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.9 (102/512 รายในปี 2558) เป็นร้อยละ 42.5 (219/511 รายในปี 2559) ไกล่เคียงกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานเช่นโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, 2554) และผลสัมฤทธิ์เมื่อผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นหลังจากที่ทางทีมฯ ได้พัฒนาแก้ไขปรับปรุงในขั้นตอนที่ล่าช้าให้ได้ทันตามเกณฑ์มาตรฐานเวลา ผลคืออาการ

ผู้ป่วยดีขึ้น (mRS 0-3 คะแนน) ในปี 2558 ร้อยละ 72.7 (16/22) เป็น ร้อยละ 84.8 (28/33) ในปี 2559 ทั้งนี้คาดว่า เป็นผลจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้มาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยโดยระบบการจัดการของผู้ดูแลและทีมที่มีความสอดคล้อง ตลอดจนความไม่ซับซ้อนของขั้นตอนการปฏิบัติงาน ทำให้เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการได้รับยา ละลายลิ่มเลือด ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่เกินร้อยละ 7 เป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดของเขตสุขภาพฯ ซึ่งโรงพยาบาลลำพูนมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 6.2 และ 6.0 ในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2557 (จิตลัดดา ประสานวงศ์, 2555) คือร้อยละ 18.34 และอาจเนื่องมา

จากในปี พ.ศ. 2557 ยังไม่มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้มแข็ง การเปิดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นการลดรายจ่ายของโรงพยาบาลลงได้ปีละ 300,000-500,000 บาท และเป็นการลดลง เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีการตามจ่ายให้โรงพยาบาลที่รับรักษาต่อ 280,233 บาท โดยในปี 2558-2559 ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องตามจ่ายเมื่อย้ายผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงที่อื่น ทั้งยังช่วยลดภาวะทุพพลภาพและความพิการที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วย ลดภาระต่อสังคม ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และยังเป็น การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กล่าวคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม และภาวะการติดเชื้อ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2550) รวมถึงภาวะโรคหลอดเลือดดำอุดตัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2558 และ 2559 ดำเนินการได้ตามเกณฑ์คือไม่เกินร้อยละ 7 ของผู้ป่วย พบว่ามีคุณภาพมากกว่าผลการวิจัยที่เคยมีการศึกษามาก่อน (ปัทมา มิตรธรรม และคณะ, 2551)

แต่ยังมีสิ่งที่ต้องนำมาปรับปรุง พัฒนาแก้ไขต่อไป คือระยะเวลาในการเริ่มให้ยาซึ่งของโรงพยาบาล

ลำพูนยังล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐานและยังคงล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่ใช้เวลาน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ในแต่ละขั้นตอนที่ใช้เวลาอยู่ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานแล้ว จะต้องรักษาเวลาให้เร็วยิ่งขึ้นไปอีก เพราะเป้าหมายของระยะเวลาในการเริ่มให้ยา ภายใน 60 นาที เพื่อให้ได้ผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด
2. พัฒนาต่อยอดลงไปในระดับ อำเภอ และตำบล โดยเฉพาะเขตที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก และอยู่ห่างไกล เช่น อำเภอเถิน เป็นต้น
3. การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ ควรมีการวิเคราะห์ เช่นนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจของทีมผู้ดูแล และเพื่อเป็นเป้าหมายการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ตลอดจนเครือข่ายทั้งจังหวัดลำพูน

เอกสารอ้างอิง

- จิตลัดดา ประสานวงศ์ ปฐมวดี สิงห์ตง และรสสุคนธ์ สามแสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 51-65.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
- ปัทมา มิตรธรรมศิริ, พยุง เมฆพยพ, อภินันท์ ชูวงศ์, ภัทรา อารักษ์พุทธรินทร์, บุญมา โอธธุณ, วิมลศรี สมน และคณะ. (2553). *การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2551 - 2552*, สืบค้นจาก <http://www.photharamhosp.go.th/ptrhos/attachments/article/30/pdfd11.pdf>
- โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. (2554). *รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อรับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ*. [online] 2554 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2560] ; แหล่งข้อมูล URL <https://www.cmneuro.go.th/TH/load/งานวิจัย/r57-1.pdf>
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน*; 2556.

- สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, สำนักงานคณะกรรมการ การอุดมศึกษา, กรมการแพทย์ทหารบก, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2550.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. *ปีสุขภาวะที่สูญเสีย Disability-Adjusted Life Year; DALY รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. *ภาวะโรคระดับเขตสุขภาพและภูมิภาคของประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ [online] 2554 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2560] ; แหล่งข้อมูล URL http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/servGis/Report_stat/1_31.htm.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข ปี 2556*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข ปี 2552*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [online] 2557 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2560] ; แหล่งข้อมูล URL <http://203.157.10.8/resource/equipment.php>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2550). *จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด/โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด*. [online] 2550-2556 [สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2560] ; แหล่งข้อมูล URL <http://www.thaincd.com/information/-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). *จำนวนอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2557 (จำแนกตามเขตสุขภาพและจำแนกตาม สคร 12 เขต)*. [online] 2557 [สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2560] ; แหล่งข้อมูล URL <http://www.thaincd.com/information/-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. *คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
- Rankin J. (1957). Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. *Scottish Medical Journal*. 2, 200-1.
- The American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Recommendations for the establishment of stroke systems of care*. Stroke 2005; 36: 690-703.
- World Stroke Organization: WSO applauds new scientific findings in stent thrombectomy for treating acute ischemic stroke with large vessel occlusion [cited June 2017] available from : URL http://www.worldstrokecampaign.org/media/com_form2content/documents/c7/a192/f37/EXTEND%20IA_WSO_Information%20Note__16Feb2015.final.pdf

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค
ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน

Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease
Control Behaviors among Chronic Kidney Disease with
stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital

วัชรพร สนิทผล	พย.บ*	Watcharaporn sanitpol	B.N.S*
นันธิดา จาระธรรม	พย.บ*	Nanthida Jaratham	B.N.S*
จันทร์เพ็ญ ประโยงค์	พย.ม**	Chanpen Prayong	M.N.S**

*โรงพยาบาลลำพูน *Lamphun Hospital

**โรงพยาบาลบ้านธิ **BanThi Hospital

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคที่สามารถชะลอความเสื่อมของโรคได้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 อายุ 35–70 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมารักษาที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน เดือน ก.พ. – พ.ค. 2560 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมควบคุมโรค เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมโรค โรคไตเรื้อรัง

Abstract

Chronic Kidney Disease is a significant public health problem that can regress the degenerative process by disease control behaviors. The objective of this quasi-experimental research was to study the Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease Control Behaviors among Chronic Kidney Disease with stage 3-4, age 35-70 year old and no complication at kidney Department, Lamphun Hospital. The subjects in this study were 60 CKD patients with stage 3-4, randomly assigned into the experimental and the comparison group equally, by a simple random sampling technique. The assessment tools consisted of the Demographic Data Recording Form and the Disease Control Behaviors Questionnaire. The instruments used in this study consisted of the Self-efficacy Enhancement Program and Self-efficacy Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results of this study revealed that after the intervention, disease control behaviors of the experimental group were statistically significantly higher than before ($p < .001$) and the disease control behaviors of the experimental group were statistically significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The finding of this study demonstrated that persons with Chronic Kidney Disease stage 3-4, receiving the Self-efficacy Enhancement Program increased their disease control behaviors. Consequently, this Self-efficacy Enhancement Program can be used to promote disease control behaviors in this population group.

Keywords: Self-efficacy Enhancement Program, Disease Control Behaviors, CKD Patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระทบต่อเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลก ทั้งนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 2.5 ล้านราย และงบประมาณที่จะต้องใช้ในการดูแลรักษาปี พ.ศ. 2553 สูงถึง 28 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งทำให้มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2550) สำหรับประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาท ต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณ

การล้างไตเป็นการเฉพาะ แยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ 2558 สูงถึง 5,247 ล้านบาท และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 6,318 ล้านบาท ในปี 2559 ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในสิทธิอื่น ๆ ได้แก่ สิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี (กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนัก-โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากรายงานของสำนักนโยบายและแผน พบว่า ภาคตะวันออกเฉิยเหนือและภาคเหนือมีผู้ป่วยโรคไตมากที่สุด ผลการวิจัยพบว่าอายุที่มากขึ้นทุก 10 ปี มีโอกาสป่วยสูง 2.99 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิตินี้จะเห็นได้ว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตจำนวนมาก

จังหวัดลำพูนพบมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 จำนวน 23, 18 และ 28 คน คิดเป็นอัตราการตาย 5.06, 3.95 และ 4.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และข้อมูลจากของโรงพยาบาลลำพูนปี 2556 - 2558 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 1,170, 1,323 และ 1,454 คน แยกระยะของโรคได้ ดังนี้ ระยะที่ 1 จำนวน 1,353, 4,748, 13,827 คน ระยะที่ 2 จำนวน 5,595, 14,597, 24,104 คน ระยะที่ 3 จำนวน 5,041, 12,481, 17,458 คน ระยะที่ 4 จำนวน 1,368, 2,073, 2,662 คน และระยะที่ 5 จำนวน 578, 1,031, 1,605 คน ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศโรงพยาบาลลำพูน, 2558) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงจากการสำรวจพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่มารับบริการที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระดับปานกลาง มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีการรับประทานอาหารตามความชอบ ความเคยชิน รับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง โดยลดการรับประทานอาหารเฉพาะอาหารที่มีความเค็ม แต่ไม่ทราบว่าอาหารอื่นๆ ที่มีโซเดียมสูงจะมีผลต่อการเกิดไตเสื่อม เช่น ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีการรับประทานยาบางอย่างที่มีผลทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น (วัชรพร สนิทผล, 2558) พฤติกรรม การดูแลตนเองดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไตมีความเสื่อมเร็วขึ้นและไม่สามารถชะลอระยะการเสื่อมของไตได้

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีลักษณะหนึ่งในสองข้อนี้ คือ ไตถูกทำลายจนไม่สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ หรือผู้ป่วยมีค่า eGFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ โดยระยะที่ 1 และ 2 ถ้าไม่มีหลัก

ฐานว่าไตผิดปกติจะไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง (สมาคมโรคไตเรื้อรังแห่งประเทศไทย, 2558) โรคไตเรื้อรังเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติที่เนื้อเยื่อของไตโดยตรง โรคของไกลเมอรูลัส ภาวะติดเชื้อ และจากโรคอื่นที่มีผลต่อไต เช่น โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (มาลินี ศรีคำม้วน, 2548) การรักษาโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น งดอาหารเค็ม งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย 2) โภชนบำบัดโดยการจำกัดอาหารโปรตีน จำกัดโซเดียมและควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสเฟต 3) การรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ลดระดับไขมันในเลือด รักษาภาวะซีด 4) หลีกเลี่ยงสารหรือยาที่เป็นพิษต่อไต 5) บำบัดทดแทนไตโดยวิธีใดวิธีหนึ่งได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างของเสียทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต (ชูชนา สวนกระต่าย และธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2549) ซึ่งกว่าที่ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังนั้น ไตก็ได้เสียหน้าที่ไปมากแล้วและไม่สามารถรักษาให้หายกลับมาเป็นปกติได้ แต่กลับเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นและมีโรคแทรกซ้อนตามระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จึงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติต้องช่วยกันค้นหา ป้องกัน และรักษาโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และหาทางรักษา ป้องกันและควบคุมการดำเนินของโรคสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังแล้วจะต้องได้รับการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสู่ระยะสุดท้ายของโรคให้ช้าที่สุด (อนุตตร จิตตินันท์, พงศธร คนี และอนันต์ เชื้อสุวรรณ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการได้รับข้อมูล 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มีความ

สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่สรุปว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยการทำงานที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการออกกำลังกายดีขึ้นกว่าเดิม (นันทกา คำแก้ว, 2547; สุลี แซ่ซือ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะดูแลตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไตวายเรื้อรัง (อุบล จิบสมานบุญ, 2544) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกดัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและยังสามารถลดปัจจัยของภาวะแทรกซ้อนและชะลอการเสื่อมของไตได้ 20-50 % (ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, 2550) การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถแห่งตนในการป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น และยังคงสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดทดแทนไต ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรังก่อนรับการบำบัดทดแทนไต จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขในการปรับใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

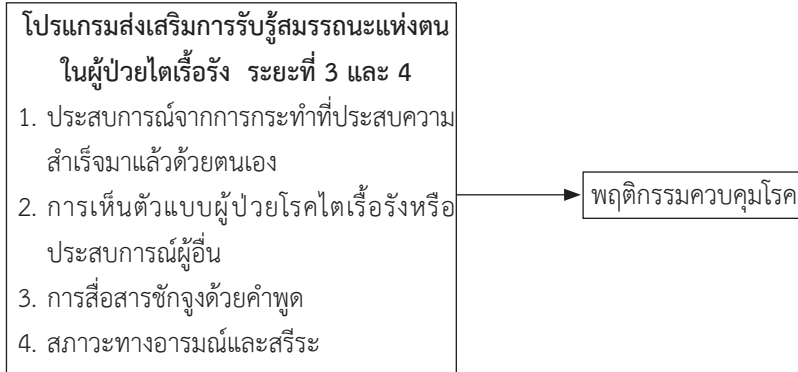
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ของโรงพยาบาลลำพูนเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2558 ทั้งเพศชายและหญิงที่มาใช้บริการที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน ระหว่าง กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ปี พ.ศ. 2558
2. อายุระหว่าง 35 – 70 ปี
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม เช่น อัมพาต โรคข้อและกระดูก
4. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ได้รับการประเมินจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้

6. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง
2. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ หรือเติมคำในช่องว่างจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบวัดประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้บ่อยมาก ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อยและไม่มั่นใจ จำนวน 10 ข้อ

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมโรคเท่ากับ 0.89 และ 0.83 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตวาย

เรื่องที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านธิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อควบคุมไตเรื้อรัง นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยตรวจสอบความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ซึ่งการดำเนินงานมีรายละเอียดดังตารางที่ 1 รวม 9 สัปดาห์ ทั้งหมด 5 กิจกรรมหลัก

สัปดาห์ที่ 1 มี 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทาง

ด้านสุขภาพ โดยบรรยายผ่านสื่อเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สื่อวีดิทัศน์ ตัวแบบและให้ซักถาม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยเรื่องอาหารและยา

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยให้การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแจ้งการสิ้นสุดงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Unpaired t-test

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ดำเนินการรวม 9 สัปดาห์

สัปดาห์ที่	กิจกรรมหลัก	รายละเอียดแต่ละกิจกรรม
1	กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง	1. แนะนำตัวทำความรู้จักแจ้งวัตถุประสงค์ กำหนดแนวทาง วัน เวลา และสถานที่ 2. วัดพฤติกรรมก่อนการทดลอง 3. วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง
1	กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางด้านสุขภาพ โดยบรรยายผ่านสื่อเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สื่อวีดิทัศน์ ตัวแบบและให้ซักถาม	1. ความรู้เรื่องไตและโรคไตเรื้อรัง 2. การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการมีส่วนร่วมในการรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อม - ตัวแบบผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดี - สรุพอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและตัวแบบ

ตารางที่ 1 รายละเอียดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไทรอยด์ระยะที่ 3 และ 4 ดำเนินการรวม 9 สัปดาห์ (ต่อ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรมหลัก	รายละเอียดแต่ละกิจกรรม
3	กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยเรื่องอาหารและยา	1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ติดตามสังเกตปัญหาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัด 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลจากตัวแบบผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดี 3. ลงมือปฏิบัติคัดเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคและการใช้ยาที่ถูกต้อง 4. สรุพอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและตัวแบบ 5. พุดชกูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง
6	กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์	1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ติดตามสังเกตปัญหาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัด 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลจากตัวแบบผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดี 3. ลงมือปฏิบัติออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์ การคลายเครียด การทำสมาธิ 4. สรุพอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและตัวแบบ 5. พุดชกูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง
9	กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยให้ การ ส่ง เสริมสมรรถนะแห่งตน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแจ้งการสิ้นสุดงานวิจัย	1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ติดตามสังเกตปัญหาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัด ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลจากตัวแบบผู้ป่วยไทรอยด์ที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดี 3. สรุพอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มและตัวแบบ 4. พุดชกูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง 5. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม 6. กล่าวอำลาและขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	15	50	16	53.3	31	51.7
หญิง	15	50	14	46.7	29	48.3
อายุ						
31 - 50 ปี	1	3.3	3	10	4	6.7
51 - 70 ปี	29	96.7	27	90	56	93.3
นับถือศาสนา						
พุทธ	30	100	30	100	60	100
สถานภาพสมรส						
โสด	1	3.3	4	13.3	5	8.3
คู่	28	93.3	26	86.7	54	90
ม่าย/หย่า	1	3.3	0	0	1	1.7
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	3	10	1	3.3	4	6.7
ประถมศึกษา	22	73.3	26	86.7	48	80
มัธยมศึกษา	4	13.3	2	6.7	6	10
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3	2	3.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกร	8	26.7	7	23.3	15	25
รับจ้าง	18	60	20	66.7	38	63.3
ค้าขาย	0	0	2	6.7	2	3.3
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	3.3	1	3.3	2	3.3
อื่นๆ	3	10	0	0	3	5
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
2 – 5 คน	20	66.7	20	66.7	40	66.7
6 – 9 คน	10	33.3	10	33.3	20	33.3
รายได้ต่อเดือน(บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 3,000	12	40	13	43.3	25	41.7
3,000 – 5,000	17	56.7	16	53.3	33	55
มากกว่า 5,000	1	3.3	1	3.3	2	3.3
น้อยกว่า 8,000	3	10	3	10	6	10
8,000 – 10,000	17	56.7	17	56.7	34	56.7
มากกว่า 10,000	10	33.3	10	33.3	20	33.3
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง						
ไม่เกิน 1 ปี	6	20	4	13.3	10	16.67
1 - 2 ปี	24	80	25	83.3	49	81.67
โรคอื่นๆที่เป็นร่วมด้วย						
เบาหวาน	8	26.7	23	76.7	31	51.67
ความดันโลหิตสูง	19	63.3	20	66.7	39	65
ไตอักเสบ	1	3.3	3	10	4	6.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไขมันในเลือดสูง	8	26.7	15	50	23	38.3
เก๊าท์	5	16.7	3	10	8	13.3
นิ่ว	0	0	1	3.3	1	1.7
แหล่งอาหารที่รับประทาน						
ทำอาหารรับประทานเอง	10	33.3	7	23.3	17	28.3
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	3	10	3	10	6	10
บุคคลในครอบครัวปรุงทำให้	21	70	22	73.3	43	71.7

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า ร้อยละ 53.3 กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 50 เป็นเพศชาย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 51-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.3 และ 90 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 86.7 ตามลำดับ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 86.7 ตามลำดับ ส่วนด้านอาชีพทั้งสองกลุ่มประกอบรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และ 66.7 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งสองกลุ่มมี 2 - 5 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ด้านรายได้ส่วนตัวพบว่าทั้งสองกลุ่มมีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.7 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนรายได้ของครอบครัวร้อยละ 56.7 ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้ 8,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 83.3 ของกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังจากแพทย์ระยะเวลา 1-2 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย พบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร่วมด้วย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบา

หวานและไขมันในเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 63.3 26.7 และ 26.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 76.7 66.7 และ 50 ตามลำดับ สำหรับผู้ปรุงอาหารให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 73.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001($t=-9.680$, $p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคไม่แตกต่างกัน ($t=-0.668$, $p=0.509$) ดังแสดงในตารางที่ 3

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001($t=-57.333$, $p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่แตกต่างกัน($t=-1.391$, $p=0.174$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (N=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	X	SD	X	SD		
คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรค						
กลุ่มทดลอง	63.97	18.207	93.93	5.343	-9.680	0.000***
กลุ่มควบคุม	63.77	15.332	64.47	15.596	-0.668	0.509
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน						
กลุ่มทดลอง	16.67	2.41	38.50	1.137	-57.333	0.000***
กลุ่มควบคุม	16.60	2.50	16.87	2.596	-1.391	0.174

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001($t=9.790$,

$p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001($t=41.806$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	X	SD	X	SD		
คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรค						
ก่อนการทดลอง	63.97	18.207	63.77	15.332	0.046	0.963
หลังการทดลอง	93.93	5.343	64.47	15.596	9.790	0.000***
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน						
ก่อนการทดลอง	16.67	2.41	16.60	2.50	0.105	0.917
หลังการทดลอง	38.50	1.137	16.87	2.596	41.806	0.000***

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คະแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (กลุ่มทดลอง) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรค และ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้

จากผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นเวลา 9 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเนื่องจากโปรแกรมมีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนบนพื้นฐานกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูดในระหว่างการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ผู้วิจัยกระตุ้นกลุ่มทดลองโดยพูดชักจูงให้กำลังใจ กล่าวชมเชย และชี้แนะ จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และการสนับสนุนด้านสภาวะทางอารมณ์และสรีระโดยซักถามอาการเจ็บป่วย ประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และประเมินร่างกายของกลุ่มทดลองก่อนการฝึกปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่ามีสภาพร่างกายและ

จิตใจตนเองมีความพร้อมในการทำกิจกรรม ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง สำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ และการได้เห็นตัวแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือประสบการณ์ตัวแบบที่มีชีวิต ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีแล้วประสบผลสำเร็จ โดยตัวแบบได้เล่าประสบการณ์จริงของตนเองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเดินออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษาและหลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อไต และการจัดการกับความเครียด และผลที่ได้รับ คือ สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการที่ได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง และคิดว่าตนเองน่าจะสามารมีพฤติกรรมดังเช่นตัวแบบได้ (Bandura, 1997) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ (วราลี วงศ์ศรีชา, 2554) ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคพร้อมตัวแบบในการฝึกและสาธิตย้อนกลับ จนเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค และสามารถทำตามตัวแบบได้จึงเกิดการรับรู้ด้วยตนเองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งในขณะที่ฝึกปฏิบัติผู้ศึกษาได้มีการให้กำลังใจ การชมเชย และสนับสนุนให้ปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องรวมทั้งชี้ให้กลุ่มทดลองเห็นผลของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้จริงเช่นเดียวกับตัวแบบ ส่งผลให้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ดังคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ตั้งใจไว้จะต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการเกิดกิจกรรมนั้น ซึ่งสามารถจัดสิ่งแวดล้อมได้โดยการให้แหล่งสนับสนุน 4 ด้าน คือ จากประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง จากการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการ

สนับสนุนด้านสภาวะทางอารมณ์และสรีระ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพินดา โยวะผุย (2551) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายหลังจากได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของทิพย์ศุภาค์ สุวรรณศรี (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมผู้ที่เป็นเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ด้วยเหตุผลดังกล่าวการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมโรคดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยไทรอยด์ระยะที่ 3 และ 4 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไทรอยด์ระยะที่ 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (ตารางที่ 3) ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคไทรอยด์มีพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยไทรอยด์ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคก่อนการ

ทดลองไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมนี้ได้รับความรู้ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งหลังติดตามไป 9 สัปดาห์พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเพิ่มขึ้นจากเดิม (ตารางที่ 4) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดจากการที่บุคคลมีแหล่งประโยชน์ที่สำคัญถึง 4 แหล่ง ด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ในเวลา 9 สัปดาห์ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองจากการลงมือปฏิบัติโดยใช้กิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น มีการลงมือฝึกทักษะการเลือกสัดส่วนอาหารโปรตีนที่ต้องจำกัดตามระยะของโรคอย่างถูกต้องด้วยแบบจำลองอาหาร มีการทบทวนการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและไม่ควรบริโภค มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม มีการสาธิตให้เห็น ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีทักษะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติโดยตรง การได้เห็นตัวแบบที่ดีหรือประสบการณ์ที่ดีจากผู้อื่น การได้รับคำพูดชี้แนะ ชักจูง สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยในการศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมที่สามารถครอบคลุมแหล่งประโยชน์ทั้งสี่ให้แก่กลุ่มทดลอง โดยการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ด้านจิตใจไม่มีภาวะวิตกกังวล เครียดในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ได้เรียนรู้และรับทราบข้อมูลผ่านตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคจนอาการของโรคดีขึ้นด้วยตนเอง รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคจนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตลอดจนผู้ศึกษาได้พูดชี้แนะ ชักจูง กระตุ้น ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีและแนะนำระหว่างและหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้นจึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณฯ เทียวสะอาด (2544)

ที่ศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ในวิดีโอ พบว่าภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของสุลธิ์ แซ่ซื่อ (2546) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่งข้อมูล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายและมีปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 นาที (FEV1) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการส่งเสริมทั้งสมรรถนะแห่งตนจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะมีความสนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของพิมผกา ปัญญาใหญ่ (2550) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ไปประยุกต์ใช้กับใช้กับโรคที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ

1.2 ควรมีการติดตามศึกษาในระยะเวลาที่นานขึ้น 6 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และประเมินผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ความคงอยู่ของพฤติกรรมและระดับของคลีเอตินินในกระแสเลือด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการขยายการวิจัยโดยนำเอาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 เพื่อชะลอความเสี่ยงของไต

2.2 เพื่อที่จะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ นอกจากการวัดและประเมินจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ควรมีข้อมูลเปรียบเทียบการทำงานของไต เช่น ค่าของเสียไต หรือ eGFR ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนี้จะช่วยยืนยันประสิทธิผลได้มากขึ้น

3. ข้อจำกัดของการศึกษา การแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก ทำให้ไม่สามารถควบคุมลักษณะทางประชากรให้ใกล้เคียงกันได้ การที่ลักษณะประชากรแตกต่างกัน อาจส่งผลกระทบต่อผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นตัวกวนของการศึกษานี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์นพรัตน์ วิบูลสันติ คุณศรีไพร โพธิ์ และคุณกิตติยา เสถะยะ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของเครื่องมือการทำวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการทำวิจัย ตลอดจนทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อ สละเวลา และให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานสารสนเทศโรงพยาบาลลำพูน. (2558). รายงานสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชูชนา สวนกระต่าย และธานินทร์ อินทรกำธรชัย. (2549). *Update in problem-based medical practice*. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์สุรางค์ สุวรรณศรี. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารักษ์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พินดา โยวะผุย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลินี ศรีคำม้วน. (2548). โรคไตเรื้อรังใกล้ตัว. กรุงเทพฯ : ใกล้หมอ.
- วราลี วงศ์ศรีชา. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชรพร สนิทผล. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). อัตราการป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2556. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาคมโรคไตเรื้อรังแห่งประเทศไทย, (2558). คำแนะนำสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย).
- สุลี แซ่ซื่อ. (2546). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อนุตร จิตตินันท์. (2547). Overview of pre-end stage kidney disease management in chronic kidney disease patients. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง (บรรณาธิการ), *Nephrology*. (หน้า 1341-1356). กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อรนุช เขียวสะอาด. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อุบล จิสมานบุญ. (2544). การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน. *Update on CKD Prevention: Strategies and Practical Points*. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : W. H. Freeman.

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ใน
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนกิโลเมือง

Teenage Pregnancy in Sansai District,
Chiangmai province, the semi-urban town

งามพิศ จันทร์ทิพย์ พบ.,ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน)* Ngampis Junthip MD., (Preventive Medicine)*

*โรงพยาบาลสันทราย เชียงใหม่ Sansai Hospital Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive Study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2559 จำนวน 238 ราย ใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า จำนวนสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 12 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดในอำเภอสันทราย ช่วงอายุของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่วนใหญ่มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 84.5 (201/238) อายุเฉลี่ย 17 ปี พบว่าทุกรายมีแฟนหรือคู่นอนแต่ร้อยละ 90% (214/238)ไม่มีความรู้เรื่องเพศศึกษา ไม่มีการป้องกันตนเอง และไม่ใช้อย่างอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมการติดเชื้อ HIV/AIDS จากการศึกษาสรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คือการขาดความตระหนักเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเพศศึกษา

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This was a cross-sectional descriptive study to investigate risk factors of teenage pregnancy in Sansai district, Chiangmai province. Data were collected during October 2556 to September 2559, using a specific record form. Women age between 10-19 years old who engaged at Sansai hospital for antenatal care and delivery were purposively selected for this study. Results found a total of 238 teenage pregnancy were included for descriptive analysis. Teenage pregnancies were 12% of all pregnant women in Sansai district. Of the teenagers, 84.5% (201/238) were age between 15-19 years old with average of 17 years old. All had a steady male partner, but 90% (214/238) did not have comprehensive understanding of sex and how to prevent or manage the adverse consequences of teen sex as they did not use a condom. This finding indicated a high risk for unwanted pregnancies as well as a risk of sexually transmitted infections (HIV / AIDS). Conclusion: The study found that the major risk factors for teenage pregnancy were lack of awareness on safe sex and essential of sexual knowledge and educations.

Keyword: Teenage Pregnancy, Risk factor

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 19 ปี (World Health Organization, 2014; The U.S. National Library of Medicine, 2014) ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านวุฒิภาวะ เศรษฐฐานะ ศักยภาพในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังขาดความพร้อมในหลายๆด้าน จึงมีแนวโน้มที่จะมีรอบคอบหรือบุตรที่ต้องให้การดูแลองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Kerr LK , Kerr LD , 2001) โดยเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คือ มีอารมณ์ที่อ่อนไหว หงุดหงิด และแปรปรวนง่าย (Jutopama M , 2004) จากการศึกษาในไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ คือ ร้อยละ 8.8 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ คือ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม (กุศลภรณ์ วงษ์นิยม และสุพร อภินันท์, 2557) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุน้อยมาก ๆ ขณะตั้งครรภ์

เพราะยังอายุน้อยเท่าไร วุฒิภาวะย่อมน้อยตามไปด้วย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายแนวทางการดำเนินงานของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ อายุเมื่อเข้าสู่วัยเริ่มหนุ่มสาว (Puberty) เร็วขึ้น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ภาวะติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ HIV/AIDS และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะป่วยทางจิต นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีผลกระทบต่อสุขภาพทารกในครรภ์ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการตก เช่น เสียชีวิตหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมถึงระดับประเทศ เป็นปัญหาเร่งด่วนที่จำเป็นต้องรับหาแนวทางดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไข จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น พบว่า มีปัจจัย

ทั้งทางด้านครอบครัว โดยพ่อแม่มีบทบาทสำคัญในการ
สร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องการคุมกำเนิด และเพศสัมพันธ์
ให้กับบุตร ปลุกฝังค่านิยมในการรักษาวงศ์วานตัว ปัจจัย
ทางด้านสถาบันการศึกษา ควรจัดการเรียนการสอนเพศ
ศึกษารอบด้าน โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้ด้านการคุมกำเนิด
และเพศศึกษามากขึ้น ปัจจัยทางด้านสังคม ควรมีบทบาท
ในการกำกับควบคุมสื่อ และข้อมูลการเผยแพร่ที่ยั่ว
ยวนลามเพศ และไม่เหมาะสม (มาลีวัล เลิศสาครศิริ,
2557) ในพื้นที่อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็น
ชุมชนใกล้เมือง มีสถานศึกษาหลายแห่ง ได้แก่ โรงเรียน
ทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีมหาวิทยาลัย
ขนาดใหญ่ และพบจำนวนสตรีวัยรุ่นที่เข้ามาฝากครรภ์
และคลอดที่โรงพยาบาลสนทราย ในปี พ.ศ. 2557 -
2559 พบสตรีวัยรุ่นมาฝากครรภ์และคลอดบุตรเป็น
จำนวน 78, 81, และ 79 รายตามลำดับ โดยบางรายมี
ประวัติการตั้งครรภ์ซ้ำบางรายมีประวัติการแท้งมาก่อน
บางรายเกิด ปัญหาต้องออกจากโรงเรียน อีกทั้งบางราย
พบการติดเชื้อ HIV/AIDS ร่วมด้วย จึงเป็นปัญหาที่ควรมี
มาตรการในการดำเนินการป้องกันและแก้ไข เพื่อให้เกิด
แนวทางที่เหมาะสมกับปัญหาในพื้นที่ จึงเป็นที่มาของ
การทำการวิจัยครั้งนี้ เพื่อทราบความชุกและปัจจัยเสี่ยง
ต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อนำมาวางแผนการ
ดำเนินการป้องกันต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา
(Cross-sectional descriptive study) โดยการเก็บ
ข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อศึกษาความชุกของการ
ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความ
สัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การใช้สารเสพติด แหล่ง
บันเทิง สังคม การคบเพื่อน การคบแฟน ความรู้ในการ
ป้องกันตนเอง ของสตรีวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสนทราย
ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาลสนทราย
อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรที่ศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงวัยรุ่น อายุ 10 - 19
ปี ที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรในโรงพยาบาลสนทราย
ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2559 จำนวน 238
ราย

เครื่องมือในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานในเวชระเบียน ประกอบ
ด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ การศึกษา
ความสัมพันธ์ในครอบครัว ข้อมูลสภาพแวดล้อม การใช้
สารเสพติด แหล่งบันเทิง การคบเพื่อน การคบแฟน ความ
รู้ในการป้องกันตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจาก Database ในเวช
ระเบียน สตรีวัยรุ่นที่อายุ 10 - 19 ปี ที่มาฝากครรภ์และ
คลอดบุตรในโรงพยาบาลสนทราย ในช่วงเดือนตุลาคม
2556 - กันยายน 2559 ได้จำนวนทั้งหมด 238 ราย
ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย จากแฟ้มประวัติ
ผู้ป่วย ได้แก่ อายุขณะตั้งครรภ์ การศึกษา ศึกษาข้อมูล
ของผู้ป่วยแต่ละรายที่บันทึกไว้จากแฟ้มประวัติ ได้แก่
ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพแวดล้อม การใช้สารเสพติด
แหล่งบันเทิง การคบเพื่อน การคบแฟน ความรู้ใน
การป้องกันตนเอง การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศ
สัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรในการศึกษานี้ คือสตรีวัยรุ่นอายุ 10
- 19 ปี มีจำนวนทั้งหมด 238 ราย รายละเอียด
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=238 ราย)	ร้อยละ
อายุ		
10 - 14 ปี	37	15.5
15 - 19 ปี	201	84.5
ตั้งครรภ์มากกว่า 1 หรือ มีประวัติแท้ง	67	28.2
การศึกษา		
ไม่เรียน	46	19.3
ประถมศึกษา	26	10.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	109	45.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	44	18.5
ปวช. / ปวส.	13	5.5

จากตารางที่ 1 พบว่า สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 84.5 (201/238 ราย) มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 15.5 (37/238 ราย) โดยจำนวนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์

ทั้งหมดในอำเภอสันทราย คิดเป็นร้อยละ 12 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17 ปี มีกลุ่มที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 หรือมีประวัติการทำแท้ง จำนวน 67 ราย ร้อยละ 28.2 (67/238 ราย) พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.8 (109/238 ราย)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (n=238 ราย)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	147	61.8
ไม่ดี (พ่อแม่แยกทางกัน)	91	38.2
การใช้สารเสพติด (สุรา)		
ดื่มสุรา	10	4.2
ไม่ดื่มสุรา	228	95.8
แหล่งบันเทิง		
เที่ยวแหล่งบันเทิง	18	7.6
ไม่เที่ยวแหล่งบันเทิง	220	92.4

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (n=238 ราย)	ร้อยละ
แฟน		
มีแฟน	238	100
ไม่มีแฟน	0	0
เศรษฐกิจ		
ไม่มีปัญหา	110	46.2
มีปัญหา	128	53.8
Safe Sex		
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	24	10
ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์	214	90

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว คือ พ่อแม่แยกทางกันร้อยละ 38.2 (91/238 ราย) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพียงร้อยละ 4.2 (10/238 ราย) ที่ดื่มสุรา กลุ่มที่เกี่ยวข้องตามแหล่งบันเทิงต่างๆ ร้อยละ 7.6 (18/238 ราย) พบ

ว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านเศรษฐกิจมากกว่ากลุ่มไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเล็กน้อย คือร้อยละ 53.8 (128/238 ราย) และ 46.2 (110/238 ราย) ตามลำดับ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทุกรายมีแฟน แต่พบว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สูงร้อยละ 90 (214/238 ราย)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่มีประวัติการทำแท้งจำแนกตามอายุ (ปี)

ประวัติการทำแท้ง	จำนวน (n=238 ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 15	4	1.7
16	7	2.9
17	5	2.1
18	3	1.3
(18 เคยทำแท้ง 2 ครั้ง)	(1)	
19	4	1.7
รวม	23	9.7

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่มีประวัติการทำแท้ง พบว่า มีจำนวนที่

มีประวัติการทำแท้ง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7 มี 1 ราย ที่อายุ 18 ปี แต่เคยทำแท้งมาแล้ว 2 ครั้ง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ติดเชื้อ HIV/AIDS

ติดเชื้อ HIV/AIDS	จำนวน
อายุ (ปี)	
15	1
16	1
รวม	2

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ติดเชื้อ HIV/AIDS พบว่า มีสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ติดเชื้อ HIV/AIDS มีจำนวน 2 ราย โดยมีอายุเพียง 15 ปีและ 16 ปี

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อต้องการทราบถึง วัตถุประสงค์ของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในสตรีวัยรุ่นที่อาศัยในพื้นที่อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนใกล้เมือง มีประชากรอาศัยอยู่มากกว่าหนึ่งแสนคน และเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยง ในการนำมาเป็นข้อมูลหาแนวทางการป้องกันและแก้ไข เพื่อลดอุบัติการณ์อันนำไปสู่การเกิดปัญหาต่างๆที่อาจตามมา

ผลการศึกษา พบว่า ช่วงอายุของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่วนใหญ่มีอายุ 15 – 19 ปี สูงร้อยละ 84.5 ซึ่งเป็นช่วงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมต้น หรือกำลังศึกษาในระดับมัธยมปลาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17 ปี ในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่าร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี คือมีสถานะพ่อแม่แยกทางกัน ซึ่งจากการศึกษาของ บุรเทพ โชครณานุกุล และ กมลชนก ขำสุวรรณ, 2559 ครอบครัวมีความสำคัญในการป้องกันบุตรหลานตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เช่นความไว้วางใจ การเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย หรือในทางตรงกันข้ามถ้าบิดามารดาทะเลาะกันบ่อยครั้งจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้วัยรุ่นขาดความสุขจึงหันไปคบเพื่อนและแพนจนถึงขั้นการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ตามมา (ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) พบว่าร้อยละ 95.8 และ 92.4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มสุราและ ไม่เที่ยวตามสถานบันเทิง ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ำกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ อย่างไรก็ตามพบว่าเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.2 ไม่มีปัญหาด้านนี้แต่ร้อยละ 53.8 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การสนับสนุนนโยบายเศรษฐกิจพอเพียงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทุกครอบครัวควรจะนำไปปรับใช้และสอนบุตรหลานซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยป้องกันการท้องในวัยรุ่นได้ (ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559) ผลการศึกษครั้งนี้พบว่าปัจจัยสำคัญคือสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทุกรายมีแฟนหรือคู่นอนแต่ขาดความรู้ในการป้องกันตนเองและไม่ใช้อย่างเหมาะสมมีเพศสัมพันธ์ เช่นเดียวกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (มาลีวัล เลิศสารศิริ 2557, บุรเทพ โชครณานุกุล และ กมลชนก ขำสุวรรณ, 2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนสองรายติดเชื้อ HIV/AIDS โดยมีอายุ 15 และ 16 ปีและ บางส่วนแก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการทำแท้ง 23 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559 พบว่าในปัจจุบันวัยรุ่นมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการอยู่ก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติ อีกทั้งไม่ให้ความสนใจในเรื่อง การคุมกำเนิดอย่างจริงจัง ผู้ปกครองไม่มีเวลาสอนเรื่องเพศศึกษาให้กับบุตร จากสภาพสังคมและวัฒนธรรม ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทำให้เห็นได้ชัดว่า การวางมาตรการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนั้น ต้องดำเนินการโดย วางมาตรการในการดำเนินการป้องกันในกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กในวัยก่อนมัธยมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น เป้าหมายของมาตรการดำเนินการ เพื่อให้มีความรู้และค่านิยมที่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และไม่ให้เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึง HIV/AIDS

การดำเนินการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษา โดย

มุ่งเน้นในกลุ่มเด็กนักเรียน เรื่องการคุมกำเนิด การสร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม และให้ความรู้ในด้านเพศศึกษา โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม สร้างแกนนำนักเรียน เพื่อให้เกิดการดูแลกันเองในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสามารถสร้างความใกล้ชิดและมีความเข้าใจในพฤติกรรมในกลุ่มวัยเดียวกัน และเพื่อให้เกิดช่องทางในการให้คำปรึกษา ตั้งแต่ในระยะต้น ก่อนเกิดปัญหา รวมไปถึงเพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และควรให้มีช่องทางเชื่อมโยงระหว่างบ้าน โรงเรียน และสาธารณสุขที่เข้าถึงได้โดยง่าย เช่น ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาล ศูนย์เพื่อนใจในโรงเรียนที่มีทั้งคุณครูและแกนนำนักเรียน ในการให้คำปรึกษา และคอยสอดส่องดูแลซึ่งกันและกัน โดยคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กุลสารณ์ วงษ์นิยม และสุพร อภินันท์เวช. (2557). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 195-205.
- บรรเทพ โชคธนากุล และ กมลชนก ขำสุวรรณ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น *วารสารประชากร*. 2559; 4(2), 61-79
- ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560) วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2560; 28(2): 173-182
- ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์และขวัญใจ เพทายประกายเพชร การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ* 2559; 32(2) 133-146.
- เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, นิบล รุจิประเสริฐ, อิงกญา โคตรนารา, ชมพูนุท กาบคำบา. (2557). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 207-220.
- ปัทมา ผ่องสมบุรณ์ และโสภิต จำปาศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*. 2553; 3, 260-275.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 90-98.
- ศิริวรรณ กำแพงพันธุ์จิตติ แก้วพรสวรรค์, สุพร อภินันท์เวช. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(3), 255-266.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เทพเพญวนิสัย.

สุมาลัย นิธิสมบัติ. (2553). *การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา-บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Department of Health. (2012). News reported child-birth from thai teenage pregnancy average 370 cases/day, then need to accelerate the network to solve the problem. [cited 2017 June]; Available from: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=4855.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10, 103-9.

Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, et al. (2008). Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. *Matern Child Health J*, 12, 110-8.

Jutopama M. (2004). *Psychological Counseling for Adolescent*. Educational Burirum Rajabhat University, 2004.

Kerr LK, Kerr LD. (2001). Screening tools for depression in primary care. *The Western Journal of Medicine*, 175, 349-52.

Somphop Ruangtrakul. (2000). *Addictive substance: silent catastrophe but preventable*. First edition. Bangkok: Ruankaew Karnpim, 125-9.

The U.S. National Library of Medicine. (2014). *Adolescent pregnancy*. . [cited 2017 June]; Available from :<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/articla/001516.htm>.

Waraporn Boonyathan. (2007). *Factors associated with adolescent pregnancy among adolescent primigavida attending antenatal care clinic at Samutsakhon Hospital* [dissertation]. Bangkok: Mahidol univ.

World Health Organization. (2014). *Adolescent pregnancy*. . [cited 2017 June]; Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/

ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน

Patients' characteristic and factors related to causes of death
in new pulmonary Tuberculosis Patients in Lamphun Province

อัมพาพันธ์ วรรณพงษ์ศักดิ์ ป.พย.*
กิตติกาณญจน์ มวลฟอง ป.พย.*

Ampaphan Wannaphongsapak (B. Nursing)*
Kittikan Moonfong (B. Nursing)*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Lamphun Provincial Health Office

บทคัดย่อ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก จังหวัดลำพูนมีอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสียชีวิตระหว่างการรักษา โดยทำการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี จากโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (TB-Clinic Management: TBCM) ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี 2555-2559 ในจังหวัดลำพูน ใช้ Univariate และ Odds Ratios ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 (Confidence interval: CI) ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 806 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (3.1:1) ผู้ป่วย 508/806 (ร้อยละ 63) มีอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ป่วย 52/806 (ร้อยละ 6.5) ติดเชื้อ HIV และมีโรคร่วม 203/806 (ร้อยละ 25.2) มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษากว่า 105/806 ราย (ร้อยละ 13.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงสุดคือการมีโรคร่วม 20.2 (OR 2.1, 95% CI 1.4-3.3, $p < 0.05$) ปัจจัยรองลงมาคือการที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปี หรือร้อยละ 17.3 (OR 3.5, 95% CI 2.0-5.9, $p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแยกโรคระหว่างกลุ่มที่มีชีวิตและเสียชีวิตพบว่า กลุ่มที่เป็นโรคไตเสียชีวิตสูงสุดร้อยละ 42.9 (OR 5.1, 95% CI 1.1-23.2, $p < 0.05$) รองลงมาคือกลุ่มที่เป็นมะเร็งร้อยละ 37.5 (OR 4.1, 95% CI 1.0-17.4, $p < 0.05$) ภาวะถุงลมโป่งพองร้อยละ 33.3 (OR 3.7, 95% CI 1.9-7.3, $p < 0.05$) และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.5 (OR 2.4, 95% CI 1.4-4.0, $p < 0.05$) ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วง 2 เดือนแรกสูงกว่าช่วง 4 เดือนหลัง ประมาณ 2.6 เท่า สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาเกิดจากการมีโรคร่วม และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพยังมีความจำเป็นเพื่อบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวแฝงอยู่ในการลดการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรสูงอายุ

คำสำคัญ: วัณโรค สาเหตุการตาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Tuberculosis is still a serious public health problem in Thailand. In 2015, the World Health Organization declared Thailand as one of 14 countries with severe TB problem. The success rate of treatment in new pulmonary tuberculosis patients in Lamphun province is proportionally low due to number of mortalities during treatment. This study aims to determine the factors related mortality in new TB cases. The Data from TB-Clinic management (TBCM) were electronically explored retrospectively, 2012-2016. New pulmonary TB cases who registered at TB clinic Lamphun hospital were recruited to this study. Univariate analysis and Odd Ratios were applied to identify the risk factors associated with fatal outcome with 95 % Confidence Interval (CI). A total 806 of new TB cases enrolled in this study, male was higher than female (3.1: 1), of these 508/806 (63.0%) were age over 50 years, 52/806 (6.5%) had co-HIV infection, and 203/806 (25.2%) had co-morbidity diseases. TB treatment outcomes, 105/806 (13.0%). reported deaths. The risk factors associated with death were patients with co-morbidity diseases 20.2% (OR 2.1, 95% CI 1.4-3.3) followed by patient age over 50 years 17.3% (OR 3.5, 95% CI 2.0-5.9). The co-morbidity diseases between survival and death were classified into renal disease 42.9% (OR 5.1, 95% CI 1.1-23.2, $p < 0.05$), cancer 37.5% (OR 4.1, 95% CI 1.0-17.4, $p < 0.05$), COPD 33.3% (OR 3.7, 95% CI 1.9-7.3, $p < 0.05$), and hypertension 23.5%, (OR 2.4, 95% CI 1.4-4.0, $p < 0.05$) respectively. Moreover, patients dying during the first 2 months was 2.6 time higher than the last 4 months. We concluded that the highest risk factors of dying during tuberculosis treatment were a co-morbidity diseases and aging. Managing TB as well as underlying co-morbidities in a multidisciplinary approach is essential to improve the outcome of patient in an aging population.

Keywords: tuberculosis, causes of death, factors related

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงในระดับโลก (High Burden Country, HBC) ทั้ง 3 กลุ่ม โดยมีภาระวัณโรคสูง (TB) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) (WHO, 2017) ปี 2559 รายงานจาก Country Profile ของประเทศที่เป็น HBC พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 68,040 ราย incidence rate 172 ต่อแสนประชากร (รวมผู้ป่วย TB/HIV) (WHO, 2017) ซึ่งจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ

กลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2555 พบ 66,432 ราย (WHO, 2013) นอกจากนี้วัณโรคเป็นหนึ่งใน 10 สาเหตุการตายที่สำคัญในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา โดยทั้ง 10 สาเหตุ มีโรคติดต่อเพียง 3 โรค คือ ปอดอักเสบ วัณโรค และโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรค, 2556) วัณโรคยังเป็นปัญหาต่อเนื่องของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน ลำปาง และแม่ฮ่องสอน ข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2552-2558 ของสำนักวัณโรครายงาน อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เท่ากับร้อยละ 15.2 15.3 12.1 15.1 14.1 และ 13.0 ตามลำดับ (กรม

ควบคุมโรค, 2557) อัตราความสำเร็จของการรักษาเป็น
ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินแผนงานการประเมินควบคุมวัณโรค
แห่งชาติ และยังไม่มีบรรลุปเป้าหมายในทุกระดับตั้งแต่
ระดับประเทศ จนถึงระดับจังหวัด และโรงพยาบาลต่างๆ
ในพื้นที่จังหวัดลำพูน ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้
ป่วยวัณโรคของประเทศไทย มีหลายปัจจัยเช่น พบว่าเพศ
ชายเสียชีวิต สูงกว่าเพศหญิง เช่น การศึกษาของพัฒนา
โพธิ์แก้ว และคณะ (2557) ทำการเก็บข้อมูลปี 2553 จาก
โรงพยาบาล 33 แห่ง จังหวัดลำพูน มีอัตราการเสียชีวิต
ผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ ปี 2555-2559 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย
คือ อัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 5 อัตราการเสียชีวิต
เท่ากับร้อยละ 10.48, 12.14, 11.20, 10.06 และ 12.65
และมีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคร้อยละ
84.68, 81.79, 83.75, 85.67 และ 83.82 ตามลำดับ
(เป้าหมายร้อยละ 85) ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จ
ของการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก
กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งนี้จังหวัดลำพูนมีผู้ป่วย
เสียชีวิตระหว่างการรักษาโดยเฉลี่ย 55 คนต่อปี (ภาพที่
1) ในต่างประเทศการศึกษาเพื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับการตายของผู้ป่วยวัณโรคพบว่า บริบทการจัดการ
รักษา มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เช่น
มาตรฐานการรักษา การให้ความร่วมมือในการกินยาของ
ผู้ป่วย (Zerbini et al., 2016) หรือเกิดจากการบริหารจัดการการรักษา
ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และการรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น
โดยเฉพาะช่วง 30 วันถึงสองเดือนแรก ซึ่งควรจะเป็นการ
ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Lin et al., 2014;
Moolphate et al., 2011) นอกจาก เพศและอายุของ
กลุ่มผู้ป่วยแล้ว พบว่าในประเทศแถบทวีปยุโรป
(European Union) สาเหตุการเสียชีวิตนอกจากผู้ป่วย
สูงอายุแล้ว ยังพบว่าเกิดจากผู้ป่วยดื้อต่อยารักษา
isoniazid, rifampicin (Lefebvre and Falzon, 2008)
นอกจากนี้สภาพเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อการเสียชีวิต
ผู้ป่วย เช่น การตกงาน ความยากจน และกลุ่มไร้บ้านใน
ประเทศรัสเซีย เป็นต้น (Dewan et al., 2002) พบว่า
ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิง
ประมาณ 2 เท่า กลุ่มที่อายุมากกว่า 64 ปีมีอัตราการเสียชีวิต

ชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 14.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ
กิตติพัทธ์ เอี่ยม-รอด และคณะ (2556) พบว่าผู้ป่วย
วัณโรคที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่อายุ
15-44 ปี 2.33 เท่า (OR 2.33; 95% CI.01.3, 2.7;
p=0.01) และจากการศึกษาของภัทรี ไตรสถิต และ
คณะ (2550) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่อายุ 55 ปีขึ้นไป มี
โอกาสเสียชีวิต 1.9 เท่า (OR 1.9; 95CI. 1.3, 2.7;
p<0.05) การศึกษารังนี้มมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบ
ลักษณะและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย
ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ของจังหวัดลำพูน เพื่อเป็น
แนวทางในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย
ในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็น การศึกษาย้อนหลัง
(retrospective study) 5 ปี (2555-2559) โดยเก็บ
ข้อมูลจากโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (TBCM)
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่
ขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
ของจังหวัดลำพูน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion
criteria) คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษา
ระหว่าง 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2559 ที่มีข้อมูล
การรักษาตั้งแต่เริ่มรักษาจนสิ้นสุดการรักษา ปัจจัยที่
ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ smear grading at
register, HIV, ยาต้านไวรัส โรคร่วมอื่นๆ เป็นตัวแปรต้น
โดยมีตัวแปรตาม (survived) เป็นผู้ป่วยที่มีผลการรักษา
หาย รักษาครบ (รักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะเพื่อสิ้นสุด
การรักษา) ขาดยา (นานเกินสองเดือน) ล้มเหลว (ผู้ป่วย
เสมหะพบเชื้อเมื่อวินิจฉัยก่อนเริ่มรักษาและผลเสมหะยัง
คงหรือกลับเป็นบวก หรือพบเชื้อในเดือนที่ 5 ของการ
รักษาหรือหลังจากนั้นผู้ป่วยเสมหะไม่พบเชื้อในตอนแรก
แต่กลับมีเสมหะพบเชื้อหลังจากรักษาได้สองเดือน) โอน
ออก (โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลการรักษา) และ
ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา (death)

นิยามศัพท์สำคัญในการศึกษานี้

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (new pulmonary

tuberculosis) คือ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอดและไม่เคยรักษามาก่อน หรือผู้ป่วยที่เคยได้ยาต้านวัณโรคมาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน (สำนักวัณโรค, 2556)

เสียชีวิตจากโรคร่วม หมายถึงผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษาให้ความเห็นว่าเสียชีวิตจากอาการหรือโรคอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้อง กับวัณโรค และการรักษาโดยมีข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นอาการหรือโรคอื่นที่ไม่ใช่จากวัณโรคและจากการรักษาวัณโรค (พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ, 2556)

ตาย (death) หมายถึง ผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดก็ตามระหว่างการรักษาวัณโรค (ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา)

Survived หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาหาย รักษาครบ ขาดยา ล้มเหลว และโอนออก

รักษาหาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อเมื่อเริ่มต้นรักษา แต่มีผลเสมหะเป็นลบไม่พบเชื้ออย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องไม่พบเชื้อด้วย

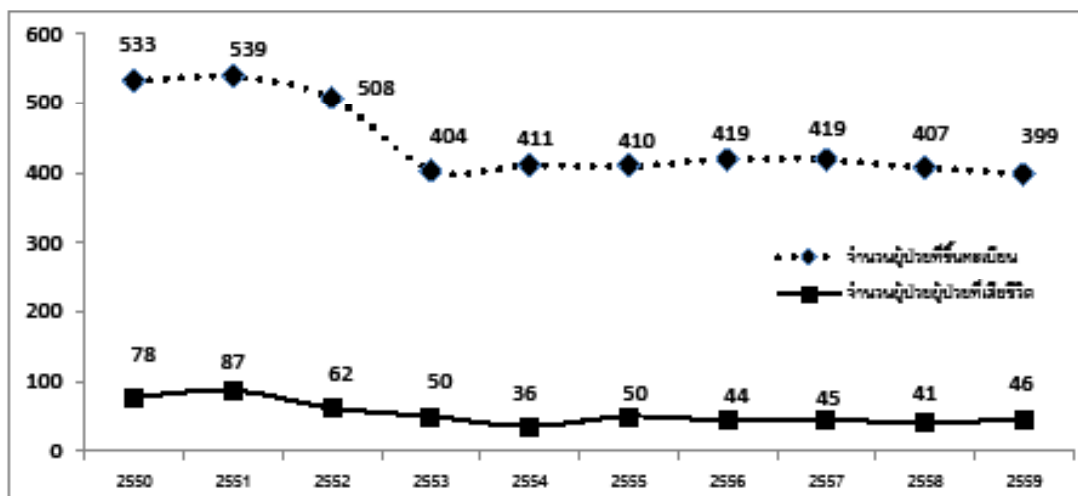
การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบ treatment outcome ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรักษา และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาด้วยสถิติ chi-square test ($p < 0.05$) และใช้ univariate analysis, Odd Ratios ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 (Confidence Interval: CI) เพื่อทราบปัจจัยการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ผลการศึกษา

จังหวัดลำพูน มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ปี 2550 – 2559 จำนวน

4,449 ราย เฉลี่ยประมาณปีละ 444 ราย (ภาพที่ 1) โดยระหว่างปี 2555 - 2559 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภททั้งหมดจำนวน 2,054 ราย แนวโน้มลดลงและคงที่อยู่ระหว่าง 399 ถึง 419 รายเฉลี่ยพบผู้ป่วยปีละ 410.8 รายต่อปี ผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 226 ราย มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่าง 41-50 ราย เฉลี่ยปีละ 45.2 ราย การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างปี 2555 - 2559 (5ปี) มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 806 ราย (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสียชีวิตจำนวน 105 ราย รอดมีชีวิต 701 ราย มีผลการรักษา ดังนี้ รักษาหาย 653 ราย รักษาครบ 21 ราย ขาดยา 22 ราย และล้มเหลว 5 ราย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยปอดรายใหม่จำนวน 806 ราย เป็นเพศชาย 607/806 ราย (ร้อยละ 75.3) เพศหญิง 199/806 ราย (ร้อยละ 24.7) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนไทย 780/806 ราย (ร้อยละ 96.77) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 55.48 ปี ($\pm$ SD 16.32) โดยผู้ป่วยจำนวน 508/806 ราย (ร้อยละ 63.0) อายุมากกว่า 50 ปี พบว่าความเข้มข้นของแบคทีเรีย (smear grading at register) อยู่ในระดับ High ($\geq 2+$) จำนวน 551/806 (ร้อยละ 68.4) มีผู้ติดเชื้อ HIV 52/806 ราย (ร้อยละ 6.5) ผู้ป่วยพบเชื้อ HIV 10 ใน 52 ราย (ร้อยละ 19.2) ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 203/806 ราย (ร้อยละ 25.2) มีโรคร่วมอื่นๆ โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี 2555-2559 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 102/806 (ร้อยละ 12.7) รองลงมาคือ เบาหวาน 99/806 (ร้อยละ 12.3) และถุงลมโป่งพอง 42/806 (ร้อยละ 5.2) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีโรคไต และมะเร็ง (ตารางที่ 1)

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่ทุกประเภทและจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2550-2559



ที่มา: โปรแกรมบริหารงานคลินิกและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 (N = 806)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	607	75.3
หญิง	199	24.7
อายุ		
15-50 ปี	298	36.9
มากกว่า 50 ปี	508	63.1
Smear grading at register		
Low (<2+)	255	31.6
High (≥2+)	551	68.4
HIV		
ไม่มี	754	93.5
มี	52	6.5
ยาต้านไวรัส		
ไม่มี	10	19.2
มี	42	80.8

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 (N = 806) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมอื่นๆ		
ไม่มี	603	74.8
มี	203	25.2
เบาหวาน		
ไม่มี	707	87.7
มี	99	12.3
ความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	704	87.3
มี	102	12.7
ถุงลมโป่งพอง		
ไม่มี	764	94.8
มี	42	5.2
โรคไต		
ไม่มี	799	99.1
มี	7	0.9
มะเร็ง		
ไม่มี	798	99.0
มี	8	1.0

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตกับไม่เสียชีวิต มีผู้ป่วยรอดชีวิต 701/806 ราย (ร้อยละ 87.0) และเสียชีวิต 105/806 ราย (ร้อยละ 13.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างการรักษาได้แก่ อายุ และโรคร่วมโดยพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิต

ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี 88/105 (ร้อยละ 83.8) ($p < 0.05$) และมีโรคร่วม 41/105 (ร้อยละ 39.1) เมื่อจำแนกโรคร่วมพบว่า โรคความดันโลหิตสูง, ถุงลมโป่งพอง, โรคไต และโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตกับไม่เสียชีวิตระหว่างรักษา ปี 2555-2559

ลักษณะ	Survived 701 (87.0)		Death 105 (13.0)		chi-square	p-value
เพศ						
ชาย	524	(74.8)	83	(79.1)		
หญิง	177	(25.2)	22	(20.9)	0.691	0.406
อายุ						
15-50 ปี	281	(40.1)	17	(16.2)		
มากกว่า 50 ปี	420	(59.9)	88	(83.8)	21.362	0.000
Smear grading at register						
Low (<2+)	222	(31.7)	33	(31.4)		
High (≥2+)	479	(68.3)	72	(68.6)	0.000	1.000
HIV						
ไม่มี	659	(94.0)	95	(90.5)		
มี	42	(6.0)	10	(9.5)	1.348	0.246
ยาต้านไวรัส						
ไม่มี	7	(16.7)	3	(30.0)		
มี	35	(83.3)	7	(70.0)	0.924	0.336
โรคร่วมอื่นๆ						
ไม่มี	539	(76.9)	64	(60.9)		
มี	162	(23.1)	41	(39.1)	11.479	0.001
เบาหวาน						
ไม่มี	614	(87.6)	93	(88.6)		
มี	87	(12.4)	12	(11.4)	0.016	0.899
ความดันโลหิตสูง						
ไม่มี	623	(88.9)	81	(77.1)		
มี	78	(11.1)	24	(22.9)	10.331	0.001
ถุงลมโป่งพอง						
ไม่มี	673	(96.1)	91	(86.7)		
มี	28	(3.9)	14	(13.3)	14.290	0.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ que เสียชีวิตกับไม่เสียชีวิตระหว่างรักษา ปี 2555-2559 (ต่อ)

ลักษณะ	Survived 701 (87.0)		Death 105 (13.0)		chi-square	p-value
โรคไต						
ไม่มี	697	(99.4)	102	(97.1)		
มี	4	(0.6)	3	(2.9)	5.546	0.019
มะเร็ง						
ไม่มี	696	(99.3)	102	(97.1)		
มี	5	(0.7)	3	(2.9)	4.271	0.039

จากตารางที่ 2 เมื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง ในการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (หาย รักษาครบ ขาดยา ล้มเหลวและโอนออก) และกลุ่มตายระหว่างการรักษา ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี (OR 3.5, 95% CI 2.0-5.9) โรค

ร่วม (OR 2.1, 95% CI 1.4-3.3) ประกอบด้วยความดันโลหิตสูง (OR 2.4, 95% CI 1.4-4.0) ถุงลมโป่งพอง (OR 3.7, 95% CI 1.9-7.3) ไต (OR 5.1, 95% CI 1.1-23.2) และมะเร็ง (OR 4.1, 95% CI 1.0-17.4) ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ระหว่างรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559
จำแนกตามลักษณะ (N = 806)

ลักษณะ	Survived 701 (87.0)	Death 105 (13.0)	OR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	524 (86.3)	83 (13.7)	1	
หญิง	177 (88.9)	22 (11.1)	0.8 (0.5-1.3)	0.406
อายุ				
15-50 ปี	281 (94.3)	17 (5.7)	1	
มากกว่า 50 ปี	420 (82.7)	88 (17.3)	3.5 (2.0-5.9)	0.000
Smear grading at register				
Low (<2+)	222 (87.1)	33 (12.9)	1	
High (≥2+)	479 (86.9)	72 (13.1)	1.0 (0.7-1.6)	1.000
HIV				
ไม่มี	659 (87.4)	95 (12.6)	1	
มี	42 (80.8)	10 (19.2)	1.7 (0.8-3.4)	0.246
ยาต้านไวรัส				
ไม่มี	7 (70.0)	3 (30.0)	1	
มี	35 (83.3)	7 (16.7)	0.5 (0.1-2.3)	0.336
โรคร่วมอื่นๆ				
ไม่มี	539 (89.4)	64 (10.6)	1	
มี	162 (79.8)	41 (20.2)	2.1 (1.4-3.3)	0.001
เบาหวาน				
ไม่มี	614 (86.8)	93 (13.2)	1	
มี	87 (87.9)	12 (12.1)	0.9 (0.5-1.7)	0.899

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ระหว่างรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559
จำแนกตามลักษณะ (N = 806) (ต่อ)

ลักษณะ	Survived 701 (87.0)	Death 105 (13.0)	OR (95% CI)	p-value
ความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	623 (88.5)	81 (11.5)	1	
มี	78 (76.5)	24 (23.5)	2.4 (1.4-4.0)	0.001
ถุงลมโป่งพอง				
ไม่มี	673 (88.1)	91 (11.9)	1	
มี	28 (66.7)	14 (33.3)	3.7 (1.9-7.3)	0.000
โรคไต				
ไม่มี	697 (87.2)	102		(12.8) 1
มี	4 (57.1)	3 (42.9)	5.1 (1.1-23.2)	0.019
มะเร็ง				
ไม่มี	696 (87.2)	102 (12.8)	1	
มี	5 (62.5)	3 (37.5)	4.1 (1.0-17.4)	0.039

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ระหว่างรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 จำแนกตาม
ลักษณะระยะเวลาที่เสียชีวิต

ลักษณะ	ช่วง 2 เดือนแรก		ช่วง 4 เดือนหลัง	
เพศ				
ชาย	57	(71.3)	23	(28.8)
หญิง	16	(76.2)	5	(23.8)
อายุ				
15-50 ปี	10	(58.8)	7	(41.2)
มากกว่า 50 ปี	63	(75.0)	21	(25.0)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ระหว่างรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 จำแนกตามลักษณะระยะเวลาที่เสียชีวิต (ต่อ)

ลักษณะ	ช่วง 2 เดือนแรก		ช่วง 4 เดือนหลัง	
HIV				
ไม่มี	67	(73.6)	24	(26.4)
มี	6	(60.0)	4	(40.0)
โรคร่วมอื่นๆ				
ไม่มี	43	(71.7)	17	(28.3)
มี	30	(73.2)	11	(26.8)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสียชีวิตระหว่างรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 จำแนกตามช่วงเวลาที่เสียชีวิต

ช่วงเวลา(วัน)	จำนวน (ร้อยละ)
0	3 (2.86)
1-7	15 (14.29)
8-14	10 (9.52)
15-30	12 (11.43)
31-60	22 (20.95)
> 60	43 (40.95)

จากการวิเคราะห์พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่ในช่วง 2 เดือนแรก (ร้อยละ 72.3) มากกว่า ในช่วง 4 เดือนหลัง (ร้อยละ 27.7) จะเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากกว่า 50 และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เสียชีวิตสูงในช่วงการรักษาสองเดือนแรก สูงถึงร้อยละ 86.3 และร้อยละ 41.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตขณะที่ยังไม่เริ่มรักษาสัง 3 ราย และเสียชีวิตภายในสองสัปดาห์แรกของการรักษาถึง 28 ราย (ร้อยละ 26.66) คิดเป็นจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังสถานการณโรค

วัณโรคของจังหวัดลำพูนพบว่าตั้งแต่ปี 2555-2559 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มคงที่ ส่วนปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดลำพูนได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 (ร้อยละ 83.8) และร้อยละ 39.1 ของผู้ป่วยเสียชีวิตของจังหวัดลำพูนมีโรคร่วม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของ 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน (เจริญศรี แซ่ตั้ง, 2560) ที่ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 10 ปี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตคือผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV 2.4 เท่า (โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส) รองลงมาคืออายุมากกว่า 50 ปี 1.9 เท่า และการมีโรคร่วมอื่นๆ 1.5 เท่า

แต่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดลำพูนที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ($p>0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของพัฒนาโพธิ์แก้วและคณะ (2557) ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล จำนวน 33 แห่งในภาคเหนือตอนบน พบว่าการติดเชื้อ HIV ไม่ใช่สาเหตุหลักของผู้ป่วยเสียชีวิตในภาคเหนือตอนบน แต่สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดจากผู้สูงอายุ (>64 ปี) มีอัตราตายร้อยละ 14.9 และจากข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ลงความเห็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเกิดจากโรคร่วม (ร้อยละ 33) แสดงว่าการรักษาวัณโรคอาจทำให้โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีอาการทรุดลงหรือควบคุมไม่ได้ (พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ, 2557; Moolphate *et al.*, 2011) การศึกษาที่จังหวัดพะเยา (จิตติพร มากเมือง และคณะ, 2559) ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2558 ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 399 ราย เสียชีวิต 49 ราย (ร้อยละ 14.5) พบว่านอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นกลุ่มอายุ >64 ปี ($p<0.05$) แล้วยังมีปัจจัยที่เหมือนกันคือการที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม ซึ่งโรคร่วมที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือโรคมะเร็ง ($P<0.01$) การวิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ระหว่างการรักษาจังหวัดลำพูน ปี 2555-2559 จำแนกตามระยะเวลาที่เสียชีวิตพบว่าอยู่ในช่วง 2 เดือนแรกร้อยละ 72.3 และเสียชีวิตภายในสองสัปดาห์แรกของการรักษาถึง 28 ราย (ร้อยละ 26.66) คิดเป็นจำนวน 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่ง Moolphate *et al.* (2011) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล 12 ปีของจังหวัดเชียงรายระหว่างปี 2540 ถึง 2551 ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 19,174 ราย พบว่าในเดือนแรกหรือ 30 วันแรกของการรักษา มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 38 ถึง 46 เป็นช่วงระยะเวลาการรักษาที่พบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงสุดเป็นช่วง high risk for death ดังนั้น ช่วงเวลานี้ควรจะต้องจัดลำดับความสำคัญของการบริหารจัดการ หรือแม้กระทั่งหาวิธีใหม่ หรือนวัตกรรม เพื่อจะลดการสูญเสียทั้งภาพของประเทศและภาพรวมระดับโลก (Moolphate *et al.*, 2011) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากกว่า 50 และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเสียชีวิตสูงในช่วงการรักษาสองเดือนแรกสูงถึงร้อยละ

86.3 และร้อยละ 41.1 ตามลำดับ จากการศึกษารามศ คนสมศักดิ์ (2560) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย มีการเสียชีวิตในระยะเข้มข้นของการรักษา (สองเดือนแรกของการรักษา) สูง และมีการเสียชีวิตในวันที่ศูนย์และภายในระยะสองสัปดาห์แรกของการรักษา ดังนั้นอาจต้องคำนึงถึงมาตรการให้ผู้ป่วย Admit ในสองสัปดาห์แรกของการรักษา

อย่างไรก็ตามภาพรวมของ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน โรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอีกโรคคือโรคเอดส์ร้อยละ 33.3 ($p<0.05$) (เจริญศรี แซ่ตั้ง, 2560) ซึ่งการที่ผู้ป่วย TB/HIV เสียชีวิต อาจมีสาเหตุจากการเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า พรพิศ ตรีบุพชาติ-สกุล (2559) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่เสียชีวิตร้อยละ 35.1 เข้าถึงระบบการรักษาช้าและได้รับการตรวจ HIV ต่อเมื่อเป็นวัณโรคแล้วทั้งนี้ อาจเกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคลเช่นข้อจำกัดทางกายภาพ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขาดปัจจัยสนับสนุน การติดราตัวเอง หรือปัจจัยด้านความสัมพันธ์เช่นขาดคนดูแล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพเช่น การมีปัญหามาเมื่อแพทย์ การย้ายที่อยู่ทำงานทำให้ไม่สะดวกไปรับบริการ เป็นต้น (พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล, 2559) อย่างไรก็ตามจังหวัดลำพูนพบผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตร้อยละ 9.5 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษา โดยการใช้ยาต้านไวรัส ARV อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับผลการตรวจเสมหะในการวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษาที่มีปริมาณเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ($p>0.05$) ซึ่งแตกต่างจากภาพรวมของเขตภาคเหนือตอนบน (เจริญศรี แซ่ตั้ง, 2560) ที่พบว่าการตรวจเสมหะในการวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษาที่มีปริมาณเชื้อมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ($p<0.05$) อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดลำพูน การศึกษานี้สรุปว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้อง

ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สูงสุดตามลำดับดังนี้ ผู้ป่วยมีอายุ > 50 ปี 3.5 เท่า รองลงมาคือ การที่ผู้ป่วยวัณโรคมีโรคร่วม 2.1 เท่า และเมื่อพิจารณาแยกรายโรคพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นความดันโลหิตสูงเสียชีวิต 2.4 เท่า ภาวะถุงลมโป่งพอง 3.7 เท่า โรคไต 5.1 เท่า และมะเร็ง 4.1 เท่า ส่วนโรคเบาหวานไม่ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ควรจะมีการศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตและการศึกษาแบบไปข้างหน้ารวมถึงการเก็บข้อมูลระดับชุมชนจะช่วยให้ได้ประโยชน์ในการดูแลป้องกันการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคได้

เรื่องความเข้มข้นในการซักประวัติกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อให้เกิดความชัดเจนของโรคร่วมแอบแฝง (underlying disease) ทำการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย และพิจารณาการดูแลรักษาโรคร่วมร่วมกับแพทย์ที่ดูแลโรคนั้นๆ เพื่อวางแผนการรักษาแบบบูรณาการ

มีมาตรการค้นหาวัณโรคเชิงรุก เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งในชุมชนและใน NCD คลินิก ทุกแห่ง การศึกษาความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในโรคเรื้อรัง

ต่างๆ เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับและมะเร็ง เป็นต้น การศึกษามาตรการป้องกันการเสียชีวิตในกลุ่มเสี่ยงสูงอายุทั้งที่มีโรคร่วม และไม่มีโรคร่วม เช่น การให้ยาป้องกันโดยการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง หรือ การ admit ผู้ป่วยในสถานพยาบาลในช่วงการรักษาเข้มข้นใน 2 สัปดาห์แรก เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยที่อาจนำสู่ความรุนแรงของผู้ป่วย เช่น การกินยา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิทยา พลสีลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รักษาการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สุนทร สุริยพงศกร นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์เผ่าพงศ์ สุนทร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลี นางกาญจนา เลิศวุฒิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ให้คำปรึกษา และคำแนะนำ ในการวิเคราะห์และวิจารณ์ผลการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในจังหวัดลำพูน ผู้บันทึกข้อมูลโปรแกรมบริหารงานคลินิกและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, ยงยุทธ์ เมื่อกำเนิด, พงศ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม, นันทพร ท่ามาตา, ภิเชก ศีรวงษ์ และนภดล วันตะ. (2556). สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. *พุทธชินราชเวชสาร*. 30(3): 276-85.
- จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ่งอุษา นาคคงคำ, และคณะ. (2559). ปัจจัยเกี่ยวเนื่องการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลพะเยา. *เชียงใหม่เวชสาร*. 8(1); 53-59.
- เจริญศรี แซ่ตั้ง. (2560). ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. *วารสารควบคุมโรค*. 43(4):436-447.
- พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล. (2559). การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี และอุปสรรคของความต่อ เนื่องในระบบบริการดูแลรักษาเอชไอวี. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*. 36(1): 8-18.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน และคณะ. (2556). การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*. 34(2): 51-62.

- ภัทรินี ไตรสถิตย์, พัฒนา โพธแก้ว และสุคนธ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2550). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการติดยา และการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดและการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามประเภทของพี่เลี้ยงในการรักษาด้วย ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตตรง. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์:สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. หน้า 53-71.
- รามศ คนสมศักดิ์. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลพระสมเด็จ พระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 9(1). 19-27.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคทุกประเภทและจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระหว่างการรักษา จังหวัดลำพูน ปี 2550-2559. รายงานประจำปี 2559.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2556.
- Chou-Han Lin, Chou-Jui Lin, Yao-Wen Kuo, et al. (2014). Tuberculosis mortality: patient characteristics and causes. *BMC Infectious Diseases*. 14(5): 1-8.
- Elsa Zerbin, Adriana Greco, Silvia Estrada, et al. (2017). Risk factors associated with tuberculosis mortality in adults in six provinces of Argentina. *Medicina (B Aires)*. 77(4): 267-273.
- N. Lefebvre and D. Falzon. (2008). Risk factors for death among tuberculosis cases: analysis of European surveillance data. *Eur Respir J*. 31(6): 1256-60.
- P. M. Arguin, H. Kiryanova, N. V. Kondroshova, et al. (2004). Risk factors for death during tuberculosis treatment in Orel, Russia. *INT J TUBERC LUNG DIS*. 8(5): 598-602.
- Saiyud Moolphate, Myo Nyein Aung, Oranuch Nampaisan, et al. (2011). Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. *Int J Gen Med*. 4: 181-190.
- WHO Global tuberculosis report 2014. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- WHO Global tuberculosis report 2017. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ประสิทธิภาพการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41: จังหวัดลำพูน

The Effectiveness of first aid solatium payment regarding section 41: Lamphun Province

จารุณี พจนสุจริต วท.บ สุขศึกษา*

Jarunee pojsutjarit (B.Sc.; Health Education)*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Health Office

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์ที่จะจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข ให้คนไทยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะมาตรา 41 ได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับ ความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข และให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย โดยตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา มีผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้นทุกปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 และปัจจัยที่มีผลและไม่มีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับผลประโยชน์ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนาจากเอกสาร รายงานประชุมของคณะกรรมการฯ ระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2560 ผลการศึกษาพบว่า มีการพิจารณาคำร้องทั้งหมด 150 ราย ซึ่งเข้าเกณฑ์ 122 ราย (ร้อยละ 81.33) ส่วนใหญ่เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยตรง และใช้เวลาพิจารณาคำร้องเสร็จภายใน 30 วัน การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการฯ แก่ผู้รับผลประโยชน์ สอดคล้อง และเป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการตัดสินใจ การจ่าย หรือ การไม่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายหรือทายาท นอกจากนี้หน่วยบริการมีการทบทวนเหตุการณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของความเสียหาย ผ่านระบบ Service Plan เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคตทุกราย

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ เงินช่วยเหลือเบื้องต้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41

Abstract

The National Health Security (NHS) Act A.D. 2002 intends to systemize Health service with such standards and efficiency as prescribed to Thai population. Specifically, section 41as preliminary assistance to reimburse beneficiaries who are subject to damage or injury caused by any service provided by the Health care unit, a subcommittee by Provincial Health office shall be pursuant to such rules, procedures. Since 2004, there is an increasing trend of VICTIMS who proposed for preliminary payment petition. This study aims to evaluate the consideration processes following Section 41 and factors that affected or non-affected reimbursement to beneficiaries. Data were retrospectively collected from Lamphun sub-committee meeting reports during 2004 to 2017. Results indicated that among 150 subcommittees meeting reports, 122 cases (81.33 %) were accepted as they were caused directly by service provided by hospitals. All cases could be analyzed and finalized within 30 days procedures. Moreover the preliminary assistance beneficiary process was all followed the regulation of National Health Security Organization. There are no other constraints that affected the decision-making to pay or not pay the victim or their relatives. Nevertheless, all situations of these victims were again reviewed through Service Plan System by a health care unit to determine the cause of damage in order to avoid the same situation in future.

Keywords: Effectiveness, preliminary solatium payment, The National Health Security (NHS) Act A.D. 2002: section 41

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเจตนารมณ์ที่จะจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยมีองค์กรกำกับดูแลและดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ดี การให้บริการสาธารณสุขบางครั้ง อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ ดังนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 41 จึงได้กำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข สาระสำคัญคือ “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ ไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิด

ขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” บทบัญญัติของมาตรา 41 ดังกล่าว มุ่งหมายให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเป็นการเยียวยา หรือบรรเทาความเดือดร้อน และในขณะเดียวกันต้องการรักษาความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วย

ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถูกแต่งตั้งตามบทเฉพาะกาลในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบในข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ.2546 และประธานคณะกรรมการหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฯพณฯ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ได้ลงนามในข้อบังคับดังกล่าว มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2546 เป็นต้นมา ตามข้อบังคับฯ กำหนดให้มีคณะกรรมการพิจารณาและวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นระดับจังหวัด โดยให้ผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนจำนวน 5-7 คน ร่วมเป็นอนุกรรมการ ในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบไตรภาคี ได้แก่ มาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เป็นผู้อาวุโส หรือเป็นผู้ที่คนในพื้นที่ให้ความเคารพนับถือ และมาจากตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้รับบริการ ฝ่ายละเท่าๆกัน ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้อง ของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย

คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดลำพูน ได้ดำเนินงานพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ผู้รับบริการและทายาทที่ยื่นคำร้อง นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมาจนถึง ปี พ.ศ.2560 (ตุลาคม 2559 – 28 กุมภาพันธ์ 2560) จำนวนทั้งหมด 150 ราย โดยคณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ได้แก่ พิจารณาว่าการยื่นคำร้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนดหรือไม่ ความเสียหายนั้นๆ เข้าหลักเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับฯ หรือไม่ และพิจารณาชี้ขาดว่าควรให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่าไร ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษา จึงสนใจที่จะศึกษาว่า ระยะเวลา 13 ปีที่ผ่านมา คณะอนุกรรมการที่พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้จ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายตามกฎหมายและข้อบังคับที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลและไม่ส่งผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเหล่านี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จังหวัดลำพูน และหาปัจจัยที่มีผลและไม่มีผล ต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะ

อนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดลำพูน

เป้าหมายของการศึกษา

การวิเคราะห์รายงานการประชุม เพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จังหวัดลำพูน ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2547 – 2560 (28 กุมภาพันธ์ 2560) จำนวนทั้งหมด 150 ราย

วิธีการศึกษาและรวบรวมข้อมูล

ศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ของจังหวัดลำพูน จากรายงานประชุมของคณะอนุกรรมการฯตั้งแต่ ตุลาคม 2547 – 2560 (กุมภาพันธ์ 2560) จำนวนทั้งหมด 150 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistic Package for the Social Science) สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ (Frequency) อัตราส่วน ร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) ข้อมูลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ อัตราส่วนร้อยละ และค่าเฉลี่ย และการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติ chi-Square โดยใช้ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อยู่ในกลุ่มอายุ 1 – 12 เดือน ร้อยละ 18.67 อาชีพไม่ได้ทำงานเป็นเด็กในปกครอง ร้อยละ 27.33 หน่วยบริการให้คำแนะนำและดำเนินการยื่นคำร้องให้ ร้อยละ 44 เหตุจูงใจให้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น คือ ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ร้อยละ 64.67 สามารถยื่นคำร้องภายใน 1 ปี ร้อยละ 97.33 โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย ร้อยละ 53.33 ได้รับความเสียหายจากแผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 24 ปีงบประมาณ 2556 ยื่นคำร้องมากที่สุด 25 ราย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง 2560 (กุมภาพันธ์ 2560) คณะอนุกรรมการได้ประชุม

พิจารณา คำร้องทั้งหมด 79 ครั้ง โดยปีงบประมาณ 2554 ประชุมมากที่สุด จำนวน 12 ครั้ง

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 จังหวัดลำพูน พบว่า สามารถดำเนินการนับจากวันที่รับคำร้องจนถึงวันที่คณะกรรมการวินิจฉัยให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ภายใน 30 วัน ร้อยละ 79.33 คำร้องของผู้เสียหายหรือทายาทเข้าเกณฑ์ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ร้อยละ 81.33 เป็นความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยตรง ร้อยละ 60.66 ประเภเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร ร้อยละ 50 กรณีไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นการดำเนินไปตามพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ร้อยละ 78.57 ผู้ยื่นคำร้องมีความพึงพอใจและยอมรับมติคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดร้อยละ 93.33 ทายาทยื่นอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 6.67) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขมีมติยกอุทธรณ์ยืนยันตามผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด จำนวน 7 ราย ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมจำนวน 3 ราย

ด้านปัจจัยที่มีผลและไม่ผล ต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน ได้แก่ เหตุผลสำคัญที่ผู้เสียหายหรือทายาทให้ยื่นคำร้อง ($p\text{-value} = 0.18$) ผู้ให้คำแนะนำในการยื่นคำร้อง ($p\text{-value} = 0.30$) หน่วยบริการที่เป็นต้นเหตุให้ยื่นคำร้อง ($p\text{-value} = 0.155$) สาขาบริการทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดความเสียหาย ($p\text{-value} = 0.067$) ระยะเวลาที่ยื่นคำร้องจนถึงวันที่คณะกรรมการวินิจฉัย ($p\text{-value} = 0.188$) แสดงให้เห็นว่าการจ่ายเงินช่วยเหลือ เบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน เป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และ

เงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ไม่มีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการตัดสินใจ จ่าย หรือไม่จ่าย เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้เสียหายหรือทายาท

อภิปรายผล

จากหลักเกณฑ์การพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555 - 2559) คือ ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นผู้ได้รับความเสียหาย และความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขต้องไม่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิ-สภาพ หรือ เหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว คณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน ได้พิจารณาวินิจฉัยคำร้อง เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัตรสุนน พุทธิ-ภิญโญ (2558) ศึกษาเรื่อง ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด มีข้อเสนอแนะให้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแนวทาง และกำหนดอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย ทำให้งบการเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2553) ศึกษาเรื่อง การวินิจฉัยภาวะไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายเงินชดเชย มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยและสร้างกรณีตัวอย่าง

คำตัดสิน “ง่าย” หรือ “ไม่ง่าย” เพื่ออธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยและใช้อ้างอิงให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิทธิพร ชันธพร (2556) ศึกษาเรื่องปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า บทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลได้ใช้บังคับมานาน ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีการแก้ไข ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ให้ครอบคลุมความเสียหายที่ผู้รับบริการได้รับอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดารัตน์ ขาวเงินยวง (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะให้พัฒนาเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นโดยมีการสร้างตัวชี้วัดที่มีมาตรฐานเดียวกัน

การวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด ในผู้ยื่นคำร้องทั้ง 150 ราย สามารถดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 30 วันนับจากวันที่รับคำร้องจนถึงวันที่คณะกรรมการวินิจฉัย จำนวน 119 ราย และเกิน 30 วัน จำนวน 31 ราย สูงสุดคือ 62 วัน สืบเนื่องจากระยะเวลาที่หน่วยบริการส่งข้อมูลเวชระเบียนพร้อมบทสรุปการรักษาจากแพทย์ที่เกี่ยวข้องไม่ทันตามกำหนดเวลา การดำเนินงานของฝ่ายเลขานุการ เมื่อได้รับแบบยื่นคำร้องแล้ว จะสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำร้อง พร้อมแจ้งขั้นตอนการดำเนินงานให้รับทราบ จากนั้นจะส่งหนังสือจากหน่วยงานไปขอข้อมูลการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและกำหนดให้ส่งกลับภายใน 10 วัน หากเป็นหน่วยบริการสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจะกำหนดให้ส่งกลับภายใน 15 วัน ข้อมูลที่ได้มาต้องครบถ้วน เพียงพอที่คณะกรรมการฯจะพิจารณาวินิจฉัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

(2554) ศึกษาเรื่อง ครบรอบ 7 ปี การพิจารณาเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ในจังหวัดลำพูน: ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต มีข้อเสนอแนะ ในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการฯ ต้องได้รับข้อมูลที่ละเอียดมากพอ เพื่อสรุปว่าเป็นความเสียหายจากเหตุสุดวิสัย หรือ เหตุอื่นที่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงิน จากนั้นฝ่ายเลขานุการจะจัดทำระเบียบวาระการประชุม ขึ้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 5 วัน และจัดประชุม คณะอนุกรรมการฯพิจารณาวินิจฉัย บันทึกและสรุปรายงานการประชุมจนเสร็จเรียบร้อยภายในวันประชุม เพื่อให้ประธานอนุกรรมการลงนามรับรองรายงานการประชุม หลังเสร็จสิ้นการประชุม ฝ่ายเลขานุการ จะส่งหนังสือจากหน่วยงานแจ้งผู้ยื่นคำร้องรับทราบคำวินิจฉัย พร้อมแจ้งสิทธิการยื่นอุทธรณ์ กรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ หรือ ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่เต็มเปดานสูงสุดในแต่ละประเภท แจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขตพื้นที่ รับทราบและดำเนินการโอนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ยื่นคำร้อง แจ้งหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องให้รับทราบและดำเนินการปรับปรุงพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการตามระบบ Service Plan สอดคล้องกับผลการศึกษาของขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ (2555) ศึกษาเรื่อง การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จังหวัด เชียงรายกับความเสียหายที่ป้องกันได้ มีข้อเสนอแนะให้หน่วยบริการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกรายเพื่อค้นหาสาเหตุความเสียหาย กำหนดหรือพัฒนามาตรการป้องกันเหตุที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ในจำนวนผู้ยื่นคำร้องทั้งหมด 150 ราย มีความพึงพอใจในคำวินิจฉัยของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน จำนวน 140 ราย มีผู้ยื่นอุทธรณ์ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 10 ราย และในจำนวนนี้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้เห็นพ้องกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯระดับจังหวัด จำนวน 7 ราย จ่ายเงินเพิ่มเติมจำนวน 3 ราย ส่วนการฟ้องร้องทางคดีมีผู้ยื่นคำร้องส่งฟ้องร้องต่อ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.33) ทั้งสองรายเป็นผู้เสียหายที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

ตามสิทธิที่พึงได้รับแต่มีความไม่พึงพอใจในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อมาเรื่องยุติเนื่องจากศาลยกฟ้อง

ด้านการวินิจฉัยคำร้อง พบว่า ไม่มีปัจจัยใดๆที่มีผลต่อการพิจารณา กล่าวคือ การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับเหตุผลที่จิตใจผู้เสียหายหรือทายาทให้ยื่นคำร้อง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับใครเป็นผู้แนะนำ ให้ยื่นคำร้อง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเสียหายที่เกิดจากหน่วยบริการระดับไหนหรือสาขาบริการทางการแพทย์ใด ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ยื่นคำร้องจนถึงวันที่คณะกรรมการฯ วินิจฉัยว่าจะช้าหรือเร็ว และจำนวนเงินที่ช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าได้รับความเสียหายจากแผนกไหน ดังนั้น จึงเป็นการยืนยันให้เห็นว่า การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูนเป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล โดยไม่ได้เป็นการพิสูจน์ถูกผิด และพิจารณาเงินที่จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเป็นบรรทัดฐานเดียวกันทั่วประเทศ

สรุป

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 จังหวัดลำพูน คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน ได้ดำเนินการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเป็นไปตาม ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล และไม่พบปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดลำพูน ส่วนใหญ่ผู้เสียหายที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ยื่นคำร้องเนื่องจากคิดว่าได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลเป็นความเสียหาย

ที่เกิดจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจากระบบการให้บริการ ระบบการประสานงาน ทั้งนี้หน่วยบริการมีการทบทวนเหตุการณ์เพื่อค้นหาสาเหตุของความเสียหาย ผ่านคณะกรรมการ Service Plan แต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง ทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือ ต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้เสียหายที่ครบถ้วนที่จะนำมาสู่การพิจารณาวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับหน่วยบริการ นำข้อมูลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของคณะกรรมการพิจารณาพิจารณาวินิจฉัยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นกรณีศึกษา เพื่อพัฒนาระบบบริการมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำในอนาคต
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เผยแพร่ข้อมูลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในเชิงวิชาการให้แพร่หลาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรทบทวนหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นประเภททุพพลภาพอย่างถาวรให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นมากกว่าประเภทเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41จังหวัดลำพูน ฉบับนี้ ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรศักดิ์ คทวนิช ประธานคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจังหวัดลำพูน และ คณะอนุกรรมการทุกท่าน ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิทยา พลสีลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน นายแพทย์สุนทร สุริยพงศกร นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คุณกาญจนา เลิศวุฒิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน

ที่สนับสนุนข้อมูลที่ใช้ศึกษาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการทุกแห่ง
ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีที่ให้ข้อมูลด้านการ
รักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องตลอด 13 ปี ที่ผ่านมาขอ

ขอบคุณผู้รับบริการและทายาทที่ให้ข้อมูลความเสียหาย
จากการรับบริการและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน
ประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนทุกคน
ที่ช่วยสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจ

เอกสารอ้างอิง

- ขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ. (2555). การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 จังหวัดเชียงรายกับความเสียหาย
ที่ป้องกันได้. *เชียงรายเวชสาร*. 24(3). 29-33.
- ฉัตรสมุน พงศิณบุญ. (2558). ระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ความผิด.
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 1(1).60-75.
- ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง. (2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการ
ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*. 1(3) 196-207.
- บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์. (2554). ครบรอบ 7 ปี การพิจารณาเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ในจังหวัดลำพูน
: ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 20(6). 971-981.
- ปัทมพงษ์ เกษสมบูรณ์, บุศราพร เกษสมบูรณ์ , ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย, และอมร เปรมกมล. (2553) การวินิจฉัย
ภาวะไม่พึงประสงค์จากการบริการทางการแพทย์ เพื่อการจ่ายชดเชย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 4(1).
82-88.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *รายงานประจำปี 2555 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :บริษัทสมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *รายงานประจำปี 2556 การสร้างหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า*.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :บริษัทสมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *รายงานประจำปี 2557 การสร้างหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า*.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :บริษัทสมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *รายงานประจำปี 2558 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :บริษัทสมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *รายงานประจำปี 2559 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :บริษัทเอปิก อินเทอร์เน็ตกรุ๊ป จำกัด
- สิทธิพร ชันธพร. (2556). ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับ ความเสียหายจากการ
รักษาพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ. รายงานการศึกษาระยะ ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต
คณะนิติศาสตร์: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

การประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงิน
การบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2559

The Evaluation of Internal Audit in Financial
Accounting, Lamphun Provincial Health Office, 2016

วิไลพร ปารมี	บธ.บ.*	Vilaiporn Paramee	B.BA.*
เจริญ มหาวงศ์ตา	ศศ.บ.*	Charern Mahawongta	B.A.*
ลักขณา คำพรหม	บช.บ.*	Lakkana Kamprom	B.Acct.*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน Lamphun Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ดำเนินงานระหว่างเดือน ตุลาคม 2558–กันยายน 2559 ผลการศึกษาพบว่า มีการดำเนินงานเหมาะสมตามองค์ประกอบการควบคุมภายในตามขั้นตอนระเบียบของทางราชการ ได้แก่ ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร มีการทำบัญชีแยกประเภท ด้านทรัพย์สินมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลป้องกันทรัพย์สินและจัดทำบัญชีทรัพย์สินอยู่ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนการใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวนี้มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีในภาพรวมระดับดีถึงระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนทัศนคติเชิงบวก (+) ที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับดี ในขณะที่ค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (r) ระหว่างลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรที่ให้ข้อมูลในแต่ละหัวข้อคำถามในแบบสอบถามและบทสัมภาษณ์กับลำดับคะแนนทัศนคติความพึงพอใจมีค่าสูง โดยค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (r) อยู่ระหว่าง +0.3933 ถึง +0.6696 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ +0.4965 แสดงถึง แนวโน้มความสัมพันธ์ของทัศนคติเชิงบวก (+) ของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ความพึงพอใจ

Abstract

The Evaluation study on Internal Audit in Financial Accounting of Lamphun Provincial Health Office was carried out during October 2015 to September 2016. The results indicated that the internal audit on financial and accounting procedure was appropriate measure that followed the Government's internal control system. For cash and deposit there were individual Ledger account, while asset investment account was also standard and available at all authorized Sectors. Questionnaire survey found that among a samples of 40 responsible officers, they satisfied the internal control process, grading from good to excellent, with positive attitude (r). In addition, it showed a high correlation on percentage of persons who participated and positive attitude (r) ranging from 0.3933 to 0.6696, with average 0.4965. We concluded that participants had positive high attitude of acceptance on internal audit in financial accounting procedure which achieved our purpose.

Key words: Financial Auditing, Lamphun Provincial Health Office, Satisfaction

บทนำ

การตรวจสอบภายใน เป็นกระบวนการให้ข้อมูลที่เป็นหลักประกัน ในด้านการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบควบคุมภายในที่เหมาะสมทั้งด้านการเงิน การบริหารงาน มีการกำกับดูแลการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ขอบเขตของการตรวจสอบภายใน เป็นการสอบถามความเชื่อถือได้ ความสมบูรณ์ของสารสนเทศด้านการเงิน การบัญชีและดำเนินงานระบบป้องกันความเสี่ยงของการทำงานโดยตรวจสอบภายในที่ใช้กันแบ่งเป็น 6 ประเภท คือ การตรวจสอบภายในทางด้านการเงิน ด้านการดำเนินงาน ด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนด ด้านระบบสารสนเทศ และการตรวจสอบพิเศษ (จรัสศรี จิตชัย, 2559; สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2557)

ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานตรวจสอบภายในเป็นสิ่งจำเป็น คือ ผู้บริหารสามารถนำผลของงานตรวจสอบภายในไปใช้ในการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดมูลค่าเพิ่ม ขององค์กร ซึ่งผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในซึ่ง ได้แก่ ผู้ตรวจสอบ

ภายในหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายในจึงควรมีความเข้าใจถึงภาพรวมเกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน มีความรู้ในหลักการและวิธีการตรวจสอบ รวมทั้งต้องปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบที่ยอมรับโดยทั่วไปทั้งจากหลักการสากลและตามที่กำหนดโดยหน่วยงานกลางที่เกี่ยวข้องของทางราชการเพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวสามารถเลือกใช้เทคนิคแนวทางการตรวจสอบที่เหมาะสมกับภารกิจและสภาพแวดล้อมขององค์กร (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2557; ดิน ปรัชญ-พฤทธิ์, 2539)

การตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี มีความสำคัญที่จะทำให้การบริหารงานขององค์กรมีความเชื่อถือได้ มีความถูกต้องครบถ้วน สนับสนุนให้องค์กรลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ (จรัสศรี จิตชัย, 2559) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร อีกกิจกรรมหนึ่งที่ควรปฏิบัติ คือ การประเมินทัศนคติความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านนี้เพื่อ นำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงานต่อไป การ

ศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน
ตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2559

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประเมินผลการดำเนินงาน
ตรวจสอบภายในด้านเงินการบัญชีสำนักงาน
สาธารณสุข จังหวัดลำพูน ปี 2559 ทำการศึกษา
กระบวนการดำเนินงาน ขั้นตอน ปัจจัยนำเข้า และ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตามกระบวนการประเมินผลตามแบบ
ซีบโมเดล CIPP Model (วรเดช จันทรศร และไพโรจน์
ภัทรนาฎกุล, 2541; ยาวดี ราชย์กุล วิบูลย์ศรี, 2542;
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ, 2545; Sukanya
Junhune, 2015) ประกอบกับแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบ
ภายในด้านเงินการบัญชีสำนักงานสาธารณสุขของ
กระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมเอกสารการปฏิบัติ
งานและรายงานผลงานรายเดือน และรายงวด และการ
สำรวจทัศนคติความพึงพอใจของผู้รับการตรวจสอบ
ภายในด้านการเงินการบัญชี ใช้แบบสอบถามและ
บทสัมภาษณ์รวม 6 ประเด็น ได้แก่ 1) แผนการดำเนิน
งานตรวจสอบ บริหารด้านการเงินการบัญชีมีความ
ชัดเจนเพียงใด 2) การจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัดมี
หลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นธรรม 3) บุคลากรผู้รับผิดชอบ
ด้านการเงินการบัญชีได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการเงิน
การบัญชีต่อเนื่องเพียงใด 4) การตรวจสอบภายในด้าน
การเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงสู่
ระดับอำเภอ ตำบล จัดระบบได้ดีเพียงใด 5) บุคลากร
ด้านการเงินการบัญชีได้รับรู้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง ครบ
ถ้วน ทันเวลา และ 6) ระบบการติดตามผลการตรวจสอบ
ภายในด้านการเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดถึงระดับอำเภอ/ตำบล และกำหนดคะแนนความ
พึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ระดับมาก
(4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย
(2 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีกลุ่ม
ตัวอย่างประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานด้าน
การตรวจสอบภายใน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ลำพูน อาทิ หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน สาธารณสุขอำเภอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการ
การโรงพยาบาลชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข
นักวิชาการเงินและบัญชี และเจ้าพนักงานการเงินและ
บัญชี ในท้องที่จังหวัดลำพูน ครอบคลุม 8 อำเภอ ได้แก่
อำเภอเมืองลำพูน อำเภอแม่ทา อำเภอบ้านโฮ่ง อำเภอลี้
อำเภอทุ่งหัวช้าง อำเภอป่าซาง อำเภอบ้านธิ และอำเภอ
เวียงหนองล่อง รวมทั้งหมดจำนวน 40 ตัวอย่าง ใช้วิธีการ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistics) โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package
for the Social Sciences) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์,
2535; Bryman, et al., 2011) และการวิเคราะห์ความ
แปรปรวน (Analysis of Variances; ANOVA) และการ
วิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ (Correlation) ของข้อมูล
(William M.K., 2006)

ผลการศึกษา

การศึกษาประกอบด้วยสองส่วน คือ การเก็บข้อมูล
จากการตรวจสอบเอกสารการดำเนินงานตรวจสอบ
ภายในด้านการเงินการบัญชีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ลำพูน และการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้
เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า จากการตรวจสอบเอกสาร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนมีการดำเนินงาน
ตามหลักเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข
ดังนี้

1. ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร ซึ่งประกอบด้วย
การรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน เงินสดในมือ การนำเงิน
ส่งคลัง การบันทึกบัญชี และเงินทอน พบว่า ในองค์
ประกอบการรับเงิน 13 รายการ มีการดำเนินงานทุก
รายการ แต่มีรายการที่ควรเพิ่มการปฏิบัติ คือ

ก. การกำหนดแนวทางปฏิบัติการรับส่งเงิน
ระหว่างบุคคลและหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร นั้น มี
การแบ่งงานตามหน้าที่ที่มีผู้รับผิดชอบ แต่ไม่มีแบบฟอร์ม
รับ-ส่งเงินที่ถือปฏิบัติชัดเจน ซึ่งผู้ทำการประเมินเห็นว่า
ถ้ามีแบบฟอร์ม การบันทึกหลักฐานรับ-ส่งเงินชัดเจนจะ
ทำให้รัดกุมยิ่งขึ้น

ข. การบันทึกบัญชีแยกรายรับที่เป็นเงินสด
รับเป็นเช็ค การดำเนินการที่มีบันทึกเป็นเงินสด ส่วนการ

รับเช็ค ที่มีปริมาณไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าบัญชี

2. ด้านทรัพย์สิน การดูแลรักษาทรัพย์สิน และบัญชีทรัพย์สิน 11 กิจกรรม มีการดำเนินการครบถ้วนตามองค์ประกอบทุกกิจกรรม มีการดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานการตรวจสอบภายในกระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจทัศนคติความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 31 ราย อายุระหว่าง 27-58 ปี อายุเฉลี่ย 40.6 ปี ($\pm$ SE 1.533)

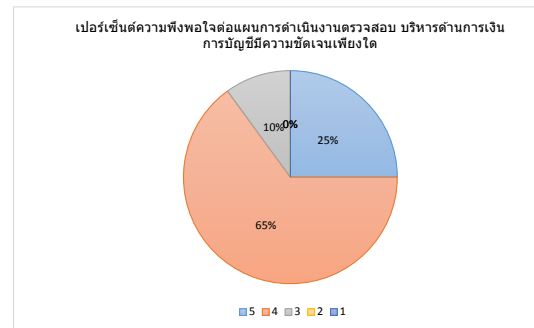
ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

Mean	40.6
Standard Error	1.532887
Median	38.5
Mode	36
Standard Deviation	9.694831
Sample Variance	93.98974
Kurtosis	-1.23064
Skewness	0.322012
Range	31
Minimum	27
Maximum	58
Sum	1624
Count	40
Confidence Level (95.0%)	3.100557

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติความพึงพอใจของบุคลากร มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

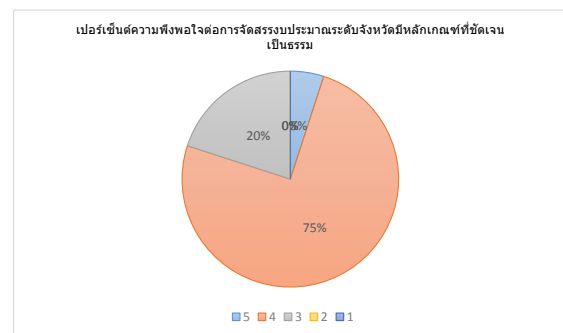
ก. แผนการดำเนินงานตรวจสอบ บริหารด้านการเงินการบัญชี กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวก

(+) ต่อการกำหนดแผนการดำเนินงาน โดยมีทัศนคติเชิงบวก ตั้งแต่ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด เท่ากับ 25 65 และ 10 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อแผนการดำเนินงานตรวจสอบ บริหารด้านการเงินการบัญชีมีความชัดเจนเพียงใด

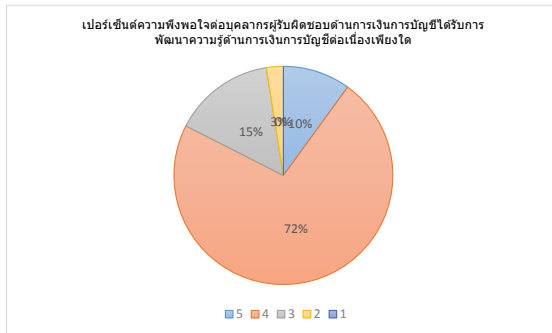
ข. การจัดสรรเงินงบประมาณประจำปี กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวก (+) ตั้งแต่ระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ 20 75 และ 5 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) ซึ่งระดับน้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ ทั้งสองระดับ) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัดมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นธรรม

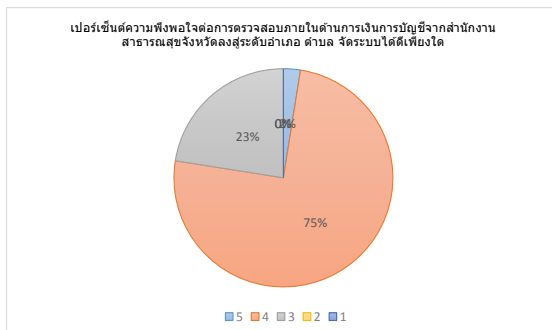
ค. บุคลากรผู้รับผิดชอบด้านการเงินการบัญชีได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการเงินการบัญชีต่อเนื่องเพียงใด กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวก (+) มากกว่าทัศนคติเชิงลบ (-) โดยมีทัศนคติเชิงบวก ตั้งแต่ระดับปาน

กลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ 15 72 และ 10
เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยมีทัศนคติเชิงลบ (-) ซึ่งปรากฏ
คะแนนทัศนคติเชิงลบ (-) อยู่ในระดับน้อย เท่ากับ 3
เปอร์เซ็นต์ และไม่ปรากฏคะแนนระดับน้อยที่สุด (0
เปอร์เซ็นต์) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านการเงินการบัญชีได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการเงินการบัญชีต่อเนื่องเพียงใด

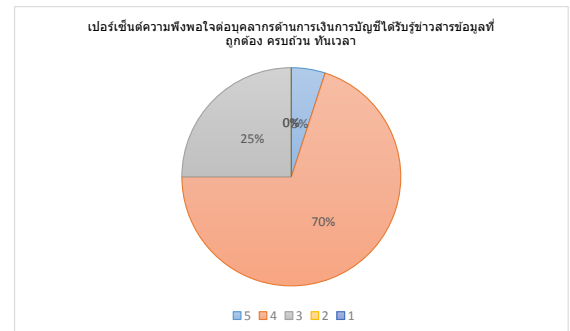
ง. การตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงสู่ระดับอำเภอ ตำบล จัด
ระบบได้ดีเพียงใด กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิง
บวก (+) โดยมีทัศนคติเชิงบวก ตั้งแต่ระดับปานกลาง
มาก และมากที่สุด เท่ากับ 23 75 และ 2 เปอร์เซ็นต์ ตาม
ลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) ระดับน้อยและน้อยที่สุด
เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ ทั้งสองระดับ) (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงสู่ระดับอำเภอ ตำบล จัดระบบได้ดีเพียงใด

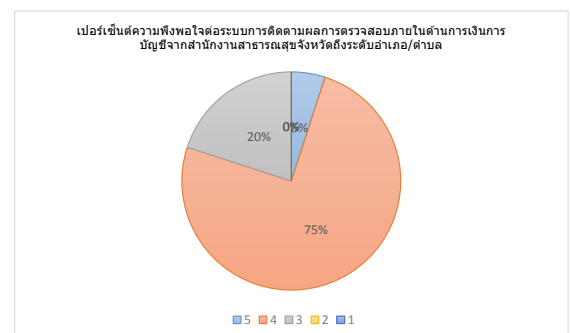
จ. บุคลากรด้านการเงินการบัญชีได้รับรู้ข่าวสาร

ข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน ทันเวลา กลุ่มประชากรตัวอย่าง
มีทัศนคติเชิงบวก (+) โดยมีทัศนคติเชิงบวก ตั้งแต่ระดับ
ปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ 25 70 และ 5
เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) ระดับ
น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ ทั้งสองระดับ)
(ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อบุคลากรด้านการเงินการบัญชีได้รับรู้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

ฉ. ระบบการติดตามผลการตรวจสอบภายในด้าน
การเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึง
ระดับอำเภอ/ตำบล กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิง
บวก (+) โดยมีทัศนคติเชิงบวก ตั้งแต่ระดับปานกลาง
มาก และมากที่สุด เท่ากับ 20 75 และ 5 เปอร์เซ็นต์ ตาม
ลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) ระดับน้อยและน้อยที่สุด
เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ ทั้งสองระดับ) (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจต่อระบบการติดตามผลการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึงระดับอำเภอ/ตำบล

จากการวิเคราะห์เปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจในภาพรวม พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวก (+) ต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชี โดยมีทัศนคติเชิงบวกระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ 25 70 และ 5 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยไม่มีทัศนคติเชิงลบ (-) ระดับน้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ ทั้งสองระดับ)

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ลำดับคะแนนทัศนคติความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนโดยภาพรวม

กับลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าทดสอบทางสถิติค่ากลางของข้อมูล (Probability of obtaining sample mean, *P-value*) เท่ากับ 0.000000 ค่าทดสอบ *F-test* เท่ากับ 105.755 และค่าทดสอบ *F-critical* เท่ากับ 3.073 ผลการวิเคราะห์ทางสถิติดังกล่าวบ่งบอกถึงทัศนคติเชิงบวก (+) ของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ทางสถิติโดยวิธี ANOVA: Two-Factor Without Replication (Confidence interval, 95%, Alpha<0.05) ระหว่างลำดับคะแนนทัศนคติความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีกับลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรเพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลจากแบบสำรวจ ซึ่งค่าสถิติ *F* และ *P-value* บ่งบอกถึงคะแนนทัศนคติความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเด็นคำถามมีความสัมพันธ์กันในระดับดี

Source of Variation	SS	df ^a	MS	F	P-value	F crit
คะแนนความพึงพอใจ ^b	3326.0938	3	1108.6979	105.7551	0.0000	3.0725
ประเด็นคำถามในแบบสอบถาม ^c	108.7188	7	15.5312	1.48148	0.2274	2.4876
Error	220.156285	21	10.4836			
Total	3654.9688	31				

หมายเหตุ ^a df เท่ากับ n-1; ^b ระดับค่าคะแนนที่กำหนด ได้แก่ 1 (ไม่มีผู้ให้คะแนน) 2 3 4 5 และ ^c 8 คำถามในแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างคะแนนทัศนคติความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนกับเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรผู้ตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ในประเด็นคำถามในแบบสอบถามและบทสัมภาษณ์ทั้ง 6 ประเด็น โดยการวิเคราะห์ทางสถิติความสัมพันธ์ระหว่างลำดับคะแนนทัศนคติความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนโดยคะแนนทัศนคติความพึงพอใจในระดับ 5 (มากที่สุด) 4 (ระดับมาก) 3 (ระดับปานกลาง) 2 (ระดับน้อย) และ 1 (ระดับน้อยที่สุด) กับลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่าง

ประชากรที่ให้ข้อมูลในหัวข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 3 โดยมีค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (*r*) อยู่ระหว่าง +0.3933 ถึง +0.6696 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ +0.4965 แสดงถึงทัศนคติเชิงบวก (+) ของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับดี ในขณะที่ค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (*r*) ระหว่างลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรที่ให้ข้อมูลในแต่ละหัวข้อคำถามในแบบสอบถาม มีค่าสูงมากซึ่งค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (*r*) อยู่ระหว่าง +0.9039 ถึง +0.9999 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทางสถิติความสัมพันธ์ (Correlation, r) ระหว่างคะแนนความพึงพอใจกับการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชี (Confidence interval, 95%, Alpha<0.05)

	1	2(1)	2 (2)	2 (3)	3	4	5	6
1								
2 (1)	0.6696							
2 (2)	0.5817	0.9200						
2 (3)	0.5833	0.9858	0.9628					
3	0.4224	0.9258	0.9683	0.9756				
4	0.4752	0.9568	0.9623	0.9897	0.9936			
5	0.3933	0.9052	0.9675	0.9635	0.9985	0.9863		
6	0.4246	0.9039	0.9776	0.9628	0.9956	0.9807	0.9980	
7	0.4224	0.9258	0.9683	0.9756	0.9999	0.9936	0.9985	0.9956
Average	0.4965	0.9319	0.9678	0.9735	0.9969	0.9869	0.9983	0.9956

หมายเหตุ 1 คะแนนระดับทัศนคติของประชากรตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล 2 หน่วยงานมีแผนการดำเนินงาน การตรวจสอบ การบริหารด้านการเงินการบัญชี มีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด ของหน่วยงาน (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน (2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) โรงพยาบาลชุมชน 3 การจัดสรรงบประมาณประจำปีระดับจังหวัดมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและเป็นธรรม 4 บุคลากรด้านการเงินการบัญชีได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการเงินการบัญชีอย่างต่อเนื่อง 5 การตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนลงสู่ระดับอำเภอ ตำบลจัดระบบได้ดีเพียงใด 6 บุคลากรด้านการเงินการบัญชีได้รับรู้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา 7 ระบบการติดตามผลการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ถึงระดับอำเภอ และตำบล

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติจากกล่าวได้ว่าแนวโน้มความสัมพันธ์ของทัศนคติเชิงบวก (+) ของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีในแต่ละประเด็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับดีมาก

จากการศึกษาวิจัยเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนโดยวิธีสำรวจกลุ่มประชากรตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็น ทัศนคติ ต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จะเห็นได้ว่า กลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวนี้มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนโดยภาพรวมในระดับดีถึงระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนทัศนคติเชิงบวก (+) ที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับดี ในขณะที่ค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (r) ระหว่างลำดับจำนวนเปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรที่ให้ข้อมูลในแต่ละหัวข้อคำถามในแบบสอบถาม มีค่าสูงมาก นั่นคือ แนวโน้มความสัมพันธ์ของทัศนคติเชิงบวก (+) ของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีในแต่ละประเด็น

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนอยู่ในระดับดีมาก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผลการดำเนินงานการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน มีความสำเร็จตามเป้าหมายในเกณฑ์ดี

อภิปรายผล

การตรวจสอบภายในมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบการควบคุม ภายในตามขั้นตอนระเบียบของทางราชการ ได้แก่ 1) เงินสดและเงินฝากธนาคาร มีคำสั่งการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนและมีการดำเนินการไปตามแนวปฏิบัติด้านการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินสดในมือ การนำเงินส่งคลัง การบันทึกบัญชี การเก็บเงิน และ 2) ด้านทรัพย์สิน มีการแบ่งหน้าที่บุคคลให้รับผิดชอบ โดยมีการดำเนินการตามความเหมาะสมของการใช้ มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลป้องกันทรัพย์สิน แยกตามงาน/กลุ่มงาน และมีการจัดทำบัญชีทรัพย์สิน อยู่ตามงาน/กลุ่มงานและ 3) การรายงานการเงิน มีการดำเนินการจัดการทำบัญชีแยกประเภทและบันทึกรายการมีการสอบถามเป็นครั้งคราว

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรระดับอำเภอที่ได้รับการตรวจสอบภายใน จากคณะทำงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรผู้ได้รับการตรวจสอบภายในมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน ในระดับดี ถึงระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนทัศนคติเชิงบวก (+) ที่มีต่อการดำเนินงาน

การศึกษาความพึงพอใจมักดำเนินการในกลุ่มการให้บริการ หรือเมื่อมีการนำนโยบายใหม่ๆ ใดมาใช้ ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นเสียงสะท้อนให้เกิดการปรับปรุงการทำงานเพื่อให้องค์กรบรรลุตามเป้าหมาย เช่น การศึกษาของภูมิรินทร์ พุ่มพันธุ์ม่วง (2547) ได้สรุปว่า ข้าราชการตำรวจ สังกัดกองบังคับการตำรวจปราบปรามยาเสพติด 2 โดยภาพรวมมีความพึงพอใจในการทำงานของหน่วยงานในระดับมาก แต่จะมีความพึงพอใจในการทำงานของหน่วยงานแตกต่างกันเมื่อการเปรียบเทียบแยกตามระดับการศึกษา

ระยะเวลาทำงาน ระดับชั้นยศ อัตราเงินเดือน และประเภทงานที่รับผิดชอบ ในขณะที่ชุดีมา เทียงคำ (2547) ได้ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมของนักบัญชีและการเงินของบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) อยู่ในระดับปานกลาง แต่จะมีความพึงพอใจในงานแตกต่างกันแต่เมื่อการเปรียบเทียบแยกกลุ่มประชากรที่สำรวจตามเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับตำแหน่ง ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และระยะเวลาการทำงาน และจากการศึกษาของบรรยง ตั้งวรธรรม (2547) ได้ศึกษาพบว่า พนักงานของบริษัท แคปปิตอลแมกซ์ จำกัด มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัย ได้แก่ บุคคล ลักษณะงาน และความศรัทธาต่อองค์กร มีผลกระทบต่ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทเป็นต้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ด้านการตรวจสอบภายในมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบการควบคุม ภายในตามขั้นตอนระเบียบของทางราชการ โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้ 1) ด้านการควบคุมภายใน ควรให้มีการสอนงานอย่างต่อเนื่องในกลุ่มของบุคลากร 2) ด้านการเงินการบัญชีการดูแลรักษาทรัพย์สิน ควรให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนและตรวจสอบซึ่งกันและกันและ 3) การติดตามตรวจสอบภายในแก่บุคลากร ระดับอำเภอควรมีกิจกรรม ตรวจสอบไขว้กันระหว่างหน่วยงาน ระดับ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ด้านความพึงพอใจของบุคลากรระดับอำเภอที่ได้รับการตรวจสอบภายใน จากคณะทำงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรผู้ได้รับการตรวจสอบภายในมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน ในระดับดี ถึงระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนทัศนคติเชิงบวก (+) ที่มีต่อการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาบุคลากรด้านในเนื้อหา ของ แนวปฏิบัติการควบคุมภายในการตรวจสอบภายใน

แก่บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ
ให้หน่วยงานเหล่านี้ได้นำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีด้านธ
รรมาภิบาลของหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ลำพูนที่ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัย ทีมตรวจราชการ
และประสานงานกระทรวงสาธารณสุขที่ให้คำแนะนำ

แนวทางปฏิบัติงานด้านการเงินการบัญชี ขอขอบคุณผู้
บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้าน
การเงิน การบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรง
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน
ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือการออกแบบสอบถาม และคณะ
นิเทศงานตรวจสอบภายในของเขตสุขภาพที่ 1 ที่ได้ให้คำ
ปรึกษาแนะนำอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- จรัสศรี จิตชัย. การตรวจสอบการเงินการบัญชีในระบบ GFMIS สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด
เขต 3; [Online] 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.roiet3.go.th/index.php/2016-10-03-16-54-50/211-gfmis/>
- ชุติมา เทียงคำ. (2547). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของนักบัญชีและนักการเงิน บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน).
วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ดิน ปรัชญพฤทธิ. (2539). เอกสารประกอบคำสอนชุดวิชาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บรรยง ตั้งวรรธม. (2547). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท แคปปิตอลแมกซ์ จำกัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์. (2535). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ: B & B Publishing.
- ภูมิินทร์ พุ่มพันธุ์ม่วง. (2547). ความพึงพอใจในการทำงานของตำรวจกองบังคับการตำรวจปราบปรามยาเสพติด 2.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชารัฐศาสตร์. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2542). การประเมินโครงการแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรเดช จันทรศร และไพโรจน์ ภทรนรากุล. (2541). การประเมินผลระบบปิด. กรุงเทพฯ: สมาคมรัฐประศาสนศาสตร์.
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. มาตรฐานการตรวจสอบภายใน. กลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา;
[Online] 2557. [สืบค้นเมื่อวันที่ 02 กันยายน 2560]. แหล่งข้อมูล: URL: http://www.senate.go.th/km_senate2/doc/57/k4.pdf/
- สำนักงานสภาพัฒนาการศึกษารัฐ. (2545). ชุดวิชาการประเมินเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักมาตรฐานการศึกษา
สำนักงานสภาพัฒนาการศึกษารัฐ.
- Bryman, Alan, Cramer, Duncan. Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 and 19: A Guide for
Social Scientists. New York: Rout ledge. ISBN978-0-415-57918-6 2011. [cited 2017, September
02]; Available from: URL : <https://en.wikipedia.org/wiki/SPSS/>
- Sukanya Junhune. CIPP Model 2015. [cited 2016, December 28]; Available from: URL: <https://sukanya5581103069.wordpress.com/2015/11/05/cipp-model/html>
- William M.K. Trochim. Research Methods Knowledge Base 2006. [cited 2017, August 13]; Available
from: URL: <https://www.socialresearchmethods.net/kb/index.php/>