

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพ

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

วารสารสารานุกรมสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2559

Lanna Public Health Journal Volume 12 No. 1 January-June 2016

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ
ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ตามมาตรฐานกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ
พ.ศ. 2548 ประเทศไทย

โรคที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในผู้ป่วย
โรงพยาบาลลำพูน

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)
ของโรงพยาบาลแม่วาว จังหวัดเชียงใหม่

การประเมินระบบเพียรระวังโรคไข้เลือดออก
โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ผลของหนังสือสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการ
รับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข่าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลจอมทอง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของพู่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสาธารณสุขสุพรรณ

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิทยา	หลิวเสรี	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
แพทย์หญิงเสาวนีย์	วิบูลสันติ	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการ

ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุณทอง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.คม สุนทรสรพ์	ศ.ดร.ธีรภาพ เจริญวิริยะภาพ	นางสาวศรีสุชา เชาว์พร้อม
รศ.ดร.ปรัชญา สมบูรณ์	รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์	นายสมศักดิ์ นาคกลิ่นกุล
รศ.ธีรภัทร วรรณกุล	รศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดช	ดร.นันทวี ปิ่นปันคง
รศ.ดร.สมเดช ศรีชัยรัตนกุล	ผศ.ดร.ยุทธนา หมนันต์	นพ.มงคล ดวงหาลัง
ผศ.ดร.มนชา เก่งการพานิช	ผศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์	นายจักรภาพ ชาติสุวรรณ
ดร.ดำรงพันธุ์ ทองวัฒน์	นพ.จรัส สิงห์แก้ว	นางสาวจิตรรัตน์ ปองทอง
ภก.สุวิสา ศิริ	นางสาวเมตตา คำอินทร์	ดร.อดิพร แซ่อึ้ง
ผศ.ลำปาง แสนจันทร์	ดร.ปิยะดา คุณาวารักษ์	ผศ.ดร.ยิ่งมณี ตระกูลพั้ว
ดร.อังคณา แซ่เจ็ง	ผศ.ดร.ธารรัตน์ ชือตอพอ	ดร.อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร
นางสิริหญิง ทิพศรีราช	พญ.ปิยะกุล ลูคิง	ภก.ณัฐนันท์ เชื้อชาลาคม
นายอำนวยการ ทิพศรีราช		

คณะเตรียมต้นฉบับ

นางกานต์ธิดา เรืองเจริญ	นางสาวสุธาสินี มาแดง	นายเผด็จ แก้วควัน
-------------------------	----------------------	-------------------

คณะประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นางสาวกาญจนา โกตีทิพย์	นางเจนจิรา จันสุภา
------------------------	--------------------

คณะพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์

นายชลวิตร ชมพูงาม	นางสาวพัชณี สุมทรอาลัย
-------------------	------------------------

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (กลุ่มพัฒนาวิชาการ)
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-221529 โทรสาร 053-212389 E-mail : lannadpc10@gmail.com
Website: <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง (มกราคม และ กรกฎาคม)

พิมพ์ที่

บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด 108 ซอยพงษ์สุวรรณ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทร. 053-216962 E-mail : siampimnana@gmail.com www.siampimnana.com

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์ใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใส่คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล พร้อมชื่อหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยเรียงตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วย ความสำคัญและความเป็นมา วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ตามหลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบของ The American Psychological Association (APA style) 6th Edition ศึกษาเพิ่มเติมได้จาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

การเตรียมต้นฉบับ

1. ขนาดของต้นฉบับ กำหนดขนาดกระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์โดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 พ้อยท์ และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 11/2 บรรทัด (1-2 space)

2. ภาพประกอบ เป็นภาพสีหรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

3. พิมพ์หัวข้อตามลำดับ และรูปแบบการจัดหน้า โดยใช้ตัวหนา ดังนี้

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อ-สกุลผู้แต่ง วุฒิการศึกษาอย่างย่อ หน่วยงานต้นสังกัดภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ:

Abstract

Keywords:

บทนำ

วิธีการศึกษา

ผลการศึกษา

อภิปรายผล
ข้อเสนอแนะ
กิตติกรรมประกาศ
เอกสารอ้างอิง

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
 2. ให้ผู้เขียนบทความเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญบทความ (Peer Review) จำนวน 3 - 5 ท่าน พร้อมข้อมูลติดต่อ ประกอบด้วย ชื่อ - สกุล, ตำแหน่ง, สถานที่ทำงาน, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail
 3. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนสำหรับเรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
- ผู้เขียนสามารถ Download เอกสารได้ที่ Website : <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

การส่งต้นฉบับ

ผู้เขียนเข้าไปลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขสุพรรณ ได้ที่
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ/user/register>

กรณีต้องการติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขสุพรรณ
กลุ่มพัฒนาระบบราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E mail address: lannadpc10@gmail.com
โทรศัพท์ 0 5322 1529
โทรสาร 0 5321 2389

สารบัญ

- 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ตาม
มาตรฐานกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ประเทศไทย
Factors affecting the development of core capacity requirements at Chiang Mai International
airports into the country designated by the International Health Regulations 2005, Thailand)
วีรพงษ์ ปงจันทา Weeraphong Pongchanta
อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร Adulsak Wijit
- 16 โรคที่สัมพันธ์กับ โรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน
Diseases Associated with Retinal Vein Occlusion in Lamphun Hospital
กฤติกา อุบโยคิน Krittika Upayokin
- 23 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ของโรงพยาบาลแม่อาง
จังหวัดเชียงใหม่
Development of the system for treatment the pulmonary tuberculosis patients with Directly
Observed Treatment, Short-Course (DOTS) in Mae Wang hospital, Chiang Mai province
ไพฑูรย์ อุ่นบ้าน Paitoon Aunban
- 37 การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
Evaluation of Dengue Surveillance System of Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province
กชพร อินทวงศ์ Kotchaporn Intravong
- 48 ผลของหนังสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง
ในโรงพยาบาลจอมทอง
The Effect of Short Film on Anxiety Level in Patients
Undergoing Regional Anesthesia in Chomthong Hospital
กนกวรรณ อุทัยวรรณ Kanokwan Uthaiwan
- 57 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
Factors affecting burden of caregivers for the elderly bed-bound in Banhong District, Lamphun.
สาริกซ์ พรหมมารัตน์ Sarik Promarat

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ
ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ตามมาตรฐานกำหนดกฎอนามัย
ระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ประเทศไทย
(Factors affecting the development of core capacity requirements at
Chiang Mai International airports into the country designated by the
International Health Regulations 2005, Thailand)

* วีรพงษ์ ปงจันทา ส.บ (สาธารณสุขศาสตร์) Weeraphong Pongchanta B.P.H. (Public Health)

* อุดลย์ศักดิ์ วิจิตร ปร.ด (ปรสิตวิทยา) Adulsak Wijit Ph.D. (Parasitology)

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control, 1st Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลัก ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรตัวอย่าง คือ คณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการเดือนมกราคม ถึงพฤษภาคม 2558 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา รูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยวิธี Stepwise ผลการศึกษา พบว่า คณะทำงานเพศชายเท่ากับเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 58.0 มีระยะเวลาทำงานในช่องทางเข้าออกประเทศในช่วง 1 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.0 เมื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะหลักทั้ง 9 ด้าน พบว่าทุกด้านมีระดับการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{x} = 4.06$, $S.D. = 0.55$) และเมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ 1) ด้านสมรรถนะหลักในการประสานกับเหตุการณ์เกิดขึ้น คือ ปัจจัยด้านกำหนดวิธีสัทัศน์ และ ปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน ซึ่งสมการการพยากรณ์สามารถอธิบายได้ ร้อยละ 65.6 ($R \text{ Square} = 0.65$) 2) ด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) คือ ปัจจัยด้านการกำหนดวิธีสัทัศน์และด้านกระบวนการทำงาน ซึ่งสมการสามารถอธิบายได้ร้อยละ 68.3 ($R \text{ Square} = 0.68$) และ 3) ด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (ในภาวะฉุกเฉิน) คือ ปัจจัยด้านภูมิหลังและด้านสภาพแวดล้อม และ บรรยากาศในการทำงาน ซึ่งสมการสามารถอธิบายได้ร้อยละ 67.3 ($R \text{ Square} = 0.67$)

คำสำคัญ: กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548, ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่

Abstract

This study aimed to identify the operational level and factors affecting the development of core capacity requirement at the point of entry in Chiang Mai International airport Thailand. This is a descriptive research. Population consisted of 50 officers who were assigned to work for the core capacity development of POE according to the appointment of Chiang Mai International airports authority. The tool used in the research was the questionnaire. The data collection time was during January to May 2015. The statistics used included frequency, percentage, weighted mean, multiple correlation coefficients and multiple linear regressions by Stepwise method. The study shown that, the number of male staff was equal to female number or 50.0 %. Most graduated with bachelor degree accounted for 58.0 % They have been working for 1-10 years accounted for 88.0 %t. According to the study of the core competencies with the consideration into 9 aspects, every aspect met the operational level in the high level (= 4.06, SD = 0.55) The linear regression analysis has shown that, the factors affecting the development of core competencies in terms of the event coordination were organizational vision factors and working process factors,

Key words: International Health Regulations 2005, IHR, factors affecting development, Point of entry (POE), Chiang Mai International Airport

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 หรือ International Health Regulation 2005 (IHR 2005) มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลกร่วมกันจัดทำและถือปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบ จัดการระบาดของโรคและภัยคุกคามด้านสาธารณสุข วางมาตรการป้องกัน ควบคุมโรค และลดผลกระทบต่อ การเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด ทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทยได้ลงนามข้อตกลงในการ พัฒนาศมรรณะ (สำนักโรคติดต่อ, 2556, Ungchusak

K et al., 2008, WHO, 2011) ประเทศไทยได้กำหนด กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 15 มิถุนายน 2550 โดยคณะรัฐมนตรีได้มอบให้กระทรวง สาธารณสุขเป็นผู้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน กระทรวงต่างๆ 18 กระทรวง ร่วมเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งคณะอนุกรรมการ 4 คณะ คำสั่งกระทรวง สาธารณสุข ที่ 559/2551 เรื่องการแต่งตั้งคณะ อนุกรรมการ IHR ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2551(กระทรวง สาธารณสุข, 2550., 2551) ทั้งนี้การพัฒนาช่องทางเข้า ออกระหว่างประเทศ มีปลัดกระทรวงคมนาคมเป็น

ประธานคณะกรรมการ จัดทำแผนพัฒนาด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ หนึ่งในวัตถุประสงค์ของการพัฒนา คือ พัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ ให้สามารถปฏิบัติได้ตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 โดยมีความคาดหวังให้ช่องทางเข้าออกประเทศมีความพร้อมตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ และสามารถปฏิบัติตามกฎอนามัยนี้ได้ภายใน 5 ปี (กระทรวงคมนาคม, 2553, กระทรวงสาธารณสุข, 2551) สำหรับการประเมินสมรรถนะหลัก ได้ใช้คู่มือการประเมินขององค์การอนามัยโลก 2009 (กรมควบคุมโรค, 2557., WHO, 2011) ผลการดำเนินงานมีการพัฒนาดีขึ้นตามลำดับแต่ดำเนินอย่างช้าๆ ไม่ทันกับการพัฒนาการแพร่โรค และ ภัยที่ช่องทางจะต้องแก้ไข ตอบโต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2557) อีกทั้งคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศบางแห่งมิได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะให้มีประสิทธิภาพ (วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล, 2556)

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนา การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ (Point of entry: PoE) มีผู้อำนวยการท่าอากาศยานเชียงใหม่เป็นผู้บริหารช่องทางและมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นฝ่ายเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกตามที่กำหนดใน IHR ได้กำหนดแผนเป้าหมายในการดำเนินงานเมื่อสิ้นปี 2559 ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำหนดร้อยละ 80 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานที่ผ่านมาในภาพรวมของประเทศผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 และได้มีการประเมินมาตรฐานทุกปี แม้ว่าช่องทางเข้าออกประเทศจะผ่านเกณฑ์ประเมินตามข้อกำหนดก็ตาม แต่ยังมีรายละเอียดในเชิงคุณภาพที่จำเป็นต้องพัฒนา และยังมีปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา เช่น ด้านการจัดสถานที่สำหรับการเข้าถึงบริการทางแพทย์ที่เหมาะสม การสร้างความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมปลอดภัยสำหรับผู้เดินทาง การประเมินแยกกันผู้เดินทาง

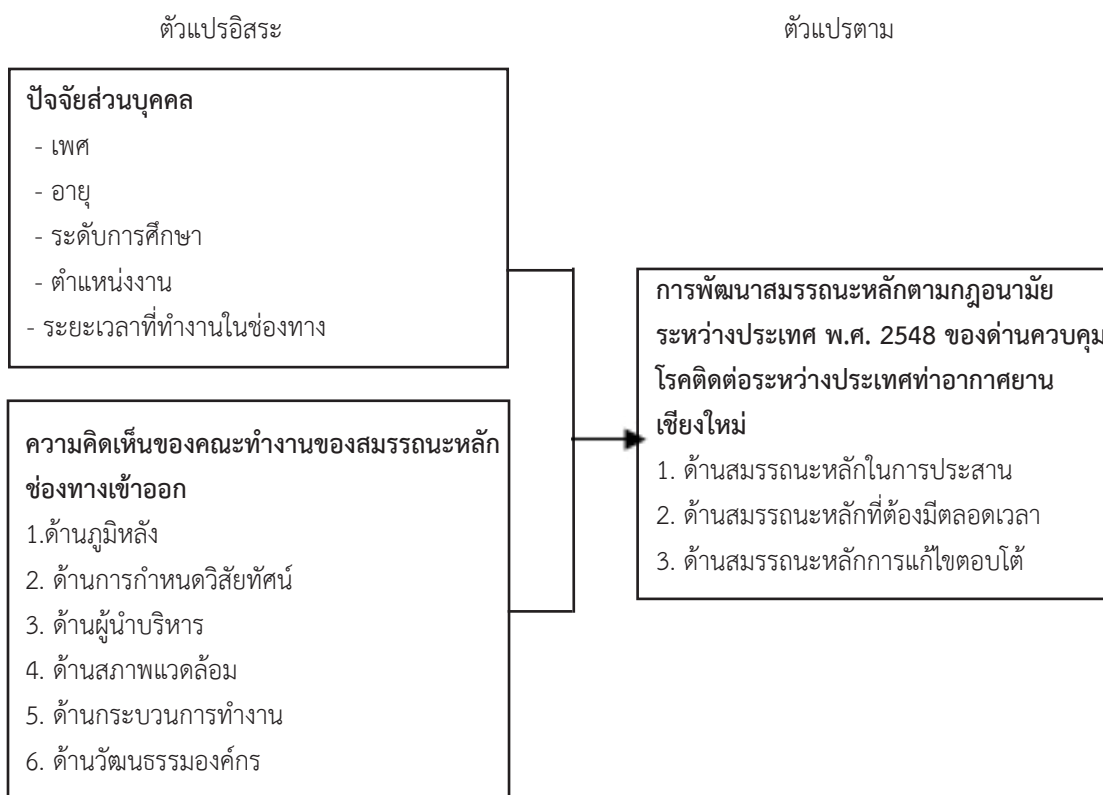
การจัดระบบเฝ้าระวัง การตรวจจับ ตอบโต้เหตุการณ์ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายในช่องทางที่เป็นคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่ซับซ้อนมากมายจึงเป็นเหตุผลที่ต้องทำการศึกษา ค้นคว้าหาข้อความจริงของการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทาง และหารูปแบบเพื่อพัฒนาต่อไป

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาด้านระดับปฏิบัติงานของคณะทำงานตามสมรรถนะและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศให้ได้ตามมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปฏิบัติสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ระยะเวลาการสำรวจ เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2558 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลภายในทุกหน่วยงานที่เป็นคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ ของท่าอากาศยานนานาชาติจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งลงนามแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วยผู้แทนจากท่าอากาศยานเชียงใหม่ สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เทศบาลตำบลสุเทพ ศูนย์ควบคุมการบินเชียงใหม่ ด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านศุลกากร ตำรวจภูธรภูพิงค์ราชินีเวศน์ ด้านตรวจพืช ด้านกักสัตว์ ด้านตรวจสัตว์ป่า ด้านตรวจสัตว์น้ำ และ กองบิน 41 เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถาม เรื่อง ระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศด่านควบคุมระหว่างประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม เรื่อง ระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศด่านควบคุมระหว่างประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาที่ทำงานในช่องทาง

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับภูมิหลัง ได้แก่ รับทราบว่าการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศที่มีผลต่อชาติ ทราบที่มา สำคัญ เจตนารมณ์ และขอบเขตของกฎอนามัยระหว่างประเทศ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการผลักดันให้ช่องทางผ่านเกณฑ์การประเมิน และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติใน 8 ด้าน ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทางฯ ด้านผู้นำบริหารช่องทางฯ ผู้บริหารหน่วยงาน ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงาน ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านสมรรถนะหลักในการประสานสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น ด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) และด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน)

การศึกษาระดับการปฏิบัติของคณะทำงานของสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ด้านต่าง ๆ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน

มีระดับการปฏิบัติมาก 4 คะแนน

มีระดับการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน

มีระดับการปฏิบัติน้อย 2 คะแนน

มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด 1 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายของคะแนน โดยวิธีการคำนวณอัตราภาคชั้น เพื่อแบ่งช่วงระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

$$\text{ระดับคะแนนเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติ เป็นดังนี้

4.20 – 5.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติมากที่สุด

3.40 – 4.19 หมายถึง ระดับการปฏิบัติมาก

2.60 – 3.39 หมายถึง ระดับการปฏิบัติปานกลาง

1.80 – 2.59 หมายถึง ระดับการปฏิบัติน้อย

1.00 – 1.79 หมายถึง ระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 คำถามแบบปลายเปิด (Open Ended)

เป็นคำถามเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้รู้ทำงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศที่ปฏิบัติงานท่าเรือพาณิชย์เชียงแสน จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีลักษณะงานเหมือนกันกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.989

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิง

วิเคราะห์การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของคณะทำงานพบว่า คณะทำงานเพศชายเท่ากับเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.0 และมีอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.0 เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 58.0 รองลงมา จบการศึกษาในระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 36.0 และ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.0 ด้านตำแหน่งงานเป็นข้าราชการเท่ากับพนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทำงานในช่องทางในช่วง 10– 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา มีระยะเวลาที่ทำงานในช่องทางในช่วง 1– 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับการปฏิบัติของคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านภูมิหลัง และ ความคิดเห็นของคณะทำงานของสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติใน 8 ด้าน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับการปฏิบัติของคณะทำงานในภาพรวมทั้ง 9 ด้าน

ผลการศึกษาข้อมูลระดับการปฏิบัติของคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศทั้ง 9 ด้าน พบว่า ในภาพรวมคณะทำงานมีระดับปฏิบัติในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับการปฏิบัติระดับมาก ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีระดับปฏิบัติในระดับมากได้แก่ ด้านภูมิหลัง ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.65) ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ การกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.65)

ด้านผู้นำบริหารช่องทางฯ/ผู้บริหารหน่วยงาน ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.60) ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.55) ด้านกระบวนการทำงานในขณะทำงาน ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.55) ด้านวัฒนธรรมองค์กร ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.55) ด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น

($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.52) ด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลาในภาวะปกติ ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.61) และด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน) ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.56) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของคณะทำงานในภาพรวม ด้านระดับการปฏิบัติ

ด้าน	ระดับการปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
1. ด้านภูมิหลัง	3.76	0.657	มาก
2. ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทางฯ	3.76	0.657	มาก
3. ด้านผู้นำบริหารช่องทางฯ/ผู้บริหารหน่วยงาน	4.00	0.606	มาก
4 ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน	4.02	0.553	มาก
5. ด้านกระบวนการทำงานในขณะทำงาน	4.24	0.555	มาก
6. ด้านวัฒนธรรมองค์กร	3.98	0.553	มาก
7. ด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น	4.02	0.526	มาก
8. ด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา(ในภาวะปกติ)	4.08	0.613	มาก
9. ด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน)	4.02	0.565	มาก
รวม	4.06	0.550	มาก

ผลการศึกษาข้อมูลด้านภูมิหลังของคณะทำงานพบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.65) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ รับทราบว่าการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ เป็นนโยบายระดับชาติ ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.93) รู้ว่าต้องมีคณะทำงานสมรรถนะหลักที่ช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 1.15) ทราบว่าเหตุใดประเทศไทยจึงรับกฎอนามัยระหว่างประเทศ มาปฏิบัติ ($\bar{x} = 3.78$, S.D. = 0.87) ความพึงใจในการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา

สมรรถนะหลักช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 1.01) เข้าใจสาระสำคัญในเจตนารมณ์ และขอบเขตของกฎอนามัยฯ ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.89) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 1.01) ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ มีส่วนร่วมในการผลักดันให้ช่องทางผ่านตามเกณฑ์ประเมินกฎอนามัยระหว่างประเทศ ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 1.02) รู้ว่ากฎอนามัยระหว่างประเทศมีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.28$, S.D. = 0.97) เคยเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาช่องทางกฎอนามัย

ระหว่างประเทศ ในระดับพื้นที่ ($\bar{x} = 3.25$, S.D. = 1.29) มีความรู้เกี่ยวกับกฎอนามัยระหว่างประเทศเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.03$, S.D. = 0.88) เคยเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาช่องทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในระดับส่วนกลาง ($\bar{x} = 2.63$, S.D. = 1.40)

2. ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.65) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ คณะทำงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ / ภารกิจ ร่วมกันพัฒนาสมรรถนะหลักของช่องทางชัดเจน ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.71) หน่วยงานของข้าพเจ้าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 1.07) คณะทำงานส่วนใหญ่มีมติเห็นพ้องต้องกันต่อกลวิธีการทำงานพัฒนาสมรรถนะหลัก ($\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.85) คณะทำงานมีการแบ่งขอบเขตอำนาจ หน้าที่ที่มีความชัดเจนเหมาะสมเป็นขั้นตอนสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานฯ ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.79) หน่วยงานข้าพเจ้ามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และผลสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะหลัก ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = 0.84) และโครงสร้างการปฏิบัติงานร่วมกันในคณะทำงานมีความเหมาะสมกับการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.89)

ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ หน่วยงานมีการปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานฯ มีจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมกับภารกิจ ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.93)

3. ด้านผู้นำบริหารช่องทาง/ผู้บริหารหน่วยงานของคณะทำงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านผู้นำบริหารช่องทางฯ / ผู้บริหารหน่วยงานของคณะทำงานพบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.75) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกประเด็นมีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานข้าพเจ้าให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ($\bar{x} = 4.07$, S.D. = 0.96) ผู้บริหารช่องทางฯ เป็นผู้เื้อ

ให้คณะทำงานฯ การดำเนินงานอย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 0.88) ผู้บริหารช่องทางฯ เปิดโอกาสให้คณะทำงานฯ เปิดโอกาสให้มีอิสระทำงาน ชักถาม หรือแสดงความคิดเห็น ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.86) ผู้บริหารช่องทางฯ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะอย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.86) ผู้บริหารช่องทางฯ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ เป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.79$, S.D. = 0.89) ผู้บริหารช่องทางฯ มีการประชุมพบปะพูดคุยกันในการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะหลักอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.78$, S.D. = 0.89) ผู้บริหารช่องทางฯ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงาน อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.83) ผู้บริหารช่องทางฯ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันจนสามารถให้ช่องทางฯ ผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.75)

4. ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานของคณะทำงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม และบรรยากาศในการทำงานของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.55) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ บรรยากาศการปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานมีลักษณะเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ผ่อนคลาย และปราศจากความเครียด ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.88) การปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานมีความไว้วางใจ เปิดรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.88) การปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานมีความเป็นมิตร เคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.92) บรรยากาศการทำงานของคณะทำงาน มีความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ไม่มีแบ่งพรรค แบ่งพวก ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.91) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและผู้บริหารช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = 0.86) ด้านสภาพแวดล้อม และบรรยากาศในการทำงาน ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 1.00)

ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ขวัญกำลังใจ และแรงจูงใจในการพัฒนาสมรรถนะช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 1.01)

5. ด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงานฯ

ผลการศึกษาข้อมูลด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงานฯ พบว่า คณะทำงานฯ ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.55) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ คณะทำงานฯ มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกัน รวดเร็ว ทันเวลา ทันเหตุการณ์ ($\bar{x} = 4.54$, S.D. = 0.88) การบริหารงานที่ดีของประธานช่องทางหรือผู้บังคับบัญชา มีส่วนร่วมให้การปฏิบัติงานร่วมของการพัฒนาช่องทางให้ประสบความสำเร็จในเกณฑ์ตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ ($\bar{x} = 4.38$, S.D. = 0.92) คณะทำงานสามารถรวมตัว มาประชุมอย่างง่ายดาย ถ้ามีความจำเป็นต้องมีการประชุมเร่งด่วน กรณีเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ช่องทางฯ ($\bar{x} = 3.94$, S.D. = 0.90) มีการปฏิบัติงานร่วมกันทำให้คณะทำงานฯ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.91$, S.D. = 0.81)

ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ คณะทำงานฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงานร่วมกันอยู่เป็นประจำ (ทุก 3 เดือน เป็นอย่างต่ำ) ($\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.86)

6. ด้านวัฒนธรรมองค์กรของคณะทำงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านวัฒนธรรมองค์กรของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.55) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกประเด็นมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ คณะทำงานฯ ปฏิบัติงานร่วมกันรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงานอย่างมีเหตุผล ($\bar{x} = 4.30$, S.D. = 0.87) หน่วยงานต้นสังกัดได้เห็นความสำคัญ และได้พัฒนาความรู้เพื่อให้สามารถพัฒนาสอดคล้องกับการพัฒนาระบบหลักช่องทางอยู่เสมอ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.86) คณะทำงานได้จัดการนำความรู้วิชาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาระบบให้เพื่อนร่วมงานรับทราบ ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 0.92) เมื่อมีความขัดแย้ง ความเห็นไม่ตรงกัน ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ประธานฯ/คณะทำงานฯ สามารถปรับความเข้าใจกับ

เพื่อนร่วมงานได้ ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.96) คณะทำงานฯ ได้พัฒนาความรู้ ทักษะ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกันอยู่เสมอ ($\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.99)

7. ด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสาร ข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้นของคณะทำงาน

ผลการศึกษาข้อมูลด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสาร ข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้นของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.52) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ คณะทำงานได้ร่วมจัดทำขั้นตอน กลไกการสื่อสารกับหน่วยงานระดับพื้นที่ จังหวัด ระดับชาติ และระหว่างประเทศ ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.84) หน่วยงานข้าพเจ้ามีความเข้าใจในขั้นตอนการประสานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสื่อสารเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.87) มีการนิเทศ ให้คำปรึกษาในการพัฒนาระบบสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีของผู้ร่วมงานในคณะทำงานฯ ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.92)

ประเด็นที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ หน่วยงานข้าพเจ้ามีความเข้าใจในขั้นตอนการประสาน กับผู้ควบคุมยานพาหนะ และสื่อสารเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.85)

8. ด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ)

ผลการศึกษาข้อมูลด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) ของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.61) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกประเด็นมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ในช่องทางที่ทำงานปัจจุบัน จัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้เดินทาง ได้แก่ น้ำดื่ม อาหาร ห้องสุขาสาธารณะ ขยะ สิ่งปฏิกูล ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.84) หน่วยงานทราบขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย และทราบบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างชัดเจน ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.79) คณะทำงานได้กำหนดให้มีการจัดการบริหารและมีข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยงานพร้อมให้บริการดูแลผู้

เดินทางป่วย หรือสงสัยป่วย จัดบริการที่ช่องทางไว้ชัดเจน และเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติ ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.78) สามารถใช้เครื่องป้องกันตนเองเมื่อเกิดภัยหรือโรคระบาดได้อย่างถูกต้อง ($\bar{x} = 3.89$, S.D. = 0.76) คณะทำงานได้จัดให้มีการความพร้อม เพื่อให้มีการบริการด้านการแพทย์สิ่งอำนวยความสะดวก เจ้าหน้าที่ วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และสถานที่อย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = 0.75)

9. ด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง(ในภาวะฉุกเฉิน)

ผลการศึกษาข้อมูลด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน) ของคณะทำงาน พบว่า คณะทำงานส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D. = 0.56) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกประเด็นมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ได้แก่ หน่วยงานได้รับแผนฉุกเฉินฯ ของช่องทาง ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.78) หน่วยงานเข้าร่วมการฝึกอบรม หรือซ้อมแผนทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 1.05) หน่วยงานได้รับความเห็นชอบในบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการตอบโต้อย่างชัดเจน ($\bar{x} = 3.97$, S.D. = 0.85) หน่วยงานมีแผนการตอบโต้ และผสมผสานกับแผนการแก้ไขภาวะฉุกเฉินของช่องทางฯ อย่างชัดเจน ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 0.85) หน่วยงานร่วมจัดทำแผนแก้ไข (ตอบโต้) ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = 0.91)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ จะแยกวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ทำงานในช่องทาง คะแนนรวมด้านภูมิหลัง ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ด้านผู้นำบริหารช่องทาง/ผู้บริหารหน่วยงาน ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ด้านกระบวนการ

ทำงาน และด้านวัฒนธรรมองค์กรกับการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่

ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

X_1 คือ เพศ, X_2 คือ อายุ, X_3 คือ ระดับการศึกษา, X_4 คือ ตำแหน่งงาน, X_5 คือ ระยะเวลาที่ทำงานในช่องทาง, X_6 คือ คะแนนรวมด้านภูมิหลัง, X_7 คือ คะแนนรวมด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทางฯ, X_8 คือ คะแนนรวมด้านผู้นำบริหารช่องทาง/ผู้บริหารหน่วยงาน, X_9 คือ คะแนนรวมด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน, X_{10} คือ คะแนนรวมด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงาน, X_{11} คือ คะแนนรวมด้านวัฒนธรรมองค์กร, Y_1 คือ คะแนนรวมด้านสมรรถนะหลักในการประสานสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น, Y_2 คือ คะแนนรวมด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) Y_3 คือ คะแนนรวมด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า คู่ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากับ 1.00 คือ คะแนนรวมด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ (X_7) และคะแนนรวมด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงาน (X_{10}) โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางเดียวกัน ส่วนคู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุดเท่ากับ 0.005 คือ เพศ (X_1) และคะแนนรวมด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงาน (X_{10}) โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางเดียวกัน

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

3.2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศในด้านสมรรถนะหลักใน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ทำงานในช่องทาง คณะกรรมการด้านภูมิหลังด้านการค้าสินค้า ต้นทุนนำ
บริหารช่องทาง/ผู้บริหารหน่วยงาน ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ด้านกระบวนการทำงานและด้านวัฒนธรรมองค์การกับการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกลุณนัยระหว่าง
ประเทศ พ.ศ. 2548 ช่องช่องทางเข้าออกประเทศทำอาภาคณานนนาชาติเอียงใหม่

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	Y ₁	Y ₂	Y ₃
X ₁	1.000	-0.081	0.174	-0.041	0.000	-0.195	-0.1952	-0.127	0.009	-0.009	0.031	-0.068	-0.112	-0.187
X ₂		1.000	0.047	0.830**	0.378**	0.043	0.043	-0.015	-0.021	-0.261	-0.080	0.117	0.031	0.024
X ₃			1.000	0.053	-0.087	-0.058	-0.058	-0.029	-0.072	-0.029	-0.038	-0.182	-0.214	-0.226
X ₄				1.000	0.448**	0.140	0.140	0.062	0.009	-0.132	0.008	0.236	-0.129	-0.125
X ₅					1.000	-0.115	-0.115	-0.162	-0.175	-0.123	-0.092	0.071	-0.075	0.074
X ₆						1.000	1.000**	0.808**	0.773**	0.783**	0.787**	0.775**	0.792**	0.783**
X ₇							1.000	0.808**	0.773**	0.783**	0.787**	0.775**	0.792**	0.783**
X ₈								1.000	0.816**	0.815**	0.781**	0.681**	0.671**	0.723**
X ₉									1.000	0.760**	0.834**	0.688**	0.752**	0.760**
X ₁₀										1.000	0.757**	0.753**	0.766**	0.760**
X ₁₁											1.000	0.716**	0.718**	0.726**
Y ₁												1.000	0.790**	0.815**
Y ₂													1.000	0.881**
Y ₃														1.000

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การประสานกับเหตุการณ์เกิดขึ้น (Y_{11})
 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านกำหนดวิสัยทัศน์ภารกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทางฯ (X_7) และ ปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน (X_{10}) เป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายผลการพัฒนาสมรรถนะหลัก ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ในด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้นโดยได้สมการการพยากรณ์ ดังนี้ $Y_{11} = 0.568 + 0.494(X_7) + 0.368(X_{10}) + \bar{x}$ โดยสมการที่ได้สามารถอธิบาย Y_{11} ได้ถูกต้องร้อยละ 65.6 (R Square

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับด้านสมรรถนะหลักในการประสานสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น (Y_{11})

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	0.568		1.560	0.260
- ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ (X_7)	0.494	0.478	2.997	0.005**
- ด้านกระบวนการทำงาน (X_{10})	0.368	0.379	2.378	0.023*
R Square = 0.656				

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

= 0.656) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3
 3.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎหมายระหว่างประเทศในด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) (Y_{21})
 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ (X_7) และด้านกระบวนการทำงาน (X_{10}) เป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายผลการพัฒนาสมรรถนะหลัก ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ ในด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ)โดยได้สมการการพยากรณ์ ดังนี้ $Y_{21} = 0.162 + 0.553(X_7) + 0.391(X_{10}) + \bar{x}$ โดยสมการที่ได้สามารถอธิบาย Y_{21} ได้ถูกต้องร้อยละ 68.3

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา (ในภาวะปกติ) (Y_{21})

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	0.162		0.431	0.020
- ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ (X_7)	0.553	0.498	3.253	0.003**
- ด้านกระบวนการทำงาน (X_{10})	0.391	0.159	2.452	0.019*
R Square = 0.683				

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 **มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

(R Square = 0.683) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

3.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศในด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน) (Y_{3i})

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านภูมิหลัง (X_6) และด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน (X_9) เป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายผลการพัฒนา

= 0.673) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระกับด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลา

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	0.348		0.919	0.364
- ด้านภูมิหลัง (X_6)	0.519	0.486	3.190	0.003**
- ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน (X_9)	0.396	0.384	2.518	0.017*

R Square = 0.673

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

**มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

(ในภาวะฉุกเฉิน) (Y_{3i})

ส่วนที่ 4 สรุปรวสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ

ผลการสรุปรวสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นพบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจในสมรรถนะที่ต้องมี ร้อยละ 44.0 รองลงมาไม่มีงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 36.0 ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมีมากแล้ว ร้อยละ 34.0 ไม่ทราบความก้าวหน้าของการพัฒนาจากหน่วยงานคณะอนุกรรมการฯ ส่วนกลาง ร้อยละ 26.0 ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง ร้อยละ 18.0 ตามลำดับ

ในด้านเหตุผลส่วนบุคคลต่อความสนใจในการทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศอยากเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาช่องทางที่เป็นหน้าตา

สมรรถนะหลักตามกฎหมาย

ของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานนานาชาติ เชียงใหม่ในด้านสมรรถนะหลักในด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง (ในภาวะฉุกเฉิน) โดยได้สมการการพยากรณ์ ดังนี้

$Y_{3i} = 0.348 + 0.519(X_6) + 0.396(X_9)$ โดยสมการที่ได้สามารถอธิบาย Y_{3i} ได้ถูกต้องร้อยละ 67.3 (R Square

ของประเทศไทย ร้อยละ 30.0 ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ ร้อยละ 24.0 เห็นความตั้งใจของคณะทำงาน ร้อยละ 24.0 เห็นความตั้งใจของผู้บริหารช่องทาง ร้อยละ 22.0 และสนใจและชอบในการพัฒนาของคณะทำงาน ร้อยละ 22.0

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับปฏิบัติตามสมรรถนะหลักและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติ เชียงใหม่ พบว่า ด้านสมรรถนะหลักในการประสาน สื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์เกิดขึ้น มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงใหม่ 1) ด้าน

สมรรถนะหลักในการประสานกับเหตุการณ์เกิดขึ้น และด้านสมรรถนะหลักที่ต้องมีตลอดเวลาในภาวะปกติ คือ ปัจจัยด้านกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงานพัฒนาช่องทาง มีการกำหนดวิสัยทัศน์เป้าหมายการพัฒนาช่องทาง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานไว้อย่างเหมาะสม และปัจจัยด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงานที่ผู้บริหารช่องทางและผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานในคณะทำงานมีส่วนร่วมในการพัฒนา ร่วมตัดสินใจ วางแผน และลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมทั้ง มีการสื่อสารระหว่างหน่วยงานได้ รวดเร็ว ทันเวลา ทันเหตุการณ์ อีกทั้ง คณะทำงานสามารถรวมตัวมาประชุมเมื่อมีสถานการณ์เร่งด่วน กรณีเกิดโรคและภัยที่ช่องทางฯ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศในด้านสมรรถนะหลักการแก้ไขตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ช่องทาง คือ ด้านภูมิหลังที่คณะทำงานรับทราบว่าเป็นนโยบายระดับชาติ และเข้าใจเจตนารมณ์ และขอบเขตของกฎอนามัยเป็นอย่างดี มีความพึงพอใจในการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอดุลย์ศักดิ์ วิจิตร และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนบก ท่าเรือ และท่าอากาศยานตามมาตรฐานกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านด้านวัฒนธรรมองค์กร ประธานช่องทาง และคณะทำงาน สามารถปรับความเข้าใจในกรณีเกิดความขัดแย้ง หรือความเห็นไม่ตรงกัน มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงานอย่างมีเหตุผลตลอดจนมีการพัฒนาความรู้ทักษะ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ดี จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับปฏิบัติตามสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติ เชียงใหม่ ทั้ง 9 ด้านอยู่ในระดับมาก แต่หากพิจารณาในประเด็นย่อยจะพบว่า ด้านภูมิหลัง ที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ได้แก่ มีส่วนร่วมในการผลักดันให้ช่องทางผ่านตามเกณฑ์ประเมินกฎอนามัยระหว่างประเทศ การรับรู้กฎอนามัยระหว่างประเทศมีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศ องค์ความรู้ เกี่ยวกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ และเคยเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาช่องทางกฎอนามัยระหว่างประเทศในระดับพื้นที่ ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจของคณะทำงานในประเด็นหน่วยงานมีการปฏิบัติงานร่วมกันของคณะทำงานฯ มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ กับการกิจมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนมาร่วมปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานในประเด็นขวัญกำลังใจ และ แรงจูงใจในการพัฒนาสมรรถนะช่องทางฯ อยู่ในระดับปานกลาง บางหน่วยงานได้เน้นย้ำให้ความสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานในได้ตามข้อกำหนดกฎอนามัย ด้านกระบวนการทำงานในคณะทำงานในประเด็นคณะทำงานฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงานร่วมกันอยู่เป็นประจำ (ทุก 3 เดือนเป็นอย่างต่ำ) มีผู้ตอบว่า มีระดับการปฏิบัติในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานในช่องทางเข้าออกประเทศ ควรจัดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการผลักดันพัฒนาสมรรถนะหลักให้มีประสิทธิภาพต่อไป และควรจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศให้กับคณะทำงานของช่องทางเข้าออกประเทศเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรรักษาความต่อเนื่องของการให้ความสำคัญของผู้บริหารช่องทาง และผู้บังคับบัญชาหน่วยงานคณะทำงานในการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ สนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และศึกษาพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะทำงานในการปรับปรุงพัฒนางาน โดยเฉพาะการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ได้ตามข้อกำหนดกฎอนามัย จัดอบรมการฟื้นฟูองค์ความรู้ให้คณะทำงาน และการประชุมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 เดือนครั้ง ควรจัดให้มีกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ และ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร และคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และขอบคุณนายแพทย์วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่ นายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุณทอง รองผู้อำนวยการ และ หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

ขัญญกําลังใจแก่คณะทำงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2556). สรุปการประเมินสมรรถนะหลักของช่องทางเข้าออกประเทศ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ. (อค์สำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรี 5 มิถุนายน 2550 ณ ห้องประชุม ชั้น 2 ตึกสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล. (อค์สำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551ก). คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 559/2551 เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ IHR 2005 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2551. (อค์สำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551ข). แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงคมนาคม. (2553). คำสั่งกระทรวงคมนาคมที่ 99/ 2553. แต่งตั้งทีมประเมินสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศที่กำหนด 18 แห่งตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. (อค์สำเนา)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 878/2556 การแต่งตั้งคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548(2005). (อค์สำเนา)
- ปาริตา ชุ่มสา, เมวิกา สุขเน, ญฐาวรรณ แก้วอุดร, รัตน์พิศุทธิ์ อิกำเหนิด และไอลดา ปราสาทิเกพันธ์. (2557). ความพึงพอใจของผู้เข้ามารับการบริการของโรงพยาบาลสันทราย [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสถิติ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล และชวลิต ต้นดินมิตรกุล. (2556). การพัฒนาสมรรถนะหลักของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 22(6): 1029.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). รายงานผลการประเมินสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ เขต 1 ปีงบประมาณ 2557. (เอกสารอค์สำเนา)
- สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2556). กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการประเมินตนเอง: การพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร, วีรพงษ์ ปงจันตา, เพ็ญวรินทร์ มะโนเพ็ญ, ญนินดา ยารวง, อาทิตย์ มะลิวง, กนกวรรณ ทองชุม, และคณะ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนบก ท่าเรือและท่าอากาศยานตามมาตรฐานกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย.

- [ออนไลน์]. [7 มีนาคม 2559]. Available from: URL:<http://thaigcd.ddc.moph.go.th/knownledges/download/278>
- Ungchusak K, Prempre P, Thepsoontorn S, Tantinimitkul C. (2008). Thailand National Core Capacity Development Plan in Compliances with International Health Regulations 2005, 2008-2012. 1st ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty The King press.
- World Health Organization. (2009). IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2011). IHR core capacity monitoring framework: Checklist and Indicator for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties International Health Regulations. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2012). Information to States Parties regarding determination of fulfillment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions. Geneva: WHO.

โรคที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน Diseases Associated with Retinal Vein Occlusion in Lamphun Hospital

กฤติกา อุปโยคิน, พ.บ.

Krittika Upayokin, M.D.

โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

Lamphun hospital, Lamphun province

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน (retinal vein occlusion, RVO) เป็นกลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับสองของกลุ่มโรคหลอดเลือดจอประสาทตาผิดปกติรองจากโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาหาโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ ว่าเป็นโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในโรงพยาบาลลำพูนในช่วงระยะเวลา 3 ปี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ระดับการมองเห็นแรกรับ (Best corrected visual acuity, BCVA) ประวัติโรคทางกาย และ โรคทางตาของผู้ป่วย จากการศึกษาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันทั้งหมด 103 คน (103 ตา) พบว่า 90 คน(87.4%) เป็นชนิดหลอดเลือดดำใหญ่อุดตัน (Central retinal vein occlusion, CRVO) ซึ่งมากกว่าชนิดแขนงหลอดเลือดดำอุดตัน (Branch retinal vein occlusion, BRVO) ซึ่งพบ 13 คน (12.6 %) ผู้ป่วย CRVO 51 คน มีการมองเห็นแรกรับน้อยกว่า 3/60 ส่วนผู้ป่วย BRVO มีการมองเห็นแรกรับน้อยกว่า 3/60 จำนวน 4 คน โรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคต้อหิน โรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นลดลง การรักษาที่สำคัญ คือ หาสาเหตุและรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะนี้ เพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดซ้ำในตาข้างเดิม หรือตาอีกข้าง และเพื่อให้ผลการรักษาทางตาของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: หลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน ปัจจัยเสี่ยง โรคที่สัมพันธ์

Abstract

Retinal vein occlusion (RVO) is the second most common sight-threatening retinal vascular disorder after diabetic retinopathy. The purpose of this article was designed to evaluate all cases of RVO with associated disease in Lamphun hospital. The medical records of all consecutive new patients with clinically suspected RVO who present to the eye clinic in Lamphun hospital over 3 years period were retrieved. Information extracted from the data included the demographic data of patients, presenting visual acuity, history of systemic and ocular disease. A total of 103 patients (103 eyes) were enrolled in the study. Central retinal vein occlusion (CRVO) 90 (87.4%) was more predominant than Branch retinal vein occlusion (BRVO) 13 (12.6%). 51 eyes of patients with CRVO had visual acuities of $<3/60$, while 4 eyes of patients with BRVO had visual acuities less than $3/60$. Systemic hypertension (54%), diabetic mellitus (29%) and dyslipidemia (19%) were the main associated disease with RVO. Glaucoma (4%) was the ocular risk factor associated with RVO. RVO is a significant cause of visual impairment. Identifying associated disease and treating these could help reduce the incidence of RVO.

Key words: Retinal vein occlusion, risk factor, associated disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน (retinal vein occlusion, RVO) เป็นกลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับสองของกลุ่มโรคหลอดเลือดจอประสาทตามืดปกติรองจากโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Rehak, J., 2008; Laouri, M., 2011) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว โดยการอุดตันของหลอดเลือดดำจอประสาทตานี้ อาจจะทำให้เกิดที่หลอดเลือดดำใหญ่ (central retinal vein occlusion, CRVO) หรือที่บริเวณแขนงหลอดเลือดดำ (branch retinal vein occlusion, BRVO)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน 0.7-1.6% (Rehak, J., 2008; Laouri, M., 2011; Karia, N., 2010; Klein, R., 2008; Cugati, S., 2006) โดยอุดตันที่หลอดเลือดดำใหญ่ 0.5-2% และอุดตันที่บริเวณแขนงหลอดเลือดดำ 0.1-0.5% (Laouri, M., 2011; Klein, R., 2008) โดยตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดนั้นจะเกิดขึ้นที่บริเวณหลังต่อ lamina cribosa ใน CRVO ส่วนใน BRVO จะพบการอุดตันบริเวณที่มีหลอดเลือดแดงผ่านบนแขนงหลอดเลือดดำ เนื่องจากหลอดเลือดแดงมีการแข็งตัวและผนัง

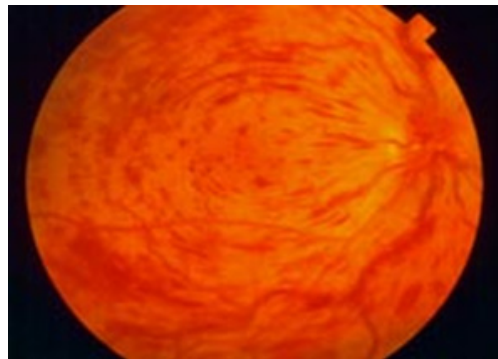
หนา ทำให้เกิดการอุดตันและตีตันของเลือดดำที่พาดผ่านตามมา (Rehak J, 2008; Karia N, 2010) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการตามัว โดยผู้ป่วยมักจะมาตรวจด้วยอาการการมองเห็นลดลง ไม่มีอาการเจ็บปวดที่ตา อาจเป็นที่ตาข้างเดียวหรือตาทั้ง 2 ข้างก็ได้ การตรวจจอประสาทตา จะพบมีหลอดเลือดดำขยาย และคดเคี้ยว พบจุดเลือดออกที่จอประสาทตา (blot and flame shaped hemorrhage) มี hard exudate, cotton wool spots อาจพบขี้ประสาทตาและจุกรับภาพ จอประสาทตาบวม (optic disc swelling and macular edema) (Rehak, J., 2008; Laouri, M., 2011; Karia, N., 2010) โดยใน CRVO จะพบรอยโรคทั่วทั้งจอประสาทตา แต่ใน BRVO จะพบแค่บางบริเวณ โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบริเวณ superotemporal

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันมักมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางกายร่วมด้วยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนโรคทางตาที่มักเจอร่วมด้วย ได้แก่ โรคต้อหิน, ความ

ตันในลูกตาสูง (Klein, N., 2010; Cugati, S., 2006; Prisco, D., 2002; Bertelson, M., 2012) ผู้ป่วยหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันมักจะมีอาการตามัวจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีจุดรับภาพจอประสาทตาบวม (macular edema) มีเส้นเลือดงอกใหม่ในตา (retinal neovascularization) มีเลือดออกในวุ้นลูกตา (vitreous hemorrhage) หรือเป็นต้อหินตามมา (Rehak, J., 2008; Laouri, M., 2011) การรักษาตั้งแต่ การตรวจติดตามอาการ การใช้ยากลุ่ม anti-vascular endothelium growth factor (anti-VEGF) ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดงอกใหม่หายไป ลดการ

อักเสบ และการบวมของจอประสาทตา การใช้เลเซอร์ และการผ่าตัด นอกจากนี้ การรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันก็คือ การพยายามหาสาเหตุ และรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะนี้

โรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มสูงวัยที่มีปัจจัยเสี่ยง การทราบสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน จึงมีประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย การรักษาและการดูแลผู้ป่วยในอนาคต จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยนี้



รูปที่ 1 แสดงจอประสาทตาข้างขวา เป็นโรค Central retinal vein occlusion พบเลือดออกที่จอประสาทตาทั่วทั้งจอประสาทตามีหลอดเลือดดำขยายและคดเคี้ยว



รูปที่ 2 แสดงจอประสาทตาข้างซ้ายเป็นโรค Branch retinal vein occlusion พบเลือดออกที่จอประสาทตาบริเวณแขนงหลอดเลือดดำด้านบน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าเป็นโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน โดยจักษุแพทย์ ในโรงพยาบาลลำพูนทั้งชนิด CRVO และ BRVO ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2558 โดยเก็บบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยดังนี้ อายุ เพศ อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล unilateral, bilaterality และ laterality ระดับการมองเห็น

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		RVO (n=103)	CRVO (n=90)	BRVO (n=13)
อายุ (ปี)	เฉลี่ย	56.2 ปี	56 ปี	58 ปี
		(23-83 ปี)	(23-80 ปี)	(47-83 ปี)
เพศ	ชาย	56 (54%)	47 (52%)	9 (69%)
	หญิง	47 (46%)	43 (48%)	4 (31%)
Laterality	ข้างเดียว	103	90	13
	ทั้ง 2 ข้าง	0	0	0
ตาข้างที่เป็น	ขวา	54 (52%)	46 (51%)	8 (62%)
	ซ้าย	49 (48%)	44 (49%)	5 (38%)

RVO = retinal vein occlusion,

CRVO = central retinal vein occlusion,

BRVO = branch retinal vein occlusion

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันมีอายุตั้งแต่ 23-83 ปี เฉลี่ย 56.2 ปี (ใน CRVO 56 ปี, BRVO 58 ปี) เป็นเพศชาย 56 คน (54 %) เพศหญิง 47 คน (46 %) ผู้ป่วยทั้ง 103 คน มีหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในตาข้างเดียว โดยพบเป็นที่ตาข้างขวา 54 คน (52 %)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลระดับสายตาแรกเริ่ม (BCVA) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน

ชนิดของการอุดตัน	BCVA			Total
	>6/18	6/18-3/60	<3/60	
CRVO	0	39 (43%)	51 (57%)	90
BRVO	0	9 (69%)	4 (31%)	13
Total	0	48 (47%)	55 (53%)	103

แรกเริ่ม (Best corrected visual acuity, BCVA) และประวัติโรคทางกายและโรคทางตาของผู้ป่วย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์โรงพยาบาลลำพูนในช่วงระยะเวลา 3 ปี ทั้งหมด 103 คน พบเป็นผู้ป่วย CRVO 90 คน (87.4%) และ BRVO 13 คน (12.6%) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1

และตาข้างซ้าย 49 คน (48 %) อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ตามัว โดยมีอาการตามัวอยู่ในช่วงระยะตั้งแต่ 1 วัน ถึง 180 วัน ถึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงระดับการมองเห็นของผู้ป่วยแรก
รับ พบว่า มีการมองเห็นอยู่ในช่วงน้อยกว่า 3/60 จำนวน
55 คน (53 %) และมีการมองเห็นอยู่ในช่วง 6/18-3/60
จำนวน 48 คน (47 %) โดยผู้ป่วยหลอดเลือด CRVO 51
คน มีการมองเห็นต่ำกว่า 3/60 (57 %) ในขณะที่ 4 ใน
9 คน ของผู้ป่วย BRVO มีการมองเห็นต่ำกว่า 3/60 (31 %)
โรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอ
ประสาทตาอุดตัน พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

มากที่สุด 56 คน (54 %) รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน
28 คน (27 %) โรคไขมันในเลือดสูง 20 คน (19%)
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 17 คน (16%)
โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคไต ส่วน
โรคทางตาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอ
ประสาทตาอุดตัน ได้แก่ โรคต้อหิน 4 คน (4 %) ดังแสดง
ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตัน

ASSOCIATED DISEASE	RVO (n=103)	CRVO (n=90)	BRVO (n=13)
Hypertension (HT)	56 (54%)	47 (52%)	9 (69%)
Diabetes mellitus (DM)	28 (27%)	26 (29%)	2 (15%)
HT and DM	17 (16%)	16 (18%)	1 (8%)
Dyslipidemia	20 (19%)	17 (19%)	3 (23%)
Ischemic heart disease	5 (5%)	5 (6%)	0
Cerebrovascular disease	3 (3%)	2 (2%)	1 (8%)
Glaucoma	4 (4%)	4 (4%)	0
End stage renal disease	4 (4%)	4 (4%)	0
No Know disease	26 (25%)	24 (27%)	2 (8%)

RVO = retinal vein occlusion,

CRVO = central retinal vein occlusion,

BRVO = branch retinal vein occlusion

อภิปรายผล

ผลการศึกษาโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือด
ดำจอประสาทตาอุดตัน (retinal vein occlusion) ใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ช่วง
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 103 คน
เป็นผู้ป่วย CRVO 90 คน (87.4%) และ BRVO 13 คน
(12.6%) การศึกษานี้พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วย CRVO
มากกว่าผู้ป่วย BRVO แตกต่างจากการศึกษาอื่น ที่พบว่า
อัตราส่วนของผู้ป่วย BRVO จะมากกว่า (Klein R, 2008;
Shrestha RK, 2006; Yasuda M, 2010) ซึ่งอาจจะเกิด
จากผู้ป่วย CRVO ในการศึกษาครั้งนี้ มีการมองเห็นแรกรับ
ที่แย่กว่าผู้ป่วย BRVO ทำให้ผู้ป่วย CRVO มารับการ

รักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า โดยการศึกษาพบว่า
ผู้ป่วย CRVO ส่วนใหญ่มีการมองเห็นน้อยกว่า 3/60
(57%) ในขณะที่ผู้ป่วย BRVO ส่วนใหญ่มีการมองเห็นอยู่
ในช่วง 6/18-3/60 (69%)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย
56.2 ปี (ใน CRVO 56 ปี, BRVO 58 ปี) ไม่แตกต่างกับ
การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดดำจอ
ประสาทตาอุดตันมักอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (Cugati S,
2006; Bertelson, M., 2012; Shrestha, R. K., 2006;
Fiebai, B., 2014; and Yasuda, M., 2010) พบผู้ป่วย
เพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (เพศชาย 54% เพศหญิง
46%) คล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมา (Rehak, J., 2008; &

Shrestha, R. K., 2006) ผู้ป่วยหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันส่วนใหญ่มาตรวจด้วยเรื่อง ตามัว โดยพบว่าผู้ป่วย CRVO จะมีการมองเห็นที่แย่กว่าผู้ป่วย BRVO ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เนื่องจากใน CRVO จะพบรอยโรคทั่วทั้งจอประสาทตา ในขณะที่ BRVO จะพบรอยโรคแค่บางบริเวณ โดยถ้าหากพบรอยโรคบริเวณจุดรับภาพจอประสาทตา หรือมีจุดรับภาพจอประสาทตาบวม (macular edema) จึงจะส่งผลให้การมองเห็นลดลงอย่างมาก

ในผู้ป่วยทั้งหมด 103 คน พบผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวอยู่แล้ว ทั้งหมด 77 คน (75%) โดยโรคที่สัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันทั้งชนิด CRVO และ BRVO ที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 56 คน (54%) รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน 28 คน (27%) และโรคไขมันในเลือดสูง 20 คน (19%) ตรงกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bertelson, M., 2012; Shrestha, J. K., 2006; Fiebai B., 2014) และพบผู้ป่วยที่เป็นร่วมกันทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 17 คน (16%) ซึ่งโดยปกติโรคเหล่านี้มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดดำอุดตันได้ง่ายและพบได้มากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองอีกด้วย ส่วนโรคทางตาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอตาอุดตัน ได้แก่ โรคต้อหิน 4 คน (4%) คล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมา (Cugati, S., 2006; Shrestha, R. K., 2006;

Fiebai, B., 2014) มีผู้ป่วย 26 คน ที่ไม่พบว่ามีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบ หรือไม่เคยตรวจสุขภาพมาก่อนที่จะมีอาการทางตาได้

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันในผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงและโรคต้อหิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และส่วนใหญ่มาตรวจตาด้วยเรื่อง อาการตามัว

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโรคหลอดเลือดดำจอประสาทตาอุดตันเป็นกลุ่มโรคที่พบมากเป็นอันดับสองของกลุ่มโรคหลอดเลือดจอประสาทตาผิดปกติ รองจากโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จึงควรคิดถึงโรคนี้ไว้ด้วยในผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคประจำตัวที่มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง อาการตามัว อาจพิจารณาส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของการเกิดโรค และรักษาที่ต้นเหตุ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าตนเองเคยมีโรคประจำตัวมาก่อน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปคือ การศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล และศึกษาเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทำการวิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชินนทร์ จารุวัฒนมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่แผนกจักษุวิทยา และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Bertelson, M., Linneberg, A., Rosenberg, T., et al. (2012). Comorbidity in patients with branch retinal vein occlusion: case-control study. *BMJ*. 345:e7885.
- Cugati, S., Wang, J. J., Rochtchina, E., & Mitchell, P. (2006). Ten-year incidence of retinal vein occlusion in older population. The Blue Mountains Eye study. *Arch ophthalmol.*; 124: 726-732.
- Fiebai, B., Ejimadu, C. S., & Komolafe, R. D. (2014). Incidence and risk factor for retinal vein occlusion at university of Port Harcourt Teaching hospital, Port Harcourt, Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*. 17: 463-466.
- Karia, N. (2010). Retinal vein occlusion: pathophysiology and treatment options. *Clinical ophthalmology*. 4: 809-816.
- Klein, R., Scot, E., Stacy, M., Barbara, E. & Klein, K. (2008). The 15-year cumulative incidence of Retinal vein occlusion. The Beaver Dam Eye Study. *Arch ophthalmol*. 126(4): 513-518
- Laouri, M., Chen, E., Looman, M. & Gallagher, M. (2011). The burden of disease of retinal vein occlusion: review of the literature. *Eye*. 25: 981-988.
- Prisco, D., & Marcucci, R. (200). Retinal vein thrombosis: risk factor, pathogenesis and therapeutic approach. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 32: 308-311.
- Rehak, J. & Rehak, M. (2008). Branch retinal vein occlusion: Pathogenesis, visual prognosis and treatment modalities. *Current Eye Research*. 33: 111-1331.
- Shrestha, R. K., Shrestha, J. K., Koirala, S., & Shah, D. N. (2006). Association of systemic disease with retinal vein occlusive disease. *JNMA*. 45: 244-248.
- Yasuda, M., Kiyohara, Y., Arakawa, S., et al. (2010). Prevalence and systemic risk factors for retinal vein occlusion in general Japanese population: The Hisayama Study. *IOVS*. 51: 3205-3209.

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)
ของโรงพยาบาลแม่อว จังหวัดเชียงใหม่

Development of the system for treatment the pulmonary tuberculosis
patients with Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS)
in Mae Wang hospital, Chiang Mai province

ไพฑูรย์ อุ่นบ้าน พ.ว. อว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Paitoon Aunban M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine

โรงพยาบาลแม่อว จังหวัดเชียงใหม่

Mae Wang hospital, Chiang Mai province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและศึกษาผลของการใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่อว กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 5 คน และผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 3 คน ตรวจสอบคุณภาพของระบบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI = 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ ผลการวิจัย พบว่าระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่อว ประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 2) ระบบการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. 3) ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT follow up) 4) ระบบการส่งเสริมคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงด้วยวิธีสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค 5) ระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ระบบ follow up ผู้ป่วยที่ OPD) และระบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ มีคุณภาพในภาพรวมที่ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.18 ± 0.17) เมื่อศึกษารายด้านพบว่าทุกด้านมีคุณภาพดี ได้แก่ด้านขอบเขต/วัตถุประสงค์ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ย 3.38 ± 0.16 และ 3.11 ± 0.34 ด้านขั้นตอนการพัฒนาระบบ และ ด้านความชัดเจน/การนำเสนอ มีค่าเฉลี่ย 2.88 ± 0.15 และ 3.21 ± 0.19 ตามลำดับ ส่วนด้านการประยุกต์ใช้ และด้านความเป็นอิสระของทีมงานจัดทำระบบ มีค่าเฉลี่ย 3.19 ± 0.16 และ 3.29 ± 0.20 ตามลำดับ ผลการทดลองใช้พบว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในภาพรวมระดับดี ข้อดีของระบบที่พัฒนาขึ้น คือทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ ผู้ป่วยวัณโรค, การดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

Abstract

This is a research and development study purposes to develop and to evaluate the study outcome of the system for treatment the pulmonary tuberculosis patients with the proper Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS) in Mae Wang hospital. Five Health Officers and the 3 tuberculosis patients were included as a study sample. Five Pulmonary and respiratory experts were selected to do the qualities testing of the system development processes. The research tool was the questionnaire, that Content Validity was confirmed by the experts. The CVI was 0.95. Descriptive statistics are used to summarize data; percentage, means and standard deviation. Results revealed that: the system for treatment of pulmonary tuberculosis patients with the proper Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS) in Mae Wang hospital, consist of 1) the treatment system at first diagnosis 2) discharge and referral system to Tambon Health Promoting Hospital 3) Home Health Care and DOT follow up 4) promoting system of treatment quality by DOTS with the manual medical record 5) the follow up system after diagnosed. The quality of these systems were evaluated by the selected experts and found that a whole figure of this new development system is indicated as Good level (3.18 ± 0.17). For the details of quality evaluation of each system indicated that all systems are in Good level. The quality of scope/purpose and participatory of the relevant were 3.38 ± 0.16 and 3.11 ± 0.34 . The quality of the stepping of system development and the clarification/presentation were 2.88 ± 0.15 and 3.21 ± 0.19 respectively. The quality of an application use and the independence of teamwork were 3.19 ± 0.16 and 3.29 ± 0.20 respectively. The trial of this system implementation has shown a good level outcome. The advantage of this system development meets a standard criteria in the same direction. The treatment success rate was 100%

Key words: Development of the system, tuberculosis patients, treatment the pulmonary tuberculosis patients with Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS)

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อและเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) โดยมีอุบัติการณ์ (incidence) คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั่วโลก (ศรีประพาสเนตรนิม, 2556) และจากรายงานขององค์การอนามัยโดย Global Tuberculosis Report 2015 (WHO,

2015) พบว่า อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (treatment success rate) อยู่ที่ ร้อยละ 81 ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย (GOAL) ขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรค ในระยะแรกได้เน้นไปที่การตรวจรักษาและการป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังต่อไปนี้ 1) อัตราการรักษาหาย (cure) และกินยาครบ (complete) หรือที่เรียกว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) มากกว่าร้อยละ 90 2)

อัตราเสมอหะเปลี่ยนเป็นลบ (M-) ของผู้ป่วยวัณโรคเสมอหะ
บวก (M+) เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Intensive phase)
มากกว่าร้อยละ 90 3) จำนวนผู้ป่วยขาดยามากกว่า 5 เดือน
น้อยกว่าร้อยละ 2 4) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตน้อยกว่า
ร้อยละ 5 (ศรีประพา เนตรนิม, 2556)

ข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่วาง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย
วัณโรคที่ได้รับการรักษาเฉลี่ยปีละ 25 ราย ส่วนใหญ่เป็น
วัณโรคปอด ผลการรักษาที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุ
ตามเป้าหมายคุณภาพของระบบการดูแลรักษาวัณโรค
ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาด้วยยาครบ 6 เดือน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ย้อน
หลังไป 12 เดือน ผลการประเมินพบว่า ระหว่าง
1 ตุลาคม 2557 - 31 ธันวาคม 2557 อัตราความสำเร็จ
ของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 (โรงพยาบาลแม่วาง,
2557) ระหว่าง 1 มกราคม 2558 - 31 มีนาคม 2558
อัตราความสำเร็จของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 50.00
(โรงพยาบาลแม่วาง, 2558) ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูล
เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จของการรักษา
ผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออัตราความ
สำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยตรง คือ การกินยา
ไม่เหมาะสม รับประทานไม่ครบถ้วน หรือรับประทานยา
ผิดวิธี สาเหตุที่สำคัญ 3 อันดับแรกที่มีผลต่ออัตราความ
สำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและ
ญาติไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการกำกับการกินยา
(DOT) 2) ไม่มีการติดตามการกำกับการกินยา (DOT)
ที่บ้านของผู้ป่วยวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ 3) ขาดคนในการ
กำกับการกินยา (DOT) ให้แก่ผู้ป่วยบางราย จากปัญหา
ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนา
ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น
แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของ
โรงพยาบาลแม่วาง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ
พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยา
ระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่
บริการของโรงพยาบาลแม่วาง และศึกษาผลของการใช้
ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น
แบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research
and development) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย
วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่
เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง**

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental
study) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย
ระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับ
พื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง กลุ่มเป้าหมายที่ใช้
ในการศึกษาประกอบด้วย

กลุ่มเป้าหมาย

- กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการประเมินคุณภาพระบบการ
ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมี
ที่เลี้ยง (DOTS) จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่มี
ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่น้อยกว่า 3 ปี
จำนวน 2 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และ
พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มี
ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินคุณภาพของระบบ
การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมี
ที่เลี้ยง (DOTS) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมิน
คุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมิน
ผล (AGREE II) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
ทางการแพทย์, 2552) แบบประเมินผ่านการตรวจสอบ
ความตรงด้านเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า
CVI = 0.95 และนำไปทดลองใช้ได้ความเชื่อมั่น = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลรักษา
ผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS)
ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง (ฉบับร่าง)

3. ตรวจสอบทบทวนแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง ก่อนนำไปใช้ และทบทวนซ้ำอีกครั้งโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมจัดทำ (internal review) เพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่าย โดยใช้หลักการของ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการจัดทำและปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และส่งให้คณะผู้ทบทวนภายนอก (external review) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยได้แก้ไขเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง

เป็นการวิจัยปฏิบัติการ เพื่อศึกษาการใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 30 มีนาคม 2559

กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน แพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต. จำนวน 2 คน

- ผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่วาง ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 30 มีนาคม 2559 มีจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผลการใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency / IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) โดยประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาหาย (Cure) และจำนวนการรักษาครบ (Complete) รวมกัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา โดยคำนวณจาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเสมอพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา}} \times 100$$

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง ประกอบด้วย ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง และการประเมินคุณภาพของระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลรักษา

วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง ประกอบด้วย ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ระบบการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังรพ.สต. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT follow up) และระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ระบบการตรวจติดตามผู้ป่วยที่แผนก

ผู้ป่วยนอก) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจุดประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการกำกับการกินยา (DOT) อย่างสม่ำเสมอ และถูกวิธีให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดและญาติ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. ญาติของผู้ป่วยวัณโรคปอด หรือผู้กำกับการกินยา (DOT) ให้แก่ผู้ป่วยวัณโรค

รายละเอียดการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก :

ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนา
เมื่อตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เจ้าหน้าที่ห้องตรวจหรือหอผู้ป่วย จะแจ้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรค เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย ทั้งที่หอผู้ป่วยใน และห้องตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งการดำเนินงานด้วยวิธีนี้นั้นทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการตอบสนองเมื่อได้รับแจ้งอย่างรวดเร็วและเหมาะสมแล้วแต่ปัญหาที่พบ คือ แนวทางการให้สุศึกษา นั้นไม่ถูกระบุความสำคัญที่ชัดเจนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ขณะนั้นเป็นผู้ประเมินพื้นฐานความรู้ผู้ป่วยแต่ละรายและให้ความรู้เพิ่มเติม จึงอาจทำให้ผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถรับสาร หรือข้อควรปฏิบัติสำคัญได้อย่างเท่าเทียมกัน	พัฒนาแนวทางการให้สุศึกษาอย่างมีแบบแผน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้สุศึกษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือการให้ความรู้ทั่วไป และการเน้นย้ำใจความที่สำคัญ 1. การให้ความรู้ทั่วไป เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการรักษา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านหรือชุมชนพอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการรักษาทนเองให้หายขาดจากวัณโรคปอด 2. การเน้นย้ำใจความสำคัญ เป็นส่วนที่เน้นย้ำสิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติ โดยเป็นประโยคสั้นๆ ที่กระชับและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยจำได้ว่า ตนเป็นต้องปฏิบัติตนอย่างไร โดยใจความสำคัญที่ทางกลุ่มคิดว่าประเด็นที่จำเป็นที่สุดและต้องได้รับการเน้นย้ำคือ เรื่องการกินยาตัวอย่างข้อความเช่น “ไม่กินถึงตาย กินผิดตายได้ กินไม่ครบก็ตายได้” โดยทั้งสองส่วนจะมีเอกสารประกอบการให้สุศึกษา ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านเพื่อคอยเตือนถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเป็นเอกสาร 1 แผ่น ที่มีใจความกระชับและเข้าใจง่าย

1.2 ระบบการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต.จุดประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในด้านการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยัง รพ.สต.ต่างๆ เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องให้ครบถ้วน ถูกต้อง และรวดเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยวัณโรค
2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่างๆ ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นๆ
3. บุคลากรทางแพทย์ที่ รพ.แม่วาง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกวัณโรคปอด

รายละเอียดการพัฒนาระบบการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต.

ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนา
- การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จะให้ไปติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ รายละเอียดข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัย ผลการตรวจเสมหะ สูตรยาที่ใช้ และรูปภาพผู้ป่วย ไปยังเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านโปรแกรมไลน์ (LINE) ปัญหาที่พบคือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. บางแห่งไม่มีการเปิดโปรแกรมไลน์ เพื่อรับข้อมูลผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยนำเอกสารข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากโรงพยาบาล ไปติดต่อ รพ.สต. ด้วยตนเอง แต่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน และไม่มีการติดตามว่าผู้ป่วยไปพบเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จริงหรือไม่	- การแจ้งผู้ป่วยรายใหม่ ให้ใช้การโทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ทราบว่าจะมีผู้ป่วยส่งไปรับการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูลผู้ป่วยรับใหม่ในสมุดบันทึกทันทีที่รับทราบข้อมูลทางโทรศัพท์ - การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ให้ส่งผ่านโปรแกรมไลน์ตามแนวปฏิบัติเดิม - กำหนดให้ผู้ป่วยนำเอกสารข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาไปติดต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภายใน 7 วัน นับจากวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำการติดต่อ และขอเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทันที หากผู้ป่วยไม่นำเอกสารมายื่นภายใน 7 วัน นับจากวันที่ลงข้อมูลผู้ป่วยในสมุดบันทึก

1.3. ระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และตรวจคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT follow up)

จุดประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยวัณโรค ให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการกำกับการกินยา (DOT) อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อประเมินผู้ป่วยวัณโรคเบื้องต้นในเรื่องต่างๆ นอกเหนือจากการกินยา เช่น

การดำเนินโรค การเกิดผลข้างเคียงจากการกินยารักษาวัณโรค เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและประเมินการกำกับการกินยา (DOT) ของผู้ป่วย ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพ รพ.เมว่ง

รายละเอียดการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และตรวจคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT follow up)

ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนา
<u>โรงพยาบาลแม่วาง</u> - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่วาง รับผิดชอบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อประเมินคุณภาพ การกำกับการกินยา (DOT) เฉพาะในเขตพื้นที่ตำบลบ้านกาดเท่านั้น กำหนดวันเยี่ยมบ้าน คือ วันอังคารและพฤหัสบดี โดยรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดที่จะเยี่ยมบ้าน ถูกนำไปรวมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งการเยี่ยมมารดาหลังคลอด ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมผู้ป่วยตามรายชื่อได้ทั้งหมด เนื่องจากการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มาขอรับบริการที่คลินิกที่โรงพยาบาลด้วย - การเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน เลือกคนที่คาดว่าจะมีปัญหาในการกินยาเท่านั้น, ผู้ป่วยที่มีประวัติกินยาสม่ำเสมอจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงบางครั้ง	- กำหนดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกราย แต่ให้จัดลำดับความสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติการกินยาสม่ำเสมอเป็นอย่างดี ให้เยี่ยมในระยะเวลาที่สั้นลง (ไม่เกิน 20 นาที/ราย) มีเป้าประสงค์หลัก คือการให้กำลังใจ เพื่อเป็นการเสริมแรงบวกแก่ผู้ป่วยในการกินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ ให้เพิ่มระยะเวลาการเยี่ยมมากขึ้น (30 นาทีขึ้นไป) เพื่อพูดคุยสอบถามสาเหตุของการกินยา ไม่สม่ำเสมอ และวางแผนทางแก้ไข ติดตามต่อไป (รายละเอียดตามการพัฒนากระบวนการส่งเสริมคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง ด้วยวิธีบันทึกสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค: ข้อ 1.4)
<u>รพ.สต.ในเขต อ.แม่วาง</u> - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำหนดวันเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคในทุกวันพฤหัสบดี โดยนำรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดไปรวมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นเดียวกับ รพ.แม่วาง ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มกินยาไม่สม่ำเสมอเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและควบคุมโรคได้ไม่ดี เป็นต้น	- กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ที่ชัดเจนในแต่ละวัน โดยไม่ต้องปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยในคลินิก

ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนา
- การติดตามเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านจาก The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ปัญหาที่พบ คือ แบบฟอร์มที่ใช้อยู่ไม่มีการกำหนดประเด็นที่จะสอบถามผู้ป่วยที่ชัดเจน เช่น - ลักษณะอาการไอ, ปริมาณการไอ - อาการแพ้ยาที่พบบ่อยที่ต้องถามผู้ป่วย - สุขภาวะของผู้ป่วย เช่น อาการเหนื่อย ความอยากทานอาหาร น้ำหนักผู้ป่วย - ไม่มีส่วนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและการกินยา ซึ่งจากกรณีดังกล่าว ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้ความคิดของตนเองในการถามผู้ป่วย และเขียนข้อมูลเป็นลักษณะข้อความบรรยาย ทำให้ขาดความเป็นมาตรฐาน เมื่อเปลี่ยนผู้เยี่ยมหรือเมื่อเทียบกับ รพ.สต. แห่งอื่นๆ	- ปรับปรุงสมุดเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก และทำให้การเยี่ยมบ้านเป็นมาตรฐานเดียวกันในทุก รพ.สต. มีประเด็นปรับเปลี่ยนดังนี้ - แจกแจงรายละเอียดประเด็นที่ต้องการถามเป็นแบบ Checklist ให้ผู้เยี่ยมทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อพบว่าผู้ป่วยอาการแสดง หรือมีการให้บริการในเรื่องนั้น ๆ ได้แก่ ลักษณะอาการไอ ปริมาณที่ไอ (เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ) อาการข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย ความอยากอาหาร และบันทึกน้ำหนัก เป็นต้น - เพิ่มข้อมูลสิ่งที่ต้องแนะนำผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของการรักษา ลักษณะ Checklist เช่นกัน

1.4 การพัฒนาระบบการส่งเสริมคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง ด้วยวิธีบันทึกสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค

จุดประสงค์

1. เพื่อเป็นการส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการกำกับกับการกินยา (DOT) อย่างสม่ำเสมอ
2. เพื่อใช้ประกอบการประเมินการกินยาวัณโรคของผู้ป่วย
3. เพื่อใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้สื่อสารและเข้าใจตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติม เรื่องวัณโรคแก่ผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยวัณโรค
2. ญาติของผู้ป่วยวัณโรค

รายละเอียดการพัฒนาระบบ

1. จัดทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค มีรายละเอียดรูปแบบดังนี้
 - หน้าแรก : ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค (ผล AFB stain, ผล TB culture, สูตรยาที่ใช้รักษา)

- หน้าบันทึกการกินยา: มีช่องให้บันทึกวันที่ และเวลาที่กินยา ทุกวันเป็นเวลา 6 เดือนตลอดระยะเวลาการรักษา

- หน้าหลัง: ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคปอด อาการ การรักษา ความสำคัญของการกินยาอย่างเคร่งครัด ข้อควรปฏิบัติเมื่อขาด หรือลืมกินยา

2. มอบสมุดบันทึกประจำตัวให้ผู้ป่วย ทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด มีการสอนวิธีบันทึกที่ถูกต้อง บอกความสำคัญของการบันทึก บอกผลเสียของการไม่บันทึก

3. ให้ผู้ป่วยนำสมุดบันทึกกลับบ้าน และทุกครั้งที่ยากินยาให้ตัวผู้ป่วยกินยาต่อหน้าญาติ และให้ญาติลงเวลาที่กินยาตามจริงสอดคล้องกับวันที่ของการรักษา หากลืมกินยา ให้เช็คในช่อง “ลืมกิน” พร้อมทั้งเซ็นชื่อกำกับในแต่ละวันที่บันทึก

4. เมื่อถึงวันนัดติดตามการรักษา ให้ผู้ป่วยนำสมุดบันทึก และยาที่เหลือมาที่คลินิกวัณโรคทุกครั้ง ให้เจ้าหน้าที่ทำการเปิดดูสมุดบันทึกดูว่า ผู้ป่วยกินยาครบตามที่คาดหวังหรือไม่ และทำการตรวจนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ว่าสอดคล้องตรงกับการบันทึกของผู้ป่วยหรือไม่ หรือ

สอดคล้องกับจำนวนยาที่ได้รับไปครั้งก่อนหรือไม่

5. หากผู้ป่วยบันทึกได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่ว่าจะกินยาครบ หรือกินไม่ครบ เจ้าหน้าที่สามารถกล่าวให้กำลังใจว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีแล้ว ขอให้บันทึกอย่างสม่ำเสมอเช่นนี้เรื่อยไป แต่หากผู้ป่วยไม่บันทึก หรือบันทึกได้ไม่สอดคล้องกับจำนวนยาที่เหลือให้กล่าวย้ำเตือนถึงวิธีการกินยาที่ถูกต้อง ความสำคัญ และผลเสียของการไม่กินยา และอาจกล่าวกับผู้ป่วยว่า แพทย์อาจต้องทำการเก็บเสมหะส่งตรวจใหม่ เพื่อหาหลักฐานของการติดเชื้อดื้อยา เนื่องจากกินยาไม่ครบด้วย ซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลามาโรงพยาบาลซ้ำ

1.5 ระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ระบบ Follow up ผู้ป่วยที่ OPD)

**รายละเอียดการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด
(ระบบ Follow up ผู้ป่วยที่ OPD) :**

ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนา
1. การติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลแม่wang คือ 1.1 ระยะเข้มข้น (intensive phase) นัดทุก 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาในการรักษา นัดทุก 1 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษา เช่น มีแนวโน้มไม่กินยา หรือกินยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการแสดงที่ต้องติดตาม เช่น ผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงของยาวัณโรค เป็นต้น 1.2 ระยะต่อเนื่อง (continuous phase) นัดทุก 1 เดือน 2. การติดตามกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด ได้กำหนดแนวปฏิบัติคือ รอผู้ป่วยได้ 3 วัน (72 ชั่วโมง) หากผู้ป่วยยังไม่มาตรวจติดตามการรักษา เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ผู้ป่วย เพื่อสำรวจปัญหาที่ทำให้ไม่ได้มาตามนัด ซึ่งในส่วนนี้ โรงพยาบาลแม่wangมีการตอบสนองที่เหมาะสมอยู่แล้ว แต่ทางกลุ่มเห็นว่ายังมีข้อเสีย คือ ผู้ป่วยเสียโอกาสในการกินยาไป 3 วัน ก่อนที่จะมีการโทรศัพท์ติดตาม	1. การติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของโรงพยาบาลแม่wang ยังคงกำหนดระยะเวลาตามแนวปฏิบัติเดิม 2. การพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยกำหนดให้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงแรก จากวันที่ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด และลดโอกาสของการขาดนัด โดยการโทรศัพท์เตือนผู้ป่วยก่อนวันที่ต้องมาติดตามการรักษาในวันศุกร์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยขาดนัดในวันจันทร์ถัดไป (โรงพยาบาลแม่wangมีคลินิกวัณโรคสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันจันทร์)

จากกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS)

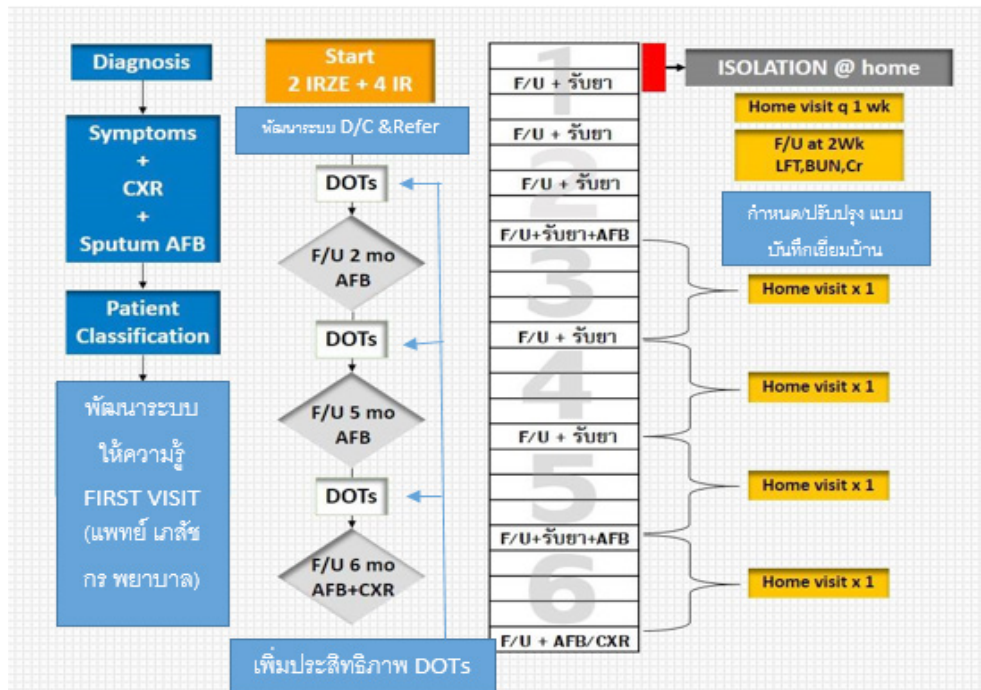
จุดประสงค์

เพื่อเป็นการพัฒนาระบบดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรค (ระบบ Follow up ผู้ป่วยที่ OPD) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยวัณโรค
2. บุคลากรทางการแพทย์ รพ.แม่wang ที่ดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่คลินิก

โรงพยาบาลแม่wang ทั้งหมด สามารถแสดงภาพรวมของระบบได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTs) โรงพยาบาลแม่วาง

2. การประเมินคุณภาพของระบบการดูแลรักษา
วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTs)
โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

การประเมินคุณภาพของระบบการดูแลรักษา
ผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTs)
โรงพยาบาลแม่วางที่พัฒนาขึ้น โดยการสอบถามความคิดเห็น
เห็นบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTs) โรงพยาบาลแม่วาง

รายการ	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์	3.38	0.16	คุณภาพระดับดี
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	3.11	0.34	คุณภาพระดับดี
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	2.88	0.15	คุณภาพระดับดี
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ	3.21	0.19	คุณภาพระดับดี
5. การประยุกต์ใช้	3.19	0.16	คุณภาพระดับดี
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ	3.29	0.20	คุณภาพระดับดี
รวม	3.18	0.17	คุณภาพระดับดี

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีระดับความคิดเห็นต่อระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง ในภาพรวม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.18 เมื่อศึกษารายด้านพบว่า ระดับความคิดเห็นต่อ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ความเป็นอิสระของทีมจัดทำระบบ และความชัดเจนและการนำเสนอ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.38, 3.29 และ 3.21 ตามลำดับ ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด คือ ด้านขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 2.88

ตอนที่ 2 การประเมินระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง

การประเมินระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง ประกอบด้วย การประเมินการใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง ดังตารางที่ 2 และการประเมินผลการรักษา โดยดูจาก อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) ของโรงพยาบาลแม่วาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงผลการใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. ทำให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบว่าใคร คือ กลุ่มเสี่ยง	3.40	0.89	ระดับดี
2. ทำให้เจ้าหน้าที่ได้ คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง	3.60	0.55	ระดับดีมาก
3. กลุ่มเสี่ยงและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการคัดกรอง	3.20	0.84	ระดับดี
4. ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบผลการตรวจ คัดกรองผู้ป่วย จาก รพ.แม่วาง	2.60	0.55	ระดับดี
5. เจ้าหน้าที่ได้ดูแลผู้ป่วยและญาติตามแนวทางการรักษา	3.20	0.84	ระดับดี
6. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หรือทีมงานใน การดูแลรักษา	3.00	0.71	ระดับดี
7. เจ้าหน้าที่พบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลรักษาผู้ป่วย	3.00	0.71	ระดับดี
8. เจ้าหน้าที่สามารถปรึกษากับ รพ.แม่วาง ได้สะดวก เมื่อพบปัญหาในการดำเนินงาน	2.80	0.84	ระดับดี
รวม	3.10	0.32	ระดับดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง มีคุณภาพในภาพรวมระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.03 เมื่อศึกษารายด้าน พบว่าด้านที่มีคุณภาพ

มากที่สุด คือ ทำให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบว่าใคร คือ กลุ่มเสี่ยง ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดีทั้งหมด สำหรับระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด คือ ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบผลการตรวจคัดกรองผู้ป่วยจาก รพ.แม่วาง มีค่าเฉลี่ย 2.86

ตารางที่ 3 แสดงอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) โรงพยาบาลแม่วาง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	พ.ศ. 2557*		พ.ศ. 2558*		พ.ศ. 2559	
		(ก.ค.2556-มี.ค.2557) (n=3) จำนวน ร้อยละ		(ก.ค.2557-มี.ค.2558) (n=3) จำนวน ร้อยละ		(ก.ค.2558-มี.ค.2559) (n=3) จำนวน ร้อยละ	
อัตราการรักษหาย (Cure)	>90%	2	66.67	3	50.00	3	100
อัตราการกินยาครบ (Complete)	>90%	0	0	3	50.00	0	0
อัตราความสำเร็จของการรักษา (success rate)	>90%	2**	66.67	6	100	3	100

* ก่อนดำเนินการวิจัย

**ผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิตระหว่างรักษา

จากตารางที่ 3 พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) ของโรงพยาบาลแม่วาง หลังใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ และบรรลุตามบรรลุตาม GOAL ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดเป้าหมายอัตราการรักษหาย (cure) และกินยาครบ (complete) หรือที่เรียกว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) มากกว่าร้อยละ 90

วิจารณ์

ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วางคุณภาพในภาพรวมระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.18 เป็นการประเมินคุณภาพของระบบก่อนนำไปใช้จริง สอดคล้องกับอภิรักษ์ ปาลวัฒน์ วิชัย และสุรจิต สุนทรธรรม (2554) ที่กล่าวว่าหลังจากได้เนื้อหาแนวทางเวชปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ก็มีการทบทวนอีกครั้งโดยผู้ร่วมจัดทำ (internal review) เพื่อให้แน่ใจในความถูกต้อง และเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่าย หัวข้อและกรอบที่ใช้ในการตรวจสอบนั้นใช้หลักการของ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)

ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการจัดทำและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติและส่งให้คณะผู้ทบทวนภายนอก (external review) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจภา เจริญธโนปัจจัย (2551) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตตรง ระดับอำเภอ มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการประเมินโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยการนำ Pilot Study ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง

หลังการทดลองใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วางพบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) ของโรงพยาบาลแม่วางเพิ่มขึ้นหลังใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) และบรรลุตามบรรลุตาม GOAL ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดเป้าหมายอัตราการรักษหาย (cure) และกินยาครบ (complete) หรือที่เรียกว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) มากกว่าร้อยละ 90 ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของสายใจ เรืองศรีมัน และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552 พบว่าอัตรา

สำเร็จในการรักษา (treatment success rate) ร้อยละ 87.37 สาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ เนื่องจาก ตาย (Died) ร้อยละ 4 ขาดการรักษา (Defaulted) ร้อยละ 3 และล้มเหลว (Failed) ร้อยละ 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ขณะทดลองและประเมินผลยังคงมีสุขภาพที่ดี ให้ความร่วมมือในการรักษา

สรุป

ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ที่เหมาะสมกับพื้นที่บริการของโรงพยาบาลแม่วาง ประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 2) ระบบการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.สต. 3) ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง 4) ระบบการส่งเสริมคุณภาพการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงด้วยการบันทึกสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค 5) ระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอด ซึ่งมีคุณภาพในภาพรวมระดับดี และมีข้อดีคือ ทำให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกัน อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีสื่อเอกสาร/แผ่นพับ/การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและการติดต่อให้แก่ผู้ป่วยและญาติ
2. บุคลากรควรมีการฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับโรควัณโรค การทบทวนผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะรายที่มีปัญหาในการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและค้นหาการป่วยเป็นวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ต้องขัง ผู้พิการ เป็นต้น

4. ควรระบุความหมายของผู้พิการให้ชัดเจนว่าเป็นผู้พิการประเภทไหน จะช่วยให้การค้นหากลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้พิการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติในการดำเนินผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ครอบคลุม ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมวัณโรค ในระยะแรกได้เน้นไปที่การตรวจรักษาและการป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังต่อไปนี้ 1) อัตราการรักษาหาย (cure) และกินยาครบ (complete) หรือที่เรียกว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment success rate) มากกว่าร้อยละ 90 2) อัตราเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ (M-) ของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (M+) เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (Intensive phase) มากกว่า ร้อยละ 90 3) จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขาดยามากกว่า 2 เดือนน้อยกว่า ร้อยละ 5 และ 4) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 5

2. ควรศึกษาผลการใช้ระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง ในด้านอื่นๆ เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. การความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการรักษาด้วยระบบการดูแลรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) โรงพยาบาลแม่วาง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่วาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้ช่วยเหลือเป็นกำลังใจ จนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- รจนาภา เจียมธโนปจัย. (2551). พัฒนาโปรแกรม ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ระบบการเย็บแบบบีทีสี่ยงภายใต้การสังเกตตรง ระดับอำเภอ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลแม่ว่าง. (2557). สรุปผลผู้มารับบริการด้วยโรควัณโรคปีงบประมาณ 2557. เอกสารอัดสำเนา.
- โรงพยาบาลแม่ว่าง. (2558). สรุปผลผู้มารับบริการด้วยโรควัณโรคปีงบประมาณ 2558. เอกสารอัดสำเนา.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล. [สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2558]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>
- สายใจ เรืองศรีมัน และคณะ. (2553). ผลการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 3(1). 18-25.
- ศรีประพา เนตรนิยม, บรรณาธิการ. (2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย และ สุรจิต สุนทรธรรม. แนวทางการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Guide to Develop Clinical Practice Guidelines). [สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2558]; แหล่งข้อมูล: URL : <http://www.rcst.or.th/spaw2/uploads/files/CPG%20handbook.pdf>
- WHO. (2015). Global Tuberculosis Report 2015. [สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2558]; แหล่งข้อมูล: URL : http://apps.who.int/iribitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก
โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

Evaluation of Dengue Surveillance System
of Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province

กชพร อินทวงศ์, พบ.

Kotchaporn Intravong, MD.

โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

Chiang Dao Hospital, Chiang Mai province

บทคัดย่อ

ปี 2558 พบอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี และจำนวนผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน การลดอัตราป่วยของโรคปัจจัยสำคัญหนึ่ง คือ ต้องมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ จึงดำเนินการศึกษารุ่นนี้เพื่อทราบคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคดังกล่าวเพื่อเสนอแนวทางพัฒนาระบบ โดยทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้นิยามโรคไข้เลือดออกของสำนักระบาดวิทยา ประเมินในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงดาวระหว่าง 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2558 ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคไข้เลือดออก และการติดเชื้อไวรัสไม่ทราบสาเหตุ ด้วยการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเฉพาะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาจัดทำข้อสรุป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Excel (Pivot Table) และ Epiinfo Version 3.4.5 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่าความครบถ้วนของการรายงานโรคในผู้ป่วยที่เข้านิยาม 47.0% ความถูกต้อง 96.5% โดยตัวแปรที่ส่งผลให้รายงาน 506 เพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยแรกเริ่มและสุดท้ายเป็นโรคไข้เลือดออก (Relative Risk= 2.81, 4.59) ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยนอกเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการรายงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.36; 95% CI 1.07-1.73) ความถูกต้องของการรายงานต่ำสุด คือ วันเริ่มป่วยถูกต้อง 6.1% ระบบเฝ้าระวังโรคมีความง่าย ยืดหยุ่น เป็นที่ยอมรับของบุคลากรและมีความมั่นคงของระบบ ข้อเสนอแนะควรเพิ่มมาตรการให้ระบบเฝ้าระวังโรคให้มีความครบถ้วนของการรายงานมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยแต่ควรครอบคลุมถึงรายที่เข้าได้กับนิยามเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลโดยเฉพาะวันเริ่มป่วยซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการควบคุมโรคได้เร็วและป้องกันการระบาด และควรเพิ่มการตรวจ Tourniquet test ในผู้ป่วยที่มีไข้สูงโดยเฉพาะระยะที่มีการระบาดของโรค

คำสำคัญ: การประเมินระบบเฝ้าระวัง โรคไข้เลือดออก อำเภอเชียงดาว

Abstract

In 2015 incidence rate of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) was higher than median during the last 5 years and also found more complicated patient and more hospitalization. To reduce the incidence of DHF, one important factor is an effective surveillance system, bring the study to determine the quantitative and qualitative attributes of the surveillance system and system improvement. Cross-sectional descriptive study was developed. Study group were among DHF patients in Chiang Dao hospital who had been diagnosed with dengue hemorrhagic fever and viral infections unspecified during January – December, 2015. The definition of dengue from epidemiological surveillance system evaluation was used for case definition. The study design is interview the personnel who involved in the system by using a questionnaire for collecting information and analyzed by content analysis. Excel (Pivot Table) and Epiinfo Version 3.4.5 were used for quantitative data by descriptive statistics. Result: Sensitivity of surveillance system was 47.0 % and predictive value positive was 96.5 %. The variable related to higher rate of reporting was among patients who were initially and last diagnosed as dengue infection (Relative risk were 2.81, 4.59, respectively) and out-patient had significantly higher rate of 506 reports (RR=1.36; 95% CI 1.07-1.73). The lowest accuracy among variables was date of onset (6.1%). Surveillance systems are simple, flexible, high acceptability and stability. Recommendations: Should add measurement to increase the completeness of surveillance system. Not only diagnosed but also cases that met case definition should be reported. Increasing the accuracy of information especially date of onset which is useful in controlled the disease and prevents outbreaks. Tourniquet test should be routinely applied for all high grade fever cases particular during epidemic period.

Keywords: Evaluation of the surveillance system, Dengue Hemorrhagic Fever, Chiang Dao District

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อเด็งกี่ประมาณ 50 ล้านคน และป่วยเป็นไข้เลือดออกมากกว่า 50,000 รายต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการที่รุนแรง มีอัตราป่วยตายสูงกว่าร้อยละ 5 (World Health Organization, 2009) ส่วนประเทศไทยมีรายงานโรคไข้เลือดออกมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2501 และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2544 (224.3 ต่อแสนประชากร) (สุริยะ คูหะรัตน์, 2546) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2556 โดยมีอัตราป่วย 694.5 ต่อแสนประชากรและมีอัตราป่วยตาย

ร้อยละ 0.07 โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 ในปี 2558 พบอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และยังมีพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องนอนโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เมื่อตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่า มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกในระบบเวชระเบียน แต่ไม่มีการรายงานโรค (รง. 506) จึงมีสมมติฐานว่าการรายงานน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการลดอัตราป่วยตายของโรคปัจจัยสำคัญหนึ่ง คือ ต้องมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการควบคุมโรคไว้ในพื้นที่เกิดโรค การดำเนินการดังกล่าว จะประสบความสำเร็จ

หรือไม่ ขึ้นกับความไวของระบบเฝ้าระวังโรค (Sensitivity of surveillance system) ในการตรวจจับการเพิ่มขึ้นที่ผิดปกติของโรค เพื่อให้การดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคทำได้รวดเร็ว จึงได้ดำเนินการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกครั้งนี้ขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลระบบรายงานให้น่าเชื่อถือ สามารถสะท้อนถึงสถานการณ์การระบาดของโรคได้อย่างถูกต้อง และหาแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเชียงดาว
2. เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังไข้เลือดออกโรงพยาบาลเชียงดาว
3. เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเชียงดาว
4. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาลเชียงดาว

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ของระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาล เชียงดาว ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการวินิจฉัยโดยแพทย์ กลุ่มที่เป็นโรคไข้แดงก่ำ ไข้เลือดออก ไขเลือดออกซีก ไข้ไม่ทราบสาเหตุ และการติดเชื้อไวรัสที่ไม่ระบุชนิดและตำแหน่ง จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชียงดาว กับผู้ป่วยที่เข้าข่ายรายงานตามนิยามการรายงานโรคไข้เลือดออกของสำนักโรคติดต่อ (นิยามโรคติดต่อประเทศไทย พ.ศ.2546 สำหรับประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก) จากรายงานเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อการประเมินข้อมูลเชิงคุณภาพ และแบบคัดลอกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้นเองใช้ประเมินข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกจากระบบเวชระเบียนและรายงาน 506 โดยและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาภาพรวมและคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลเชียงดาว
 - 1.1 ทบทวนระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2558
 - 1.2 ทบทวนแนวทางเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเชียงดาว และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังและรายงานโรค ได้แก่ แพทย์ 2 คน, พยาบาลห้องฉุกเฉิน 2 คน, พยาบาลผู้ป่วยใน 4 คน, เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาได้แก่ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติ 4 คนและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชสถิติ 2 คน โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเฉพาะเพื่อสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Face-to-face interview)
2. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ
 - 2.1 ทบทวนทะเบียนรายงาน 506/507 และเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชียงดาว ที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ A 90 (Dengue fever), A 91(Dengue Hemorrhagic Fever), R 50.9 (Fever) และ B 34.9 (Viral infection) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2558 โดยคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนลงในแบบเก็บข้อมูลตามตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษา
 - 2.2 ประเมินความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงาน การส่งรายงาน 506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทันเวลา ความครบถ้วนของการรายงานความเป็นตัวแทนของข้อมูลจากระบบของการเฝ้าระวัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

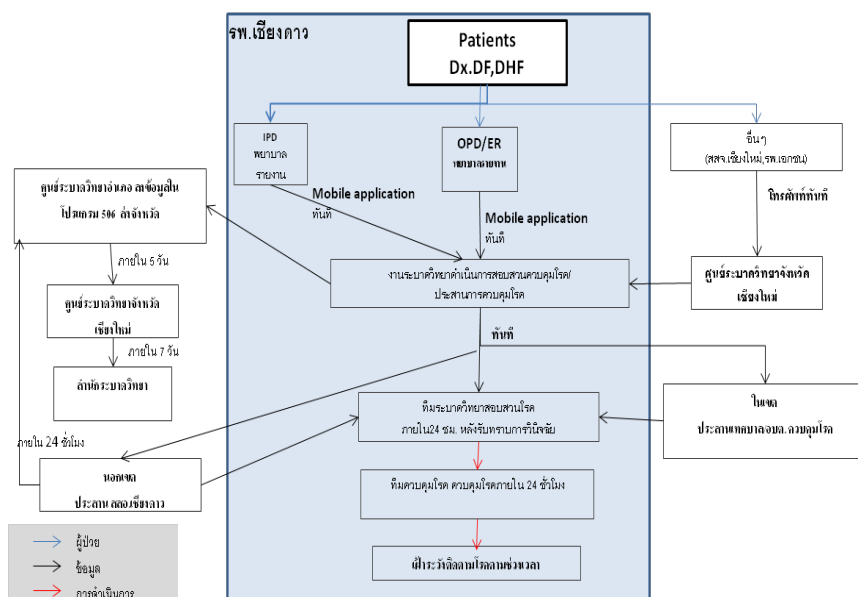
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Excel ในการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล (Pivot Table) และ Epi Info Version 3.4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ฐานนิยม ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Content Analysis) โดยสรุปภาพรวมของโรงพยาบาล เชียงดาว ตามประเด็นคุณลักษณะเชิงคุณภาพแบบ Triangulation of information sources

ผลการศึกษา

1. ความสำคัญของปัญหา เดือนมกราคมถึง ธันวาคม 2558 อำเภอเชียงดาวพบผู้ป่วยตามนิยามโรค ไข้เลือดออกทั้งหมด 236 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 260 ต่อ ประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ความรุนแรงของ โรคจำแนกตามการวินิจฉัย ได้แก่ Dengue Shock Syndrome (DSS), Dengue Hemorrhagic fever (DHF) และ Dengue fever (DF) คิดเป็นร้อยละ 1.3, 58.1 และ 40.7 ตามลำดับ จากผู้ป่วยทั้งหมดรักษาแบบ ผู้ป่วยในร้อยละ 70.3% และส่งต่อโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่าร้อยละ1.3

2. การพรรณนาระบบ

โรงพยาบาลเชียงดาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย จำนวน 13 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำ หน้าที่ศูนย์ระบาดอำเภอ การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกใน โรงพยาบาลเชียงดาว ได้จัดทำแนวทางการวินิจฉัยตาม นิยามโรคไข้เลือดออกที่จุดคัดกรองและห้องตรวจสำหรับ แพทย์และพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก พยาบาลประจำแผนกจะส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ระบาด วิทยาพื้นที่ด้วยระบบ Line application ทั้งในและนอก เวลาราชการ สำหรับแผนกผู้ป่วยในพยาบาลและเจ้า หน้าที่เวชสถิติจะเก็บข้อมูลรหัสโรค ICD-10 จากการ วินิจฉัยของแพทย์มาตรวจสอบด้วยโปรแกรม HOSxP โดยผู้รับผิดชอบการรายงาน คือ พยาบาลหัวหน้าเวร ใน การรวบรวมและบันทึกข้อมูลใช้เวลา 2-3 วัน มากกว่า แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ โดยพยาบาลประจำจุดออกใบนัดทั้งในและนอกเวลา ราชการแบบวันต่อวัน (น้อยกว่า 1 ชั่วโมง) การบันทึก และรายงานโปรแกรม 506 ทำทุกวันโดยเจ้าหน้าที่ ระบาดวิทยา ซึ่งจะส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอ ศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัด และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 โครงสร้างระบบการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลเชียงดาว

3. คุณลักษณะเชิงคุณภาพ

การใช้ประโยชน์ ข้อมูลเฝ้าระวังถูกนำไปใช้ในการควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้งที่ งานระบาดวิทยาโรงพยาบาล เชียงดาวมีพื้นที่รับผิดชอบ คือ ตำบลเชียงดาว เมื่อได้รับแจ้งผู้ป่วยในพื้นที่ จะดำเนินการสอบสวนโรคทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีได้รับแจ้งผู้ป่วยพื้นที่ตำบลอื่นเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะแจ้งเครือข่ายควบคุมโรคของพื้นที่/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบว่ายังขาดความสม่ำเสมอในการเผยแพร่ข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์แก่เครือข่าย

ความง่ายของระบบ การใช้เทคโนโลยี เช่น Line application โปรแกรม HOSxP ทำให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและส่งต่อข้อมูลมากขึ้น มีแนวทางการแจ้งและรายงานที่ชัดเจน แต่ในการรวบรวมข้อมูลวินิจฉัยโดยแพทย์จากแผนกผู้ป่วยในยังใช้เวลานาน ยังพบปัญหาการวิเคราะห์และเผยแพร่ผลการเฝ้าระวังทำให้การรับรู้สถานการณ์โรคจากผู้ป่วยและญาติมากกว่าจากข้อมูลในโรงพยาบาล

ความยืดหยุ่นของระบบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการรายงานมากกว่า 1 คน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนกัน ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ผู้ใดผู้หนึ่งไม่สามารถปฏิบัติงานได้ พบว่าระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการจัดการข้อมูล (HOSxP) สามารถเปลี่ยนแปลงและแก้ไขโดยทั้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและเจ้าหน้าที่สารสนเทศของโรงพยาบาล และกรณีเกิดการขัดข้องของระบบคอมพิวเตอร์เจ้าหน้าที่ยังสามารถรวบรวมและบันทึกข้อมูลได้จากเวชระเบียน

การยอมรับของระบบ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นด้วยกับการมีระบบเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออก และยอมรับภาระงานทั้งการเฝ้าระวัง แจ้งข่าว และออกควบคุมโรค

แม้จะเป็นนอกเวลาราชการ แต่ส่วนของแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยตามนิยามโรคมักนักโดยเฉพาะกรณีอาการไม่รุนแรง (Dengue fever)

ความมั่นคงของระบบ พบว่าระบบมีความมั่นคงสูงเนื่องจากผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับท้องที่ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสำคัญ และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรค เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการทำงาน มีการประสานงานอย่างเข้มแข็งกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ แพทย์

4. คุณลักษณะเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียน พบเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยมีกลุ่มอายุเฉลี่ย 31 ปี ค่ามัธยฐาน 32 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.5) พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dengue Hemorrhagic fever (DHF) ร้อยละ 58.1 พบกลุ่ม Dengue Shock Syndrome (DSS) เพียงร้อยละ 1.2 โดยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 70.3 ทุกรายมีไข้สูง และทุกรายได้รับการตรวจ Complete blood count (CBC) มีการตรวจ Tourniquet test เพียงร้อยละ 6.4 ในขณะที่มีการส่งตรวจ Dengue titer และ NS1Ag ร้อยละ 58.9 และ 31.4 ตามลำดับ

ความครบถ้วนของการรายงาน 506 จากประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด จำนวน 871 รายพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเข้าข่ายตามนิยามโรคไข้เลือดออกจำนวน 236 ราย (27.1%) แต่มีการรายงาน 506 เพียง 111 ราย อัตราการความไวรายงานโรคร้อยละ 47.0 ความถูกต้องของรายงานร้อยละ 96.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลในระบบฟ้าระวังโรคไข้เลือดออก จำแนกตามประเภทของรายงาน

ประเภท	ตรงตาม นินยาม	ไมตรง ตามนินยาม	รวม		
พบรายงาน 506	111	4	115	อัตราความไวการรายงาน (Sensitivity)	$111/236 \times 100$ = 47.0 %
ไมพบรายงาน 506	125	631	756	อัตราความถูกต้องของรายงาน (PVP)	$111/115 \times 100$ = 96.5 %
รวม	236	635	871		

ตารางที่ 2 ความครบถ้วนของการรายงานจำแนกตามแผนกที่รายงาน (ผู้ป่วยนอก/ใน)

รายงาน 506	IPD case	OPD case	ToTal
รายงาน	73 (44%)	38 (4.3%)	111
ไมรายงาน	93 (56%)	32 (45.7%)	125
Total	166	70	236

มาตรฐานของการวินิจฉัยตามนินยามโรค จาก ความไวของการวินิจฉัย ร้อยละ 79.7 โดยมีค่าพยากรณ์
ผู้ป่วยที่เข้ากับนินยามของโรคไข้เลือดออก 236 ราย พบ บวกของโรค ร้อยละ 95.9 (ตารางที่ 3)
ว่าแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออก 188 รายคิดเป็น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้นินยามผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของสำนักโรควิทยากับการวินิจฉัยของแพทย์

การวินิจฉัยของ แพทย์	ตรงตาม นินยาม	ไมตรง ตาม นินยาม	รวม	Sensitivity	$188/236 \times 100 = 79.7 \%$
วินิจฉัย ไข้เลือดออก	188	8	196	Specificity	$627/236 \times 100 = 98.9 \%$
วินิจฉัยอย่างอื่น	48	627	675	Predictive Value Positive (PVP)	$188/196 \times 100 = 95.9 \%$
รวม	236	635	871	Predictive Value Negative (PVN)	$627/635 \times 100 = 98.7 \%$

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อ การใช้เลือดออก (RR = 2.81; 95% CI 1.76-4.49) และ
การรายงาน 506 จากผู้ป่วยที่ทำการทบทวนพบว่าปัจจัย แพทย์วินิจฉัยสุดท้ายเป็นไข้เลือดออก (RR = 4.59; 95% CI
ที่ส่งผลต่อการรายงาน 506 คือ แพทย์วินิจฉัยแรกรับเป็น 2.14-4.81) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการรายงาน 506

ปัจจัย	Relative Risk (RR)	95 % Confident Interval
ผู้ป่วยนอก	1.23	0.94-1.63
ผู้ป่วยใน	0.81	0.62-1.07
อาการเลือดออก	0.99	0.66-1.50
ส่งตรวจ Dengue Titer	0.90	0.69-1.12
ส่งตรวจ NS1Ag	1.28	0.98-1.68
แพทย์วินิจฉัยแยกรับเป็นไข้เลือดออก	2.81	1.76-4.49
แพทย์วินิจฉัยสุดท้ายเป็นไข้เลือดออก	4.59	2.14-9.81

ในกลุ่มที่แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อการรายงาน 506 (RR = 1.36; 95% CI 1.07-1.73) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการรายงาน 506 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไข้เลือดออกจากแพทย์

ปัจจัย	Relative Risk (RR)	95 % Confident Interval
ผู้ป่วยนอก	1.36	1.07-1.73
ผู้ป่วยใน	0.74	0.58-0.94
อาการเลือดออก	0.88	0.60-1.30
ส่งตรวจ Dengue Titer	0.95	0.74-1.22
ส่งตรวจ NS1Ag	1.22	0.95-1.56

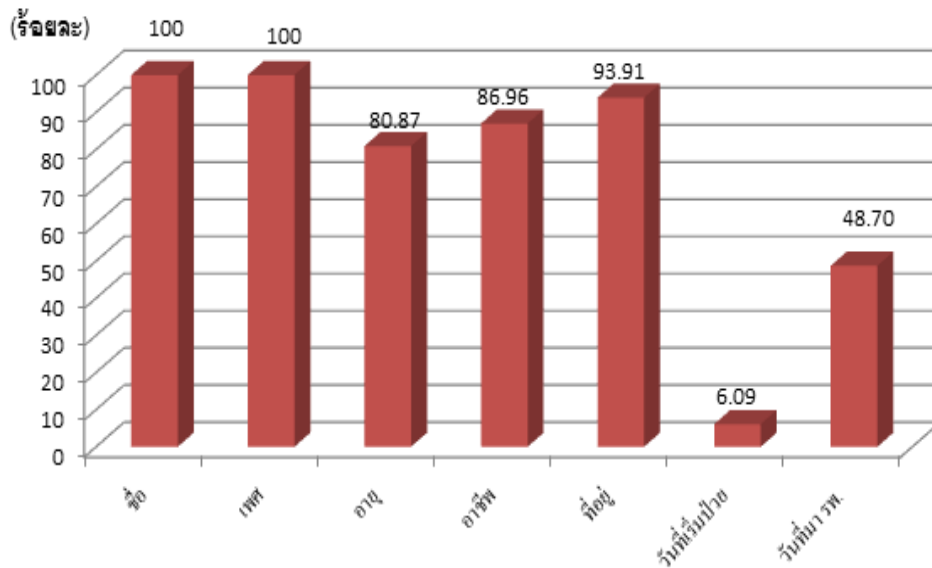
ความทันเวลาของการรายงาน

โรงพยาบาลเชียงดาวได้จัดระบบให้มีการออกสอบสวนโรคทันทีที่มีการรายงานผู้ป่วย จากรายงาน 506 ทั้งหมด พบว่ามีการรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 48.7 โดยมีพิสัยอยู่ระหว่าง 0-29 วัน ค่ามัธยฐาน 1 วัน

ค่าเฉลี่ย 4 วัน และฐานนิยม 1 วัน และไม่มีการรายงานเลยในเดือนพฤศจิกายน

ความถูกต้องของการรายงาน

พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเพศมีความถูกต้องทุกราย และ ข้อมูลวันที่เริ่มป่วยมีความถูกต้องต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 6.1 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ร้อยละของความถูกต้องของการรายงาน 506 จากระบบเฝ้าระวังไข้เลือดออก โรงพยาบาลเชิงดาว พ.ศ. 2558

ความเป็นตัวแทนของการรายงาน จากการเกี่ยวกับเพศ อายุเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม อายุต่ำสุด เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลจากรายงาน 506 และข้อมูลและอายุสูงสุด ไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 6) ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยการใช้ข้อมูล

ตารางที่ 6 ความเป็นตัวแทนของการรายงาน 506 ระบบเฝ้าระวังไข้เลือดออกโรงพยาบาลเชิงดาว

กลุ่มข้อมูล	ประเภทของข้อมูล	
	รายงาน 506 (115 ราย)	เวชระเบียน (236 ราย)
เพศชาย (ร้อยละ)	51.3	51.3
เพศหญิง (ร้อยละ)	48.7	48.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	31	32
มัธยฐาน (ปี)	30	31
ฐานนิยม (ปี)	24	19
ต่ำสุด-สูงสุด	10 เดือน-93 ปี	1 เดือน – 93 ปี

สรุปและอภิปรายผล

สำหรับโครงสร้างของระบบรายงาน 506 โรงพยาบาลเชิงดาว พบว่ายังไม่ซับซ้อน ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานและเห็นประโยชน์ที่เกิดจากการรายงาน โดยผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร บุคคลและงบประมาณ รวมทั้งหน่วยงาน

ภายนอกให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งระบบเฝ้าระวังจะสมบูรณ์ต้องประกอบด้วย การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล การเผยแพร่ผล การเฝ้าระวัง และการนำไปใช้ประโยชน์ สำหรับการประเมินระบบเฝ้าระวังครั้งนี้พบว่ายังมีปัญหาในการวิเคราะห์และเผยแพร่ข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่าง

สม่ำเสมอ ซึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่ระดับวิทยามุ่งเน้นเรื่องของการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่มากกว่าการให้และวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังไม่ทราบนิยามในการเฝ้าระวังและการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง ทำให้เป็นอุปสรรคของการรายงาน

จากผลการศึกษาพบว่าแม้การรายงานโรคจะได้รับความสำคัญและได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี แต่ความครบถ้วนของการรายงานโรคต่ำกว่าความเป็นจริง (48.7%) อยู่ในระดับพอใช้เมื่อเทียบกับระดับมาตรฐาน (ลดาร์ตัน ผาติณวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และวรรณภา หาญเชาว์วรกุล, 2548) และอยู่ในระดับเดียวกับที่พบในการศึกษาของ ธนพล หวังประเสริฐ และ สุคนธา ศิริ, 2556 สาเหตุเกิดจากในระบบการรายงานโรคใช้การวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลักไม่ได้ทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาผู้ป่วยตามนิยาม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความไวของการวินิจฉัยของแพทย์น้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยตามนิยามเช่นกัน สาเหตุที่แพทย์ให้การวินิจฉัยใช้เลือดออกต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีลักษณะอาการและอาการแสดงไม่จำเพาะคล้ายกับโรคอื่นในพื้นที่ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้ไทฟอยด์ ส่วนใหญ่แพทย์ต้องการความจำเพาะในการวินิจฉัย เพื่อวางแผนการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกส่วนหนึ่งจะได้รับวินิจฉัยอื่น และจากการทบทวนข้อมูลยังพบอีกว่าโรงพยาบาลเชียงดาวทำการตรวจ Tourniquet Test เพียงร้อยละ 6.4 ในผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามของการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากแพทย์มักจะรอผลของ Dengue IgM/IgG, NS1Ag เพื่อยืนยัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานโรค คือ แพทย์ให้การวินิจฉัยแรกหรือสุดท้ายว่าเป็นไข้เลือดออก ($RR = 2.81$ และ 4.59 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มผู้ป่วยนอกมีการรายงานโรคสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($RR = 1.36$, 95 % CI 1.06-1.73) อาจเกิดจากเมื่อมีการตรวจติดตามอาการภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย แต่แพทย์ไม่ได้เปลี่ยนรหัสการวินิจฉัยในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะในเวชระเบียนผู้ป่วยใน แสดง

ให้เห็นว่าผู้ที่รับผิดชอบอาจไม่ได้ทบทวนผู้ป่วยที่ถูกเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล หรือผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ได้รายงานผู้รับผิดชอบทราบ สะท้อนให้เห็นว่าผู้รายงานให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยของแพทย์มากกว่านิยามของโรค

จากข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงดาวพบว่าค่าประเมินค่าพยากรณ์บวก (PVP) อยู่ในระดับดีมาก (96.5%) เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (ลดาร์ตัน ผาติณวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และวรรณภา หาญเชาว์วรกุล, 2548) ทำให้รายงานมีความน่าเชื่อถือสูง มีเพียง 4 รายจาก 115 รายที่รายงานแต่ไม่เข้ากับนิยามโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา ลาภวงษ์ และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2555) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดยโสธร ที่มีค่า PVP สูงถึงร้อยละ 97.9 ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์มากเกินไป ซึ่งจากการหาค่าความไว ความจำเพาะและค่าทำนายผลบวกและผลลบของการวินิจฉัยของ แพทย์ตามนิยามของการวินิจฉัยผู้ป่วยไข้เลือดออกของสำนักกระบาดวิทยา พบว่า วินิจฉัยตรงตามนิยามเท่ากับ 79.66%, วินิจฉัยเป็นโรคอื่นและไม่ตรงตามนิยามเท่ากับ 98.74%, โอกาสที่แพทย์จะวินิจฉัยได้ถูกต้องและตรงตามนิยามเท่ากับ 96.92% และโอกาสที่แพทย์จะวินิจฉัยเป็นโรคอื่นและไม่ตรงตามนิยามเท่ากับ 92.89% ดังนั้นการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกของแพทย์จึงมีความไวและความน่าเชื่อถือสูง แต่อาจจะกลายเป็นข้อด้อยในการเฝ้าระวังโรค เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยหลายรายเล็ดรอดจากระบบการเฝ้าระวัง และเกิดการแพร่กระจายได้ในวงกว้าง อย่างไรก็ตามการที่จะครอบคลุมผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้ให้การวินิจฉัยทำได้ยาก จำเป็นต้องมีการทบทวนนิยามให้ชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องทุกคนต้องเข้าใจนิยามดังกล่าว และมีการทบทวนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการกำหนดความไวและค่าพยากรณ์บวก ในการรายงานโรค ขึ้นกับช่วงระยะเวลาของการระบาด ในช่วงต้นฤดูกาล ที่มีอุบัติการณ์ต่ำ อาจต้องให้ความสำคัญที่สูงขึ้น เพื่อลดความผิดพลาด และทำให้ค่า PVP มีค่าสูงขึ้น ส่วนในระยะที่มีการระบาด เป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์สูง อาจใช้นิยามที่มีความไวสูงขึ้น เพราะการวินิจฉัยจะมีค่า PVP สูงขึ้น การ

ค้นพบผู้ป่วยเร็วจะทำให้การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายได้ผลดีขึ้น สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจใช้ Tourniquet test เป็นวิธีการคัดกรองอย่างง่าย ๆ เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีไข้สูงในระยะที่มีการระบาด อย่างไรก็ตามหากมุ่งแต่การเฝ้าระวังผู้ป่วยไข้เลือดออกเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ เพราะเป็นปลายเหตุ ควรทำควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายไปด้วย เพื่อให้ระบบการเฝ้าระวังโรคสมบูรณ์ที่สุด

สำหรับความทันเวลาของการส่งรายงาน 506 ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ได้ภายในเวลา 24 ชั่วโมงพบว่าโรงพยาบาลเชียงใหม่ทำได้ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 48.7) เมื่อเทียบกับมาตรฐานของสำนักระบาดวิทยา (ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และวรรณหาญเชาว์วรกุล, 2548)

ด้านความถูกต้อง พบว่าตัวแปรที่มีความถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ (6.1%) และต้องปรับปรุง คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวันเริ่มป่วย ซึ่งพบว่าสาเหตุอาจเกิดจากความสับสนของผู้รายงานและผู้เกี่ยวข้อง ระหว่างวันเริ่มป่วยและวันที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่พบได้บ่อยในการสอบสวนโรคทั่วไป ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับทุก ๆ ฝ่าย เพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เนื่องจากจะทำให้การแปลผลลักษณะการระบาดของโรคผิดไป ซึ่งจะส่งผลถึงควบคุมและป้องกันโรค ส่วนวันที่ได้รับการวินิจฉัยมีความถูกต้องร้อยละ 48.7 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และวรรณหาญเชาว์วรกุล, 2548) สำหรับข้อมูลที่ดีที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อและเพศ

ด้านการเป็นตัวแทน พบว่า ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับ บุญมี โพธิ์สนาม และสุภาภรณ์ มิตร-ภานนท์ (2553) คือ ข้อมูลจากรายงานโรคไม่แตกต่างจากข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดปรากฏการณ์เช่นนี้อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามปกติที่จะมีการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยซ้ำเพื่อลดความผิดพลาดในการรักษา ส่วนผู้รายงานเองก็ได้รับการฝึกให้ทบทวนข้อมูลก่อน เพื่อไม่ให้เกิดการผิดพลาดขึ้นกับการสอบสวนผิตราย ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้

ด้านการทันเวลา ควรได้รับการปรับปรุงเนื่องจากผู้รายงานจะรอการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายของแพทย์ก่อนหรืออาจเกิดจากภาระงานที่มีมาก โดยเฉพาะในระยะที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะโดยปกติผู้รายงานโรคมักจะเป็นผู้ที่ออกสอบสวนโรคด้วย ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับผู้รายงานและมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาความครบถ้วน และความถูกต้องของการรายงาน

1.1 ใช้กลวิธีในการสื่อสารการเฝ้าระวังโรคตามนิยามแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแพทย์ซึ่งมักมีการหมุนเวียนแพทย์ใหม่มาปฏิบัติงานทุกปี โดยเฉพาะก่อนช่วงเวลาการระบาด เพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคทำได้ทันเวลาและให้ผลดีที่สุด ไม่ควรรายงานเฉพาะผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยเท่านั้น มีการกำหนดผู้รับผิดชอบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การรายงานควรครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย รวมถึงผู้ป่วยที่สงสัยด้วย

1.2 พัฒนาระบบการรายงานแผนกผู้ป่วยในเพื่อลดความผิดพลาดในการรายงานกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย

1.3 ใช้วันเริ่มป่วยจริงในการรายงาน เพื่อประโยชน์ในการประเมินแนวโน้มและวางแผนป้องกันควบคุมโรค

2. ด้านการเผยแพร่ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ควรมีการกระจายข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงชุมชนในรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความตระหนัก อันจะส่งผลให้การรายงานการควบคุมและป้องกันโรคสมบูรณ์ขึ้น

3. ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดนิยาม ค่าความไว ความจำเพาะ รวมถึงค่าพยากรณ์บวกหรือลบ เพราะแต่ละโรคจะมีความแตกต่างกันไป ตามความรุนแรงและความสามารถในการแพร่กระจาย และอัตราอุบัติการณ์หรือความชุกของโรคในช่วงแต่ละฤดูกาล

4. การที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการเกิดโรคไข้เลือดออก และกำหนดเป้าหมายให้มีอัตราของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ต่ำ อาจเกิดผลในด้านตรงข้าม

ทำให้ไม่มีการรายงานผู้ป่วย และต้องทำความเข้าใจว่า บางครั้งผู้ป่วยเองไม่ได้ติดเชื้อมาในพื้นที่ แต่ได้รับเชื้อมาจากพื้นที่อื่น เนื่องจากยุงลายกัดในเวลากลางวัน ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 10-24 ปี ซึ่งไม่ได้อยู่ที่บ้าน

แต่อยู่ที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน

5. ควรเพิ่มการตรวจคัดกรอง Tourniquet test โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีไข้สูงในระยะที่มีการระบาดโดยให้ครอบคลุมถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อช่วยในการค้นหาผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์นพพร พัฒนพรพันธุ์ผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดการวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจากโรงพยาบาลเชียงดาวและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แพทย์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่เวชสถิติ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ลูกเข็นและหอผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงดาวที่ให้ความร่วมมือในการประเมินระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ธนพล หวังธีระประเสริฐ และสุนธรา ศิริ. (2556). การประเมินระบบเฝ้าระวังและตัวชี้วัดของโครงการกำจัดโรคหัด จังหวัดสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2555. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 44, 177-82.
- บุญมี โพธิ์สนาม, สุภาภรณ์ มิตรานนท. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2553. บทความทางระบาดวิทยา 2554; 42: 20-24.
- ปภาณิจ สวงโท, ดารินทร์ อารีย์โชคชัย. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อกลุ่มโรคที่ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ในศูนย์พักพิงชั่วคราว บ้านต้นยาง บ้านแม่สุริน และบ้านใหม่ในสอย ปี พ.ศ. 2553. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43: 129-33.
- ปรีชา ลาภวงษ์ และ พรนภา ศุกรเวทยศิริ. (2555). คุณภาพของการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2555. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(2), 55-64.
- ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, เสวาพัคตร์ อ้นจ้อย, คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ปภาณิจ สวงโท, และอาทิตยา องค์คำมา. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธีรจำกัด, 2557.
- ลดารัตน์ ผาติनावิน, รุ่งนภา ประสานทอง, และ วรณา หาญเชาว์วรกุล. (2548). มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุริยะ คุหะรัตน์, บรรณาธิการ. นิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานการพยากรณ์โรค 2558 เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/0B8ZL4XfjQfmFLUxLQVI4SjJzeFk/view?pref=2&pli=1> เรียกข้อมูลวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2559.

ผลของหนังสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการ
รับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข่าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลจอมทอง

The Effect of Short Film on Anxiety Level in Patients Undergoing Regional Anesthesia in Chomthong Hospital

กนกวรรณ อุทัยวรรณ, พ.บ.

Kanokwan Uthaiwan, M.D.

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Chomthong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีผลเสียต่อผู้ป่วยหลายอย่างทั้งต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการรับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข่าช่องน้ำไขสันหลัง การให้ดูหนังสั้นก่อนการตรวจเย็บ และให้ข้อมูลตามปกติโดยวิสัญญีพยาบาล น่าจะลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ดีกว่าการให้ข้อมูลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการรับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข่าช่องน้ำไขสันหลัง ก่อนและหลังการให้ดูหนังสั้น พร้อมให้ข้อมูลตามปกติโดยวิสัญญีพยาบาล เทียบกับการให้ข้อมูลตามปกติโดยวิสัญญีพยาบาลเพียงอย่างเดียว และเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และวัดความพึงพอใจทั้งสองกลุ่ม การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งการทดลอง คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการตรวจเย็บและให้ข้อมูลตามปกติโดยวิสัญญีพยาบาล และกลุ่มทดลองได้ดูหนังสั้นก่อนได้รับการตรวจเย็บและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิสัญญีพยาบาล วัดระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ State-Trait Anxiety Inventory X-1 Form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูล และความวิตกกังวลทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ dependent T-test และ independent T-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่ให้ผู้ป่วยดูหนังสั้น และได้รับการให้ข้อมูล พบว่าระดับความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (52.73 ± 4.91 และ 38.20 ± 2.81 , $p < 0.001$) ส่วนในควบคุมก่อนและหลังการให้ข้อมูลระดับความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน (52.10 ± 6.29 และ 46.33 ± 7.29 , $p < 0.001$) อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ได้ดูหนังสั้นก่อนการให้ข้อมูลตามปกติ มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (38.20 ± 2.81 และ 46.33 ± 7.29 ; $p < 0.001$) พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับปานกลาง และความพึงพอใจหลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมงในระดับมาก ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับมาก และความพึงพอใจหลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมงในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การรับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข่าช่องน้ำไขสันหลัง

Abstract

Preoperative anxiety has many adverse physical and mentally impacts on patients especially who have to take spinal anesthesia. A short film with information about anesthetic procedure and risks while preoperative visit by nurse anesthetist can relieve this anxiety. This study aims to compare the effect of short film by providing standard information by nurse anesthetist on preoperative anxiety level of the patients undergoing spinal anesthesia and to compare a cooperative of the patients when facing the real situation in the operating room and measure the satisfaction of both groups. A prospective Quasi-experimental study was applied, a sixty patients who undergoing spinal anesthesia were enrolled and divided into two groups, 30 persons per group. The control group received standard information only while the treatment group received both standard information and watching a short film. The anxiety scores were assessed using State-Trait Anxiety Inventory Scale X-1 Form before and after the intervention. The obtained data were calculated for mean and standard deviation, overall score were compared by dependent and independent Student t-test. The results found that average anxiety scores in the treatment group before and after receiving the standard information plus watching short film has significantly reduced (52.73 ± 4.91 and 38.20 ± 2.81 , $p < 0.001$). While, in the control group, the anxiety score before and after receiving standard information was also significantly reduced (52.10 ± 6.29 and 46.33 ± 7.29 , $p = 0.002$). However, in treatment group, the anxiety score showed higher significantly reduction than control group (38.20 ± 2.81 and 46.33 ± 7.29 , $p < 0.001$). Furthermore, in the control group, an average of a cooperation of patients facing the situation in the operating room were moderate and the satisfaction after operation for 24 hours were fairly good level, while in the treatment group showed high and very good level respectively.

Key words: Anxiety, Regional anesthesia

บทนำ

โรงพยาบาลจอมทอง ตั้งอยู่ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เดิมเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง มีห้องผ่าตัดจำนวน 4 ห้อง มีแพทย์สาขาที่ใช้บริการห้องผ่าตัดหลายสาขา ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ, ศัลยกรรมตา, หู คอ จมูก, สูติรีเวชกรรม และศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า ซึ่งเปิดให้บริการมาเป็นเวลากว่า 30 ปี แต่ในปี พ.ศ. 2554 ที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีแพทย์ได้มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจอมทองนั้น พบว่าทาง

โรงพยาบาลจอมทองไม่มีวิสัญญีแพทย์มานานกว่า 10 ปี และการระงับความรู้สึกเพื่อการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น มีเพียงพยาบาลวิสัญญีปฏิบัติงานเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถทำการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังได้ ผู้ป่วยที่มารับบริการทางห้องผ่าตัดจึงมีอัตราการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังน้อย และมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังน้อยมาก มีความกลัว ความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังมาก

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย การลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องมาจากความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด เกิดจากความขัดแย้งในใจภายใต้จิตสำนึก หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะมีผลกระทบต่อนำร่างกาย ปลดปล่อยสารแคทีโคลามีน และฮอโมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจเป็นสาเหตุให้แพทย์ต้องเลื่อนการผ่าตัด ตลอดจนมีผลต่อการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด หรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ (ไมตรี ยอดแก้ว, วินิกานูจัน คงสุวรรณ และศรีสุตา วนาลีสิน, 2553) การควบคุมหรือลดความวิตกกังวล มีได้หลายวิธีทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา จากงานทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแนวทางปฏิบัติในการลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดนตรีบำบัด, การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี, การฟังเทป เทคนิคหายใจผ่อนคลาย ร่วมกับเสียงดนตรี, การใช้ดนตรีร่วมกับยาคลายกังวล, การให้คำปรึกษาแบบกระชับ, และการใช้นวัตกรรมลูกบอลคลายเครียด (White, J. M., 2001; Wong, K-Y. and Mok E., 2003) ยังไม่มีเรื่องใดได้กล่าวถึงหนังสือหรือละครมาก่อน ความวิตกกังวลมีลักษณะที่ปรากฏได้ คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety) เป็นความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่ค่อนข้างจะคงที่ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสภาวะการณ์ทั่วไป และจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety) ในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น (Spielberger, C. D., 1966) ดังนั้นความวิตกกังวลขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในห้องผ่าตัด เมื่อมีสถานการณ์ หรือสิ่งทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากกระตุ้นและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อมีผลกระทบที่เกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นกับระดับความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น

มีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้มือและเท้าเย็น ชีตเหงื่อออกตามฝ่ามือ นอนไม่หลับ ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจากความวิตกกังวลยังทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ (ดวงพร ชยุติสาทิจ, 2551; อังควิภา มูลสุวรรณ, 2555)

ระยะเวลาก่อนการผ่าตัดเป็นโอกาสที่เหมาะสมสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อที่จะให้ความรู้ความเข้าใจ เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญจากการผ่าตัด โดยการพูดคุย การนำเสนอสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจ และคลายความวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ในห้องผ่าตัดจริง (ดวงดาว อธิฐานสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพพร สาธิตการณิ และกชกร พลาชีวะ, 2555; ดวงพร ชยุติสาทิจ, 2551; ไมตรี ยอดแก้ว, วินิกานูจัน คงสุวรรณ และศรีสุตา วนาลีสิน, 2553) และเนื่องด้วยเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจอมทองกว้าง ทั้งรับผู้ป่วยจากพื้นที่ชายแดน พื้นที่ชาวเขาเผ่าต่างๆ ทำให้มีปัญหาในด้านภาษา การสื่อสาร การให้ข้อมูลความรู้เป็นไปอย่างยากลำบาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำหนังสือ เพื่อลดปัญหาด้านการสื่อสารด้วยวิธีพูดคุย และทำการวิจัยเปรียบเทียบผลของหนังสือต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง เพื่อจะได้นำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในงานห้องผ่าตัด พัฒนาคุณภาพงานให้เกิดความสมบูรณ์ และเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น วัตถุประสงค์เปรียบเทียบค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ข้อมูล ทั้งแบบวิธีตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลแบบปกติ โดยวิสัญญีพยาบาล และการให้ข้อมูลพร้อมเปิดหนังสือให้ผู้ป่วยและญาติ และเปรียบเทียบความร่วมมือ การปฏิบัติตามคำแนะนำสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดของผู้ป่วย หลังการให้ข้อมูล ทั้งแบบวิธีตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลแบบปกติโดยวิสัญญีพยาบาล และการให้ข้อมูลพร้อมเปิดหนังสือให้ผู้ป่วยและญาติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (A prospective Quasi-experimental study) โดยมีเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยดังนี้เกณฑ์คัดเข้าร่วมงานวิจัย

1. อายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. มาเข้ารับบริการการผ่าตัดทางศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่สามารถระบุความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลังได้
3. Elective surgery
4. ASA I-II
5. สามารถสื่อสารเข้าใจได้ดี หรือสามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีญาติที่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ช่วยแปลเกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย
1. อายุน้อยกว่า 20 ปี
2. ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดที่ระบุความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง
3. Emergency surgery
4. ASA มากกว่า III หรือมีโรคทางจิตเวชร่วม
5. ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้ารับการระบุความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง
6. สื่อสารไม่เข้าใจ และอ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ หรือไม่มีญาติที่สื่อสารเข้าใจช่วยแปล

หลังจากได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจอมทอง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากการทบทวนงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันที่ผ่านมา มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 30 ราย ในงานวิจัยนี้ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสมมติฐานกลุ่มที่ดูหนึ่งสันจะสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ให้ข้อมูลด้วยวิธีปกติได้ร้อยละ 20 โดยกำหนดให้ค่า power มีค่าร้อยละ 80 และค่า alpha error ไม่เกินร้อยละ 5 และไม่มีผู้ป่วยออกจากงานวิจัย เมื่อผู้ป่วยที่จะผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้าสามารถเข้ารับการผ่าตัดโดยระบุความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลังมานานหรือ 1 วันก่อนผ่าตัด ให้พยาบาลผู้ดูแลที่ตึกผู้ป่วยในใส่หมายเลขที่หน้าชาร์ตผู้ป่วย และสุ่มกลุ่ม

การทดลองแบบ ordinary run analysis โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม จำนวน 30 รายได้รับการตรวจเยี่ยมด้วยวิธีสัญญาณตามปกติ และมีการให้ข้อมูลและแนะนำขั้นตอนตามปกติ ได้แก่ แนะนำตัวผู้ตรวจเยี่ยม ตรวจสอบชื่อนามสกุลผู้ป่วย โรคที่เป็น การผ่าตัดที่จะได้รับในวันพรุ่งนี้ ลำดับขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนนอน หลังตื่นนอน การเตรียมตัวก่อนไปห้องผ่าตัด ขณะรอที่ห้องผ่าตัด และแนะนำขั้นตอนขณะเข้าสู่ห้องผ่าตัด ให้ข้อมูลการระบุความรู้สึกที่สามารถทำได้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการระบุความรู้สึกด้วยตนเอง ให้ข้อมูลขั้นตอนการระบุความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ให้ข้อมูลการผ่าตัด และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การพักฟื้น และการสังเกตอาการขณะกลับสู่หอผู้ป่วย รวมถึงให้โอกาสผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยก่อนแจกแผ่นพับซึ่งเป็นการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดของทางโรงพยาบาล

2. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ได้รับการแนะนำจากพยาบาลผู้ดูแลตึกผู้ป่วยใน และพาผู้ป่วยและญาติไปดูวิดีโอหนังสือ โดยไม่ได้ให้คำแนะนำใดๆเพิ่มเติมในช่วงรอรับการตรวจเยี่ยมโดยวิธีสัญญาณ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังดูหนังสือเสร็จจะได้รับการตรวจเยี่ยมโดยวิธีสัญญาณ และมีการให้ข้อมูลและแนะนำขั้นตอนตามปกติ เหมือนกลุ่มควบคุมทุกประการ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการแบ่งกลุ่มโดยพยาบาลผู้ดูแลประจำตึกผู้ป่วยใน โดยวิธีสัญญาณผู้ตรวจเยี่ยม และผู้เก็บข้อมูลวิจัยในวันผ่าตัดจะไม่ทราบกลุ่มผู้ป่วย จนกว่าจะตรวจเยี่ยมหลังผ่าตัดครบ 24 ชม

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการตรวจเยี่ยมโดยวิธีสัญญาณ และแนะนำขั้นตอนก่อนการผ่าตัดตามปกติ

วัดค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยแบบวัดระดับความวิตกขณะเผชิญ STAI Form X-1 (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. and Lushene, R. E., 1989) โดยวัดก่อนและหลังการให้ข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประเมินการให้ความร่วมมือ การปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์

ในห้องผ่าตัดจริง โดยพยาบาลในห้องผ่าตัดที่ไม่ทราบกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินคะแนน โดยสังเกตตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ห้องผ่าตัด ขณะย้ายนอนบนเตียงผ่าตัด ติดเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพ จัดท่านอนตะแคงให้เหมาะสมกับการฉีดยาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง ขณะฉีดยาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง จัดท่านอนหงาย กางแขน มีอุปกรณ์รัดแขนกันตก ขณะปูผ้าสะอาดก่อนเริ่มผ่าตัด โดยแบ่งคะแนนเป็น น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด และวัดค่าความพึงพอใจหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนน แบ่งคะแนนเป็น น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงพรรณนาทั่วไป ใช้ความถี่ และร้อยละ

ค่าความวิตกกังวลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ dependent Student t-test สำหรับเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่ม และ independent Student t-test สำหรับเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม ค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี อาชีพเกษตรกร การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อน และมารับการผ่าตัดบริเวณท้องส่วนล่าง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Demographic data) ที่ทำการศึกษา

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม จำนวน (%)	กลุ่มทดลอง จำนวน (%)	p-value
1. อายุ (ปี)			
1.1 20-40	4(13.3)	2(6.6)	0.564
1.2 41-60	16(53.3)	14(46.7)	0.564
1.3 61-80	10(33.3)	14(46.7)	0.763
2. การศึกษา			
2.1 ประถมศึกษา	22(73.3)	22(73.3)	1.000
2.2 มัธยมหรือสูงกว่า	8(26.7)	8(26.7)	1.000
3. อาชีพ			
3.1 เกษตรกรรม	20(66.7)	22(73.3)	0.827
3.2 งานบ้าน	2(6.7)	8(26.7)	0.180
3.3 ลูกจ้าง	4(13.3)	0(0)	<0.001
3.4 นักเรียน	4(13.3)	0(0)	<0.001
4. บริเวณที่ผ่าตัด			
4.1 ท้องส่วนล่าง	22(73.3)	22(73.3)	1.000
4.2 ขา	8(26.7)	8(26.7)	1.000
5. ประวัติผ่าตัดในอดีต			
5.1 เคยผ่าตัด	2(6.7)	2(6.7)	1.000
5.2 ไม่เคยผ่าตัด	28(93.3)	28(93.3)	1.000

จากการทำแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มา
รับบริการระบับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำ
ไขสันหลัง พบว่าในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้
ข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลด้วยวิธีปกติ มีคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 52.10 ± 6.29 และ 46.33 ± 7.29 คะแนนตาม

ลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองที่ให้ผู้ป่วยดูหนังสือ และได้รับการ
ให้ข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลด้วยวิธีปกติ มีคะแนนเฉลี่ย
ก่อนและหลังการให้ข้อมูล เท่ากับ 52.73 ± 4.91 และ
 38.20 ± 2.81 คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนความวิตกกังวล (Anxiety scores) ก่อนและหลังการให้ข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลร่วมกับการดูหนังสือ

	ก่อนให้ข้อมูล	หลังให้ข้อมูล	p-value
กลุ่มควบคุม (n=30)	52.10 ± 6.29	46.33 ± 7.29	P=0.002
กลุ่มทดลอง (n=30)	52.73 ± 4.91	38.20 ± 2.81	P<0.001
	P=0.822	P<0.001	

ก่อนการตรวจเยี่ยมโดยวิสัญญีพยาบาลและให้
ข้อมูลตามปกติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.822$ แต่หลัง
จากได้รับการตรวจเยี่ยมโดยวิสัญญีพยาบาลและให้ข้อมูล
ตามปกติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลงอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลลด
ลง เทียบเป็นค่า $p = 0.002$ และกลุ่มทดลองมีความวิตก
กังวลลดลง เทียบเป็นค่า $p < 0.001$ ตามลำดับ และเมื่อ
เปรียบเทียบหลังได้รับการตรวจเยี่ยมโดยวิสัญญีพยาบาล
และให้ข้อมูลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูหนังสื
นก่อนตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่
ได้รับการดูหนังสืนก่อนตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติ

มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$
เปรียบเทียบการให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตน
ขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัด และความพึงพอใจ
หลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย
การให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญ
สถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับปานกลาง และ
ความพึงพอใจหลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมงในระดับมาก
ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือ และการ
ปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดใน
ระดับมาก และความพึงพอใจหลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมง
ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความร่วมมือและการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริง และความพึงพอใจหลังผ่าตัด

	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)
ความร่วมมือและการปฏิบัติตน		
น้อย	2	1
ปานกลาง	18	7
มาก	6	14
มากที่สุด	4	8
ความพึงพอใจหลังผ่าตัด 24 ชม.		
น้อย	0	0
ปานกลาง	8	1
มาก	14	12
มากที่สุด	8	17

อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลังมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลาได้พบเห็นห้องผ่าตัด เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ไม่เคยเห็น กลัวไม่หายชา กลัวได้รับความเจ็บปวด กลัวผลข้างเคียงจากการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง เช่น ปวดหลัง กลัวกลับไปทำงานตามปกติไม่ได้ (ไม่ทรียอดแก้ว, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ และศรีสุตา วณาสีสิน, 2553) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ การปฏิบัติตนที่ผู้ป่วยควรทราบ โดยการตรวจเยี่ยมด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล ทั้งวิธีให้ข้อมูลตามปกติ และการให้ดูหนังสือก่อนการตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ โดยที่กลุ่มที่ให้ดูหนังสือก่อนการตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล สามารถลดค่าความวิตกกังวลได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มที่ดูหนังสือ ก่อนการตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล มีคะแนนความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับมาก โดยกลุ่มที่ตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาลมีคะแนนความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับปานกลาง ซึ่งน่าจะมาจากกลุ่มที่ดูหนังสือก่อนการตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติ ได้เห็นภาพห้องผ่าตัดจริง ได้เห็นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ได้เห็นการติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ ได้เห็นการจัดทำก่อนการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง ได้เห็นการจัดทำนอนหงายกางแขนพร้อมอุปกรณ์รัดแขนกันตก เปรียบเสมือนกับผู้ป่วยได้ผ่านการเผชิญสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดมาก่อน ซึ่งกลุ่มที่ตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาลได้ให้ข้อมูลขั้นตอนต่างๆ เหมือนกัน แต่ไม่เห็นภาพ ในวันผ่าตัดจึงเหมือนกับเผชิญสถานการณ์จริงเป็นครั้งแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงพร ชุตสาหกิจ (2551) ซึ่งพบสาเหตุของการวิตกกังวลขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลัง มีหลายประการ ได้แก่ การเผชิญสถานการณ์ใหม่ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การเผชิญกิจกรรม

ทางการพยาบาล การต่อสู้กับความหิว การงดน้ำงดอาหาร กลัวเจ็บจากการฉีดยาชา กลัวอันตรายจากการผ่าตัด กลัวภาวะแทรกซ้อนและความผิดพลาดในห้องผ่าตัด การเผชิญกับความไม่รู้ ทำให้ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนด้วยความหวาดกลัว (ดวงพร ชุตสาหกิจ, 2551) และสอดคล้องกับงานวิจัยของดวงดาว อธิวุฒาสน์ (2555) พบว่า ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว เทียบกับการให้ข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ การที่ผู้ป่วยได้ดูหนังสือก่อนการให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบเห็นภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ใกล้เคียงสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตนได้อย่างชัดเจนเป็นผลให้การดูหนังสือก่อนการให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาลสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องน้ำไขสันหลังได้เป็นอย่างดี (ดวงดาว อธิวุฒาสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธิรัตน์, เทพกร สาธิตการณณ์ และกชกร พลาชีวะ, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของอรุวดี เจริญไชย (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรุวดี เจริญไชย, 2541)

การตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล และการให้ดูหนังสือพร้อมตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ โดยการให้ดูหนังสือพร้อมตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล สามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และการดูหนังสือพร้อมตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือ และการปฏิบัติตนขณะเผชิญสถานการณ์จริงได้มากกว่าการตรวจเยี่ยมและให้ข้อมูลตามปกติด้วยวิธีฉีดยาชาพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งการให้ดูหนังสือเป็นวิธีเสริมที่ง่าย สามารถพัฒนาโดยการเผยแพร่สู่ตักผู้ป่วยในสาขาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพมีความรู้ความเข้าใจ เหมือนการได้เผชิญสถานการณ์ใน

ห้องผ่าตัดมาก่อน เพื่อลดความวิตกกังวลจากความไม่รู้
ได้ และอาจพัฒนาให้มีการพากย์เสียงหนังสั้นเป็นภาษา
ชาวเขาเผ่าต่างๆ (กะเหรี่ยง, ม้ง, เย้า) ที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลจอมทอง เพื่อลดปัญหาการสื่อสารได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในการมารับบริการ
ระดับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าสู่ช่องไขสันหลัง
อย่างมาก บางคนปฏิเสธที่จะดูหนังสั้น เพราะคิดว่าจะมี
ภาพน่ากลัว จะไม่เข้าใจในภาษาที่สื่อสาร เหมือนวีดิทัศน์

ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องอื่นๆ บางคนต่อต้านการดูหนังสั้น
จนขอยกจากการศึกษา และจากผลการศึกษาพบว่า
การดูหนังสั้นมีผลลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้ข้อมูล
ด้วยวิธีปกติโดยวิสัญญีพยาบาลเพียงอย่างเดียว และพบ
ว่าการให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตน ขณะเผชิญ
สถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดในระดับมาก และความพึง
พอใจหลังผ่าตัดเสร็จ 24 ชั่วโมงในระดับมากที่สุด
จึงเสนอว่าการนำไปใช้จริงควรใช้วิธีเปิดหนังสั้นให้ทุก
คนในตึกผู้ป่วยในดู โดยไม่ต้องบังคับหรือขอความร่วมมือ
ให้นั่งดูเป็นรายๆไป โดยอาจกำหนดเวลาเปิดหนังสั้น
เป็นเวลา เช่นวันละสองครั้งเช้า บ่าย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายฤกษ์ณรงค์ ทิพย์โย นายกิตติ สมใจอ้าย นายวัชรินทร์ ราชวงศ์แก้ว
ผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดโรงพยาบาลจอมทอง ที่ร่วมแสดงหนังสั้น เพื่อประกอบงานวิจัยนี้ ขอ
ขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลจอมทอง
ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลวิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด และ
เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย และทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ดวงดาว อรัญวาสี, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี และ กชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูล
อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกแบบทั้งตัว. *วิสัญญีสาร*, 38(2),
102-108.
- ดวงพร ชยุตสาหกิจ. (2551). ประสิทธิภาพของกระบวนการพยาบาลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน
ผ่าตัด. *วารสารวิชาการ เขต 15*, 22(2), 391-395.
- ไมตรี ยอดแก้ว, วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ และศรีสุดา วนาสีสิน. (2553). แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความ
วิตกกังวลขณะผ่าตัดและระดับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2(3), 50-70.
- อังคิภา มูลสุวรรณ. (2555). ผลของการเยี่ยมก่อนรับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน
ในโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(2), 158-163.
- อรุณาวดี เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและแนะนำสิ่งที่ควร
ปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- Spielberger, C. D., (1966). Anxiety and Behavior. New York, Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. and Lushene R. E. (1989). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- White J. M. (2001). Music as intervention: A notable endeavor to improve patient outcome. Nursing Clinics of North America, 36(1): 83-92.
- Wong, K-Y. and Mok E. (2003). Effects of music on patient anxiety research. AORN Journal, 93(2), 1-13.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
Factors affecting burden of caregivers for the elderly
bed-bound in Banhong District, Lamphun.

สาริกษ์ พรหมมารัตน์ พ.บ. วว. เวชศาสตร์ครอบครัว Sarik Promarat MD. Cert. in Family medicine

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน Banhong hospital, Lamphun province

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ในเขตอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล 2) แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และ 3) แบบสอบถามภาระดูแล (Zarit Burden Interview) วิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการดูแล เปรียบเทียบภาระการดูแลระหว่างกลุ่มที่ไม่เป็นภาระดูแลกับกลุ่มที่เป็นภาระดูแล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และ independence-samples T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) ผลการศึกษา มีผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน อ.บ้านโฮ่ง ทั้งหมด 66 ราย ผู้ดูแล ร้อยละ 66.67 เป็นผู้หญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 46.97 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล คือ การมีผู้ช่วยผู้ดูแล ($p = 0.037$) บทสรุป การมีผู้ช่วยผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

คำสำคัญ: ภาระดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง

Abstract

This is descriptive cross-sectional study purposed to investigate the factor that affecting burden of caregivers for the elderly bed-bound in Banhong District, Lamphun province. The main caregivers who looks after elderly bed-bound during August-November 2015 were investigate by using a structured questionnaire, which includes of 3 parts, 1) general information questionnaire and factors affecting the burden of care 2) Barthel Activities of Daily Living: ADL and 3) caregiver burden interview (Zanit Burden Interview, ZBI). Analyze factors that affect the caregivers burden by using Chi-squared test and independence-samples T-test statistical significance level set at less than 0.05 ($p < 0.05$). 66 caregivers for the elderly were includes in this study, of which 66.67% were female.among them 49.97% of this caregivers are a descendant (daughter, son, grandchildren etc.) Factors affecting the caregiver burden is assistant of caregiver ($p = 0.037$). Conclusion The assistant of caregiver affect the caregiver burden of caregiver of bed bound elder.

Key word: caregiver burden, bed bound elder

บทนำ

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 14.9 ในปี 2545, 2550, 2554 และ 2557 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) หากแบ่งผู้สูงอายุตามระดับ Activity Daily Living (ADL) แบ่งได้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง(กรมอนามัย, 2552) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาระดูแลสูง ต้องการผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในสังคมไทยผู้ดูแลผู้สูงอายุมักเป็นผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ลูกสะใภ้หรือภรรยา การที่ญาติต้องมาทำหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการปรับตัว มีภาระที่มากขึ้น ส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Lazarus, 1984) ยิ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยร่วมด้วย พบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียง

ร้อยละ 10 เท่านั้นที่ไม่มีภาระดูแล (Katherine et al., 2010)

ในปี พ.ศ. 2558 อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน มีประชากร 41,775 คน เป็นผู้สูงอายุถึง 8,472 คน คิดเป็นร้อยละ 20.28 หากแบ่งผู้สูงอายุตามระดับตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แล้ว จากผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 8,008 คน (ร้อยละ 94.52) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 380 คน (ร้อยละ 4.49) และ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 84 คน (ร้อยละ 0.99) (โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง, 2558) ซึ่งผู้สูงอายุ

กลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลมากที่สุด ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อภาวะที่เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล (caregiver burden)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระดูแลย่อมแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะต่างๆ ของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น แรงสนับสนุน

ทางสังคม ได้แก่ การมีผู้ช่วยดูแล ครอบครัว เพื่อนและชุมชน (สาสินี, 2556) การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดูแลของผู้ดูแลสูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะดูแลแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยในส่วนของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ระดับ ADL 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ 3) ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ การมีผู้ช่วยในการช่วยดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระยะเวลาที่ผู้ช่วยดูแลช่วยดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ในเขตอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ของโรงพยาบาลบ้านไธสง ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดูแล 2) แบบประเมิน ADL และ 3) แบบสอบถามภาวะดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลของ ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริและคณะ (ชนัญชิดาคุชฎี, 2554) ที่พัฒนามาจาก Zarit burden Interview ที่ใช้ในการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ยอมรับเป็นสากลทั่วโลก โดยมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียด และผลกระทบต่อการ

ดำรงชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีความพิการและผู้สูงอายุ โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ เกิดขึ้นเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน บ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน บางครั้ง ได้ 2 คะแนน นานๆ ครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวม 0 - 21 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21 - 40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อย ถึง ปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลาง ถึง มาก และ 61 - 88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก การศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะดูแลดังกล่าวข้างต้น เปรียบเทียบภาวะดูแลระหว่างกลุ่มไม่เป็นภาระดูแล (กลุ่มที่มีคะแนน 0 - 21) กับกลุ่มที่เป็นภาระดูแล (กลุ่มที่มีคะแนน 22-88) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาระดูแลของผู้ดูแลโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และ independence-samples T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูนที่ได้รับการเยี่ยมโดยทีมสหสาขา และได้รับการประเมินตามการศึกษามีจำนวน 66 ราย (อีก 18 รายไม่ได้เข้าร่วมการศึกษา เนื่องจากไม่ได้รับการเยี่ยมโดยทีมสหสาขาในระยะเวลาที่ทำการศึกษา) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.21 อายุเฉลี่ย 78 ปี เป็นผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วเฉลี่ย 5 ปี 2 เดือน มี ADL เฉลี่ย 3.25 โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

ข้อมูลทั่วไป (N = 66)	Mean	SD
อายุ (ปี)	78.16	9.98
ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ปี)	5.16	4.57
ADL	3.25	2.00
เพศ**		
ชาย	19	28.79
หญิง	47	71.21

** จำนวน, ร้อยละ

แบ่งเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระดูแล 28 รายและกลุ่มที่เป็นภาระดูแล 38 ราย เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้สูงอายุ แยกตามกลุ่มไม่เป็นภาระดูแลกับเป็นภาระดูแลได้ผลดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นภาระดูแล

ส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.092$) ผู้สูงอายุติดเตียงทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุ ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง และระดับ ADL ที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบ จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยของผู้สูงอายุติดเตียงตามภาระการดูแล

ปัจจัยด้านผู้สูงอายุติดเตียง	ไม่เป็นภาระดูแล Mean (SD.) (n = 28)	เป็นภาระดูแล Mean (SD.) (n = 38)	p-value
อายุ (ปี)	79.93(11.72)	76.78(8.30)	0.213 ⁺
ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ปี)	5.21(4.25)	5.11(4.86)	0.929 ⁺
ADL	3.39(1.69)	3.16(1.26)	0.816 ⁺
เพศ**			
ชาย	5	14	0.092 ⁺⁺
หญิง	23	24	

** จำนวน

+ Independence-sample T-test

++ Pearson Chi-square

ในส่วนของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 56.39 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 46.97 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.09 ส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่า

18 ชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และดูแลมาแล้ว 4 ปี 11 เดือน ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 68.18 และผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงในการช่วยดูแลในแต่ละวัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก (N=66)	Mean	SD
เพศ**		
- ชาย	22	33.33
- หญิง	44	66.67
อายุ (ปี)	56.39	10.40
ความสัมพันธ์**		
- บุตร	31	46.97
- สามี ภรรยา	17	25.76
- อื่นๆ	18	27.27
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน (ชั่วโมง)** (n=64)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	23	39.9
- มากกว่า 12 ถึง 18 ชั่วโมง	12	18.8
- มากกว่า 18 ชั่วโมง	29	45.3
อาชีพ**		
- รับจ้าง	17	25.76
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	59.09
- อื่นๆ	10	15.15
รายได้ (บาท)	5657	4572
ระยะเวลาที่ดูแล (ปี)	4.91	3.25
ผู้ช่วยผู้ดูแล**		
มี	45	68.18
ไม่มี	21	31.82
เวลาที่ผู้ช่วยผู้ดูแลช่วยดูแลผู้สูงอายุติดเตียง** (n=52)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	20	38.5
- มากกว่า 12 ถึง 18 ชั่วโมง	13	25.0
- มากกว่า 18 ชั่วโมง	19	36.5

**จำนวน ร้อยละ

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้ดูแลสูงอายุติดเตียงแยกตามกลุ่มไม่เป็นการดูแลกับเป็นการดูแล พบว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ($p = 0.725$) มีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p=0.116$) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรไม่แตกต่างกัน ($p = 0.837$) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันไม่แตกต่างกัน ($p = 0.367$) ผู้ดูแล

กลุ่มที่ไม่เป็นการดูแลมีผู้ช่วยผู้ดูแลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.037$) แต่ระยะเวลาที่ช่วยผู้ดูแลในกลุ่มที่เป็นการดูแลกลับมีระยะเวลาที่ช่วยผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน ($p = 0.058$) กลุ่มที่ไม่เป็นการดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมมากกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามการดูแล

ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก	ไม่เป็นการดูแล Mean(SD.)(N=28)	เป็นการดูแล Mean(SD.)(N=38)	p-value
เพศ**			
ชาย	10	12	0.725 ⁺⁺
หญิง	18	26	
อายุ	58.71(9.06)	54.58(11.12)	0.116 ⁺
ความสัมพันธ์**			
บุตร	12	19	0.837 ⁺⁺
สามี ภรรยา	8	9	
อื่นๆ	8	10	
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน			
-น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	10	13	0.367 ⁺⁺
-มากกว่า 12 ถึง 18 ชั่วโมง	7	5	
-มากกว่า 18 ชั่วโมง	10	19	
อาชีพ**			
รับจ้าง	6	11	0.737 ⁺⁺
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	22	
อื่นๆ	5	5	
รายได้	4,637 (3,176)	6,467 (5,341)	0.121 ⁺
ระยะเวลาที่ดูแล	4.96 (2.47)	4.86 (3.78)	0.901 ⁺
มีผู้ช่วยผู้ดูแล ร้อยละ	82.14	57.89	0.037 ⁺
เวลาที่ผู้ช่วยผู้ดูแลช่วยดูแลผู้สูงอายุติดเตียง			
-น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	12	8	0.058 ⁺⁺
-มากกว่า 12 ถึง 18 ชั่วโมง	8	5	
-มากกว่า 18 ชั่วโมง	5	14	
ความพึงพอใจโดยรวม	8.27 (1.12)	6.45 (1.23)	<0.01 ⁺

**จำนวน

+ Independence-sample T-test

++ Pearson Chi-square

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ยังไม่ค่อยมีผู้ทำการศึกษาในประเด็นนี้ ผลการศึกษาที่ได้พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นไปในทิศทางเดียวกันของประเทศไทยที่จะมีอัตราส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) อายุเฉลี่ย 78 ปี 2 เดือน ถ้าพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่าอยู่ในช่วงอายุของผู้สูงอายุตอนกลาง ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง แต่จากการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอบ้านไธสง ซึ่งติดเตียงมาแล้วประมาณ 5 ปี เร็วกว่าช่วงของผู้สูงอายุตอนกลาง อาจเนื่องจาก สังคมของอำเภอบ้านไธสงเป็นสังคมเกษตรกรรม มีการใช้แรงงานมาก ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมเร็วขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอเร็วกว่าช่วงอายุดังกล่าว ผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอบ้านไธสง มี ADL เฉลี่ย 3.25 ตามคำจำกัดความของผู้สูงอายุติดเตียงที่มี ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

เมื่อแยกผู้สูงอายุติดเตียงออกเป็น 2 กลุ่ม ตามภาวะดูแล พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะไม่เป็นภาระดูแลมากกว่าเพศชาย เนื่องมาพฤติกรรมผู้ป่วยชายมีแนวโน้มโกรธและโมโหง่าย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระดูแลมากขึ้น สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ เชิดชาย ขยวฑโฒ (2559) แต่ก็ไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p = 0.092$)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์เป็นบุตร เนื่องมาจากประชาชนในเขตอำเภอบ้านไธสงส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีค่านิยมในเรื่องความกตัญญู ดูแลบิดามารดาเมื่อชราภาพ และค่านิยมของคนไทยที่บุตรสาวส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลบิดามารดา ซึ่งสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ สาสินี เทพสุวรรณ และคณะ (2556) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียง เฉลี่ยวันละประมาณ 18 ชั่วโมง แตกต่างจากการศึกษาของ เชิดชาย ขยวฑโฒ (2559) ที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลประมาณวันละ 14 ชั่วโมง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สาสินี เทพสุวรรณ และคณะ (2556) ที่ผู้ดูแลใช้เวลาเพียงประมาณวันละ 6 ชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สาเหตุที่แต่ละการศึกษามีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลแตกต่างกันออกไปอาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ทำให้การกำหนดกิจกรรมหรือการระบุเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็จะมีผู้ช่วยผู้ดูแล ตามลักษณะของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่มักเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล

ปัจจัยของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อภาระดูแล ได้แก่การมีผู้ช่วยผู้ดูแลโดยในกลุ่มที่มีผู้ช่วยผู้ดูแลจะไม่เป็นภาระดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสาเหตุของความเครียดเกิดจากการดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือทำให้รู้สึกเป็นภาระหนัก เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมากทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีการรับผิดชอบ (ศาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ และ รศรินทร์เกียรติ, 2556) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ช่วยดูแลช่วยในการดูแลผู้สูงอายุติดของผู้ดูแลที่เป็นภาระมีระยะเวลาช่วยดูแลไม่แตกต่างกัน ($p=0.058$) เหตุผลอาจเป็นเช่นเดียวกันกับผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ไม่ได้มีการกำหนดกิจกรรมหรือระยะเวลาที่ช่วยอย่างชัดเจน ในส่วนของความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแล พบว่าในกลุ่มที่ไม่เป็นภาระดูแลมีความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับภาระดูแลที่ประเมินโดยแบบสอบถามที่ใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่เป็นภาระดูแลได้แก่ การมีผู้ช่วยผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่ได้ จะพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ

ภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้แก่การมีผู้ช่วยผู้ดูแล ดังนั้นหากต้องการลดภาระดูแลของผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล (caregiver burden) จะต้องมีการพัฒนาในส่วนของผู้ช่วยผู้ดูแล

จุดอ่อนในการศึกษาค้นคว้าในส่วนของผู้ดูแลและผู้ช่วยผู้ดูแล เป็นลักษณะของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) มีบทบาทหน้าที่หรือระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบ

ถึงรายละเอียดกิจกรรมที่ผู้ดูแลหรือผู้ช่วยผู้ดูแลได้ทำ เช่น การป้อนอาหาร การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนที่ รวมไปถึงปัญหาเฉพาะด้านของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น โรคเส้นเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อการดูแลได้ การศึกษาค้นคว้าต่อไปเพื่อที่จะหาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการดูแลควรเพิ่มรายละเอียดของการศึกษาในส่วนนี้ อีกทั้งในส่วนของทีมสหสาขาที่เยี่ยมบ้านนั้นจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลหรือไม่ ก็เป็นอีกประเด็นที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้การสนับสนุนการศึกษาค้นคว้า ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแล ตลอดจนผู้ช่วยผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. คู่มือปฏิบัติงาน สำหรับ อสม.เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักของครอบครัว ชุมชน. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.
- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2554;4 (1).
- เชิดชาย ขยวัชโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2559;1:14-27.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2558.
- สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ และ รศรินทร์ เกรย์. “ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ”. วารสารประชากร 2556;4 (1).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี2557 [สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2559] สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf>
- โรงพยาบาลบ้านไผ่. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัด คปสอ.บ้านไผ่ ปีงบประมาณ 2558. ลำพูน; 2558.
- Katherine G, John R, Peter H, Terri R. Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. J Am Geriatr Soc. 2010 December; 58(12): 2315–2322
- Lazarus S, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.