



วารสารสาธารณสุขล้านนา Lanna Public Health Journal

ISSN 1686 - 7076

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2556 Volume 9 No. 3 September - December 2013

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

Original Articles

Page

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย
โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
ปริญญา พลเสน

151 THE RESULTS OF ASTHMA TREATMENT IN
EASY ASTHMA CLINIC AT PHRAO HOSPITAL,
CHIANGMAI PROVINCE
PARINYA PHOLSEN

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติ
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา
กาญจนา คัดศรี

166 CORE COMPETENCIES OF EMERGENCY ROOM-
NURSES IN CHIANGKHAM HOSPITAL, PHAYAO
PROVINCE
KANJANA KIDSREE

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจใน
กลุ่มชายรักชายและสาวประเภทสอง ศูนย์สาธิตบริการ
กรมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
พนรราร ธิเขียว และคณะ

182 VOLUNTARY HIV COUNSELING AND TEST-
ING TO MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND
TRANSGENDERS IN SEXUALLY TRANSMITTED
CLINIC, OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND
CONTROL 10, CHIANG MAI
PHONNARA TIKIAW ET AL .

การศึกษาผลของ Dexamethasone ขนาดต่ำสุดต่อการ
ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดทางช่องท้อง
ในผู้ป่วยนรีเวช
จุฑามาศ สมชาติ และคณะ

202 THE MINIMUM EFFECTIVE DOSE OF DEXA-
METHASONE FOR PREVENT POST OPERATIVE
NAUSEA AND VOMITING (PONV) AFTER GYNAE-
COLOGICAL SURGERY
CHUTHAMAT SOMCHAT ET AL .

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ
ความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน
ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์

216 THE RELEVANT FACTORS FOR CONTROLLING
BLOOD SUGAR AND BLOOD PRESSURE OF
DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION PA-
TIENTS IN MAE PHAG SUB-DISTRICT, SANSAI
DISTRICT, CHIANG MAI PROVINCE
ROYPIML LERTWIRIYANAN

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการ และผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับ พิจารณาลำดับก่อนหลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำ ดังต่อไปนี้

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 วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้ความรู้ที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ข้อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษายกบรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปร มาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard สี/ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือน หรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของ

การศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัย ทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงท้ายข้อความในเรื่องดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูตและคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoota *et al.*, 1983)

2. เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อ นามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus ราชบัณฑิตยโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมเรื่องโรคติดต่ออันตราย, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนพิเศษ 42 ง. (ลงวันที่ 8 เมษายน 2546)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ให้อ้างอิงเอกสารที่เป็นภาษาไทยก่อน ตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาต่างประเทศ เรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ภาษาอังกฤษ:

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี พ.ศ.; ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์):

หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie S. Treatment seeking for malaria: A review of recent research. Soc Sci & Med 1996;

43(6): 933-45.

ในกรณีที่เป็นบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารลดา ชันธิกุล, ประยุทธ์ สุดาทิพย์,อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทิพย์ มนตรี, วรณภา สุวรรณเกิด. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2556]; แหล่งข้อมูล: URL:
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ/article/view/21913>

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2002. [cited 2005 May 20]; Available from: URL: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 7 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 7 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.*

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุต. วิฤติการณ์โรคเอดส์ในสังคมไทย.วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ 2533; 6(2): 69-81.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์
เผยแพร่;หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Fenner F, Hall AJ, & Dowdle WR. (1998). What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley&Sons; 13-8.

3.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์เผยแพร่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพฯ: ที พี พรินท์ จำกัด; 2536: 24-26.

3.4 การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

3.5 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

3.6 การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538: 545.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ขนาดของต้นฉบับ ใช้กระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 เว้น และพิมพ์โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1.5 - 2 บรรทัด เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไข

4.2 ภาพประกอบ เป็นภาพสี หรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธิตวชิรชนวน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนาวิชาการ)

เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

และส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: **lannadpc10@gmail.com** เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำบันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยใช้ Fonts “AngsanaUPC” ขนาด 16 ให้กองบรรณาธิการ ภายในวันที่กำหนด

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

สำหรับเรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่ Website:

<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

THE RESULTS OF ASTHMA TREATMENT IN EASY ASTHMA CLINIC AT PHRAO HOSPITAL, CHIANGMAI PROVINCE

ปริญญา พลเสน, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว Parinya Pholsen, M.D., Cert. in Family Medicine

โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

Phrao Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก การให้บริการที่เป็นระบบตรงตามมาตรฐานสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคหืดได้ โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย โดยมีการให้บริการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคลินิก โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดแบบง่าย และบันทึกประวัติผู้ป่วยนอกของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาได้รับการรักษาในคลินิกอย่างต่อเนื่องครบ 1 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2555 เก็บรวบรวมข้อมูลการควบคุมโรคหืด ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด และข้อมูลการมารักษาด้วยอาการโรคหืดที่แผนกห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน ก่อนและหลังเข้าคลินิกเดือนที่ 3, 6 และ 12 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบของแมคนีมาร์ การทดสอบค่าที และอัตราส่วนโอกาส ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน เป็นเพศชายร้อยละ 44.74 เพศหญิงร้อยละ 55.26 เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืดแบบง่าย กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการหอบช่วงกลางคืนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.02$) การใช้ยาบรรเทาอาการหอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.03$) และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาได้รับการรักษาในคลินิกไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกห้องฉุกเฉิน 7.61 เท่า และแผนกผู้ป่วยใน 15.07 เท่าของก่อนเข้ารับการรักษาก่อนที่คลินิก จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่ายของโรงพยาบาลพร้าว มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าคลินิก

คำสำคัญ: โรคหืด, คลินิกโรคหืดแบบง่าย, การควบคุมอาการโรคหืด, ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด

Abstract

Asthma is a chronic disease causing is a crucial problem of the global public health. A standard practice could reduce severity of asthma. Phrao Hospital, Chiang Mai Province has founded an Easy asthma clinic serving as a multidisciplinary team. This study was a descriptive research having an objective to evaluate the operational results of the asthma clinic by collection the data from the easy asthma clinic medical records of the patients who completely received the treatment until one exact year during January 2011 to December 2012. The data collected comprised an asthma control, lung function test, and patient information of asthma symptoms from the Department of Emergency Rooms and inpatient rooms before and after receiving the treatment of asthma in months 3, 6 and 12. The data analyzes used statistics: percentage, average, McNemar's test, Pair t-test, and odds ratio. The results showed that a total of 38 asthma patients were 44.74% male and 55.26% female. The comparison of results before and after treatments from the asthma clinic was made the patients did not have asthmatic attack at night time was significantly increased at $P=0.02$, the drug use for relieving asthma symptoms was significantly decreased at $P=0.03$. Beside that the asthma patients who after receiving treatment from the asthma clinic were not necessary to visit the Department of Emergency Room at the ratio of 7.61 times and were not admitted in Department of Inpatient with the ratio of 15.07 times to before receiving the treatment from the asthma clinic. The study showed that after the treatment from an easy asthma clinic at Phrao Hospital the patients received a better effective treatment when compared to the pre-clinic condition.

Keywords: Asthma, Easy asthma clinic, Asthma control, Lung function test

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีผลทำให้เยื่อผนังหลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้

มากกว่าคนปกติ (วัชร บัญสวัสดิ์, 2550) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืด 10 - 20% ในเด็ก (Teeratakulpisarn *et al.*, 2000) และ 6.9% ในผู้ใหญ่ (Boonsawat *et al.*, 2002) องค์การอนามัย

โลกได้ให้ความสำคัญกับโรคหืด เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เกิดกับผู้คนทั่วโลก เพื่อให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้น และมีมาตรฐานเดียวกันจึงได้ร่วมกับ Nation Heart, Lung and Blood Institute กำหนดแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นเรียกว่า Global Initiative for Asthma หรือ GINA (Global initiative for asthma, 1995) สมาคมอหุเวชช์แห่งประเทศไทยได้นำ GINA guideline มาพัฒนาจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด, 2552) ถึงแม้ว่าจะมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี แต่จากผลการสำรวจพบว่าการควบคุมโรคหืดในประเทศไทยยังต่ำกว่ามาตรฐาน โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหืด 21.7 % ต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรง ที่ห้องฉุกเฉิน และ 14.8 % ต้องเข้านอนรับการรักษา ในโรงพยาบาล (Boonsawat *et al.*, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคหืดเพียง 1.08 % เท่านั้นที่ได้รับการวัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (Peak Expiratory Flow Rate; PEF) และแพทย์สั่งจ่ายยาพ่น สเตียรอยด์ ให้ผู้ป่วยเพียง 10.92% (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการนำ GINA guideline ไปใช้งาน ซึ่งสาเหตุของความล้มเหลวเกิดจาก แนวทางในการรักษาโรคหืดยุ่งยากซับซ้อนทำให้ยากต่อการปฏิบัติตาม เช่น

การจำแนกความรุนแรงของโรคหืดโดยการตรวจวัดสมรรถภาพปอด และการให้ยารักษาตามระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางการรักษา และแพทย์มีการใช้ยาขยายหลอดลมเป็นหลักมากกว่าใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในการลดการอักเสบของหลอดลม (Boonsawat *et al.*, 2004) เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและทำให้การรักษาโรคหืดในประเทศไทยเป็นไปตามมาตรฐานของ GINA guideline ในปี พ.ศ. 2547 จึงได้มีการจัดตั้งโครงการคลินิกโรคหืดแบบง่ายตามแนวทางของรองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชร บุญสวัสดิ์ ซึ่งมีหลักการทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่ายขึ้น เรียกว่าแนวทางการรักษาโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Guideline) คือ จากเดิมการรักษาโรคหืดตาม GINA guideline ต้องประเมินความรุนแรงของโรคหืดเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโรคก่อน แล้วค่อยจัดการรักษาตามความรุนแรงซึ่งยากแก่การจดจำและปฏิบัติ ใน Easy Asthma Guideline ได้ปรับเป็นไม่ต้องประเมินความรุนแรง แต่ประเมินการควบคุมโรคหืดแทน โดยใช้แบบสอบถาม 4 ข้อคำถาม ได้แก่ อาการหอบในช่วงกลางวัน อาการหอบในช่วงกลางคืน การใช้ยาบรรเทาอาการหอบ และการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) โดยขั้นตอนการ

ให้บริการของคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2548) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อทำการลงทะเบียน และตอบแบบสอบถามประเมินการควบคุมโรคหืด แล้วบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืด

2. พยาบาลให้ผู้ป่วยเป่าฟลักโฟลว์ (Peak Flow Meter) แล้วทำการทดสอบสมรรถภาพปอดโดยวัดค่าความเร็วลมสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) นำค่าที่ได้ไปเทียบกับค่ามาตรฐานว่าเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน (% Predicted PEFR) เพื่อแบ่งระดับการควบคุมโรคหืด ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคหืดได้ดี
(% Predicted PEFR > 80)

2.2 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ปานกลาง
(% Predicted PEFR 60-80)

2.3 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี
(% Predicted PEFR ≤ 59)

3. ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อให้การรักษาตามแนวทางการรักษาแบบง่าย คือผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ต้องได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมโรคได้หลังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ให้เพิ่มยาควบคุมตัวที่สอง เมื่อควบคุมโรคได้มากกว่า 3 เดือน พิจารณาลดยาควบคุม

อาการตัวที่สองก่อนและค่อยลดยาพ่นสเตียรอยด์ลง

4. เมื่อแพทย์สั่งการรักษาเสร็จ ก็ส่งผู้ป่วยพบเภสัชกรและพยาบาล โดยเภสัชกรทำหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหืด สอนการใช้อุปกรณ์ และตรวจสอบการใช้อย่างถูกต้องว่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือไม่

สำหรับโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการศึกษาสถิติจากเวชระเบียน ปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหืด มารับบริการ 341 คน ผู้ป่วยโรคหืด 32.6% มารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรง ที่ห้องฉุกเฉิน และ 19.5% ของผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อทบทวนถึงการรักษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดไม่ได้รับการตรวจประเมินสมรรถภาพของปอด และมีผู้ป่วยเพียง 21.5% ได้รับยาพ่น สเตียรอยด์ เพื่อให้การบริการรักษาผู้ป่วยโรคหืดมีประสิทธิภาพเป็นตามมาตรฐาน โรงพยาบาลพร้าวได้เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในเดือน มกราคม พ.ศ. 2554 โดยจากการจัดตั้งคลินิกนี้ทำให้ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลพร้าวมีความแตกต่างไปจากการให้บริการแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดระหว่างการให้บริการตามรูปแบบเดิมกับการให้บริการตามรูปแบบคลินิกโรคหืดแบบง่าย ของโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอน การให้บริการ	การให้บริการรักษา	
	การให้บริการผู้ป่วย โรคหืดตามรูปแบบเดิม	การให้บริการผู้ป่วย โรคหืดแบบคลินิกโรคหืดแบบง่าย
1. สถานที่ให้บริการ	แผนกผู้ป่วยนอก	คลินิกโรคหืดแบบง่าย ที่มีการจัดสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะ
2. ผู้ให้บริการ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร
3. การรักษา	ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ รักษาตามแนวทางของแพทย์ แต่ละบุคคล	มีการตรวจสอบสมรรถภาพปอด และใช้การรักษาตามแนวทางคลินิกโรคหืดแบบง่าย ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของ GINA guideline
4. การให้สุศึกษา	แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด	- เภสัชกรทำหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคหืด สอนการใช้ยาพ่น และตรวจสอบการใช้ยาว่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งหรือไม่ - พยาบาลให้สุศึกษาการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหืดกำเริบ และสอนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
5. การจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการรักษาถูกเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card)	ข้อมูลการรักษาถูกเก็บในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดที่ออกแบบโดยเฉพาะ และจัดเก็บในแบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ของ Easy Asthma Clinic

แม้ว่าโรงพยาบาลพร้าวได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้นตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาถึง ผลของการให้บริการรักษา อย่างเป็นระบบ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โดยเปรียบเทียบอาการ

และอาการแสดงโรคหืด ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFR) ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6, 12 และทำการเปรียบเทียบการมารับบริการด้วยอาการโรคหืดในแผนกห้องฉุกเฉินและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืดแบบง่าย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดแบบง่ายของโรงพยาบาลพริ้ว ตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2555 โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่สามารถเป่า Peak flow meter ได้ และมีข้อมูลการมารับบริการที่คลินิกโรคหืดแบบง่ายต่อเนื่องตั้งแต่แรกเข้าคลินิก จนถึงเดือนที่ 12 ของการรักษา แล้วทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการรักษาเกี่ยวกับการควบคุมอาการโรคหืด ได้แก่ อาการหอบช่วงกลางวัน อาการหอบช่วงกลางคืน การใช้ยาพ่นบรรเทาอาหารหอบ และการทดสอบสมรรถภาพปอด (%Predicted PEFR) ระหว่างก่อนเข้าคลินิก (ในวันแรกที่เข้าคลินิกโรคหืดแบบง่าย) และหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 โดยใช้สถิติ McNemar's test และเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยของ % Predicted PEFR ระหว่างก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ใช้สถิติ Paired t test นอกจากนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการมารับบริการด้วยอาการโรคหืดกำเริบที่แผนกห้องฉุกเฉิน และการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่าง และหาความสัมพันธ์ของการการรับรักษาด้วยอาการโรคหืดกำเริบในแผนกห้องฉุกเฉินและการเข้าพักรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืดแบบง่ายโดยหาค่า Odds ratio

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย ของโรงพยาบาลพริ้ว ตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 ถึง 31 ธันวาคม 2555 พบผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี และเข้ามารักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่วันแรกเข้า จนครบ 12 เดือนของการรักษา จำนวน 38 คน โดยเป็นเพศชาย 17 คน (ร้อยละ 44.74) และเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 55.26) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 45 - 54 ปี (ร้อยละ 42.11) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนเข้าคลินิกเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 28.95) และมีประวัติมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 39.47) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าคลินิกโรคหัดแบบง่าย โรงพยาบาลพร้าว (n = 38)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	17	44.74
- หญิง	21	55.26
อายุ (ปี)		
- 15 – 24	2	5.26
- 25 - 34	2	5.26
- 35 - 44	10	26.32
- 45 – 54	16	42.11
- 55 - 64	7	18.42
- ≥ 65	1	2.63
ประวัติการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่เคย	27	71.05
- เคย	11	28.95
ประวัติอาการหอบเมื่อมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินใน 12 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่เคย	23	60.53
- เคย	15	39.47

ผลการรักษาในคลินิกโรคหัดแบบง่ายของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลอาการ และอาการแสดงของโรคหัดก่อนและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 จำแนกเป็นรายข้อดังนี้

1. อาการหอบช่วงกลางวันพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทุกวัน ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 13.16) หลังจากผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาใน

เดือนที่ 3 และ 6 พบว่าลดลงเหลือ 2 คน (ร้อยละ 5.26) ส่วนในเดือนที่ 12 ลดลงเหลือ 1 คน (ร้อยละ 2.63) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการหอบช่วงกลางวันเลย ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 47.37) โดยหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 19 คน (ร้อยละ 50.00) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อาการหอบช่วงกลางคืน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทุกวัน ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.26) โดยหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 6 และ 12 ลดลงเหลือ 1 คน (ร้อยละ 2.63) และ 0 คน (ร้อยละ 0.00) ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหอบกลางคืน มีอาการ > 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 47.37) แต่หลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ลดลงเหลือ 15 คน (ร้อยละ 39.47), 10 คน (ร้อยละ 26.32) และ 8 คน (ร้อยละ 21.05) ตามลำดับ ทั้งนี้อาการหอบช่วงกลางคืนในผู้ป่วยที่มีอาการ > 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนเข้าคลินิกและหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 12 ($P = 0.03$) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหอบช่วงกลางคืนเลย ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 34.21) แต่หลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 ไม่อาการหอบเพิ่มขึ้นเป็น 16 คน (ร้อยละ 42.11), 23 คน (ร้อยละ 60.53) และ 24 คน (ร้อยละ 63.16) ตามลำดับ โดยหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 6 และ 12 ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบในช่วงกลางคืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.04$ และ $P = 0.02$ ตามลำดับ)

3. การใช้ยาพ่นบรรเทาอาการหอบ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาพ่นบรรเทาอาการหอบ ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.63) แต่หลังจากเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 2 คน (ร้อยละ 5.26), 4 คน (ร้อยละ 10.53) และ 7 คน

(ร้อยละ 18.42) ตามลำดับ โดยหลังเข้าคลินิกมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาพ่นบรรเทาอาการหอบมากขึ้นในเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.03$)

4) การทดสอบสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFR) พบว่า ผลการตรวจสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ก่อนเข้าคลินิกมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 39.47) แต่หลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 18 คน (ร้อยละ 47.37), 18 คน (ร้อยละ 47.37) และ 20 คน (ร้อยละ 52.63) ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

สำหรับผลการศึกษาค่าเฉลี่ยผลการตรวจสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFR) จำแนกตามระดับการควบคุมโรคหืด โดยจำแนกเป็นก่อนเข้าคลินิกและหลังเข้าคลินิกเดือนที่ 3, 6 และ 12 พบว่า ก่อนเข้าคลินิกกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมของ % Predicted PEFR ร้อยละ 76.18 ± 20.80 หลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 3, 6 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.37 ± 21.90 , 79.00 ± 17.80 และ 82.03 ± 19.81 ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยผลการตรวจสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการและอาการแสดงของโรคหัดก่อนและหลังเข้าคลินิก ในเดือนที่ 3, 6 และ 12 (n=38)

อาการและอาการแสดง	ก่อนเข้าคลินิก				หลังเข้าคลินิก			
	วันแรก		เดือนที่ 3		เดือนที่ 6		เดือนที่ 12	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการหอบช่วงกลางวัน								
1.1 ไม่มีอาการ	18	47.37	19	50.00	19	50.00	19	50.00
1.2 มีอาการ	20	52.63	19	50.00	19	50.00	19	50.00
● มีอาการ < 1 ครั้งต่อสัปดาห์	3	7.89	5	13.16	7	18.42	8	21.05
● มีอาการ $\geq$ 1 ครั้งต่อสัปดาห์	12	31.58	12	31.58	10	26.32	10	26.32
● มีอาการทุกวัน	5	13.16	2	5.26	2	5.26	1	2.63
2. อาการหอบช่วงกลางคืน								
2.1 ไม่มีอาการ	13	34.21	16	42.11	23	60.53	24	63.16
2.2 มีอาการ	25	65.79	22	57.89	15	39.47	14	36.84
● มีอาการ $\leq$ 2 ครั้งต่อเดือน	1	2.63	3	7.89	2	5.26	2	5.26
● มีอาการ > 2 ครั้งต่อเดือน	4	10.53	2	5.26	2	5.26	4	10.53
● มีอาการ > 1 ครั้งต่อสัปดาห์	18	47.37	15	39.47	10	26.32	8	21.05
● มีอาการทุกวัน	2	5.26	2	5.26	1	2.63	0	0.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการและอาการแสดงของโรคหัดก่อนและหลังเข้าคลินิก ในเดือนที่ 3, 6 และ 12 (n=38) (ต่อ)

อาการและอาการแสดง	ก่อนเข้าคลินิก			หลังเข้าคลินิก							
	วันแรก		เดือนที่ 3	เดือนที่ 6		เดือนที่ 12					
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	P-value		
3. การใช้ยาพ่นบรรเทาอาการหอบ											
3.1 ไม่ใช้	1	2.63	2	5.26	1.00	4	10.53	0.36	7	18.42	0.03*
3.2 ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	37	97.37	36	94.74	1.00	34	89.47	0.36	31	81.58	0.03*
● ใช้ < 1 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0.00	0	0.00	-	3	7.89	0.24	10	26.32	0.001*
● ใช้เกือบทุกวัน	9	23.68	6	15.79	0.57	3	7.89	0.11	5	13.16	0.38
● ใช้ทุกวัน	28	73.68	30	78.95	0.79	28	73.68	1.00	16	42.11	0.01*
4. ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFr)											
● ไม่ดี (≤59)	7	18.42	4	10.53	0.26	5	13.16	0.38	5	13.16	0.38
● ปานกลาง (60-80)	16	42.11	16	42.11	1.00	15	39.47	1.00	13	34.21	0.64
● ดี (> 80)	15	39.47	18	47.37	0.64	18	47.37	0.64	20	52.63	0.36

* P-value < 0.05

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการตรวจสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFR) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการควบคุมโรคหืดก่อนและหลังเข้าคลินิกเดือนที่ 3, 6 และ 12 (n=38)

การควบคุมโรคหืด จากการประเมิน สมรรถภาพ ของปอด (%Predicted PEFR)	ก่อนเข้า คลินิก ค่าเฉลี่ย %Predicted PEFR±S.D.	หลังเข้าคลินิก					
		ค่าเฉลี่ย % Predicted PEFR±S.D.					
		เดือนที่ 3		เดือนที่ 6		เดือนที่ 12	
		P-value	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value
- ไม่ดี (≤ 59)	46.00±3.95	43.00±7.39	0.42	47.20±6.76	0.73	49.80±5.67	0.28
- ปานกลาง (60–80)	70.50±5.62	68.50±5.30	0.29	71.60±5.47	0.57	72.08±4.73	0.43
- ดี (>80)	96.33±13.51	97.11±16.12	0.87	94.00±8.77	0.62	96.55±13.42	0.96
ค่าเฉลี่ยรวม	76.18±20.80	79.37±21.90	0.49	79.00±17.80	0.54	82.03±19.81	0.21

ความสัมพันธ์ของการรับการรักษาด้วย
อาการโรคหืดกำเริบก่อนและหลังเข้าคลินิกของ
กลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 1 ปี พบว่า หลังเข้าคลินิกฯ
ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย
ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกห้องฉุกเฉิน 7.61 เท่า
ของก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (95% CI 1.81 – 44.35) และหลังเข้าคลินิก
ฯ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย
ไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วย
ใน 15.07 เท่าของก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 1.92 – 665.81)
ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของการรับรักษาด้วยอาการโรคหืดกำเริบในแผนกห้องฉุกเฉินและการเข้าพักรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืดแบบง่ายในรอบ 1 ปี (n=38)

ข้อความ	การรับการรักษาด้วยอาการโรคหืดกำเริบ				OR	95% CI	P-value
	เคย		ไม่เคย				
	n	%	n	%			
การมารับรักษาที่แผนกฉุกเฉิน							
- ก่อนเข้าคลินิก	15	39.47	23	60.53	7.61	1.81-44.35	0.001*
- หลังเข้าคลินิก	3	7.89	35	92.11			
การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน							
- ก่อนเข้าคลินิก	11	28.95	27	71.05	15.07	1.92-665.81	0.001*
- หลังเข้าคลินิก	1	2.63	37	97.37			

* P-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่ายของโรงพยาบาลพร้าว อย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี มีการควบคุมอาการโรคหืดในช่วงกลางคืนดีขึ้น และมีการใช้ยาพ่นเพื่อบรรเทาอาการหอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เจริญบุญศรี และคณะ (2553) ที่ทำการศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดของผู้ใหญ่ในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิชราลงกรณ โดยผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่ายได้รับการรักษาตามมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง รวมถึงได้รับความรู้เรื่องโรคหืดและ

สอนการใช้ยาอย่างถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดควบคุมอาการหอบได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิก ส่วนการควบคุมอาการหอบในช่วงกลางวัน และผลการทดสอบสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เจริญบุญศรี และคณะ (2553) อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรังจนเกิดพังผืด และมีการหนาตัวของมากของผนังหลอดลม ทำให้มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างถาวร (Busse *et al.*, 1999) ส่งผลให้การตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษาลดลง และต้องใช้ระยะเวลาในการ

รักษาที่นานขึ้นถึงจะเห็นผลที่แตกต่างของการรักษา การศึกษาในครั้งนี้ยังได้ทำการศึกษาค่าเฉลี่ยการทดสอบสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยการทดสอบสมรรถภาพปอด (% Predicted PEFR) ก่อนและหลังเข้ารับการรักษา 1 ปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ครรชิต เจริญจิตพงศ์ และคณะ (2550) ที่ทำการศึกษาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้เข้ารับการรักษาในคลินิกครบ 1 ปี มีค่าเฉลี่ยของการตรวจสอบสมรรถภาพปอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิก อาจเป็นเพราะการรักษาโรคหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานานกว่าจะเห็นผลแตกต่างชัดเจน ประกอบกับคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลพร้าวอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเปิดคลินิกทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนน้อย และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการทดสอบสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ศึกษายังไม่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเหล่านั้น จึงอาจส่งผลทำให้การศึกษาไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้การศึกษารั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่ายจนครบ 1 ปี ไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยอาการโรคหอบกำเริบที่แผนกหอบหืด 7.61 เท่าของก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิก และไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน 15.07 เท่าของก่อนเข้ารับการรักษาใน

คลินิกโรคหืดแบบง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญชัย จันทรรักษ์กุล (2550) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ดวงดี (2550) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย มีอัตราการมารับบริการด้วยอาการหอบที่แผนกฉุกเฉิน และการเข้าพักรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยในลดลง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาลลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษานี้ทำให้ทราบผลการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดแบบง่ายของโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกครบ 1 ปี มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา ผลที่ได้จากการศึกษาแสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดตั้งคลินิกของโรงพยาบาลพร้าว และช่วยสนับสนุนให้ดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยโรคหืดในรูปแบบคลินิกโรคหืดแบบง่ายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ควรมีการสร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในระดับชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข แลผู้นำ

ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและควรมีการศึกษาในระดับต่อไปถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการในคลินิกโรคหืดแบบง่าย เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการจัดตั้งคลินิก และการทำงานวิจัย จนเป็นผลให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), 2552.

ครรชิต เติมจิตรผ่อง, กุญวัณ สุวดีพัณณชัย, จินห์ จุฑา คล้ายวงษ์, นิพนธ์ จิตติญาณวิโรจน์. การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี. ขอนแก่นเวชสาร 2550; 31(3): 231-40.

ชาญชัย จันทรรักษ์กุล. ผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(4): 449-58.

พรทิพย์ เจริญบุญศรี, พรทิพย์ แก้วสิงห์, แสงเพชร โคตรภักดิ์, พัทธพงษ์ คำภา, ปิยะธิดา ประทุมเทศ, รุ่งทิพย์ เจริญศรี. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดของผู้ใหญ่ในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553; 25(4): 265-71.

วัชรนา บุญสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). ใน: วัชรระ จามจุรีรักษ์, สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. 5th BGH Annual academic meeting: From the basic to the top in Medicine. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซต, 2548.

วัชรนา บุญสวัสดิ์. โรคหืด (Asthma). ใน: นิธิพัฒน์ เจริญกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2550: 444-55.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลโครงการตรวจเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ปีงบประมาณ 2550; 2551.

- อารีย์ ดวงดี. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1(2): 45-50.
- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S, *et al.* Prevalence of asthma Symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society; 2002; Bangkok, Thailand; 2002: 112.
- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S, *et al.* Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9(3): 373-8.
- Busse W, Elias J, Sheppard D, Bank-Schlegel S. Airway remodeling and repair. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160(3): 1035-42.
- Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report, 1995.
- Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, Northeast Thailand. An ISAAC study. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy Immunol* 2000; 18(4): 187-94.

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา

CORE COMPETENCIES OF EMERGENCY ROOM-NURSES IN CHIANGKHAM HOSPITAL, PHAYAO PROVINCE

กาญจนา คิตรี พย.บ.

Kanjana Kidsree B.N.S.

โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

Chiangkham Hospital, Phayao Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำไปพัฒนายุทธศาสตร์ในการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก และประเมินความเหมาะสมของยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ อำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยา การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบันของความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนทั้งสิ้น 15 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการตัดสินใจ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านความร่วมมือในการทำงานและด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนด้านภาวะผู้นำและความรู้เฉพาะสาขามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก สำหรับการศึกษาระยะที่ 2 คือ การพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการระดมสมองจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ผลการศึกษา ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน 3 ยุทธศาสตร์ คือ

1) ยุทธศาสตร์ด้านการตัดสินใจ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ และ 3) ยุทธศาสตร์ด้านการทำงานเป็นทีม ส่วนการศึกษาระยะที่ 3 เป็นการประเมินความเหมาะสมของยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ผลการประเมินพบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความเหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้นควรนำยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, โรงพยาบาลเชิงคำ

Abstract

The purpose of this study was to investigate the current state of the competencies to create a strategy to improve and assess the strategic development of competencies in the Emergency room-nurses in Chiangkham Hospital, Phayao Province. The study was divided into 3 phases and the results were shown as followed. The first phase was to study the current state of the competencies of fifteen Emergency room-nurses. The study tools were questionnaires and a designed 5 rating scale's assessment form of competencies in Accident and Emergency Department of Thailand. The data was analyzed by using the percentage, mean, and standard deviation. It was found that the current state of competencies had overall average score in a good level. In consideration of each aspect, 1) the decision making, problem analysis and solving, coordination and teamwork management were in a good level, 2) the average score of leadership and technical knowledge were in excellent levels. The second phase was to create a strategic development of competencies in Emergency room-nurses by methods of

brain storming and creating a strategic project from nine executive committees, expertises, and professionals. The results of this phase were three strategic development of competencies including 1) Technical strategic development for the decision making, 2) The strategy of problem analysis and management, 3) The strategic of development for sustainable of teamwork and organization. The last phase of this study was to evaluate an appropriate assessment of the strategy development of competencies in Emergency room-nurses by the same group of the expertises. A passable acceptance was found in this phase including the strategy development of care competencies in Emergency room – nurses that should be applied in practice for the benefit of the patients in Emergency room in the future.

Keywords: Core Competencies in Nursing, Accident and Emergency Department

บทนำ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบริการด่านแรกที่สำคัญในการบริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉินในภาวะฉุกเฉินชีวิตซึ่งต้องการความถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย จากสถิติผู้รับบริการ 66,360 ราย/ปี และมาใช้บริการนอกเวลาราชการ 40,734 ราย/ปี เฉลี่ย 110 ราย/วัน ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องมีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง แม่นยำ มีการวิเคราะห์ตัดสินใจที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งการให้การพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติโดยลำพัง ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม (จิราภรณ์ พันธุ์พุกภัย และคณะ, 2549) การประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 15 คน ซึ่งพยาบาลในจำนวนดังกล่าวมีทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานมานานเกิน 10 ปี และพยาบาลที่บรรจุใหม่ โดยพยาบาลกลุ่มนี้จะต้องประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมและต้องใช้ทักษะความสามารถพิเศษเฉพาะทาง อีกทั้งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุที่เป็นเลิศ (Excellence Trauma Center) (แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555-2559) การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติงานในศูนย์อุบัติเหตุที่เป็นเลิศเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตอบสนอง

ความต้องการของสังคมและประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งบริการ ณ จุดเกิดเหตุ และในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กฤตยา แดงสุวรรณ, 2551) การกำหนดความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของแต่ละงาน แต่ละวิชาชีพขึ้นอยู่กับความจำเป็นของวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม เศรษฐกิจ สภาพการณ์และความเหมาะสมของสังคมนั้น ๆ ประกอบทั้งในปัจจุบัน ชมรมพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย โดย กรองไค อุณหสูต (2549) และเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย ได้ทำการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักโดยการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยหัวหน้างาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จนได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วยความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านความรู้เฉพาะสาขา ดังนั้นการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

ได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารระดับกลางในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงคำ จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงคำ เพราะจากเดิมการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักใช้แบบประเมินของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถนะหลักด้านมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ด้านบริการที่ดี ด้านความพึงพอใจและความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านความร่วมมือร่วมใจ แต่ลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทันเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำผลการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักมาพัฒนาตนเอง และเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทุกระดับของโรงพยาบาลเชียงคำในการจัดฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักที่สำคัญของพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทและสอดคล้องกับกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายของโรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยาแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คนใช้เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของกรองไค อุณหสุต (2549) ซึ่งได้จากการพัฒนาเครื่อง่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย (เครื่อง่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2553) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ และการประชุม/อบรม/สัมมนาและแบบสอบถามการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกรองไค อุณหสุต และเครื่อง่ายพยาบาลอุบัติเหตุประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก จำนวน 63 ข้อ มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านความร่วมมือการทำงาน จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการทำงานเป็นทีม จำนวน 8 ข้อ 5) ด้านภาวะผู้นำ จำนวน 13 ข้อ 6) ด้านความรู้เฉพาะสาขา จำนวน 19 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) การแปลผลโดยแบ่งระดับสมรรถนะเป็น 4 ระดับตามค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับปรับปรุงมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0 – 1.99 ระดับพอใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 - 2.99 ระดับดีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.00– 3.99 และ ดีมากค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.00 – 5.00 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นรายด้าน คือด้านการตัดสินใจ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านความร่วมมือในการทำงาน ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านภาวะผู้นำ ด้านความรู้เฉพาะสาขา ได้ค่าความเชื่อมั่น ที่ 0.85, 0.89, 0.92, 0.92, 0.93, 0.97 ตามลำดับ จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่รวบรวมได้และมีความถูกต้องสมบูรณ์ จำนวน 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารการพยาบาล กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการและสารสนเทศทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักบุคลากรด้านสาธารณสุข ของจังหวัดพะเยา เครื่องมือในการวิจัย ใช้การระดมสมอง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก ได้แก่ แบบบันทึกการระดมสมอง ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ด้านเนื้อหา (Content Analysis) จากการนำเสนอแนวทางที่ได้จากการประชุมระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุม การสรุปประเด็นความคิดเห็นเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและประเมินตามยุทธศาสตร์ต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของยุทธศาสตร์ การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานผู้ป่วย

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารการพยาบาล กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของบุคลากรสาธารณสุข ของ จังหวัดพะเยาจำนวน 9 ท่าน เครื่องมือใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินตามความเหมาะสมของยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก โดยพิจารณาความเหมาะสมของยุทธศาสตร์ด้านแผนงาน / โครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรม และ ตัวชี้วัด โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ 0 = ไม่เหมาะสม 1 = มีความเหมาะสม ซึ่งพบว่าการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ โดยกำหนดเกณฑ์ของยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเชิงคำ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่ายุทธศาสตร์นั้นมีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนรวมทั้งสิ้น 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 เป็นชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วน ตามตารางที่ 1 การอบรมดังกล่าวเป็นการอบรมเกี่ยวกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาคีการแพทย์ฉุกเฉินกัวโลกลูอาเซียน ทีม MERT และ Thai DMAT การดูแล

ทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลและขณะส่งต่อ เพื่อพัฒนาเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพคนในการดำเนินงานระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พื้นฟูความรู้สำหรับพยาบาลรับแจ้งเหตุและสั่งการ การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต หลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ การใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thai Refer Version 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ศึกษางานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ศึกษางานการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI และการพัฒนา Warfarin Clinic

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา (N=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	1	6.67
- หญิง	14	93.33
อายุ		
- 21-30 ปี	1	6.67
- 31-40 ปี	12	80.00
- 41-50 ปี	1	6.67
- 51-60 ปี	1	6.67
ระดับการศึกษา		
- อนุปริญญา	1	6.67
- ปริญญาตรี	14	93.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา (N=15)
(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงาน		
- ต่ำกว่า 2 ปี	2	13.33
- 2-5 ปี	4	26.67
- 5 ปีขึ้นไป	9	60.00
ตำแหน่งหน้าที่		
- พยาบาลเทคนิค	1	6.67
- พยาบาลวิชาชีพ	14	93.33
ประสบการณ์การประชุม/อบรม/ สัมมนาและศึกษาดูงานต่อปี		
- ไม่เคย	2	13.33
- 1-5 ครั้ง	11	73.33
- 6-10 ครั้ง	2	13.33

เมื่อพิจารณาสภาพปัจจุบันของความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อสภาพปัจจุบันของสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยภาพรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 3.92, S.D.= 0.41) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการตัดสินใจ (Mean = 3.83, S.D.= 0.38)

ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ (Mean = 3.72, S.D.= 0.45) ด้านความร่วมมือในการทำงาน (Mean = 3.96, S.D.= 0.44) ด้านการทำงานเป็นทีม (Mean = 3.94, S.D.= 0.41) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนด้านภาวะผู้นำ (Mean = 4.00, S.D.= 0.37) และด้านความรู้เฉพาะสาขา (Mean = 4.08, S.D.= 0.44) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลสภาพปัจจุบันของความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวม ในระยะที่ 1 (N=15)

องค์ประกอบของสมรรถนะ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความสามารถ เชิงสมรรถนะหลัก
1. ด้านการตัดสินใจ	3.83	0.38	ดี
2. ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ	3.72	0.45	ดี
3. ด้านความร่วมมือในการทำงาน	3.96	0.44	ดี
4. ด้านการทำงานเป็นทีม	3.94	0.41	ดี
5. ด้านภาวะผู้นำ	4	0.37	ดีมาก
6. ด้านความรู้เฉพาะสาขา	4.08	0.44	ดีมาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.92	0.41	ดี

สำหรับผลการประเมินการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักโดยพิจารณารายด้านและรายชื่อ ในระยะที่ 1 ได้นำค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการและด้านการทำงานเป็นทีมเพื่อนำมากำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาผลการวิจัยระยะที่ 2 การกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา จากการประมวลข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการเพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์การพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน

ของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยาได้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการตัดสินใจ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ได้แก่ โครงการอบรมและเพิ่มพูนทักษะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ 3) ยุทธศาสตร์ด้านการทำงานเป็นทีม ได้แก่ โครงการพัฒนาองค์การ(Organization Development) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่หรือกระบวนการสุนทรียสนทนา (Dialogue)โครงการอบรมจริยธรรม เพื่อสร้างทีมงานที่เข้มแข็ง จากผลการวิจัยความสามารถเชิงสมรรถนะหลักด้านการตัดสินใจ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการด้านการทำงานเป็นทีม ตามตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของสมรรถนะหลักด้านการตัดสินใจของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเชิงคำ โดยรวม (N =15)

สมรรถนะหลักด้านการตัดสินใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. ประเมินสถานการณ์ก่อนตัดสินใจ	3.87	0.35	ดี
2. ใช้ข้อมูลเป็นแนวทางตัดสินใจ	3.87	0.35	ดี
3. ใช้ความรู้และข้อมูลในการตัดสินใจ	3.87	0.35	ดี
4. วิเคราะห์ผลกระทบจากการตัดสินใจ	3.8	0.41	ดี
5. ติดตามผลการตัดสินใจ	3.73	0.45	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	3.82	0.38	ดี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของสมรรถนะหลักด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเชิงคำ โดยรวม (N =15)

สมรรถนะหลักด้านการวิเคราะห์ปัญหา และการจัดการ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	ระดับ
1. การวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา	3.73	0.45	ดี
2. รวบรวมข้อมูลในการระบุปัญหา	3.73	0.45	ดี
3. ประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา	3.73	0.45	ดี
4. วิเคราะห์ปัญหาเป็นลำดับขั้นตอน	3.73	0.45	ดี
5. ใช้ข้อมูลในการแก้ปัญหา	3.8	0.41	ดี
6. วิเคราะห์ผลกระทบจากปัญหา	3.73	0.45	ดี
7. แก้ปัญหาได้ทันสถานการณ์	3.73	0.45	ดี
8. มีการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ	3.67	0.48	ดี
9. บันทึกการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน	3.67	0.48	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	3.72	0.45	ดี

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของสมรรถนะหลักด้านการทำงานเป็นทีมของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเชิงคำโดยรวม (N=15)

สมรรถนะหลักด้านการทำงานเป็นทีม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. รับฟังความคิดเห็นการตัดสินใจที่แตกต่าง	3.93	0.45	ดี
2. ประเมินสถานการณ์และสั่งการให้ทีมให้ปฏิบัติได้	3.87	0.51	ดี
3. เข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีม	3.93	0.45	ดี
4. รู้หน้าที่ของตนเอง	4	0.37	ดีมาก
5. ยอมรับความสามารถและศักยภาพของผู้อื่น	4	0.37	ดีมาก
6. มินำใจ เสียสละ อดทน	4	0.37	ดีมาก
7. รู้ระบบในหน่วยงานของตนเองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.87	0.35	ดี
8. มีความชัดเจนในระบบและขั้นตอนการทำงาน	3.93	0.45	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	3.94	0.41	ดี

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพเชิงสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ ที่ได้จากระยะที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผลการประเมินยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการ ดังนี้โครงการที่ 1 โครงการอบรมและเพิ่มพูนทักษะ สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำพบว่า การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านกิจกรรม และด้านตัวชี้วัด มี

ค่าความถี่ของความเหมาะสม คือ 9 คิดเป็นร้อยละ 100 จึงถือว่ายุทธศาสตร์นั้นมีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้ โครงการที่ 2 โครงการอบรมจริยธรรม และเสริมสร้างความร่วมมือในการทำงาน พบว่าการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านกิจกรรม และด้านตัวชี้วัด มีค่าความถี่ ของความเหมาะสม คือ 9 คิดเป็นร้อยละ 100 จึงถือว่ายุทธศาสตร์นั้นเหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้โครงการที่ 3 โครงการพัฒนาองค์การ (Organization Development) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ หรือ

กระบวนการสนทนา (Dialogue) โครงการอบรมจริยธรรม เพื่อสร้างทีมงานที่เข้มแข็งพบว่าการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านกิจกรรม และด้านตัวชี้วัด มีค่าความถี่ของความเหมาะสม คือ 9 คิดเป็นร้อยละ 100 จึงถือว่ายุทธศาสตร์นั้นมีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับได้

อภิปรายผล

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชิงคำ อำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยา โดยภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ อำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยายังมีความรู้ ทักษะ ตลอดจนความสามารถเชิงสมรรถนะหลักที่จำเป็นไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุมลักษณะงาน ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

พยาบาลที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ต้องเผชิญกับความเครียดและกดดันหลายๆด้าน ด้วยลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องใช้การตัดสินใจที่ถูกต้อง รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ ทักษะหรือประสบการณ์ (เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2553) หรือได้รับการถ่ายทอดในเรื่องการปฏิบัติงาน ประกอบกับมีแผนพัฒนา

ทรัพยากรบุคคล การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน รวมทั้งการมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น การให้บริการผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ที่รุนแรง หลายครั้งเป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหมู่ ในเวลาจำกัดความกดดันจากผู้ป่วย ญาติ สังคม บุคลากรในโรงพยาบาลข่าวที่ไม่ชัดเจน ผู้ประสงค์ดีที่บางครั้งขัดขวางและรบกวนสมาธิการทำงานโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาและกลุ่มผู้ร่วมงานที่มาช่วยเหลือ ประกอบด้วย นักปกครอง ตำรวจ ทหาร นักข่าว ส่งผลต่อความเครียดและอ่อนล้าของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักด้านการตัดสินใจอภิปรายผลได้ว่าในการปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ต้องการการช่วยเหลือให้ทันเวลา และแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วเพื่อรักษาชีวิตและป้องกันความพิการ ทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการประเมินและรายงานอาการที่ผิดปกติแก่แพทย์เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานนี้จำเป็นหรือต้องมีทักษะในเรื่องนี้เป็นอย่างดี มีการฝึกปฏิบัติการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการนำเสนอหมรรถณคุณภาพของโรงพยาบาลเชิงคำทุกๆปี และการฝึกอบรมของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนปฏิบัติงาน รวมทั้งมีระบบพี่เลี้ยง นิเทศ

การพยาบาลตามโครงสร้างการบริหาร เพื่อให้คำแนะนำ ปรีกษา และฝึกความชำนาญทำให้การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลค่อนข้างต่ำลงเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและภาวะวิกฤต

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการโดยเพิ่มทักษะการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกโรค ทุกระบบ และมีการจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ พันธุ์พุกภัย และคณะ (2549) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่พบว่าเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ต้องได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และขณะฝึกปฏิบัติจะมีระบบพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำ และฝึกความชำนาญ เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้รวดเร็วถูกต้อง ตามขั้นตอนและปลอดภัย นอกจากนี้การให้ความร่วมมือในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือข้อมูลชัดเจนอย่างเป็นระบบ การเต็มใจช่วยเหลือ และให้ความสะดวกในการปฏิบัติงาน การแสดงความเป็นมิตร มีน้ำใจและเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานสอดคล้องกับการศึกษา ของกฤตยา แดงสุวรรณ (2551) ที่พบว่า ลักษณะงานของพยาบาลงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน เป็นการร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายและมีบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานมีความยืดหยุ่นและประนีประนอมในการทำงาน รวมทั้งมีความเป็นมิตร มีน้ำใจกับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่พยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีเป็นอันดับแรก ความสามารถส่งและรับฟังข้อมูลข่าวสาร อย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล กลุ่มผู้นำจะต้องสร้างและพัฒนาให้เกิดความรู้ ทักษะที่เหมาะสมเพื่อดำเนินกระบวนการการติดต่อสื่อสารให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักด้านการทำงานเป็นทีม ต้องพัฒนาความรู้ ทักษะการประเมินสถานการณ์ และสั่งการทีมให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม การรู้ระบบ และมีความชัดเจนในขั้นตอนการทำงานของตนเอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับฟังความคิดเห็นและการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษา ของ จิราภรณ์ พันธุ์พุกภัย และคณะ (2549) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า ลักษณะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องมีทีมงานที่เหมาะสม ดังนั้นทุกคนต้องรู้หน้าที่ตนเอง เพื่อที่จะปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลาของแต่ละเวร ขณะเดียวกันก็ต้องยอมรับความสามารถของเพื่อนร่วมทีมด้วย

และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌ็องนันทน์ เจริญนันทน์ และคณะ (2548) พบว่าการเข้าใจ บทบาทของตนเองและเพื่อนร่วมทีม การเข้าใจและ ปฏิบัติงานตามบทบาทของตนเองตลอดถึงการรับรู้ และยอมรับบทบาทของผู้อื่นในทีม นับเป็นสิ่ง สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานร่วมกัน เพราะสมาชิก ในทีมจะปฏิบัติงานอย่างสอดคล้องไม่ก้ำก๋ายซึ่ง กันและกัน ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งลงได้ และ เป็นไปตามความเห็นของจำนง อิ่มใจ และคารณิ จามรี (2536) ที่ว่าการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องปฏิบัติงานเป็น ทีม ซึ่งต้องมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน โดย มีหัวหน้าทีมกำกับจึงจะทำให้บรรลุผลสำเร็จที่ดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยความสามารถเชิงสมรรถนะ หลักของพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ในครั้งนี้ภาพ รวมอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินจะมีความแตกต่างจากการปฏิบัติงานกับ หน่วยงานอื่นๆ เนื่องจากลักษณะงานต้องดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วน ฉุกเฉิน ดังนั้นพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จึง จำเป็นต้องมีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้าน คือด้านการให้ความร่วมมือในการทำงาน ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการ วิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านการทำงาน

เป็นทีม และด้านความรู้เฉพาะสาขาเพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วย หรือ ผู้บาดเจ็บ หรือ ผู้ประสบภัย ต่างๆได้ทันเวลา ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และลดอัตราการตายได้อย่างมี ประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาคุณภาพโดย สร้างผลงานวิจัย งานวิจัยจากงานประจำนวัตกรรม ผลงานด้านปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศและควรมี การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะด้านการ ตัดสินใจ ของพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาพยาบาลงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เชียงคำ แพทย์หญิงฤทัย วรรณวินิจ หัวหน้า พยาบาล นางพรรณมา สุปิ่นะเจริญ บุคลากร โรงพยาบาลเชิงคำ บุคลากรด้านสาธารณสุขและ พยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่านที่ช่วยให้ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรองไฉ่ อุณหสุต. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินชีวิต. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง เครือข่ายและปรากฏการณ์ความเชี่ยวชาญ การพยาบาลศาสตร์วิกฤต ชุมรมพยาบาลศาสตร์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย วันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2549 โรงแรม เอส ดีเอเนียว. กรุงเทพฯ : เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2549.

กฤตยา แดงสุวรรณ. สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2551; 26(3):227-37.

ดารณี จามจุรี. การพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2542.

การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2543.

เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. พจนานุกรมความสามารถเชิงสมรรถนะ

หลัก หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย, 2533.

จารุวรรณ พรรคพานิช, ภัทรา นิโครรา, จินตนา ตันติกุล. การบริหารงานในแผนกฉุกเฉิน. ใน: สุดาพรรณ ธัญจิรา, วนิดา ออประเสริฐ, บรรณาธิการ. การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุภัย. กรุงเทพฯ : สามเจริญ, 2546.

จิราภรณ์ พันธุ์พุกภัย และคณะ. การพัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและโรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่, 2549.

ดารณี จามจุรี. มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. ใน: กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธอังกูร, สุวิภา นิตยางกูร, เรวดี ศิรินคร, มณฑกานต์ ตระกูลดิษฐ์, บรรณาธิการ. การพัฒนาการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สาม เจริญพาณิชย์, 2542.

เตือนใจ พิทยาวัฒนชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.

เพ็ญประภา พรศรีเมตต์. ยุทธศาสตร์การพัฒนา
ทรัพยากรมนุษย์ในโรงพยาบาลขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา.เลข:
มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2548.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยานุสนธ์,
ลัดดาวัลย์ ทัดศรี และคณะ. การจัดการ
ทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้.กรุงเทพฯ:
สุขุมวิทการพิมพ์, 2548.

รัชณี ศิริวัฒน์. ความสามารถเชิงสมรรถนะหลัก
ของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน.
นครราชสีมา:โรงพยาบาลมหาราช
นครราชสีมา, 2548.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. หน้าที่ความ
รับผิดชอบของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ.
กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
ทางการพยาบาล สำนักการพยาบาลกรมการ
แพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ, 2555-2559. [สืบค้น
เมื่อ 3 ม.ค. 2556] แหล่งข้อมูล: URL:
[http://kmops.moph.go.th/index.php/km-
test/2012-09-19-04-17-00/216-service-plan](http://kmops.moph.go.th/index.php/km-test/2012-09-19-04-17-00/216-service-plan)

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในกลุ่มชายรักร่วมและสาวประเภทสอง
ศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

**VOLUNTARY HIV COUNSELING AND TESTING TO MEN WHO HAVE SEX
WITH MEN AND TRANSGENDERS IN SEXUALLY TRANSMITTED CLINIC,
OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 10, CHIANG MAI**

พนนารา ชีเขียว พย.บ.

Phonnara Tikiaw, B.N.S.

กานต์ธีรา เรืองเจริญ พย.ม.

Kantheera Rueangchareon, M.N.S.

สุรียา นุชนัดดา ป.พย.

Suriya Nutnatda, Dip in N.EQU BN.

วัลยา โสภากุล พย.ม.

Wanlaya Sophakul, M.N.S.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control 10

Chiang Mai

บทคัดย่อ

การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีของผู้ให้บริการเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการให้บริการที่ส่งผลให้ผู้มารับบริการที่มารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ทราบความเสี่ยงและมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของตนเอง เห็นถึงความสำคัญของการตรวจเลือดและกลับมารับฟังผลเลือด วัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีต่อการกลับมารับบริการรับฟังผลเลือด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555 รวม 12 เดือน ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง ที่มารับบริการในศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่จำนวน 48 คนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมารับบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี และยินยอมตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 95.83 ซึ่งส่วนใหญ่เลือกวิธีการฟังผลภายในวันเดียว คิดเป็นร้อยละ 87.50 และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองได้รับฟังผลเลือดของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 100 ดังนั้นเพื่อให้ผู้รับบริการที่ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีกลับมารับฟังผลการตรวจเลือด และทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีรับทราบผลเลือดของตนเองและเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป หน่วยงานที่ให้บริการและผู้ให้คำปรึกษาจึงควรมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาให้มีคุณภาพและรักษาคุณภาพการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มทางเลือกเกี่ยวกับบริการตรวจเลือดให้ผู้รับบริการ โดยสามารถเลือกฟังผลเลือดภายในวันเดียวหรือฟังผลใน 1 สัปดาห์

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, สาวประเภทสอง

Abstract

Provision of counseling on HIV test is an important issue of health services for the clients to check their blood, to aware the risk and to understand about AIDs and their health problems. In order to address the blood check and access the test result are of importance. An objective of the study was to determine outcomes of the counseling on HIV test of the men who have sex with men and transgenders affecting an access to the test result. The descriptive study collected the data between October 2011 thru September 2012 from the men who have sex with men and transgenders of above 18 years and consented under 18 years who came to the STDs center, Office of Disease Prevention and Control 10, Chiang Mai. Data analyses worked toward population characteristics, fact tables containing percentages, means and standard deviations, and qualitative information. Results showed 48 sampled subjects received the counseling and HIV testing voluntarily 100% and the rate of service satisfaction as a whole 95.83%. Majority of them 87.50% preferred to receive the test result within that day and 100% needed to receive it by themselves. Purposively, the health service setting giving a counseling to the clients are

needed to develop effectively for their quality, sustainable counseling services and increase number of channels to the clients to access to blood checkup and obtain the test result within a day or not later than a week.

Keywords: Voluntary HIV counseling and testing, Men who have sex with men (MSM), Transgender (TG)

บทนำ

ตามนโยบายในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ ปี พ.ศ.2534 ได้ให้ความสำคัญในการจัดบริการให้ คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคเอดส์ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ลด ผลกระทบทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมถึงผู้ได้รับผลกระทบจาก ปัญหาเอดส์ โดยมีนโยบายจัดหน่วยบริการให้ คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคเอดส์ และคลินิก นิรนามในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั่ว ประเทศ โดยเน้นบริการปรึกษาและตรวจเลือด โดยสมัครใจ (Voluntary counseling and testing service – VCT) (สมชาย แสงกิจพรและคณะ, 2550) อีกทั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เห็น ถึงความสำคัญว่าการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดย สมัครใจ ต้องผ่านระบบให้บริการคำปรึกษาที่มี คุณภาพก่อนการตัดสินใจตรวจเลือด การบอกผล

และการติดตามต่อเนื่องกรณีผลการตรวจเลือดว่า พบเชื้อเอชไอวี รวมถึงการรักษาความลับของ ผู้รับบริการ (กพอ., 2550) การดำเนินงานส่งเสริม บริการการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพัฒนาอีกครั้ง หลังจากมีการขยายผลการดำเนินงานให้การรักษา ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศ นับว่าเป็นการยกระดับ การดำเนินงานด้านการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหา เชื้อเอชไอวีให้เป็นบริการที่จะช่วยให้คนที่มีเชื้อ เอชไอวีได้รับรู้ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ได้เร็วขึ้นและสามารถเข้าสู่ระบบบริการทางด้าน การแพทย์เพื่อดูแลรักษาได้เร็วขึ้น รวมทั้งสามารถ ป้องกันการรับถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ด้วย (กพอ., 2553)

ปัจจุบันมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีใน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มการพบ เชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้น (สำนักโรคขาด, 2554; เพ็ญ พักตร์ อุทิศ, 2554; Kumta *et al.*, 2010; Zhang *et al.*, 2007) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มชาย

ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ (Cavalcanti *et al.*, 2012) และจากสรุปมติที่ประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2 (2550) ให้ข้อคิดเห็นว่าควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับคนที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยมีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ

ศูนย์สาธิตบริการกามโรค เดิมเป็นหน่วยกามโรค เขต 5 สังกัดกองกามโรค โรงพยาบาลบางรัก กรมควบคุมโรคติดต่อ เปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 ซึ่งเริ่มเปิดให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคทางผิวหนัง ในกลุ่มชายทั่วไป กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษและหญิงแม่บ้าน และได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารเรื่อยมา ต่อมาได้มีการรวมระบบบริหารกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และเห็นความสำคัญในการจัดบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี รวมทั้งแนะนำเรื่องโรคเอดส์ (สมชาย แสงกิจพรและคณะ, 2550) ศูนย์สาธิตบริการกามโรคจึงได้มีบริการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา รวมถึงดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย

จากการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในศูนย์สาธิตบริการกามโรคที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรที่ให้คำปรึกษาที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษามีจำนวนเพียง 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอกับผู้มารับบริการ อีกทั้งยังต้องตรวจ คัดกรอง รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมีการะงานอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเต็มรูปแบบและมีคุณภาพจำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ บุคลากร ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา และสื่อหรือคู่มือประกอบการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน มีห้องให้คำปรึกษาที่เหมาะสม (มิดชิด, มีความเป็นส่วนตัว) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการ (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสาวประเภทสอง) ที่มารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีและกลับมารับฟังผลตรวจเลือดของตนเองเพียงร้อยละ 30.77 (เวชระเบียนผู้ป่วย ศูนย์สาธิตบริการกามโรค, 2554)

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมารับบริการปรึกษาและรับฟังผลตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ

สาวประเภทสอง ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ขึ้นมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในโครงการนำร่องบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลเร็วโดยสมัครใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โดยความร่วมมือขององค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐ (USAID/RDMA) ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุข และได้ดำเนินการร่วมกับองค์กร PSI, องค์กรแพ็ค ประจำประเทศไทย (Pact Thailand), องค์กรแฟมิลี เฮลท์ อินเตอร์เนชันแนล (FHI), ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และเครือข่ายผู้ทำงานโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีต่อการกลับมาใช้บริการรับฟังผลเลือด ในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

เชียงใหม่ซึ่งผู้รับบริการทั้งหมด จำนวน 48 คน เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง โดยมารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจและได้รับการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวิธีการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจก่อนเข้าร่วมโครงการฯ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล จำนวน 10 คน และการรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม จำนวน 48 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555 รวม 12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบไปด้วย

1. ชุดให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวีโดยใช้

คู่มือและกระบวนการการให้คำปรึกษาจากการอบรมการให้คำปรึกษาขององค์กรแฟมิลี เฮลท์ อินเตอร์เนชันแนล (FHI, 2009) ในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของศูนย์สาธิตบริการกามโรค ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555

2.2 รายงานยอดผู้มารับบริการประจำเดือน
จำนวน 48 คน

2.3 แบบบันทึกการให้คำปรึกษาก่อน-หลัง
การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ
จำนวน 48 คน

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่ม
ชายรักชายและสาวประเภทสองที่มารับบริการ
ตรวจหาเชื้อเอชไอวี (FHI, 2009) จำนวน 48 คน

2.5 แบบการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความ
คิดเห็นของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพของการ
ให้บริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี
จำนวน 10 คน

ขั้นตอนการศึกษา (Family Health
International (FHI), 2009) เป็นการให้การศึกษา
เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีที่ผู้รับบริการเป็นผู้ริเริ่ม
(Client-initiated HIV testing and counseling) เมื่อ
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภท
สองมารับบริการที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค (ส่ง
ต่อจากเครือข่าย, Walk in หรือ การโทรนัดหมาย)
โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ลงทะเบียน เพื่อกำหนดข้อมูล
ทั่วไปในแบบฟอร์มบัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วย ซึ่ง
ข้อมูลที่ลงทะเบียนจะถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับ

ขั้นตอนที่ 2 การให้การปรึกษาก่อนการ
ตรวจเอชไอวีโดยมีประเด็นดังนี้แนะนำเกี่ยวกับ
การให้บริการ, อธิบายเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ประเมินความเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
สาธิตวิธีการสวมถุงยางอนามัยและพูดคุยเรื่องการ
ใช้เข็มฉีดยาอย่างปลอดภัย, ดำรงความพร้อม
ทางด้านจิตใจของผู้รับการศึกษา, ประเมิน
ความเข้าใจและการสนับสนุนจากคู่/เพื่อนและ
ครอบครัวและอธิบายวิธีการตรวจและขอความ
ยินยอมก่อนการตรวจเอชไอวีใช้เวลาประมาณ 30
นาที

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจเลือดซึ่งเจ้าหน้าที่จะ
ทำการเจาะเลือดที่แขนด้านในใต้หลอดเลือดแล้ว
ส่งให้เจ้าหน้าที่ทำการตรวจเลือด โดยวิธี Rapid test
ทันที ซึ่งอุปกรณ์และเข็มจะใช้ของใหม่ทั้งหมดใช้
เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การให้การศึกษาหลังการ
ตรวจเอชไอวีหรือหลังทราบผลการตรวจเจ้าหน้าที่
จะเชิญเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาท่านเดิมเพื่อ
รับฟังผล มีดังนี้ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบผลการตรวจ
ทั้งหมดโดยเปรียบเทียบกับข้อมูลในแฟ้มประวัติ
ของผู้รับการศึกษา เพื่อให้แน่ใจว่าผลการตรวจ
ถูกต้องแล้ว ก่อนที่จะแจ้งผลให้ผู้รับการศึกษา

ทราบ, แจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับการปรึกษาโดยตรงเท่านั้น เพื่อให้เจ้าตัวเท่านั้นเป็นผู้รับทราบผลและเพื่อเป็นการรักษาความลับ นอกจากนี้การแจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับการปรึกษาโดยตรงจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับผลการตรวจอย่างชัดเจนและได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ระมัดระวังอาชญากรรมในขณะที่ยังอยู่ระหว่างการปรึกษาเพื่อเข้ารับฟังผลการตรวจ ผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอใช้คำพูดหรือแสดงสีหน้าท่าทางที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาและคนอื่นๆ ที่อยู่บริเวณที่นั่งรอบสามารถคาดเดาผลการตรวจได้ และการแจ้งผลเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อผู้รับบริการร้องขอ โดยพิจารณาเป็นรายกรณี

สำหรับการแจ้งผลตรวจเอชไอวีที่เป็นลบ มีขั้นตอนดังนี้ดำเนินการทบทวนบันทึกการให้การปรึกษาก่อนตรวจเอชไอวีของผู้รับการปรึกษา เริ่มต้นด้วยการสอบถามความรู้สึกของผู้รับการปรึกษานับตั้งแต่เก็บตัวอย่างเลือดเมื่อผู้รับการปรึกษาพร้อม ให้แจ้งผลการตรวจด้วยน้ำเสียงปกติ และรอให้ผู้รับการปรึกษาคงกลับมาก่อน ที่จะพูดต่อไปตรวจสอบดูความเป็นไปได้ที่ผู้รับการปรึกษาอาจอยู่ในระยะที่ตรวจหาเชื้อไม่พบและเน้นย้ำวิธีป้องกันการแพร่เชื้อและวิธีลดความเสี่ยง

หากผู้รับบริการอยู่ในระยะ Window period จะมีการนัดหมายซ้ำเพื่อตรวจเลือดอีกครั้ง

ขั้นตอนปฏิบัติในการแจ้งผลตรวจเอชไอวีที่เป็นบวกเริ่มต้นด้วยการสอบถามความรู้สึกของผู้รับการปรึกษานับตั้งแต่เก็บตัวอย่างเลือดประเมินผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรามีสติมากพอที่จะรับฟังและสามารถเข้าใจผลการตรวจได้หรือไม่เมื่อผู้รับการปรึกษาพร้อม จะแจ้งผลการตรวจด้วยน้ำเสียงปกติ และรอให้ผู้รับการปรึกษาคงกลับมาก่อนที่จะพูดต่อไป ให้เวลาผู้รับการปรึกษาสักครู่ก่อนที่จะพูดต่อไปประเมินว่าผู้รับการปรึกษาจะสามารถทำใจหรือปรับตัวได้หรือไม่ ในอีก 48 ชั่วโมงข้างหน้าให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและการรักษาสุขภาพเพียงสั้นๆ เท่านั้นนัดหมายเพื่อติดตามและส่งต่อและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเดินทางกลับบ้านด้วยความปลอดภัย

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำมาบรรยายข้อมูลแสดงข้อเท็จจริง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้มาเข้ารับการศึกษา และตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.25 รองลงมา มีอายุ ≤ 20 ปี และอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเห็นร้อยละ 10.10 เท่ากัน โดยมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.26 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.17 ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 79.17 และมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 20.83 เหตุผลที่ผู้รับบริการมาใช้บริการในคลินิกเพราะมีความมั่นใจในการรักษา ความลับ คิดเป็นร้อยละ 23.53 รองลงมา ได้แก่ เป็นคู่ สัมผัส, ต้องการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 22.88, การเดินทางสะดวก และเพื่อนบอกต่อว่าคลินิกนี้ดี คิดเป็นร้อยละ 15.69 เท่ากัน ถูกส่งต่อมาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ค่าบริการสมเหตุสมผล คิดเป็นร้อยละ 7.84 และชอบบริการที่หลากหลายของคลินิก คิดเป็นร้อยละ 3.27 สำหรับการรู้จักศูนย์สาธิตบริการกามโรค

ผู้รับบริการรู้จักจากการแนะนำของเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 57.38 รองลงมา รู้จักจากองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง คิดเป็นร้อยละ 26.23 ผู้มารับบริการปรึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการตรวจเอชไอวีที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคเป็นครั้งแรก มากถึงร้อยละ 75.00 และตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับระยะเวลาในการให้บริการให้คำปรึกษาและรอผลตรวจเลือดรวมเฉลี่ยไม่เกิน 2 ชั่วโมง ผู้รับบริการมีความคิดเห็นที่เหมาะสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.75 และผู้รับบริการส่วนใหญ่จะกลับมาใช้บริการปรึกษาและตรวจเลือดที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคในอนาคต คิดเป็นร้อยละ 93.75 ดังตารางที่ 1

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจการใช้บริการในภาพรวมในศูนย์สาธิตบริการกามโรค ในระดับพึงพอใจมาก ร้อยละ 58.33 และอยู่ในระดับพึงพอใจ ร้อยละ 37.50 และไม่พึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 4.17 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ (N=48)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- ≤ 20 ปี	10	10.10
- 21-30 ปี	25	25.25
- 31-40 ปี	10	10.10
- > 40ปี	3	3.03
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	3	3.03
- ประถมศึกษา	1	1.01
- มัธยมศึกษา	17	17.17
- ปริญญาตรี	26	26.26
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.01
ในหนึ่งปีที่ผ่านมามีคนนอนเป็นเพศ		
- ผู้ชาย	38	79.17
- ทั้งผู้ชายและผู้หญิง	10	20.83
เหตุผลที่มาใช้บริการ		
- มีความมั่นใจในการรักษาความลับ	36	23.53
- อื่นๆ เช่น เป็นคู่สัมผัส, ต้องการตรวจสุขภาพ	35	22.88
- การเดินทางสะดวก	24	15.69
- เพื่อนบอกต่อว่าคลินิกนี้ดี	24	15.69
- ถูกส่งต่อมาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน(เจ้าหน้าที่ภาคสนาม)	17	11.11
- ค่าบริการสมเหตุสมผล	12	7.84
- ชอบบริการที่หลากหลายของคลินิก	5	3.27

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รู้จักบริการของคลินิกนี้		
- เพื่อน	35	57.38
- องค์กรเอกชน	16	26.23
- โทรทัศน์	4	6.56
- คลินิกอื่นๆ (หรือโรงพยาบาล) ส่งต่อมาตรวจ	3	4.92
- แผ่นพับในคลินิกหรือสถานที่สาธารณะ เช่น รถเมล์ บาร์ชาน้ำร้านอาหาร	2	3.28
- คู่มือ	1	1.64
- ไปสเตอร์ในบาร์ชาน้ำร้านอาหาร สถานศึกษา	0	0.00
การมารับบริการครั้งแรกที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรค		
- ใช่	36	75.00
- ไม่ใช่	12	25.00
การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกในชีวิต		
- ใช่	24	50.00
- ไม่ใช่	24	50.00
ระยะเวลาในการรอผลตรวจเอชไอวี		
- เหมาะสม	45	93.75
- ไม่เหมาะสม	3	6.25
การกลับมาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการกามโรคในอนาคต		
- มา	45	93.75
- ไม่มา	3	6.25

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้บริการในภาพรวมของศูนย์
สาธิตบริการกามโรค (N=48)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจการใช้บริการในภาพรวม		
- พึงพอใจมาก	28	58.33
- พึงพอใจ	18	37.50
- เฉยๆ	0	0.00
- ไม่พึงพอใจ	0	0.00
- ไม่พึงพอใจมาก	2	4.17

สำหรับความคิดเห็นต่อการให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการ ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด มีความรู้สึกสบายใจในการพูดคุยหรือตั้งคำถาม คิดเป็นร้อยละ 62.50 (Mean = 4.58, S.D. = 0.57) ผู้ให้คำปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องละเอียดอ่อน เช่น การมีเพศสัมพันธ์ด้วยความเป็นกันเอง คิดเป็นร้อยละ 66.67 (Mean = 4.63, S.D. = 0.56), การพูดคุยกับผู้ให้บริการมีความเป็นส่วนตัว เช่น ไม่มีผู้อื่นได้ยินเรื่องที่คุยกัน หรือเห็นคุณคุยกับผู้ให้คำปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.33 (Mean = 4.58, S.D. = 0.49), ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากผู้อื่นจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 60.42 (Mean = 4.56, S.D. = 0.57)

รวมถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ (ทางอวัยวะเพศ ทวารหนัก และการใช้ปาก) และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากรูปแบบนั้นๆ คิดเป็นร้อยละ 64.58 (Mean = 4.54, S.D. = 0.71) ได้รับการอธิบายเรื่องผลการตรวจเอชไอวีจนเข้าใจชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 72.92 (Mean = 4.71, S.D. = 0.50), อธิบายเกี่ยวกับระยะพักตัวของติดเชื้อเอชไอวีจนเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 64.58 (Mean = 4.63, S.D. = 0.53) ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการมีแผนที่จะกลับมาตรวจเอชไอวีอีก โดยส่วนใหญ่คิดว่าจะตรวจเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุก 3 หรือ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.08 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการให้คำปรึกษา(N=48)

	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ	Mean	S.D.	ร้อยละ	ระดับความคิดเห็น
1	รู้สึกสบายใจในการพูดคุยหรือตั้งคำถามกับผู้ให้คำปรึกษา	4.58	0.57	62.50	มากที่สุด
2	สามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องละเอียดอ่อนเช่น การมีเพศสัมพันธ์ด้วยความเป็นกันเอง	4.63	0.56	66.67	มากที่สุด
3	มีความเป็นส่วนตัวในระดับที่คุณพึงพอใจ (เช่น ไม่มีผู้อื่นได้ยินเรื่องที่คุยกันหรือเห็นคุณคุยกับผู้ให้คำปรึกษา)	4.58	0.49	58.33	มากที่สุด
4	ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ	4.56	0.57	60.42	มากที่สุด
5	ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ (ทางอวัยวะเพศหญิง ทวารหนัก และการใช้ปาก)และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากรูปแบบนั้น	4.54	0.71	64.58	มากที่สุด
6	อธิบายผลการตรวจเอชไอวีของคุณจนคุณเข้าใจชัดเจน	4.71	0.50	72.92	มากที่สุด
7	อธิบายเกี่ยวกับระยะฟักตัวของการติดเชื้อเอชไอวีจนคุณเข้าใจชัดเจน	4.63	0.53	64.58	มากที่สุด

ตารางที่ 4 แสดงถึงจำนวนและร้อยละของระยะเวลาที่ผู้รับบริการที่คาดว่าจะตรวจเอชไอวีครั้งต่อไป (N=48)

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
- คิดว่าจะตรวจเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุก 3 หรือ 6 เดือน	25	52.08
- คิดว่าจะตรวจ ตรวจหลังจากมีความเสี่ยง เช่น (มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตกระหว่างมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น)	11	22.92
- คิดว่าจะตรวจโดยเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจร่างกายประจำปี	11	22.92
- ไม่คิดว่าจะตรวจอีก	1	2.08
รวม	48	100.00

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มชายทั้งหมด 48 คน โดยรับฟังผลเลือดใน 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 87.50 และกลับมารับฟังผลเลือดใน 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มารับบริการปรึกษา ก่อนตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (Pre-test) จำนวน 48 คน ตัดสินใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีทั้งหมด จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้ผู้รับบริการได้รับคำปรึกษาหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Post-test) และได้รับฟังผลเลือด

ทั้งหมด 48 คน โดยรับฟังผลเลือดใน 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 87.50 และกลับมารับฟังผลเลือดใน 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจทั้งหมด 48 คน กลับมารับฟังผลเลือด คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลของการบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

การบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ให้คำปรึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Pre-test)	48	-
ตัดสินใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี	48	100
ให้คำปรึกษาหลังตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Post-test) และได้รับฟังผลเลือด	48	100
- รับฟังผลใน 1 วัน	42	87.50
- ฟังผลใน 1 สัปดาห์	6	12.50

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ด้านความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลจากองค์กรเอกชน เครือข่ายผู้ทำงานโรคเอดส์ สถานศึกษา หรือตั้งใจมาตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีที่ศูนย์สาธิตบริการและ บางส่วนมาตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ อยู่แล้วจึงขอตรวจหาเอชไอวีเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้มารับบริการได้แนะนำให้มีการประชาสัมพันธ์ในห้องน้ำสาธารณะ ดังคำกล่าว “วันนี้เพื่อนที่อยู่บ้านสีม่วงพามา เข้าบอกว่ามีตรวจเลือดฟรี” (K 6 อายุ 28 ปี) “วันก่อนอาจารย์ไปประชาสัมพันธ์ที่โรงเรียนก็เลยมาตรวจวันนี้” (K 9 อายุ 20 ปี) “วันนี้พาแฟนมาตรวจโรคอื่น ไหนๆก็มาตรวจเลือดฟรีก็เลยตรวจเลือดด้วยเลย” (K 7 อายุ 32 ปี) “ควรทำแผ่นพับแจกด้วย หรือคิดไว้ที่ ห้องน้ำผู้ชายก็ได้” (K 4 อายุ 20 ปี)

ด้านความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ตามคำพูดที่บอกว่า การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติมมีความเข้าใจโรคเอดส์เพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ใจดีและการให้คำปรึกษาใช้

เวลานานควรลดเวลาให้คำปรึกษาและเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาควรมีจำนวนมากกว่านี้ ดังคำกล่าว “ดีแล้ว ได้ข้อมูลเยอะดี” (K 1 อายุ 23 ปี) “เจ้าหน้าที่คุยเก่ง ไม่ดุ” (K 9 อายุ 20 ปี) “เวลาที่คุยน่าจะลดเวลาลง” (K 5 อายุ 38 ปี) “น่าจะมีเจ้าหน้าที่เยอะกว่านี้ เพราะรอตรวจนาน” (K 10 อายุ 28 ปี)

ด้านความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อสถานที่และห้องให้คำปรึกษาพบว่า ห้องให้คำปรึกษาคูเหมาะสมและมีคิติดขึ้น แต่ควรตกแต่งดอกไม้และทาสีห้องให้มีสีสัน เช่น สีชมพู ดังคำกล่าว “ห้องก็ดูมิดชิดดีขึ้น ดีกว่าแต่ก่อนที่ถามที่โต๊ะ” (K 5 อายุ 38 ปี) “เอาดอกไม้ด้านนอกมาวางข้างในบ้างจะได้ดูสดชื่นบ้าง” (K 10 อายุ 28 ปี) “ห้องดูน่ากลัว น่าจะตกแต่งให้มีสีสันหน่อย” (K 6 อายุ 28 ปี) “น่าจะทาสีห้องเป็นสีชมพูหรือสีสว่างหน่อย” (K 3 อายุ 31 ปี)

ด้านความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการรับฟังผลภายในวันเดียวและฟังผลใน 1 สัปดาห์พบว่าผู้รับบริการต้องการฟังผลภายในวันเดียวส่วนใหญ่เป็นผู้มารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นประจำ เคยผ่านการตรวจเลือด ไม่ต้องการคอยผลการตรวจนาน มีการศึกษาข้อมูลโรคเอดส์จากสื่ออินเทอร์เน็ต และเทียบกับความเสี่ยงของตนเองจึงมี

การเตรียมใจเพื่อกรณีพบผลเลือดบวก ต้องการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังกล่าว “เพราะเพื่อนบอกว่ามีฟังผลภายในวันเดียวก็เลยมาตรวจ ไปตรวจที่อื่นก็คอยนาน ปกติตรวจทุก 3 เดือนอยู่แล้ว” (K 9 อายุ 20 ปี) “อ่านในเน็ตมาบ้างแล้ว เตรียมใจไว้แล้ว 50 % ฟังเลยจะได้ไม่ต้องเตรียมใจอีก”(K 6 อายุ 28 ปี) “ดีเร็วดี ไม่ต้องรอแถมลดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเดินทางมาอีก”(K8 อายุ 27 ปี) สำหรับกลุ่มที่รับฟังผลใน 1 สัปดาห์ นั้น เหตุผลก็มาจากการติดเชื้อ ขอทำใจก่อน “ไม่เคยตรวจเลือดมาก่อน เพิ่งรู้ว่าตัวเองเสี่ยงเยอะเหมือนกัน ยังไงขอกลับไปทำใจที่บ้านก่อนแล้วจะมาฟังผลอีกอาทิตย์หละกัน”(K 3 อายุ 31 ปี)

การอภิปรายผล

การให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในความเสี่ยงของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hu *et al.*, (2013) เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง รวมถึงทราบประโยชน์ของการตรวจและเกิดความตระหนักและมีความพร้อมที่จะมาฟังผลตรวจของตนเอง ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับฟังผลเลือดของตน ซึ่งการที่ผู้รับบริการจะกลับมารับฟังผลเลือดของ

ตนเองนั้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้คำปรึกษาควรมีคู่มือ/แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพื่อให้การให้บริการให้คำปรึกษามีมาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Zhang *et al.*, 2007) เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาควรได้รับการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดทักษะ มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการ การให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและเป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่งในการป้องกันและแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (Gumy *et al.*, 2012; Zhou *et al.*, 2009) ดังนั้นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองจึงควรได้รับการปรึกษาที่มีคุณภาพก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (Itoda *et al.*, 2013)

อีกประการหนึ่งจากการศึกษายังพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ดังนั้นกลุ่มผู้รับบริการเหล่านี้จึงยังมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตต่อไป เนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีการติดตามนัดหมายให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีซ้ำเพื่อร่วมกันหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สำหรับบริการตรวจเลือดที่ทราบผลในวันเดียวและทราบผลการตรวจภายใน 1 สัปดาห์ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เลือกรับฟังผลในวันเดียว (Nookhai, 2013) การที่ผู้รับบริการเลือกที่จะทราบผลในวันเดียวเนื่องจากให้เหตุผลว่า “เร็วดีจะได้ไม่ต้องมาอีก” “ลดค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเดินทางมาอีก” “ทำใจมาตรวจแล้วก็อยากรู้เลยจะได้ไม่ต้องทำใจอีกรอบ” จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การให้บริการตรวจเลือดและฟังผลภายในวันเดียวนั้นเหมาะสมกับกลุ่มที่มารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นประจำ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจเลือดมาบ้างแล้ว มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และโอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์ มีการศึกษาข้อมูลและทราบความเสี่ยงของตนเองพอสมควร มีการเตรียมใจเพื่อกรณีพบผลเลือดบวก สำหรับกลุ่มที่รับฟังผลใน 1 สัปดาห์นั้น เหตุผลก็มาจากการติดธุระ ขาดเวลาไปก่อน เป็นต้น พบในกลุ่มที่ยังไม่มีความรู้และฟังได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอชไอวีหรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ไม่ได้เตรียมใจในการรับฟังผลในทันที ดังนั้นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจเลือดจึงควรเพิ่มทางเลือกเกี่ยวกับบริการตรวจเลือดให้ผู้รับบริการโดยสามารถเลือกรับฟังผลเลือดภายในวันเดียวหรือฟังผลใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้รับบริการตรวจเลือดทุกคนได้มีโอกาสมารับฟังผลเลือดของตนเองในวันที่มี

ความพร้อมทางด้านจิตใจ ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะยอมรับผลการตรวจเลือดของตนและเพื่อเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะเวลาในการรอผลตรวจเอชไอวีก็เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการกลับมาฟังผลเลือดและกลับมาใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในศูนย์สาธิตบริการกามโรคอีกครั้ง จากการศึกษาพบว่ายังพบปัญหาที่บางครั้งผู้รับบริการมาพร้อมกัน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการต้องรอนาน สอดคล้องกับทฤษฎีแถวคอย (Queuing Theory) ของ Erlang อ้างใน ปานวิทย์ ฐะนุติ (2453) สาเหตุนี้ถึงแม้จะเป็นผู้รับบริการส่วนน้อยก็ตาม อาจส่งผลให้ผู้รับบริการไม่กลับมาใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในศูนย์สาธิตบริการกามโรคอีก หน่วยบริการควรให้ความสำคัญกับระยะเวลาในการรอผลตรวจ จึงควรมีระบบการนัดหมายที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ที่ต้องการตรวจเลือดได้นัดหมายเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่สะดวกเพื่อป้องกันการไม่ให้ผู้มารับบริการมาพร้อมกัน ผู้ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาได้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ผู้มารับบริการมีเวลาที่จะรับฟังคำปรึกษาและรอผลตรวจ ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา

ระบบการจัดบริการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม นอกจากการมีกระบวนการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ ผู้ให้คำปรึกษามีทักษะแล้ว ควรมีห้องเฉพาะสำหรับการให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน บรรยากาศดูสบาย มิดชิด เป็นความลับและมีความเป็นส่วนตัวสำหรับการให้คำปรึกษา (กพอ., 2550) เพราะเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้รับบริการมาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการกามโรค เนื่องจากมีความมั่นใจในการรักษาความลับ เพราะผู้รับบริการต้องการปกปิดความลับของตนเอง อยู่ไม่ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลและไม่ต้องการให้คนอื่นทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงควรให้คำปรึกษาโดยเน้นการรักษาความลับของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

สำหรับการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มารับบริการเนื่องจาก เพื่อน องค์กรเอกชนหรือเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นผู้แนะนำมา และเคยมาตรวจที่ศูนย์สาธิตบริการกามโรคมาก่อน มีส่วนน้อยที่มาด้วยสื่ออื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากบางคนยังไม่เปิดเผยตนเอง เกรงสังคมจะรับรู้ การประชาสัมพันธ์จึงยังไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์เข้าถึง

กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มากขึ้น นอกจากหน่วยงานจะต้องมีการประสานงานร่วมกับองค์กรเอกชน และเครือข่ายกลุ่มผู้ทำงาน โรคเอดส์ซึ่งมีความสำคัญแล้ว ควรมีการประชาสัมพันธ์ด้วยสื่ออื่นๆเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานศึกษา หอมน้าสาธารณะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

หากต้องการเข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้มากขึ้น ควรทำการศึกษาในกลุ่มชายทั่วไปทั้งหมด จากนั้นจึงคัดแยกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการสัมภาษณ์อีกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากยังมีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางรายที่อยู่ในกลุ่มชายทั่วไปไม่เปิดเผยตน และการให้คำปรึกษาจะต้องเน้นการรักษาความลับเป็นสำคัญ อีกทั้งการให้คำปรึกษาอย่างมีคุณภาพควรจัดผู้ให้คำปรึกษาเพียงพอกับผู้มารับบริการ หรือมีระบบการนัดหมายที่ดี หน่วยงานที่ให้บริการและผู้ให้คำปรึกษาควรมีการพัฒนากระบวนการการให้คำปรึกษาให้มีคุณภาพและรักษาคุณภาพการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มทางเลือกเกี่ยวกับบริการตรวจเลือดให้ผู้รับบริการโดยสามารถเลือกฟังผลเลือดภายในวันเดียวหรือฟังผลใน 1 สัปดาห์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุโณทอง และดร.วรรณภา สุวรรณเกิด ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบคุณ ดร.นารถดา จันทร์กุลและคุณเมตตา คำอินทร์ ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธิตบริการกรมโรคทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเป็นแหล่งศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานสนับสนุนส่งเสริมวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

กพอ.สรุปมติการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ครั้งที่ 2; 2550 [สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งข้อมูล:URL:<http://123.242.186.90/utt-km/servicemind>

กพอ. รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม; 2552 [สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.tncathai.org/data/data12.pdf>

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. รายงานการสังเคราะห์ความรู้การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13, เอกสารอัดสำเนา, 2554

ปานวิทย์ ฐะนุติ. ทฤษฎีแถวคอย. [สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.stou.ac.th/Website/Subbj/fileUpload/99410-5-1.pdf>

สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554.

สมชาย แสงกิจพร, สุชน วงษ์จิรี, ھرรษา ไทยศรี, วิโรจน์ พวงทับทิม, พงษ์นุวัฒน์ ศรีงาม. แนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีคู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทหมัดเตี๊ญจำกัด, 2550.

Family Health International (FHI). เครื่องมือประกอบการให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีสำหรับ

- ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. Copyright©UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, 2009.
- Family Health International (FHI). หนังสือคู่มืออ่านประกอบการให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีสำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. Copyright© UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, 2009.
- Cavalcanti AM, Brito AM, Salustiano DM, Lima KO, Silva SP,Lacerda HR.Recent HIV infection rates among HIV positive patients seeking voluntary counseling and testing centers in the metropolitan region of Recife - PE, Brazil. Braz J Infect Dis 2012; 16(2): 157-63.
- Gumy C,Jeannin A, Balthasar H, *et al.* Five-year monitoring of a gay-friendly voluntary counseling and testing facility in Switzerland: who got tested and why?. BMC Public Health 2012; 12: 422. PubMed ID: 22682345
- Hu Q, Xu J, Chu Z, *et al.* Barriers to Acceptance of Provider-Initiated Testing and Counseling among Men Who Have Sex with Men in Shenyang, China: A Cross-Sectional Study. BioMed Research International2013;280969. PubMed ID: 23936783
- Itoda I, Hoshino S, Sawada T, *et al.* Prevalence of HIV and sexually transmitted infections and characteristics of men who have sex with men at a community-based center in Yokohama, Japan. Nihon Koshu Eisei Zasshi 2013; 60(5): 253-61. PubMed ID: 23942022
- Kumta S, Lurie M, Weitzen S, *et al.* Bisexuality, sexual risk taking, and HIV prevalence among men who have sex with men accessing voluntary counseling and testing services in Mumbai, India. J Acquir Immune DeficSyndr 2010; 53(2): 227-33. PubMed ID: 19934765

- Nookhai S. HIV Testing and Counseling with Same Day Result (SDR) 2013 [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2556]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.aidsstithai.org/contents/download/483>
- Zhang X, Wang C, Hengwei W, *et al.* Risk factors of HIV infection and prevalence of co-infections among men who have sex with men in Beijing, China. AIDS 2007; 21(Suppl 8): S53-7. PubMed ID: 18172392.
- Zhou L, Guo J, Fan L, Tian J, Zhou B. Survey of motivation for use of voluntary counseling and testing services for HIV in a high risk area of Shenyang, China. BMC Health Services Research 2009; 9:23. PubMed ID: 19196456

การศึกษาผลของ Dexamethasone ขนาดต่ำสุดต่อการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน
หลังการผ่าตัดทางช่องท้องในผู้ป่วยนรีเวช

THE MINIMUM EFFECTIVE DOSE OF DEXAMETHASONE FOR PREVENT
POST OPERATIVE NAUSEA AND VOMITING (PONV) AFTER
GYNAECOLOGICAL SURGERY

จุฑามาศ สมชาติ พบ. วว.

Chuthamat Somchat, M.D.

ปราณี ลิ่นฤทัย ส.บ.

Pranee Linreusee, B.P.H

โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

Lamphun Hospital, Lamphun Province

บทคัดย่อ

อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 30 ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ไม่พอใจการรักษาพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา ยา Dexamethasone เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด แต่ในประเทศไทยขนาดต่ำสุดที่ใช้ยังไม่ระบุชัดเจน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Randomized controlled trial เพื่อศึกษานขนาดต่ำสุดของยา Dexamethasone ต่อการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยนรีเวช แผนกวิสัญญีโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดจำนวน 72 รายสุ่มเลือกแบ่งเป็น 3 กลุ่มด้วยวิธีจับสลากใส่ซองปิดผนึกโดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับ normal saline 2 ml. กลุ่มที่ 2 ได้รับ Dexamethasone 2 mg. (0.5ml) รวม normal saline 1.5 ml. กลุ่มที่ 3 ได้รับ Dexamethasone 4 mg. (1ml.) รวม normal saline 1.0 ml. ก่อนเริ่มการระงับความรู้สึก หลังการผ่าตัดสิ้นสุดควบคุมอาการปวดโดยใช้ Opioids ใน 2 ชั่วโมงแรก ประเมินอาการปวดโดยใช้ Wong-Baker FACES Pain Rating Scale ติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียนและการรักษาจนครบ 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 3

กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าขนาดต่ำสุดของยา Dexamethasone จำนวน 4mg. มีผลลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยนรีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.039$) ข้อเสนอแนะที่สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยนรีเวช คือ Dexamethasone 4 mg.

คำสำคัญ: PONV, Dexamethasone, Major gynecological surgery

Abstract

Nausea and Vomiting are side effect, found in 30% of post-operative patients. These symptoms effect patient's discomforts and contentment. Dexamethasone is and effective drug for prevention of post-operative nausea and vomiting. But the lowest dosage for treatment of such symptoms is controversy. This Randomized controlled trial study aims to evaluate the lowest dosage of Dexamethasone for prevention of post-operative nausea and vomiting in patient undergo gynecologic surgery at Lamphun hospital, Thailand. Seventy-two patients were randomly enrolled in the study, divided in 3 groups by randomized envelop seal. Group 1 was control placebo (2 ml. normal saline), group 2 received 2 mg. (0.5 ml.) of Dexamethasone in 1.5 ml normal saline and group 3 received Dexamethasone 4 mg(ml) in 1.0 ml. normal saline. Patients were given Dexamethasone before anesthesia. Post-operative pain was treated by giving opioids in first 2 hour. Pain score was assessed by Wong-Baker FACES pain Rating Scale. Nausea and Vomiting and Treatment of symptoms were assessed 24 hour, post-operatively. General characteristic data was not different in all groups. The lowest dosage of Dexamethasone to prevent post-operative nausea and vomiting (PONV) is 4 mg. ($P=0.039$) Summary 4 mg. Dexamethasone can prevent post-operative nausea and vomiting in patients undergo gynecologic surgery.

Keywords: PONV, Dexamethasone, Gynaecological surgery

บทนำ

อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัด พบอุบัติการณ์ร้อยละ 30 (วิชัย อธิชัยกุลทล, 2548; Watcha & White, 1992; Lerman, 1992) ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ไม่พอใจการรักษาพยาบาลและเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา พบสาเหตุปัจจัยเสี่ยงทั้งจากผู้ป่วย จากการผ่าตัด จากการระงับความรู้สึกต่างๆ (Stadler *et al.*, 2003; Cheng *et al.*, 2005; Apfel *et al.*, 2002; Roberts *et al.*, 2005) กระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียนในสมอง (Miller, 1999; Lang, 1999) ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน การป้องกันและการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดทำได้หลายแบบ เช่น การใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่แทนการดมยาสลบ (Sinclair *et al.*, 1999; Apfel *et al.*, 2004) การเลือกใช้ยา Propofol ระงับความรู้สึกเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ (Grief *et al.*, 1999; Treschan *et al.*, 2005) การให้ออกซิเจนร้อยละ 80 ในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน 2 ชั่วโมง (Lee & Done, 1999) แต่มักใช้ไม่ได้ผลในการผ่าตัด Strabismus surgery (Rowbotham, 2005) การใช้เทคนิคอื่นเสริมเช่น การฝังเข็ม การนวด การสะกดจิต สามารถป้องกันได้ (Rudd &

Naylor, 1997; Markman *et al.*, 1984) การใช้ยาป้องกันอาการมีหลายกลุ่มเช่น ยาที่ไปขวางกั้น neurotransmitter ที่ไปกระตุ้น vomiting center และ Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ) ได้แก่ ยากลุ่ม Anti-dopamine เช่น droperidol, domperidone, metoclopramide มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ Sedation, dizziness, anxiety, hypotension ไม่นิยมใช้ domperidone เนื่องจากทำให้เกิด QT prolongation, Torsades de pointes และ cardiac death ยากลุ่ม Anti-histamine เช่น dyphenhydramine, promethazine, hydroxyzine มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ Sedation, dry mouth, visual disturbances ยากลุ่ม muscarinic cholinergic เช่น Atropine, Scopolamine ยากลุ่ม Serotonin (5-HT₃) receptor antagonist เช่น Ondansetron มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ headache, dizziness, elevated liver enzyme ส่วนยากลุ่ม Glucocorticoid เช่น Dexamethasone มีผู้ให้ความสนใจเนื่องจากราคาถูก มีฤทธิ์แก้การอักเสบ กดภูมิคุ้มกันและสามารถแก้คลื่นไส้อาเจียนได้นานแต่อาจพบฤทธิ์ข้างเคียงได้แก่ Vaginal itching, anal irritation (Fredrikson *et al.*, 1992; Lopez *et al.*, 1996) มีการใช้ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมานาน แม้กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่รู้ชัดเจน (Henzi *et al.*, 2000) แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

Dexamethasone ขนาด 8-10 มิลลิกรัมลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ 25 (Wang *et al.*, 2000) และควรให้ก่อนเริ่มการให้ยาระงับความรู้สึก (Liu *et al.*, 1999) บางการศึกษาพบว่าขนาดต่ำสุดที่ใช้ได้ผลคือ 2.5 มิลลิกรัม (Lee *et al.*, 2004) นอกจากนี้การใช้ Dexamethasone ขนาด 8 มิลลิกรัม ยังได้ผลดีในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่สัมพันธ์กับการให้ Morphine หลังผ่าตัดด้วยเครื่อง Patient Control Analgesia (PCA) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Heinzi *et al.*, 1999) ที่ผ่านมาไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องขนาดต่ำสุดที่ใช้การรักษา การใช้ Dexamethasone ร่วมกับยาตัวอื่นๆ เช่น Ondansetron, Scopolamine ในกลุ่ม Moderate และ high risk พบว่าได้ผลดีเช่นกัน การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาขนาดต่ำสุดของยา Dexamethasone ที่เหมาะสมสำหรับบริบทในประเทศไทยและสะดวกในการบริหารยาเพื่อป้องกัน PONV หลังผ่าตัดนรีเวช (Gynecological surgery)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็น Randomized controlled trial การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสถิติมาตรฐานสำหรับเปรียบเทียบ

สัดส่วน 2 กลุ่มจากขนาดที่สนใจ (Placabo เปรียบเทียบกับ Dexamethazone 4 mg.) โดยกำหนด $p_1=0.60$, $p_2=0.15$, $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ (power=0.80) สำหรับการทดสอบทางเดียว (one-sided test) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย

ขั้นตอนการศึกษาเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยศึกษาในผู้ป่วย physical status ระดับ 1 ถึง 2 ที่มาผ่าตัด gynecological surgery ได้แก่ Total hysterectomy, Cystectomy, Salpingectomy, Oophorectomy แบบ Elective Case ในโรงพยาบาล ลำพูนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2554 จำนวน 72 ราย ผู้ป่วยที่มีประวัติ Motion sickness มีประวัติคลื่นไส้อาเจียนในการผ่าตัดครั้งก่อนจะถูกคัดออก การศึกษาเป็นแบบ Double blind control ทั้งผู้ให้การรักษาและผู้ดูแลในห้องผ่าตัดเลือกกลุ่ม โดยวิธีจับสลากจากซองปิดผนึก แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับ Normal saline 2 มิลลิลิตรเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 2 ได้รับ Dexamethasone 2 มิลลิกรัม (0.5 มิลลิลิตร) รวมกับ Normal saline 1.5 มิลลิลิตร) กลุ่มที่ 3 ได้รับ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม (1 มิลลิลิตรรวม

กับ Normalsaline 1 มิลลิลิตรใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว(General anesthesia) ด้วยยา Propofol 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, Suxamethonium 1.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, Fentanyl 1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม, Cistracurium 0.15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ใช้ก๊าซสลบ Sevoflurane, N₂O, Oxygen แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย Atropine 0.02 มิลลิกรัม/กิโลกรัม, Neostigmine 0.05 มิลลิกรัม/กิโลกรัม หลังการผ่าตัดสังเกตอาการในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง และติดตามอาการที่หอผู้ป่วย โดยประเมินผู้ป่วยตาม Wong-Baker FACES Pain Rating Scale ระดับคะแนน 0-10 คะแนน ระดับ Sedation ประเมินโดยให้คะแนน 0-3 (0=ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี, 1=ง่วงแต่ยังตอบสนองต่อการกระตุ้น, 2=ง่วงตอบสนองการกระตุ้นยาก, 3=ไม่รู้สึกรู้ตัว) ใช้ยา Fentanyl และ NSAID เพื่อระงับปวด ติดตามอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด ในชั่วโมงที่ 1, 2, 12, และ 24 หลังการผ่าตัดตามลำดับ โดยให้คะแนน 0 = ไม่มีอาการ, 1 = มีคลื่นไส้, 2 = มีอาเจียนเป็นน้ำ รวมทั้งติดตามการได้รับยา Metoclopramide รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ One-way ANOVA ในการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป 3 กลุ่ม ใช้ Kruskal wallis test ในการเปรียบเทียบความพึงพอใจ และใช้

logistic regression ในการเปรียบเทียบขนาดยาที่ใช้ต่อความพึงพอใจในภาวะ Nausea vomiting

ผลการศึกษา

กลุ่มที่ทำการศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันทั้งเรื่อง อายุ ($P=0.893$) คำนวณร่างกาย ($P=0.127$) ระยะเวลาให้การระงับความรู้สึก ($P=0.280$) การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ทั้งในขณะผ่าตัด ($P=0.217$) และห้องพักฟื้น ($P=0.693$) ระดับการรู้สึกตัว Sedation score ($P=0.607$) ระดับการเจ็บปวดตามการประเมินในชั่วโมงที่ 1, 2, 12 และ 24 ตามลำดับ ($P=0.158, 0.294, 0.309$ และ 0.173 ตามลำดับ) ตามตารางที่ 1

ประเมินผลการได้รับยา Metoclopramide รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชม. โดยพบว่ากลุ่มที่ 1 ได้รับยาร้อยละ 16.67, กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 4.17 และ กลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับยา แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.061$) แต่เมื่อเปรียบเทียบขนาดของ Dexamethasone กับระดับความพึงพอใจต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น พบว่ากลุ่มที่ได้รับ Dexamethasone 4 มิลลิกรัม มีความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.26, 95% CI 0.07–0.93, $P=0.039$) ตามตารางที่ 2 – 5

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามขนาดยา Dexamethasone

ลักษณะ	Placebo n(%)	Dexa. 2 mg. n(%)	Dexa. 4 mg n(%)	p-value
Age(yrs)				
15-45	10(41.67)	12(50)	12(50)	0.893
46-65	14(58.33)	12(50)	12(50)	
Mean(S.D.)	46.08(5.96)	45(8.49)	45.54(8.93)	
BMI				
Min-18.499	1(4.17)	2(8.33)	4(16.67)	0.127
18.5-24.999	14(58.33)	18(75.0)	11(45.83)	
25-29.999	8(33.33)	3(12.5)	7(29.17)	
30-max	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Mean(SD)	23.84(3.53)	21.87(2.68)	22.77(3.36)	
Anesthetic time(mins)				
Min- 60	4(16.67)	12(50.0)	7(29.17)	0.280
61-max	20(28.33)	12(50.0)	17(70.83)	
Mean(SD)	80(21.57)	73.9(26.08)	69.79(17.84)	
Fentanyl in OR Mean(SD)	88.33(15.23)	79.79(17.59)	82.29(18.65)	0.217
Fentanyl in RR Mean(SD)	33.54(15.07)	31.25(18.95)	35.21(13.63)	0.693
Desaturation				
Yes	0 (0)	0(0)	0(0)	.
no	24(100.0)	24(100.0)	24(100.0)	
Sedation score 1 hr.				
รู้สึกตัวดี	5(20.83)	7(29.17)	7(29.17)	0.606
ง่วงปลุกตื่น	18(75.0)	17(70.83)	17(70.83)	
ง่วงปลุกตื่นยาก	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามขนาดยา Dexamethasone (ต่อ)

ลักษณะ	Placebo n(%)	Dexa. 2 mg. n(%)	Dexa. 4 mg n(%)	p-value
Sedation score 2 hrs.				
รู้สึกตัวดี	24(100.0)	24(100.0)	24(100.0)	
ง่วงปลุกตื่น	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
ง่วงปลุกตื่นยาก	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
Pain score 1 hr.				
ไม่ปวด	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.157
ปวดเล็กน้อย	0(0.0)	1(4.17)	0(0.0)	
ปวดปานกลาง	1(4.17)	2(8.33)	0(0.0)	
ปวดมาก	23(95.83)	21(87.5)	24(100.0)	
Pain score 2 hrs.				
ไม่ปวด	2(8.33)	0(0.0)	0(0.0)	0.294
ปวดเล็กน้อย	1(4.17)	1(4.17)	2(8.33)	
ปวดปานกลาง	14(58.33)	19(79.17)	21(87.5)	
ปวดมาก	7(28.17)	4(16.67)	1(4.17)	
Pain score 12 hrs.				
ไม่ปวด	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.309
ปวดเล็กน้อย	3(12.5)	4(16.67)	0(0.0)	
ปวดปานกลาง	5(20.83)	9(37.5)	10(41.67)	
ปวดมาก	16(66.67)	11(45.83)	14(58.33)	
Pain score 24 hrs.				
ไม่ปวด	3(12.5)	0(0.0)	1(4.17)	0.171
ปวดเล็กน้อย	8(33.33)	7(29.17)	6(25.0)	
ปวดปานกลาง	9(37.5)	10(41.67)	8(33.33)	
ปวดมาก	4(16.67)	7(29.17)	9(37.5)	

ตารางที่ 2 อาการคลื่นไส้ อาเจียนในชั่วโมงที่ 1, 2, 12 และ 24 จำแนกตามขนาดยา Dexamethasone

Nausea vomiting	Placebo	Dexa. 2 mg	Dexa. 4 mg	p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Nausea vomiting 1 hr.				
None	22(91.67)	23(95.83)	23(95.83)	0.786
Nausea	2(8.33)	0(0.0)	1(4.17)	
Vomiting	0(0.0)	1(4.17)	0(0.0)	
Nausea vomiting 2 hrs.				
None	18(75.0)	22(91.67)	23(95.83)	0.075
Nausea	3(12.5)	0(0.0)	1(4.17)	
Vomiting	3(12.5)	2(8.33)	0(0.0)	
Nausea vomiting 12 hrs.				
None	14(58.33)	20(28.33)	21(87.5)	0.062
Nausea	5(20.83)	0(0.0)	1(4.17)	
Vomiting	5(20.83)	4(16.67)	2(8.33)	
Nausea vomiting 24 hrs.				
None	22(91.67)	24(100.0)	24(100.0)	0.131
Nausea	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Vomiting	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Total nausea vomiting				
None	12(50.0)	18(75.0)	19(79.17)	0.060
Nausea Vomiting	12(50.0)	6(25.0)	5(20.83)	

ตารางที่ 3 ยา Metoclopramide รักษา Nausea vomiting ในชั่วโมงที่ 1, 2, 12 และ 24 จำแนกตามขนาดยา Dexamethasone

Plasil	Placebo	Dexa. 2 mg	Dexa. 4 mg	p-value
	n(%)	n(%)	n(%)	
Plasil 1 hr.				
ไม่ได้รับ	23(95.83)	24(100.0)	24(100.0)	1.000
ได้รับ	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Plasil 2 hrs.				
ไม่ได้รับ	23(95.83)	24(100.0)	24(100.0)	1.000
ได้รับ	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Plasil 12 hrs.				
ไม่ได้รับ	21(87.5)	23(95.83)	24(100.0)	1.314
ได้รับ	3(12.50)	1(4.17)	0(0.0)	
Plasil 24 hrs.				
ไม่ได้รับ	23(95.83)	24(100.0)	24(100.0)	1.000
ได้รับ	1(4.17)	0(0.0)	0(0.0)	
Total Plasil				
ไม่ได้รับ	20(83.33)	23(95.83)	24(100.0)	0.060
ได้รับ	4(16.67)	1(4.17)	0(0.0)	

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจ	Placebo n(%)	Dexa. 2 mg n(%)	Dexa. 4 mg n(%)	p-value
ระดับความพึงพอใจ				
ไม่พึงพอใจ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.391
เล็กน้อย	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
ปานกลาง	1(4.17)	1(4.17)	1(4.17)	
มาก	18(75.0)	21(87.5)	17(70.83)	
มากที่สุด	5(20.83)	2(8.33)	6(25.0)	

ตารางที่ 5 ภาวะ Nausea vomiting ต่อขนาดยา Dexamethasone

Total nausea vomiting	OR	95% CI	P - value
group 2	0.33	0.09 - 1.13	0.078
group 3	0.26	0.07 - 0.94	0.039

อภิปรายผล

การศึกษาแนวทางการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด มีหลากหลายวิธีขึ้นกับความเหมาะสมของแต่ละบริบทขึ้นกับความคุ้มค่า คุ้มทุนของวิธีการป้องกัน รักษาโดยพิจารณาร่วมกับปัจจัยด้านราคาและความเป็นไปได้ ผลลัพธ์ที่ได้ยัง

มีความหลากหลาย มีการศึกษาถึงระยะเวลาที่เหมาะสมของการใช้ Dexamethasone ขนาด 10 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดคนรีเวช (Gynecological surgery) ภายใต้การระบับความรู้สึกลับแบบทั่วตัว (Wang *et al.*, 2000) ครั้งนี้ พบว่าการให้ยาก่อนระบับความรู้สึกลับจะให้ผล

ในการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการให้หลังจากผ่าตัดสิ้นสุดซึ่งช่วงเวลาที่ทำให้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ แต่ขนาดที่ใช้ในการศึกษาเพียงแค่ 4 มิลลิกรัม ซึ่งขนาดนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Iopez - Olaondo *et al.*, 1996) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคนรีเวชภายใต้การระงับความรู้สึก พบว่าการใช้ Dexamethasone ขนาด 4 มิลลิกรัมก่อนเริ่มการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ร่วมกับการให้ Ondansetron ซึ่งเป็นยาห้ามอาเจียน สามารถป้องกันการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา แต่แตกต่างจากการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดคนรีเวช (Lee *et al.*, 2004) และศัลยกรรมกระดูก (Lee *et al.*, 2002) ต้องใช้ Dexamethasone ถึง 8 มิลลิกรัมก่อนการระงับความรู้สึก อันเนื่องมาจากการมีการใช้ Morphine ควบคุมอาการปวดแบบต่อเนื่องใน 24 - 48 ชั่วโมงจึงอาจมีผลข้างเคียงของยาระงับปวดที่ได้รับในระยะเวลาานาน และยังแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าขนาดต่ำสุด คือ 2.5 มิลลิกรัม (Liu *et al.*, 1999) อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันในเรื่องกลุ่มประชากรที่ศึกษา และการศึกษาก่อนหน้านี้มีการให้ Diazepam ก่อนให้ยาสลบและมีการป้องกันการเกิด Reflex ขณะใส่

ท่อช่วยหายใจด้วย Lidocaine 1.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัมซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิด PONV อย่างหนึ่ง และประเด็นที่น่าสนใจและยังไม่มีการระบุชัดเจน คือ ระยะเวลาก่อนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม (Optimal timing) ของการให้ยา แม้การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คนแต่ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางคณะกรรมการวิจัยจึงยุติการศึกษา ดังนั้นยา Dexamethasone ขนาดต่ำสุดที่สามารถป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวช (Gynecological surgery) คือ ขนาด 4 มิลลิกรัม

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. Dexamethasone เป็นยาพื้นฐานที่ใช้กันแพร่หลาย ราคาถูก ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขนาดยาที่ทำการศึกษารับขนาดให้สัมพันธ์กับบรรจุภัณฑ์ในประเทศไทย ทำให้ง่ายต่อการบริหารยาและลดความสิ้นเปลืองจากยาที่ต้องแบ่งใช้และลดการปนเปื้อน

3. ใน การ ศึกษา ครั้ง นี้ มี การ ให้ Dexamethasone ก่อนเริ่มระงับความรู้สึกทันที ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจและยังไม่มีมีการระบุชัดเจนว่าระยะเวลาที่เหมาะสม (Optimal timing) ในการออกฤทธิ์เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเท่าไร? สามารถทำการศึกษาค้นคว้าต่อได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ร.นพ.ดร.ชยันตร์ธรปทุมานนท์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ประธานเครือข่ายและประธานงานวิจัยโรงพยาบาลลำพูน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานสูติกรรมและห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน

เอกสารอ้างอิง

วิชัย อธิชัยกุลทล. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.กรุงเทพฯ: เอเชียเพรสจำกัด; 2548: 329-50.

Apfel CC, Kranke P, Katz MH et al. Volatile anaesthetics may be the main cause of early

but not delayed postoperative vomiting a randomized controlled trial of factorial design. Br J Anaesth 2002; 88: 659-68.

Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, *et al.* A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. N Engl J Med 2004; 350: 2441-51.

Grief R, Laciny S, Rapf B, Hickie RS, Sessler DI. Supplemental oxygen reduces the incidence of postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 1999; 91: 1246-52.

Henzi I, Walder B, Tramer MR. Dexamethasone for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a quantitative systematic review. Anesth Analg 2000; 90: 186-94.

Lang IM. Noxious stimulation of emesis. Dig Dis Sci 1999; 44(Suppl): S58-63.

Lee A, Done ML. The use of non-pharmacologic techniques to prevent postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. Anesth Analg 1999 ; 88 : 1362-69.

- Lee Y, Lai HY, Lin PC, Lin YS, Huang SJ, Shyr MH. A dose ranging study of dexamethasone for preventing patient controlled analgesia-related nausea and vomiting: a comparison of droperidol with saline. *Anesth Analg* 2004;98:1066-71.
- Lee Y, Lin Y.S, Chen Y.H. The effect of dexamethasone upon patient controlled analgesia-related nausea vomiting. *Anaesthesia* 2002; 57: 690-709.
- Lerman J. Surgical and patient factor in volved in post-operative nausea and vomiting. *British Journal of Anesthesia* 1992; 69(Suppl.1): 245-325.
- Liu K, Hsu CC, Chia YY. The effective dose of dexamethasone for antiemesis after major gynaecological surgery. *Anesth Analg* 1999; 89: 1316-18.
- Lopez L, Olaondo, F. Carrascosa, F.J. Pueyo, P. Monedero, N.Busto and A. Saez. Cornbination of ondansetron and dexamethasone in the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting. *Br. J Anesth* 1996; 76: 835-40.
- Markman M, Sheidler V, Ettinger DS, et al. Antiemetic efficacy of dexamethsone: randomized, double-blind, crossover study with prochlorperazine in patients receiving cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 1984; 311: 549-52.
- Miller AD. Central mechanism of vomiting. *Dig Dis Sci* 1999; 44(Suppl): S39-43
- Roberts GW, Bekker TB, Carlsen HH et al. Postoperative nausea and vomiting are strongly influenced by postoperative opioid use in a dose related manner. *Anesth Analg* 2005; 101: 1343-48.
- Rowbotham DJ. Recent advances in the non-pharnacological management of postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth* 2005; 95: 77-81.

Rudd JA, Naylor RJ. The action of ondansetron and dexamethasone to antagonize cisplatin-induced emesis in the ferret. *Eur J Pharmacol* 1997; 1322:79-82.

Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology* 1999; 91: 109-18.

Stadler M, Bardiau F, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 2003; 98: 46-52.

Treschan TA, Zimmer C, Nass C, et al. Inspired oxygen fraction of 0.8 does not attenuate postoperative nausea and vomiting after strabismus surgery. *Anesthesiology* 2005; 103: 6-10.

Wang JJ, Ho ST, Tzeng JI, Tang CS. The effect of timing of dexamethasone administration to its efficacy as a prophylactic antiemetic for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2000; 91: 136-9.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

THE RELEVANT FACTORS FOR CONTROLLING BLOOD SUGAR AND BLOOD
PRESSURE OF DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION PATIENTS IN
MAE PHAG SUB-DISTRICT, SANSAI DISTRICT, CHIANG MAI PROVINCE

รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์ พ.บ ,ว.ว.เวชศาสตร์

Roypim Lertwiriyanan M.D., Cert. in Family

ครอบครัว

Medicine

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Sansai Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านร่มหลวง (รพ.สต. บ้านร่มหลวง) ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ครอบครัว/ญาติ อสม., ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 58 คน เก็บข้อมูลโดย อาศัยข้อมูลมือสองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย และการสังเกต ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2554 ถึง เดือนธันวาคม 2554 ผลการศึกษา พบว่า (1) การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากจำนวนผู้ป่วย 20 ราย มีจำนวน 7 ราย ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี และ 13 ราย ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ และ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย ได้แก่ หนึ่ง การมีปัจจัยเสี่ยงหลักหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต มี

พฤติกรรมเสี่ยงหลักอยู่น้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทานอาหารหวาน มัน เค็ม ยังคงชอบทานประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าผักผลไม้ และบางรายดื่มเหล้าเป็นประจำ มีอาการกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ บางรายทำงานหนักและหักโหมไม่มีเวลาพักผ่อน มีความเครียดและความกังวลอยู่มาก ผู้ป่วยมักลืมหรือทานยาไม่ครบและไม่ตรงเวลา และไม่พบแพทย์ตามนัด สอง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว/ญาติ ซึ่งพบว่า ครอบครัวและญาติในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ยังมีบทบาทการสนับสนุนที่จำกัดเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจครัวเรือน ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเข้ามามีส่วนในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ในชุมชนยังมีภัยคุกคามและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การเลี้ยงอาหารในงานต่างๆ ในชุมชนที่จัดขึ้นบ่อย ซึ่งเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย รวมถึงการมีและเข้าถึงเหล่า-เบียร์ได้ง่าย และ สาม ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ จากการระบบบริการสาธารณสุขของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การเสริมศักยภาพแก่ครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง การให้กำลังใจและเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

Abstract

This study is qualitative research. The objective is to find the factors which are related to control blood sugar and blood pressure of diabetes mellitus and hypertension patients. The study targeted 20 diabetes mellitus and hypertension patients in Bann Rom Luang Health Promotion Hospital, Mae Phag Sub-district, Sansai district, Chiang Mai province. The data was collected by the result of laboratory tests on blood pressure and blood sugar, knowledge test form on diabetes mellitus and hypertension, in-depth interview, focus group discussion and observation. The study was done from January – December 2011. The finding are (1) ability to control blood pressure and blood sugar of the

patients. Out of 20 patients, 7 patients were able to control their blood sugar and blood pressure, 13 patients were unable to control. (2) The relevant factors for controlling blood pressure and blood sugar of the patients. First is key risk factor. The patients who were unable to control their blood sugar and blood pressure performed high risk behaviors such as inappropriate consumption, lack of doing exercise, stress, overload working and no taking the medicine according to prescription. Second is socio-economic, cultural and environment factor. This factor is composed of family support and community environment. The study found less support from family in case the patients who can not control their blood sugar and blood pressure. Moreover, there are so many risks that threaten health care for the patients for instance, unsafe and inappropriate food and easy access to alcohol in their communities. Third are other support factors such as the Health Service System of the Rom Luang Health Promotion Hospital and Village Health Volunteers (VHVs). Rom Luang multidisciplinary team and VHVs were able to respond to patient's problems and needs under the concept of family medicine and holistic health care.

Keywords: Relevant factors, Blood sugar and blood pressure control

บทนำ

ประชาชนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พิจารณาจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด รวมถึงการเสพติดด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความอ้วน ไขมันใน

เลือดสูง และวิถีชีวิตที่นำไปสู่การขาดการดูแลสุขภาพ เช่น การดื้อยาเสพติด ดื่มเหล้า บุหรี่ หรือการติดเกมส์ ติดการใช้อินเทอร์เน็ต ติดโทรศัพท์ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (สุพัตรา, 2554)

โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและสอง ของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง จากรายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิต

สูงระหว่างปี 2551-2555 ของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง พบว่า โดยในปี 2552 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 438 รายหรือร้อยละ 7.10 ในปี 2553 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 449 รายหรือร้อยละ 7.20 และในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 461 รายหรือร้อยละ 7.40 จากจำนวนประชากร 6,253 คน ส่วนผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2552 มีจำนวน 208 รายหรือร้อยละ 3.4 ปี 2553 มีจำนวน 212 รายหรือร้อยละ 3.4 และในปี 2554 มีจำนวนผู้ป่วย 220 ราย หรือร้อยละ 3.5 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

หากเปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานต่อประชากรพันคน ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวงกับอัตราผู้ป่วยในระดับประเทศ เฉพาะปี 2554 จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพสิทธิ์า และภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556) จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในปี 2554 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1,997,700 ราย อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3,112.60 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือโรคเบาหวานมีผู้ป่วยจำนวน 1,025,337 ราย อัตราผู้ป่วยเบาหวาน 1,597.57 ต่อประชากรแสนคน

หากใช้ฐานอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งพัน พบว่า สถิติระดับประเทศ มีอัตราผู้ป่วยความดันความดันโลหิตสูง อยู่ที่ 31.13 และอัตราผู้ป่วยเบาหวาน 15.98 ส่วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง มีอัตราผู้ป่วยความดันความดันโลหิตสูง อยู่ที่ 73.72 และอัตราผู้ป่วยเบาหวาน 35.18 จากตัวเลขดังกล่าว เห็นได้ชัดว่า มีความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง อยู่ในระดับที่สูงมาก สาเหตุสำคัญอาจเนื่องจากการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตอย่างรีบเร่งภายใต้ภาวะเศรษฐกิจที่บีบรัด การผลิตพืชเชิงเดี่ยวที่ต้องใช้สารเคมีมากขึ้น การรับจ้างที่ต้องทำงานหนัก และหักโหม ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย และสัดส่วนของอาหารที่รับประทานเปลี่ยนแปลง ทำให้ส่งผลต่อโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามมา

ผู้วิจัยได้ร่วมปฏิบัติงานกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านร่มหลวงในการควบคุม ป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการรักษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยที่ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วย

จำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่าที่ควร โดยในปี 2554 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้มีจำนวน 87 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยทั้งสองโรค 137 ราย และในจำนวน 87 ราย จากการติดตามพฤติกรรมและการดูแลตนเองและประวัติการรักษา พบว่า สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง มีจำนวน 35 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายในระดับประเทศที่ตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไว้ที่ร้อยละ 50

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษานี้สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของ รพ.สต. บ้านร่มหลวง เพื่อช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

นิยามปฏิบัติการ:

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fast Blood Sugar:FBS) = 80-130 mg/dl และความดันโลหิต (Blood Pressure:BP) = 130/80 mmHg (JNC 7 Express, 2003)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย และครอบครัว/ญาติ 20 คน และผู้เกี่ยวข้องได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 คน และผู้นำชุมชน 7 คน จากหมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 6 หมู่ 8 หมู่ 9 หมู่ 10 และหมู่ 12 นายกเทศมนตรีตำบลแม่แฝก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านร่มหลวง 3 คน รวมทั้งสิ้น 58 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ข้อมูลมือสองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการควบคุมโรค สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยในประเด็นพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติตัว

ในโอกาสที่ออกเยี่ยมบ้าน สัมภาษณ์ครอบครัว/ญาติในประเด็นการดูแลผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่นในประเด็นปัจจัยแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อ/ไม่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มญาติและครอบครัว ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ในประเด็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมถึงมาตรการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าและการการสะท้อนข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยพิจารณาจากแบบแผนความสัมพันธ์ของข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์โดยเริ่มจากการจำแนกกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากนั้นทำการวิเคราะห์โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน มาวิเคราะห์ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ได้แก่ บริโภคไม่ถูกส่วน (กินหวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ น้อย ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด

และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ รวมถึงไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด ส่วนที่สอง วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขของ รพ.สต.ร่มหลวงที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ตั้งไว้ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม 2554 - เดือนธันวาคม 2554 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 12 เดือน

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย ชาย 5 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25 หญิง 15 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 75 อายุอยู่ในช่วง 50 -75 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 5 ราย รับจ้าง 6 ราย ค้าขาย 2 ราย และเป็นแม่บ้าน 7 ราย มีรายได้ 15 ราย ตั้งแต่ 2,500 – 6,000 บาท ที่เหลือได้รับเพียงเบี้ยผู้สูงอายุ สถานภาพโสด 1 ราย ระยะเวลาเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานตั้งแต่ 1 – 3 ปี ในผู้ป่วย 20 ราย มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS 80-130 mg/dl) และความดันโลหิต (130/80 mmHg) ได้ดี มีจำนวน 7 ราย คิด

เป็นร้อยละ 35 และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ ทราย หรือคิดเป็นร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1
น้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้ มีจำนวน 13

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 1 (30.01)	184 148/82	212 142/80	154 171/84	ไม่ดี	ชอบทานอาหารรสจัด ทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหาร เข้าไม่ได้ทานบ่อยๆ ชอบทานข้าวเหนียว เพราะทาน ข้าวข้าวจะไม่มีแรง ไม่ออกกำลังกายและไม่ทานยา ตามเวลา และไม่ไปรับยาตามนัดอยู่บ่อยครั้ง จะไปก็ ต่อเมื่อขาด เนื่องจากลืมด้วย และไม่มีเวลาดูด้วย ต้องทำงานตั้งแต่เช้า ส่วนใหญ่ไม่ทานอาหารเช้า ดื่ม สุราสัปดาห์ละ 2-3 วัน
รายที่ 2 (23.93)	141 183/80	148 149/77	152 214/91	ไม่ดี	ทานอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และทานอาหารพวก ไข่สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ไม่ออกกำลังกายและคลาย กล้ามเนื้อ เนื่องจากเหนื่อยจากการทำงานอยู่แล้ว แต่ ไปรับยาตามแพทย์ทุกครั้ง
รายที่ 3 (18.55)	147 122/69	232 115/61	290 136/58	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา และอดไม่ได้กับการทาน อาหารรสหวาน มัน ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ ไม่ค่อย ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยจากงานซึ่งค่อนข้าง หนัก และไม่เคยคลายกล้ามเนื้อ และเคยลืมทานยา ความดันโลหิต บ่อยๆ เพราะลืม พบแพทย์ตามนัดก็ ไปบ้างไม่ไปบ้าง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 4 (24)	171 160/100	130 131/76	194 162/97	ไม่ดี	ไปพบหมอและรับยาตามนัดทุกครั้ง แต่ทานยาไม่ ค่อยตรงเวลา ออกกำลังกายบ้างถ้ามีเวลา ประมาณ 5- 10 นาที ด้วยการบริหารข้อเท้า แขน ขา อาหารจะทาน รสจัด อาหารประเภทไข่ ทานบ่อยครั้ง รวมถึงขนม หวาน พยายามลดแต่ยังทำไม่ได้
รายที่ 5 (30)	96 150/93	120 134/83	113 144/89	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา ดิดในรสชาติอาหารและกิน เค็มเป็นประจำ ทานอาหารประเภทไข่และขนมหวาน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ออกกำลังกายบ้าง ประมาณ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ด้วยการเดิน ยกแขน ประมาณ 5-10 นาที ต่อครั้ง เรื่องการกินยา ลืมกินบ้างบางครั้งเนื่องจาก ทำงานเพลิน พบหมอดตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 6 (19)	102 140/70	130 149/81	106 155/74	ไม่ดี	กินอาหารไม่ค่อยตรงเวลา และกินอาหารรสเค็ม ออก กำลังกายบ้างด้วยการบริหารและบริหารเท้าทุกวัน รวมถึงการยืดกล้ามเนื้อ ไปปรับยาตามเวลาไม่เคยคิด นัด
รายที่ 7 (26)	133 140/70	105 172/83	92 110/79	ไม่ดี	ดื่มเหล้าบ้าง 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง ทานอาหารที่มีรส เค็มเป็นประจำ และอาหารที่ชอบมากประเภทแกง กระเทียม ขาหมู ข้าวมันไก่ ซึ่งกินเป็นประจำ ออกกำลังกาย บ้างด้วยการบริหารและการเดิน แต่ไม่ทำเป็น ประจำ มีลิ้นทนายบ้าง แต่พบหมอดทุกครั้ง
รายที่ 8 (32)	138 170/90	126 136/89	125 118/78	ดี	คุมเรื่องอาหารได้ โดยหลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม มีปรุงรสบ้าง นานๆ ครั้ง ออกกำลังกายบ่อยครั้งแต่ไม่ สม่ำเสมอด้วยการเดิน ประมาณ 30 นาทีถึงหนึ่ง ชั่วโมงต่อครั้ง มีการบริหารเท้าประมาณ 3-5 ครั้งต่อ สัปดาห์ เรื่องการกินยาก็มีลิ้นทนายบ้าง ไปพบหมอดทุก ครั้งแต่ไม่ตรงนัดบ้างบางครั้ง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 9 (22.22)	96 140/70	112 111/82	101 130/60	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางมื้อ แต่มีการควบคุม ประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ ออกกำลังกาย ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ ด้วยการเดินประมาณครึ่ง ชั่วโมง มีลมก้นขาบ้าง แต่ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 10 (23.40)	120 159/76	103 140/83	82 130/80	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางมื้อ แต่มีการควบคุม ประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ นานๆครั้งถึง จะได้ทานขนมหวานและอาหารประเภท ดับ เครื่องใน เนื้อสัตว์ ออกกำลังกายประมาณ 1 วันต่อสัปดาห์ ด้วย การวิ่งเหยาะประมาณ 15-20 นาที กินยาตามเวลาและ ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 11 (27.34)	122 141/79	120 149/77	118 166/77	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางมื้อ และทานอาหารที่มีรส เค็ม ออกกกำลังกายบ้างแต่ไม่ประจำด้วยการเดิน ประมาณ 15 นาทีต่อครั้ง มีคลายกล้ามเนื้อบ้าง 2 ครั้ง/สัปดาห์ สัม ทหายาบางครั้ง แต่พบแพทย์ทุกครั้งที่นัด
รายที่ 12 (20.81)	111 121/62	120 112/69	95 110/60	ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางมื้อ และทานอาหารที่มีรสชาติ พอเหมาะ ออกกำลังกายประจำประมาณ 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ด้วยการเดินและกายบริหารประมาณ 30 นาที มี คลายกล้ามเนื้อ 3 ครั้ง เรื่องการทานยาทานตามเวลา ไม่เคยลืม และพบแพทย์ตามนัด
รายที่ 13 (19.89)	103 130/64	107 159/75	126 189/70	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลา แต่ชอบทานอาหารรสเค็ม และ ชอบทานขนมหวาน น้ำหวาน และน้ำอัดลมมาก พยายามปรับแต่ทำได้น้อย ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะ ทำงานมาเหนื่อยและคิดว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว แต่ มีการคลายกล้ามเนื้อบ้าง มีการดูแลความสะอาดเท้า และบริหารเท้าเป็นประจำ ทานยาไม่ตรงเวลาบ้าง แต่ พบแพทย์ตามนัด

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 14 (28.30)	94 136/76	125 125/76	107 149/85	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา ทานเหล้าบ้าง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ชอบทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และอาหารปรุงรสที่ค่อนข้างเค็ม ทานยาตามเวลาครบทุกชนิด และพบแพทย์ทุกครั้งแต่ไม่ตรงนัด
รายที่ 15 (21.35)	141 123/82	122 127/97	136 145/84	ไม่ดี	ทานอาหารไม่ตรงเวลา บางครั้งไม่ทานมื้อเช้า ทานยาครบทุกชนิดแต่ไม่ตามเวลา แต่แพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลา ค้มเหล้าบ้างนานๆ ครั้ง แต่บริหารเท้าประมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นคนที่ทำงานด้วยการยกของหนักเป็นประจำ ชอบทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์
รายที่ 16 (24.24)	109 139/83	103 143/90	109 130/78	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นบางมื้อ แต่มีการควบคุมประเภทและรสชาติอาหารให้พอเหมาะ ไม่ทานอาหารประเภทไขมัน แต่ทานประเภทเนื้อสัตว์ นานๆ ครั้ง ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ด้วยการวิ่ง เดิน และกายบริหาร ประมาณ 30 นาทีถึง 45 นาที กินยาตามเวลาและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 17 (29.90)	110 149/76	107 144/76	88 130/73	ดี	ทานอาหารตรงเวลาเป็นส่วนมาก ชอบทานอาหารรสจืด นานๆ ที่มีการปรุงรสอยู่บ้าง เน้นทานปลา ไม่ทานอาหารประเภทไขมัน ไม่ทานขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ด้วยการวิ่ง เดิน และแอโรบิค ประมาณ 30 นาทีถึง 45 นาที มีการบริหารเท้า 3-5 วันต่อสัปดาห์ กินยาตามเวลา และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

ตารางที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย (ต่อ)

รายที่ (BMI)	ระดับน้ำตาล (80-130 mg/dl) ความดันโลหิต (< 130/80 mmHg)			ผลการ ควบคุม	พฤติกรรมเสี่ยง
	ต้นปี	กลางปี	ปลายปี		
รายที่ 18 (29.89)	110 122/66	148 106/72	125 111/72	ดี	ทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ โดยส่วนใหญ่จะทานอาหารรสจืด นานๆ จะปรุงรสอยู่บ้าง เน้นทานปลา ทานอาหารประเภทไขมัน ขนมหวาน ไข่ทานบ้าง นานๆ ครั้ง ออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ด้วยการเดิน ประมาณ 30 นาที มีการบริหารเท้าน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ กินยาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
รายที่ 19 (25.39)	87 137/68	84 134/73	98 170/81	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลา ชอบทานอาหารรสค่อนข้างเค็ม ทานไข่ ทานขนมหวานและอาหารประเภทไขมันบ้าง แต่ไม่บ่อย ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง ลืมทานยาบ้างแต่ไปพบแพทย์ทุกครั้ง
รายที่ 20 (27.19)	188 140/90	123 104/69	130 140/81	ไม่ดี	ทานอาหารตรงเวลาบางมื้อ ชอบทานอาหารรสจืด มีบ้างนานๆ ครั้งที่ทานอาหารปรุงรส แต่ไม่ทานขนม น้ำหวานและน้ำอัดลม ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะอายุมากประกอบกับปวดเข่า เดินไม่ค่อยสะดวก ทานยาตามเวลาทุกชนิดที่หมอจ่ายมาให้ และพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและ

ความดันโลหิต ได้แก่ บริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ น้อย ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ รวมถึง ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสองกลุ่ม มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงแตกต่างกันอย่างเห็นได้

ในทุกด้าน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงบริโภคอาหารไม่ถูกส่วน ชอบทานอาหารรสจัด ส่วนใหญ่ทานอาหารที่มีรสเค็ม ชอบอาหารประเภทแป้ง เนื้อสัตว์ บางรายชอบอาหารประเภทแกงกระทิ ขาหมู ข้าวมันไก่ บางรายยังมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (2 ราย) ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนมากให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและเหนื่อยจากการทำงานมาอยู่แล้ว และมีบางรายอายุมากและมีอาการปวดเข่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ ส่วนในเรื่องความเครียด พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความเครียด เริ่มจากความกลัว ความกังวลต่างๆ เมื่อทราบว่า ตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลัวโรคแทรกซ้อน กลัวเป็นภาระของครอบครัว กลัวไม่ได้อยู่กับลูกหลาน กังวลว่าใครจะหาเลี้ยงและดูแลครอบครัวในผู้ป่วยที่ต้องเป็นผู้หารายได้หลัก ฯลฯ ความกลัวกลายเป็นเครียด แต่ในระยะต่อมา ในกลุ่มที่สามารถควบคุมได้จะมีความเครียดลดลงเนื่องจากมีความสบายใจและคลายกังวลมากขึ้น เมื่อรู้ผลจากการตรวจว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามเกณฑ์ได้

นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้นั้น มี 9 รายมักจะลืมทานยาบ่อยๆ และทานยาไม่ถูกตาม

แพทย์สั่ง เช่น ยาเบาหวานต้องทานก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง แต่คนไข้ทานยาแล้วทานข้าวเลย หรือบางรายทานยาหลังอาหาร และมีผู้ป่วย 2 รายไม่ไปรับยาและพบแพทย์ตามกำหนดนัด นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มีผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจที่ผิดในเรื่องการกินยา มีการปรับและลดยาเอง โดยคิดเอาเองว่าทานยามากจะเป็นอันตราย “ทานยาเยอะตามที่หมอสั่งแล้วไฉฉะวาย เลยทานยาน้อย” มีบางรายซื้อยามาทานเอง “ก็ซื้อยา ลูกกลอนมาทานนะหมอ ได้ยินจากโฆษณาทางวิทยุบ้าง คนในหมู่บ้านแนะนำก็มี ก็เลยลองซื้อมาทาน” ผู้ป่วยหลายราย “ทานยาบางอย่าง เช่น ยาลดน้ำตาลบ่อย (เพื่อใช้ผลข้างเคียงทำให้หลับง่าย) หาว่าไม่รู้ว่ายาลดน้ำตาลจะไปลดระดับฤทธิ์ของยาเบาหวาน” ส่วนสาเหตุสำคัญที่ไม่ไปพบแพทย์และรับยาตามกำหนด เนื่องจากความกลัวและอาย “กลัวหมอบ่น” “กลัวทำใจไม่ได้” และ “กลัวคนในครอบครัวบ่น” ถ้ารู้ว่าผลการตรวจออกมาไม่ดีและบางรายให้เหตุผลว่า “อายเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง”

จากการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 คะแนน และ

มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 12.05 คะแนน เมื่อนำมาจัดกลุ่มตามกลุ่มผู้ป่วยสองกลุ่ม จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต เนื่องจากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าค่าเฉลี่ยถึง 10 ราย จาก 13 ราย แม้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยชี้ขาด

ถึงการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการตอบแบบทดสอบความรู้ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องอย่างน้อยสองเรื่อง หนึ่งคือความรู้เกี่ยวกับยา ซึ่งมีผู้ป่วยมากถึง 18 ราย จาก 20 ราย หรือร้อยละ 90 มีความเข้าใจผิด และสอง ไม่ทราบว่า อาหารตัวไหนมีน้ำตาลสูง หรือผลไม้อะไรควรทานถ้าเป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแยกตามกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถและไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ความรู้เรื่องโรคความดัน		ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	
		ค่าเฉลี่ย 14.05 คะแนน		ค่าเฉลี่ย 12.05	
		ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	สูงกว่าค่าเฉลี่ย	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	สูงกว่าค่าเฉลี่ย
มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย	7 ราย	3 ราย	4 ราย	3 ราย	4 ราย
มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง	13 ราย	10 ราย	3 ราย	3 ราย	10 ราย
รวม	20 ราย	13 ราย	7 ราย	6 ราย	14 ราย

การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิต เบาหวาน ขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ความรู้สึกและความคุ้นชิน ทางด้านความรู้สึก ความเชื่อของผู้ป่วยส่วนใหญ่ “กินข้าวจ้าวแล้วรู้สึกไม่มีแรง ผู้ข้าวเหนียวไม่ได้” หรือ “ชอบ

ทานมะม่วงสุกกับข้าวหนึ่ง เพราะอิมท้อง มีแรงทำงาน” หรือ “กินคำสองคำคงไม่เป็นไรมั้ง?” หรือ “ไหนๆก็ป่วยแล้ว ไม่นานก็ตาย อยากกินอะไรหรือมีอะไรก็กินๆ ไปเถอะ ยาที่หมอสั่งก็กินอยู่นะ” หรือ “ทำใจได้ละ เป็นแม่ค้าขายขนมหวาน ก็ต้องชิม”

นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ มีจำนวน 10 ราย จาก 13 ราย หรือร้อยละ 77 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยดูจากดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI) ที่เกินค่าปกติที่ 18.5-23.4 ได้แก่ ในรายที่ 1, 2, 4, 5, 7, 11, 14, 15, 19 และ 20

2. ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม น้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การศึกษาปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง ก็เพื่อที่จะเข้าใจถึงสภาพและเงื่อนไขแวดล้อมที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วย 7 รายที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตจากการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และในผู้ป่วย 13 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ จากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

2.1.1 การสนับสนุนและดูแลจากครอบครัว/ญาติ

ครอบครัว/ญาติของผู้ป่วยทั้ง 20 ราย มีการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้กำลังใจ ดูแลเรื่องการกินยา และการรับส่งผู้ป่วยเพื่อมารับยาตามนัด โดยทุกครอบครัวเห็นว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยคือ ปัญหาสุขภาพของครอบครัวโดยรวม “ผู้ป่วยเครียด ครอบครัวก็เครียดไปด้วย ยิ่งถ้าดูแลได้ไม่ดี เป็นโรคแทรกซ้อน ครอบครัวก็ยิ่งมีภาระหนักขึ้น” อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนผู้ป่วยทั้งในเชิงปริมาณ ซึ่งหมายถึงการได้ให้การสนับสนุน และการสนับสนุนเชิงคุณภาพ คือ การสนับสนุนที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย มีความแตกต่างกันในครอบครัวสองกลุ่ม

กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยจำนวน 7 ราย เนื่องจาก สัมพันธภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ทั้ง 7 ครอบครัว) ประกอบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากพอ (4-6 คน) และมีการจัดการภายในครอบครัว มีการแบ่งบทบาทในการช่วยกันดูแล “ก็ต้องช่วยกัน ถึงแม้แต่ละคนจะยุ่งและมียานต้องทำ แต่ก็สลับกัน โดยจะคอยกันอยู่ตลอด” ครอบครัวจึงสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่าง

ต่อเนื่องและมีคุณภาพ เช่น การควบคุมและจัดการเรื่องอาหารอย่างจริงจัง ลดหวาน มัน เค็ม ผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ที่บ้านเน้นอาหารพื้นบ้าน ต้องทำอาหารเอง จะได้คุมได้เพราะผู้ป่วยชอบทานเค็ม” มีการดูแลและให้ผู้ป่วยระวังการเป็นแผล ที่สำคัญคือด้านกำลังใจเพื่อลดความเครียด ด้วยการสื่อสารที่สะท้อนถึงความเป็นห่วงเป็นใย มักจะถามไถ่อาการและความรู้สึกบ่อยๆ ที่สำคัญคือ การที่สมาชิกครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพร่วมกัน ไม่เพียงแต่เตือนหรือบอก แต่ชวนและร่วมทำกิจกรรมที่ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ออกกำลังกายด้วยกัน ทานข้าวร่วมกัน ชวนดูหนังฟังเพลง ไปวัดทำบุญ นั่งสมาธิ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

สำหรับ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง จำนวน 13 ราย พบว่า มี 2 ครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี ขัดแย้งกันอยู่บ่อยๆ มี 6 ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย) 2-3 คนและใน 6 ครอบครัวมี 2 ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว ซึ่งต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่มาก เนื่องด้วยความจำเป็นที่ต้องทำงาน

หนักและหักโหมเพื่อรายได้ พักผ่อนน้อย ไม่ค่อยออกกำลังกาย ทานอาหารไม่ตามเวลา ลืมทานยาบ่อย ทำให้การสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ พยายามทำให้ดีที่สุดที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น รับส่งไปพบแพทย์ตามนัดแต่ทำได้บางครั้ง เตือนเรื่องอาหารหรือ พยายามโน้มน้าวและขอให้ลดเค็มเหล้า แต่ก็ไม่ค่อยได้ผล ผู้ป่วยสะท้อนว่า “ทำได้แค่เตือนเรื่องวันนัด และการกินยา พุดมากไม่ได้ ผู้ป่วยจะอารมณ์เสีย” “ผู้ป่วยค่อนข้างคือ ก็เข้าใจเขาว่าเขามีภาระที่ต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว” หรือแม้แต่เรื่องการควบคุมอาหาร มี 2 ราย เนื่องจากชอบทานเค็มก็จะทำอาหารทานเอง “คนอื่นทำไม่อร่อย ไม่ถูกปาก ทำให้ก็ไม่ทาน ก็ไม่รู้จะทำยังไง” ส่วนอีก 7 ครอบครัว แม้ว่าจะมีสมาชิกมาก 4-9 คน แต่ก็มีเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยเนื่องจากต้องทำงานและบางส่วนไม่มีการจัดการในครอบครัวที่ดี “ต่างคนต่างทำงาน ต่างคนต่างคิดว่าคงมีพี่น้องช่วยกันดูแลอยู่แล้ว เลยไม่มีใครให้เวลาในการมาดูแล” ตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง ต้องใช้ยาเบาหวานชนิดฉีด ต้องรอถูก รออนุติเป็นคนฉีดหรือจัดยาให้ ถ้าวันไหนลูกไม่ว่างก็จะไม่ได้รับยามื้อนั้นไป หรืออีกรายหนึ่งในเรื่องการควบคุมอาหาร “อาหารแล้วแต่ลูกๆ ซื้อมา เลือกไม่ได้”

2.1.2 ปัจจัยคุกคาม/สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ

จากการศึกษา พบว่า ชุมชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านร่มหลวง ตำบลแม่แฝก มีปัจจัยคุกคามและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่

การเกษตรที่ใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช เนื่องจากพื้นที่การทำเกษตรส่วนใหญ่ของตำบลแม่แฝก เป็นการทำการเกษตรที่ใช้สารเคมีและยาปราบศัตรูพืช จากผู้ป่วยจำนวน 20 ราย มีผู้ป่วย 11 ราย (ทำการเกษตร 5 ราย และรับจ้าง 6 ราย) มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับสารเคมีและยาปราบศัตรูพืชปนเปื้อนในร่างกาย นอกจากนี้สารเคมียังพบว่าการเลี้ยงอาหาร/เครื่องคั่วที่เสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต “ไปรับจ้างช่วยงานปลูกนา นายจ้างเลี้ยงน้ำหวาน เหล้า เบียร์ เพราะปฏิเสธไม่ได้ เกรงใจนายจ้าง เลยต้องทาน” และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ รับประทานอาหารจากตลาด มากกว่าทำอาหารเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพของอาหารที่นำมารับประทานได้ ทั้งอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีและอาหารที่มีการปรุงรสที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การเลี้ยงอาหารในงานบุญประเพณี งานศพ งานแต่งงาน และงานชุมชนอื่นๆ ซึ่งในแต่ละปีจะมีงานต่างๆ เหล่านี้อยู่บ่อย ประกอบกับการจัดงานเลี้ยงในรูปแบบใหม่ๆ ตามค่านิยมสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น งานวันเกิด งานฉลองรับปริญญา ฯลฯ มักเป็นอาหารที่นิยมปรุงรสด้วยผงชูรส เกลือ น้ำปลา โดยเฉพาะอาหารที่กินในพื้นที่นิยมบริโภค ส่วนใหญ่ก็ต้องปรุงรสชาติเต็ม “น้ำปลา เกลือนี่ขาดไม่ได้ ถ้าขาดไปอาหารจะหมดรสชาติ ยังเป็นงานเลี้ยงคนส่วนใหญ่ ยังต้องทำให้ถูกใจแขกที่ร่วมงาน” ซึ่งเป็นวิถีวัฒนธรรมการบริโภคของสังคมที่สั่งสมมาอย่างยาวนาน ผู้ป่วยทุกรายก็ทราบว่า ตนเองต้องควบคุมอาหารแต่ก็ปฏิบัติไม่ค่อยได้ “เวลาไปร่วมงานต้องทานอาหารตามที่เจ้าภาพจัดเลี้ยงหลีกเลี่ยงไม่ได้” หรือ “มันอดไม่ได้หมด ต้องกินนิดหน่อยก็ยังดี ก็รู้ว่าจะทำให้น้ำตาลและความดันสูง” ส่วนเครื่องคั่วที่เลี้ยงก็มักจะเป็นประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม ประกอบกับการเลี้ยงเหล้า-เบียร์ในปริมาณมาก “ในงานก็พาแท้ว ยังมีการเลี้ยงเหล้าตั้งแต่เช้าจนดึกเลยหมด”

นอกจากนี้ ในพื้นที่มีร้านเหล้าเบียร์จำนวนมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงเหล้าได้ง่าย โดยเฉพาะร้านเหล้าตอง (ร้านขายเหล้าแบบแบ่งขาย) ที่เป็นที่ยินยอมของนักดื่มที่มักจะแวะดื่มก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วย 2 รายก็ใช้บริการร้านเหล้าตองเหล้าเนื้ออยู่เป็นประจำที่มักจะแวะดื่มตอนเย็นหลังเลิกงาน และมีบ่อยครั้งที่ดื่มจนล้มทันทายมือเย็น

จากสภาพแวดล้อมและภัยคุกคามข้างต้น มีผลทำให้การควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตไม่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตจำนวน 13 ราย มีถึง 11 ราย หรือร้อยละ 85 ที่ผลการตรวจระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในช่วงปลายปี จะสูงกว่าระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในช่วงกลางปี เนื่องจากช่วงปลายปี ในหมู่บ้านและตำบลมีงานประเพณีและงานอื่นๆ บ่อยครั้งกว่าช่วงกลางปี จนกลายเป็นแบบแผนที่หมอมและเจ้าหน้าที่สามารถคาดเดาสาเหตุได้ และมักมีคำถามกับผู้ป่วยเสมอๆ ว่า “ช่วงนี้ในหมู่บ้านมีงานอะไรหรือ?” หรือ “เมื่อวานที่บ้านมีงานเลี้ยงแม่เลย ใช้นัยยะ?”

จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ในประเด็นภัยคุกคามและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อที่มีอยู่นั้น ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นเรื่องธรรมดา ผู้นำ

คนหนึ่งสะท้อนว่า “การดื่มเหล้า เลี้ยงเหล้า ก็เป็นอย่างนี้มาตั้งนานละหมอ นาจิตตั้ง ถ้ามีงานอะไรแล้วไม่เลี้ยงเหล้า ชาวบ้านเค้าก็ว่า จี๋เหนียว ไม่สปอร์ต.ก็ไม่ว่าจะทำยังไง” และส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องของหมอที่ดูแลอยู่แล้ว ผู้นำก็พร้อมจะร่วมมือถ้าเจ้าหน้าที่ประสานมา อย่างไรก็ตาม พบบางชุมชนที่มีการลดปัจจัยคุกคามอยู่บ้าง เช่น หมู่ 12 บ้านหนองไผ่ มีการณรงค์และประชาคมเพื่อลดเหล้าในงานศพ หมู่ 4 บ้านร่มหลวง หมู่ 5 บ้านศรีงาม และหมู่ 9 บ้านพระธาตุ มีเครือข่ายผู้ปลูกผักอินทรีย์ เพื่อมีอาหารที่ปลอดภัยไว้บริโภค แต่ยังเป็นกลุ่มเล็กๆ จำนวนสมาชิกประมาณ 10 คน ซึ่งก็เป็นการเริ่มต้นที่ดี แม้ว่าจะยังไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้มากนักก็ตาม ส่วนของท้องถิ่นคือเทศบาลตำบลแม่แฝก ยังไม่มีบทบาทในการช่วยลดหรือจัดการกับภัยคุกคามข้างต้นที่ชัดเจน มีการสนับสนุนด้านสุขภาพอยู่บ้างเป็นกิจกรรมๆ ไป เช่น สนับสนุนโครงการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง สนับสนุนการรณรงค์ป้องกันและเฝ้าระวังเบาหวาน และสนับสนุนยานพาหนะแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านร่มหลวงในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นต้น

2.2 ปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วย

2.2.1 ระบบการบริการสุขภาพ

การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. บ้านร่มหลวงประยุกต์ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวมาปฏิบัติ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีกระบวนการทำงานสำคัญๆ คือ (1) การทำความเข้าใจร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เริ่มจากการทำความเข้าใจสถานการณ์ความรุนแรงและแนวโน้มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และปัญหาและความท้าทายที่สำคัญๆ ที่ต้องแก้ไข รวมถึง การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทีมงานในการนำแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ (2) การคัดกรองโดยการเจาะเลือดวัดความดันโลหิตเพื่อจำแนกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (3) สะท้อนผลการคัดกรองเพื่อให้แต่ละคนรู้ว่า ตนเองกำลังเผชิญอะไรตระหนักในตัวโรค พร้อมกับทำที่ที่รับฟังและพร้อมจะเข้าใจเรื่องราวและเงื่อนไขของชีวิตของ

แต่ละคน รวมถึง การสร้างกำลังใจและช่วยให้ผู้ป่วย เห็น เชื่อมมั่นในศักยภาพของในการดูแลตนเอง (4) วางแผนการรักษาร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว/ญาติ โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสมุดพกส่วนตัวที่บันทึกผลการวัดความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดเพื่อเป็นเครื่องมือประเมินตนเองของผู้ป่วย (5) การติดตามผล 3 วิธี หนึ่งคือการพบแพทย์ตามนัด สอง อสม.ช่วยติดตามและ สาม ติดตามแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือสำคัญคือ “การเยี่ยมบ้าน” ซึ่งนอกจากจะเป็นการติดตามผลการรักษา ยังมีประโยชน์อย่างมากต่อการเรียนรู้ของทุกฝ่ายในการเข้าใจเงื่อนไขความเป็นจริงและการแก้ปัญหาผู้ป่วยในแต่ละราย (6) การสร้างการเรียนรู้และเสริมความเข้มแข็ง (Empower) ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ญาติ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงทีมงาน และ (7) การประสานเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อการขับเคลื่อนงานอย่างบูรณาการ

ผลการปฏิบัติสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ 7 ราย สะท้อนว่า การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวและกำลังใจจากหมอ

และทีมงาน ช่วยลดความกังวลและความเครียดลงได้มาก อีกทั้งยังมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น “จิตใจที่เวลาคุณหมอมายเยี่ยมบ้าน ทีมงานคุณหมอคุยดีคุยสนุก ให้กำลังใจตลอด มาถามไถ่ทุกเรื่อง อยากให้มาเยี่ยมบ่อยๆ” แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้จำนวน 13 ราย พบว่า กว่าครึ่งทีมงานยังไม่มีบทบาทมากนักต่อการสนับสนุนผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญ 3 ประการ ประการแรก ตัวผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะด้วยเงื่อนไขความจำเป็นทางเศรษฐกิจหรืออื่นๆ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาได้ยาก ประการที่สอง ผู้ป่วยต้องการรักษาแต่ครอบครัวขาดความพร้อม ทำให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านไม่ดีเท่าที่ควร และ ประการที่สาม ทีมงานมีภาระงานมากทำให้การติดตาม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านและการเสริมศักยภาพการดูแลตนเองและศักยภาพของครอบครัวมีจำกัด ส่วนงานเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายให้มีเกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ และการสร้างความเข้มแข็งชุมชนในเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการลดปัจจัยคุกคาม ยังเป็นเพียงความคิด ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือผู้ป่วย ในเวลาที่ครอบครัว/ญาติไม่สามารถดูแล เช่น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การรับยาแทนกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตนเอง และบทบาทในฐานะตัวเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับทีมสหวิชาชีพ โดยการติดตามผลการรักษา การติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการรักษา

อภิปรายผล

จากศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงนี้ พบว่า จากผู้ป่วย 20 ราย มี 7 รายสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ส่วนอีก 13 ราย ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและ

ความดันโลหิต และ ปัสสาวะภายนอกซึ่งประกอบด้วย ปัสสาวะ ทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

ในด้านปัจจัยเสี่ยงหลักหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการควบคุมควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งครอบคลุมถึง บริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ น้อย ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ รวมถึงไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด รวมถึงมีน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับ แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับ

อารมณ์และความเครียด สูบบุหรี่และดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมเสี่ยง จึงจะสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับ วิชัย เทียนถาวร (วิชัย, 2555) เสนอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญของการทำงานในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เสนอหลัก 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ซึ่งเป็นการสร้างวัคซีนชีวิต หรือภูมิคุ้มกันให้กับตัวเอง เป็น “คำตอบ” ของการลดปัญหาความรุนแรงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (1) การสนับสนุนของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ (วิมลรัตน์และคณะ, 2551) ค้นพบปัจจัยในเรื่องครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำเพื่อดูแลตนเองด้วยการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ไม่สร้างแรงกดดัน ความเอื้ออาทรของญาติต่อผู้ป่วย รับประทานอาหารที่มีรสชาติอ่อนหวาน อ่อนเค็ม

ร่วมกับผู้ป่วย ออกกำลังกายของญาติพร้อมผู้ป่วย เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง กรณีผู้ป่วยที่ยังมี พฤติกรรมเสี่ยงหลักและไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลและความดันโลหิตได้น้อย 2 ราย ที่มี เจ็บใจในการปรับตัวได้ยาก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว ความเครียด ซึ่ง สอดคล้องกับ เลอแมน (Lerman, 2005) ที่ว่า กลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้ จะมี มุมมองชีวิตในแง่ลบ กลุ่มใจ เครียด คับข้องใจ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห่อใจ เป็นแล้ว ไม่หาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นเรื่องยุ่งยาก ซ้ำซ้อนและไม่สะดวก ประกอบกับบางรายมี ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว มีภาวะเครียด จากการประกอบอาชีพ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ การเผชิญหน้าปัญหาไม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (2) ภัยคุกคาม และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จากผล การศึกษา ยังคงมีปัจจัยคุกคาม หรือไม่เอื้อต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยอยู่มากใน ชุมชน ทั้งทางด้านอาหารที่ไม่เหมาะสมกับการ ควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิต การเข้าถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ง่ายและปัจจัยแวดล้อม อื่นๆ สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (สุพัตราและคณะ, 2553) ที่ได้สังเคราะห์ความรู้

เกี่ยวกับการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่ง เสนอว่า การทำงานเชิงรุกในชุมชน คือการที่มุ่งเข้าไป จัดการที่ปัจจัยความเสี่ยงและเสริมปัจจัยที่สร้าง สุขภาพในระดับชุมชน ที่จะเป็นแรงหนุนเสริม โอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ปัญหาด้วยตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี (วิโรจน์, 2554) เสนอ ใน ระดับนานาชาติกำลังสนใจ “ต้นแบบการดูแลโรค เรื้อรังภาคขยาย” (Expanded chronic care model) จากการผสมผสานการดูแลผู้ป่วยโดยระบบบริการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการดูแลตัวเอง การบริการเชิง รุก การสนับสนุนการตัดสินใจ ฐานข้อมูลทาง คลินิก เข้ากับการดูแลที่ครอบคลุมประชากรที่ยัง ไม่ป่วยในชุมชนด้วย โดยเน้นการสร้างนโยบาย สาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่ เอื้อ เสริมความเข้มแข็งชุมชน

ส่วนปัจจัยสนับสนุนได้แก่ ระบบบริการ สาธารณสุข รวมถึง อสม. ที่สามารถสนับสนุนและ เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ และกำลังใจในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ด้วย การทำงานของทีมสหวิชาชีพ และ อสม. ในการให้

คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตาม เยี่ยมเยียน ซึ่งสอดคล้องกับอมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล (อมรรัตน์และอนงค์, 2554) พบพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน รายได้ และการรับรู้ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย และสอดคล้องกับ กสิวัฒน์ ศรีประเสริฐ (กสิวัฒน์, 2555) ที่พบว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการทำงานเชิงรุก ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์บริบทของผู้ป่วย และครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ลด ช่องว่างของความกลัว ความอาย และสามารถเสริมพลัง (Empower) ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามเยี่ยมเยียนอย่างต่อเนื่อง จะสามารถดูแล ได้ผลกว่า การทำงานตั้งรับที่เน้นการรักษา โดยเฉพาะการรักษาอวัยวะที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว

โดยสรุป การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญได้แก่ การลด ละ พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก และการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้หรือไม่ นั่น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพังเท่านั้น

แต่ต้องการปัจจัยภายนอกเข้ามาสนับสนุน ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การลดปัจจัยที่คุกคามหรือไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชนท้องถิ่น คุณภาพของระบบบริการที่เน้นงานเชิงรุก เข้าถึงผู้ป่วยและให้การสนับสนุนตามเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างความเข้าใจในเรื่องยาและการกินยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้
2. เสริมศักยภาพครอบครัวและญาติของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต เพื่อให้ครอบครัว/ญาติมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการลดปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย
3. ร่วมกับชุมชนและท้องถิ่นในการลดปัจจัยคุกคามและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การรณรงค์หรือสร้างกระแสการลด

หวาน มัน เค็ม รวมถึงการลด หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ในงานประเพณีหรืองานสำคัญของหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่เข้าร่วมในการศึกษา ผู้นำชุมชน นายกเทศมนตรีตำบลแม่แฝกอາสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านร่มหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทรายที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กสิวัฒน์ ศรีประเสริฐ. วิฤติ “หมอด้วยใจ” คนไข้เดียวดาย. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. 2555 พฤศจิกายน 27; ทีมข่าวรายงาน พิเศษ: 3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563.;2553: 7-11.

สุพัตรา ศรีวนิชชากร. ปรับตัว ปรับระบบอย่างไรให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 2(6): 4-6.

สุพัตรา ศรีวนิชชากร, สดางค์ สุภผล, ทศนีย์ ญาณะและคณะ. กระบวนการพัฒนาระบบจัดการเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). ใน: ลัดดา คำภิรติการเลิศ, บรรณาธิการบริหาร. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553: 41-123.

วิชัย เทียนถาวร. 30. วัคซีนชีวิตสร้างได้ด้วย “มือเรา”. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน. 2555 กรกฎาคม 5; กระแสทรรศน์: 6. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, รังศума อภิชาติ และคณะ. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2551; 26(1): 73-84.

- วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง
ภาคขยาย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิ
และเวชศาสตร์ครอบครัว 2554; 2(6): 48-
56.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, ภาณุ ใจ
พิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. รายงานการเฝ้า
ระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
2556, 44: 146-148.
- Lerman I. Adherence to treatment: the key for
avoiding long-term complication of
diabetes. Arch Med Res 2005; 36: 300-6.

