วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม

เจ้าของ :

โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
นายแพทย์สุดชาย เลยวานิชย์เจริญ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์ประเสริฐ ศรีสารคาม	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางคนึงนิจ ศรีษะโคตร	หัวหน้าพยาบาล

บรรณาธิการ :

นายแพทย์ประเสริฐ ศรีสารคาม

กองบรรณาธิการภายใน (ทุกสาขา)

นายประเสริฐ ศรีสารคาม
นางแก่นจันทร์ เนือยทอง
นายธนิน ฐิติพรรณกุล
นางเบญจมาศ ดวงคำน้อย
นางเพียงใจ ลวกุล
นางสาวสุภาวดี นวลอ่อน
นางสาวณัฏฐ์วรัตถ์ เอนกวิทย์
นายศักดิ์ชัย ทอนมาตย์
นางสาวนลินี ยมศรีเคน
นายสถาพร ณ ราชสีมา
นายภานุวัฒน์ ขันธสะอาด
นายสมคริต ศรีพลแท่น
นางสุทธิวรรณ โสภณวิวัฒน์
นายกฤษณ์ โสภณวิวัฒน์
นางสุขใจ บูรณะบัญญัติ
นางสาวเบญจวรรณ ธรรมปัญญวัฒน์
นายเอื้อพงศ์ ลิมปพนาสิทธิ
นางสาวจันทร์จิรา ควรรติกุล
นายมารุต ตำหนักโพธิ
นางสาววิภาวดี แสนโคตร
นายอาคม ทิวทอง
นางสาวอัจฉรียา แสนมี
นางพีรภาว์ ภัทรพงศานติ์
นางสาวญาณพันธุ์ ถายา
นางสาวกนกพร โชคคติวัฒน์
นางสาวพัชราพร ชมภูคำ
นางนฤมล เฮงสนั่นกูล
นายอนันตเดช วงศรียา

นางสาวแพรวพรรณ พรมยศ
นางสาวลลิตา อภิมติรัตน์
นางสาวเพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์
นางสาวธนานันต์ อุณหนันทน์
นางชุติมาภรณ์ ไชยสงค์
นางสาวกาญจนาภรณ์ ตาราไต
นายอดิศักดิ์ ถมอุดทา
นางสาวอัญชุลี ประคำทอง
นางเบญจพร เองวานิช
นางสาวบุญมี ชุมพล
นางสาวสมทรง บุตรตะ
นางรำไพ เกตุจิระโชติ
นางอุไรรัตนา ฉายาพัฒน์
นางวิภาดา ดวงพิทักษ์
นางเพิ่มพูน ศิริกิจ
นางสาวชวมัย ปินะเก
นางดวงแก้ว พรรณพราว
นางสาวพูนทรัพย์ สมกล้า
นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย
นายสิทธิพงศ์ ปาปะกัง
นางศุภรินทร์ ยิ้มศิริ
นางอรวรรณ ชุบสุวรรณ
นายชัยยุทธ วงศ์พันธ์

กองบรรณาธิการภายนอก

นพ.ดร.ธรรมสรณ์ จีรอำพรวัฒน์
โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.พรอนันต์ โดมทอง
โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ.วัลภา อุดชาชน
โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ.วัลลภา บุญพรหมมา
โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ.ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ
โรงพยาบาลขอนแก่น
ผศ.พญ.กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ผศ.พญ.อนงค์พร วงศ์พุทธะ
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
นพ.เพิ่มศักดิ์ พหลภาคย์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นพ.อิทธิพล วงษ์พรหม
โรงพยาบาลรามาธิบดี
พญ.เมธาสินี โพธิสุวรรณ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
นพ.สุรเชษฐ์ ตันทัดประเสริฐ
โรงพยาบาลอุดรธานี
พญ.แพรว โคตรรุ่นิน
โรงพยาบาลกรุงเทพ
นพ.สุชาติ ทองแป้น
โรงพยาบาลบรบือ
นพ.ชาญชัย ธงพานิช
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
นพ.ทิว อุดชาชน
โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย
นพ.กฤษณะ ระดาพัฒน์
โรงพยาบาลยางตลาด

นพ.ชาญวิชญ์ โพธิสุวรรณ
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติฯ เมืองยาง
ผศ.พญ.สุภัชชา ประเสริฐเจริญสุข
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.คมสันต์ ธำรงอนันตสกุล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.อมรรัตน์ เต็มธนะกิจไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.อธิบดี มีสิงห์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.บูรพา ปุสธรรม
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.พงศธร พหลภาคย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.ดร.ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ศุภวิตา แสนศักดิ์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.นิรันดร์ อินทรัตน์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อาภรณ์ คำก้อน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์สุรพันธ์ สืบเนียม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ศตวรรษ อุดรศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สดใส คุ้มทรัพย์อนันต์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ดร.ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ภญ.จีริสุดา คำสีเขียว
มหาวิทยาลัยอุบราชธานี
อาจารย์หทัยกาญจน์ หลาบคำ
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ดร.นฤมล เอนกวิทย์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.นิสากร วิบูลชัย
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
อาจารย์จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.นิสากร วิชัยบูลย์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
รศ.ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
อาจารย์วุฒิพงษ์ เชื่อมนอก
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนนี สงขลา
ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถารส
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย

ภญ.ดร.พรทิพย์ เจียมสุชน
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กองบรรณาธิการและผู้จัดการ

นางสาวนิกานต์ดา ทองน้อย บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
นายวีระยุทธ บุญหลัง เจ้าพนักงานห้องสมุด

สำนักงาน :

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
อี-เมล์ mskh.journal@gmail.com โทรศัพท์ 0-4371-1750-4 ต่อ 9420 กด 1017

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความพิเศษ บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย รวมทั้งปกิณกะสาระความรู้ ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศ

กำหนดออก :

เผยแพร่ ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)
https://www.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-543

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์ จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ถ้อยแถลงจากบก.

สวัสดีครับ วารสารโรงพยาบาลมหาสารคามฉบับนี้ เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 2 ประจำปี 2564 นับตั้งแต่มีการปรากฏตัวของโควิด-19 ระยะเวลาปีกว่า ก็มีการเปลี่ยนแปลงรหัสพันธุกรรมและกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด 19 เป็นสายพันธุ์เดลต้า ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น ในการระบาดครั้งใหม่และครั้งใหญ่ระลอกเมษายน 2564 จุดสูงสุดการติดเชื้อในประเทศไทยอยู่ที่ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2564 ได้มีมาตรการล็อกดาวน์ขั้นสูงสุด ในพื้นที่หลายจังหวัดที่มีการระบาดรุนแรง แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จุดสูงสุดของจำนวนผู้ป่วยในระลอกนี้ รายวันสูงถึงประมาณ 23,000 ราย ขณะที่การฉีดวัคซีนซึ่งเป็นการลดการป่วยหนัก ลดการนอนโรงพยาบาล และลดการเสียชีวิต ขณะนี้ฉีดไปแล้วทั้งหมดประมาณ 30 ล้านโดส และผู้ที่รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็มคิดเป็นร้อยละ 28 และจะมีการปรับมาตรการควบคุมโรคเพื่อให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงช่วงก่อนหน้านี้ โดยใช้แนวทาง “Smart Control and Living with COVID-19” หรือ การควบคุมโรคแนวใหม่ที่สมดุลกับการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากโควิด-19 เช่น ยกระดับมาตรการ DMHT (อยู่ห่าง-ใส่แมสก์-ล้างมือ-วัดอุณหภูมิ) เป็นมาตรการ Universal Prevention (การป้องกันแบบครอบจักรวาล) ภายในสิ้นปีนี้ รัฐบาลจะจัดหาวัคซีนรวมอย่างน้อย 130 ล้านโดส สามารถฉีดให้ประชาชนได้กว่า 65 ล้านคน จัดหาชุดตรวจ ATK ให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและราคาถูก เป็นต้น ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในเดือนกันยายนนี้

วารสารฉบับนี้ก็ยังประกอบด้วยเนื้อหาทางวิชาการ ผลงานวิจัย กรณีศึกษาและนวัตกรรม จำนวน 16 เรื่อง อาทิเช่น การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน เถาเอ็นอ่อนสมุนไพรสู่ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจและผู้อ่านสามารถนำไปใช้และพิจารณาต่อยอด พัฒนาศักยภาพการทำงานด้านสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดิม และท้ายสุด ขอเป็นกำลังใจให้ทุก ๆ คนฟันฝ่าอุปสรรค ความเครียด โรคภัย และปลอดภัยทุกคนนะครับ

นายแพทย์ประเสริฐ ศรีสารคาม
บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ สำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นวารสารด้านวิชาการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล การสาธารณสุขและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความ
สะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทบทความที่สามารถลงตีพิมพ์ ได้แก่

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) ได้แก่ บทความที่เสนอผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่องบทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการ ศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) รูปแบบ หรือวิธีการ

ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง โดยเขียนในรูปแบบแวนคูเวอร์ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 2,500 คำ โดยประมาณ

รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าศึกษา ใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการศึกษา) วิจารณ์ สรุปอภิปรายผล และเอกสาร อ้างอิง

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

บทความวิชาการ (review article) ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ ในวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือ เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความหรือสาระความรู้ ได้แก่ บทความอื่นๆ หรือรายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ นวัตกรรม, สิ่งประดิษฐ์, หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อผู้ปฏิบัติ งานทางด้านสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้วด้านล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้วและขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำเนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 12 หน้า (หากเกิน 12 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความ และมีการกำหนดคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความ ภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิพม์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิพม์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 ตัวหนา พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุ วัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผล หัวข้อบทคัดย่อใช้ตัวอักษร ขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา พิมพ์ชิดขอบทั้งสองด้านและมีความยาวไม่เกิน 250 คำ

3. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ “คำสำคัญ:” เป็นตัวภาษาไทย และ “Keyword:” ภาษาอังกฤษ ใต้บทคัดย่อ (Abstract) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา

4. เนื้อหา (Text) บทความวิจัยประกอบด้วย...

➤ บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญ หรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวัตถุประสงค์และอาจรวมการทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

➤ ความเป็นมาหรือปัญหา

➤ วัตถุประสงค์ เพิ่มรายละเอียดจากบทคัดย่อ

➤ รูปแบบและวิธีวิจัย เนื้อหาเพิ่มเติมรายละเอียดขึ้นจากจากบทคัดย่อ ผลการศึกษา : (เพิ่มรายละเอียดจากบทคัดย่อ เช่นแสดงตารางหรือสรุปผลฯ)

➤ อภิปรายผล อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ ควรมีการอ้างหลักการหรือทฤษฎีมาสนับสนุนหรือหักล้างอย่างเป็นเหตุผลเป็นผล

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (หากเกิน 12 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

5. เอกสารอ้างอิง(References) เขียนในรูปแบบ (Vancouver) คือเรียงลำดับตามเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับเป็นตัวยกในเนื้อหา

6. ตาราง รูป และสมการ

➤ ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

➤ รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่ .....” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อบทความ

➤ สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์

หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

7. การส่งต้นฉบับส่งต้นฉบับที่ระบุชื่อผู้เขียน จำนวน 1 ชุด แล้วส่งมาที่... https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index หรือ กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 043711750-4 ต่อ 9420 กด 1017 mskh.journal@gmail.com

การเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใช้หลักการดังนี้

1) การอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียง ลำดับก่อนหลังตามการอ้าง

2) ไม่ควรใช้บทคัดย่อ (abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

3) หลีกเลี่ยงการอ้างอิงเอกสารติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (personal communication) เว้นแต่ว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญที่หาไม่ได้จากสิ่งตีพิมพ์สาธารณะต่างๆ ซึ่งกรณีนี้ควรอ้างอิงชื่อบุคคล และวันที่ที่ติดต่อสื่อสารภายในวงเล็บด้วย

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year)

3. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place ofpublication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

4. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน .

5. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://.....

6. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]: ปีที่ [หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://.....

7. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

รูปแบบพื้นฐาน ➤ ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภทหรือระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

สารบัญ

หน้า

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ 5

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน 13

จินตนา สุวิทวัส

ผลการรักษาการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าผ่านกล้องส่องในโรงพยาบาลมหาสารคาม 22

ฉัตรชัย ยมศรีเคน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 33

ไชยยงค์ ลุนพิลา

Intra-operative Administration of intravenous TXA twice at a Dose of 1,000 mg and Reduction of Perioperative Blood Loss in Posterior Lumbar Spine Decompression, Instrumentation, and Fusion Surgery in Degenerative Lumbar Stenosis and Spondylolisthesis 44

Thanet Phanomkaen

ปัจจัยการพยากรณ์ระดับการมองเห็นในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลขอนแก่น 53

นิจวรรณ ธีริทธิกุล

การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 61

ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, ปรีชา ยะถา, บุญชอบ สิงห์คำ, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สุนีรัตน์ สิงห์คำ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย 72

ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ

ความสัมพันธ์ของความมั่นใจตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 81

แพรวพรรณ พรมยศ

ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 88

ศิโรตม์ จันทรักษา

การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 97

ศิริพร พรแสน, สุภาพักตร์ หาญกล้า

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ 105

อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์

เถาเอ็นอ่อนสมุนไพรสู่การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม 113

อดิศักดิ์ ถมอุดทา, ปริญา ถมอุดทา

ผลของเชียงยีนโมเดล ในการป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 123

อรชพร กุณาศล

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง: กรณีศึกษา 2 ราย 130
อัชฌาณัฐ วังโสม, ฐิตินันท์ วัฒนชัย

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 140
อัญชลี ศรีสมุทร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 148
เอกลักษณ์ สรวมศิริ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

Nursing care for cancer patients with nutrients and energy deficiencies

จินตนา สุวิทวัส

Chintana Suwittawat

(Received : 17 June 20 Revised: 25 December 2020 Accepted : 4 February 21)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งเป็นผลมาจากตัวโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษา และภาวะจิตใจ ภาวะขาดสารอาหารและพลังงานส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การตอบสนองต่อการรักษาโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมที่มีสารอาหารครบถ้วน พลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้น โดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Most cancer patients have nutrients and energy deficiencies,as a result of cancer, side effects of treatment and mental conditions. The nutrients and energy deficiencies affect the health of cancer patients, response to treatment and survival rate of cancer patients decreased. Nursing care of nutrients and energy deficiencies cancer patients in order to enable the patients to have good nutritional status by care for cancer patients to receive sufficient nutrients, high protein, high energy and water. Care for cancer patients to have nutritional supplements that are full of nutrients, high energy, high protein. Care for cancer patients to have more food by dividing food into multiple meals, without a pungent odor and clean the mouth before eating. Care for cancer patients after surgery to start eating food as soon as possible, and providing knowledge about correct meat consumption to cancer patients.

Keywords : nursing care, cancer patients, nutrients and energy deficiencies

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พ.ศ.2551 พบร้อยละ 5.30 เมื่อเวลาผ่านไปพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ล่าสุด พ.ศ. 2560 พบ ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 15.47[1] โรคมะเร็ง เป็นโรคที่เซลล์ปกติของร่างกายมีการเจริญเติบโตผิดปกติ แบ่งตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากสูญเสียการควบคุมวงจรชีวิตของเซลล์ เป็นโรคที่พบได้ตั้งแต่สมัยอดีตจนถึงปัจจุบัน ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมาก 10 อันดับแรกของประชากรไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งกระเพาะอาหาร[2] การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาแบบหลายวิธีร่วมกัน[3]

ภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความสำคัญต่อการรักษาและการฟื้นหายจากโรคโดยช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ทำให้การติดเชื้อลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา[4] การทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ การที่จะทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะต้องประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจากการรับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะมีภูมิคุ้มกันลดต่ำลง นอนพักรักษาตัวนานขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น[5] ดังนั้นการการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยวางแผนการรักษาและฟื้นฟูภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีภาวะโภชนาการที่ดี บทความนี้จะกล่าวถึงการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยการคัดกรองภาวะโภชนาการโดย ซักประวัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ การวัดสัดส่วนร่างกาย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินอาหารที่บริโภค[6] มีรายละเอียดดังนี้

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ

การคัดกรองภาวะโภชนาการ เป็นการค้นหาความเสี่ยง ในการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการซักประวัติ สอบถามจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยถึงความสามารถในการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน[7] และใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (Malnutritional Screening Tool : MST)[8] คะแนนที่ประเมินโดยได้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เท่ากับ 0 – 1 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการน้อย ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์ คะแนนที่ประเมินได้มากกว่า หรือเท่ากับ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูง ต้องรีบดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ภายใน 24-72 ชั่วโมง[9]

2. การวัดสัดส่วนร่างกาย

การวัดสัดส่วนร่างกาย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หรือวัดความยาวช่วงแขนผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในช่วง 18.5-22.9 kg/m^2 หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง น้อยกว่า 18.5 kg/m^2 หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ และ ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่า 22.9 kg/m^2 หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ[10]

3. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการประเมินอาการแสดงของภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ได้แก่ ผมร่วง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม ประเมินภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ได้แก่ เยื่อบุตาซีด ลิ้นเลี่ยน และประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง[10]

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการประเมินระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริท แอลบูมิน อิเลคโทรไลต์ แคลเซียม และระดับแมกนีเซียมในเลือด ประเมินปริมาณครีเอทินีนที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง (Creatinine Height Index :CHI) นำผลการตรวจที่ได้ไปเทียบกับค่าปกติ จะทำให้พยาบาลทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถ้าแตกต่างจากค่าปกติ หมายถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการ มีรายละเอียดดังนี้ อัลบูมินในเลือด 3.5-5.0 g/dL หมายถึงภาวะโภชนาการปกติ ระดับฮีโมโกลบินค่าปกติ เพศชาย 14-18 g/dl ค่าปกติ เพศหญิง 12-16 g/dl ระดับฮีมาโตรคริต ค่าปกติ เพศชาย 40-54% ค่าปกติ เพศหญิง 37-47% ระดับแคลเซียมในเลือด ค่าปกติ 4.5-5.3 meq/L ระดับคลอไรด์ในเลือด ค่าปกติ 95-103 meq/L ระดับแมกนีเซียมในเลือด ค่าปกติ 1.5-2.5 meq/L ระดับโซเดียมในเลือด ค่าปกติ 136-142 meq/L ระดับโพแทสเซียม ค่าปกติ 3.5-5.0 meq/L ค่า CHI ร้อยละ 80-90 หมายถึง ขาดโปรตีนเล็กน้อย ค่า CHI ร้อยละ 60-80 หมายถึง ขาดโปรตีนปานกลาง ค่า CHI น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ขาดโปรตีนรุนแรง[6]

5. การประเมินอาหารที่บริโภค

การประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่อาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคและการสัมภาณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง[10]

ภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งเป็นผลมาจากโรคมะเร็ง ที่เรียกว่า กลุ่มอาการเบื่ออาหารและผอมลงอย่างรวดเร็ว (Cancer Cachexia Syndrome) เกิดจากเซลมะเร็งผลิตสารจำพวก Cytokines[11] สารเหล่านี้จะกระตุ้นเซลล์ไขมันให้ผลิตฮอร์โมนเลปตินมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเลปตินจะส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เข้าใจว่ามีพลังงานมากพอในร่างกาย สมองส่วนไฮโปทาลามัส จึงส่งสัญญาณให้ไม่อยากรับประทานอาหาร และเป็นผลมาจากผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเบื่อ

อาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ปากแห้ง และคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย[12] จากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5kg/m^2) ร้อยละ 35.1 และค่าอัลบูมินต่ำกว่า 3.5g/dL ร้อยละ 11.7 ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชาย จะมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 37.3 ส่วนเพศหญิง จะมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 25.1 ในส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 40[13] ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอมีภาวะขาดสารอาหารรุนแรง ร้อยละ 70.0[14] ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ ภาวะเครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ขณะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.30[15] ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ขั้นรุนแรงมากเพิ่มขึ้นตามระยะเวลารักษา ที่ระยะเวลา 4 เดือน ร้อยละ 16.3 และ ระยะเวลา 6 เดือน 14.3[16] นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวล[17] ปัญหาทางด้านจิตใจดังกล่าวข้างต้น ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลง คือรับประทานอาหารมากหรือไม่รับประทานอาหาร ปากแห้ง คอแห้งรุนแรง ลำไส้เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย จากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเตติค ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่อยากรับประทานอาหาร[3]

ผลจากโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงของการรักษา และปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

ผลของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานต่อสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ภาวะขาดสารอาหารและพลังงานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลง

คุณภาพชีวิตมีความสำคัญและใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง[18] ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะมีคุณภาพชีวิตลดลง

2. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความเหนื่อยล้า ดังจะเห็นได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำ ไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความเหนื่อยล้ามีความผันแปรกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง[19]

3. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Naumann และคณะ[20] ยืนยันผลการลดลงของน้ำหนักตัวผู้ป่วยภายหลังการ รักษาและพบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลงมีแนวโน้มที่จะมี ระยะเวลาการรอดชีวิตที่สั้นกว่า และจากการศึกษาของ Chang และคณะ[21] พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพโภชนาโดยพิจารณาจากดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5kg/m^2 ร้อยละ 14.9 ซึ่งดัชนีมวลกายที่ลดลงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิตภายใน 60 วัน ภายหลังการรักษา

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจะต้องมีภาวะโภชนาการที่ดีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตอบสนองต่อการรักษา ไม่เกิดความเหนื่อยล้า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการรอดชีวิตสูง โดยผู้ป่วยมะเร็งโรคมะเร็งจะต้องได้รับพลังงานและสารอาหารให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกายผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคน[22]

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย จาก

การศึกษา วิจัยในหลายการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการ อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ โดยคำนวณความต้องการพลังงาน สารอาหาร สารน้ำที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยต่อวัน ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมที่มีสารอาหารครบถ้วน พลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้นโดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร[23] ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด ซึ่งระยะเวลาในการเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ[24]

จากการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานมีภาวะโภชนาการที่ดีดังกล่าวข้างต้น พบว่ายังขาดการพยาบาลในเรื่องความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และความแข็งแกร่งของกล้ามเนื้อโครงร่างลดลง เนื้อสัตว์จะให้สารอาหารโปรตีน ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้มีการศึกษา วิจัยในเรื่องความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์หลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานจะไม่บริโภคโปรตีนจากสัตว์ โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความเชื่อว่า การบริโภคอาหารเนื้อสัตว์เป็นสาเหตุการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25] ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงไม่บริโภคอาหารเนื้อสัตว์ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ควรคำนึงถึงความเชื่อในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการ อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ วัดสัดส่วนร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือวัดความยาวช่วงแขนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งหาอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ได้แก่ ผมร่วง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม เยื่อบุตาซีด ลิ้นเลี่ยน ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริท แอลบูมิน อิเลคโทรไลต์ แคลเซียม และระดับแมกนีเซียม ในเลือด ติดตามปริมาณครีเอทินีนที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง และติดตามปริมาณแคลเซียม ฟอสฟอรัส โซเดียม และปริมาณสังกะสีในปัสสาวะผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้พยาบาลจะต้องประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคโดยการสัมภาษณ์ความถี่อาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภคและการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ โดยคำนวณความต้องการพลังงานที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อวัน ซึ่งเป็นพลังงานที่ร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการใช้ต่อวันดังนี้[26]

พลังงานทั้งหมดที่ร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการใช้ = พลังงานที่ใช้ในขณะที่ร่างกายพัก X ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย X ปัจจัยภาวะเครียดของร่างกาย ซึ่งพลังงานที่ใช้ในขณะที่ร่างกายพัก คำนวณได้จากสูตร Haris-Benedict Equation จำแนกตามเพศ[27] ดังนี้

เพศชาย = 66.47 + (13.75 x W) + (5.0 x H) – (6.76 x A) (kcal/day)

เพศหญิง = 665.10 + (9.56 x W) + (1.85 x H) – (4.68 x A) (kcal/day)

W หมายถึง น้ำหนัก

H หมายถึง ส่วนสูง

A หมายถึง อายุ

ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย	กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย	
	เพศชาย	เพศหญิง
นั่งหรือนอนตลอด	1.00	1.00
เคลื่อนไหวร่างกายน้อย	1.11	1.12
เคลื่อนไหวร่างกายมาก	1.25	1.27
เคลื่อนไหวร่างกายมากที่สุด	1.48	1.45

ที่มา[28]

ตารางที่ 2 ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ลักษณะกิจกรรม	ปัจจัยในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Activity factor : AF)
หมดสติ ใช้เครื่องช่วยหายใจ	1.00
มีกิจกรรมเฉพาะบนเตียง นอนบนเตียง	1.20
สามารถทำกิจกรรมนอกเตียง ลุกออกจากเตียงได้/นั่งบนเก้าอี้	1.30

ที่มา[22]

ปัจจัยภาวะเครียดของร่างกาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ 1.1-1.45[29]

สารน้ำที่ควรได้รับจริงของผู้ป่วยต่อวัน

ในภาวะปกติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการน้ำ สามารถคำนวณได้จากน้ำหนักตัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้[30]

น้ำหนัก 10 กิโลกรัมแรก X 100 มิลลิลิตร

น้ำหนัก 10 กิโลกรัมต่อมา X 100 มิลลิลิตร

น้ำหนักที่เกินจาก 20 กิโลกรัม X 20-30 มิลลิลิตร

นำผลคูณทั้งหมดมารวมกัน เป็นปริมาตรน้ำที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาวะปกติต้องการ

ในภาวะที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูญเสียน้ำมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ภาวะท้องเสีย การมีท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกจากร่างกาย ภาวะมีไข้ รวมทั้งการได้รับยาขับปัสสาวะ พยาบาลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องได้รับน้ำ เท่ากับปริมาตรปัสสาวะที่ออกมาของผู้ป่วยโรคมะเร็งในหนึ่งวันบวกด้วย 1000 มิลลิลิตร[31]

3. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยแบ่งอาหารที่จะจัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานออกเป็นหลายมื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อว่างเช้า มื้อเที่ยง มื้อว่างบ่าย มื้อเย็น และมื้อก่อนนอน อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานต้องไม่มีกลิ่นฉุน และพยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร ด้วยการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม หรือบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ระคายเคืองเยื่อบุช่องปาก7

4. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัดได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการลุกนั่งและเดินให้เร็วที่สุด เพื่อกระตุ้นให้ระบบทางเดินอาหารผู้ป่วยโรคมะเร็งกลับมาทำงาน และประเมินการกลับมาทำงานของระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพยาบาลจะต้องประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนให้เริ่มรับประทานอาหาร[32]

5. พยาบาลควรคำนึงถึงความเชื่อในเรื่องการบริโภคเนื้อสัตว์ของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี จากการศึกษาภาวะโภชนาการ

ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีความเชื่อว่าการรับประทานเนื้อสัตว์เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโตและการลุกลามของโรคมะเร็ง[25]

สรุปผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ประกอบด้วยการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือความยาวช่วงแขนในกรณีที่ผู้ป่วยยืนไม่ได้ เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย การเจาะเลือดประเมินภาวะซีด จากค่าฮีโมโกลบิน ค่าฮีมาโตคริท ประเมินภาวะขาดสารอาหารโปรตีน จากการประเมินค่าแอลบูมิน และค่าครีเอทินีนที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมงเมื่อเทียบกับความสูง ตรวจร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อประเมิน อาการแสดงของภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ได้แก่ ผมร่วง บาง เปราะหลุดง่าย กล้ามเนื้อลีบเล็ก ผิวหนังบวม เล็บมีแถบสีขาวพาดขวาง แก้ม หรือแก้มก้นตอบ หรือเห็นซี่โครงชัดเจน บ่งชี้ถึงไขมันใต้ผิวหนังลดลง อาการแสดงของภาวะขาดน้ำได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนังไม่กลับสภาพเดิมทันทีอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงอย่างเฉียบพลัน เยื่อบุช่องปากแห้ง ปัสสาวะมีสีเข้มและมีกลิ่นแรง และปริมาตรปัสสาวะลดลง และประเมินอาหารที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งบริโภค โดยการสัมภาษณ์ความถี่ของการบริโภคอาหาร สัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเลวลง การพยากรณ์ของโรคเลวลง การตอบสนองต่อการรักษาโรคลดลง และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน โดยประเมินภาวะโภชนาการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโปรตีนสูง พลังงานสูง และน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้มากขึ้นโดยแบ่งอาหารออกเป็นหลายมื้อ อาหารไม่มีกลิ่นฉุน และให้ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วที่สุด และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะโภชนาการที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2017. Bangkok: National Cancer Institute, Department of medical services, Ministry of Public Health, Thailand; 2018.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2560.
3. นัทมธ วุทธานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. เชียงใหม่: ครองช่าง พริ้นท์ ติ้ง; 2555.
4. ดาราวรรณ อักษรวรรณ, พิณรัตน์ แถวโสภา , พลากร สุรกุลประภา. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิ ดิกส์: ผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วย 3ค. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(4): 385-389.
5. ประณิธิ หงส์ประภาส. การประเมินภาวะโภชนาการ. ใน กาญจนา จันทร์สูง และประณิธิ หงส์ประภาส. บรรณาธิการ. อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนานา; 2558.
6. จินตนา สุวิทวัส. การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(5): 632-638.
7. ขนิษฐา อยู่เพ็ชร์, ปรียาภรณ์ แสงทวี, เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. การจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. เวชบันทึกศิริราช 2563; 13(2): 133-140.
8. Jasvis C. Physical examination & health assessment. 6thed. Missouri: Elsevier; 2012.
9. Malnutritional Screening Tool. [Internet] n.d. [cite 2020 December 23] Available from: https://static.abbottnutrition. com/cms-prod/abbottnutrition.

10. จินตนา สุวิทวัส. การประเมินภาวะโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: พิมพ์ถูก; 2563.
11. Dodson S, Baracos VE, Jatoi A, et al. Muscle wasting in cancer cachexia: clinical implications, diagnosis, and emerging treatment strategies. Annu Rev Med 2011; 62: 265-79.
12. Grant BL, Hamilton KK. Medical nutrition therapy for cancer prevention, treatment, and recovery. In: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, editors. Krause's food and the nutrition care process. 14thed. St.Louis: Elsevier; 2017.
13. เพลิน สูงโคตร. ภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลโนนคูณ, 2556.
14. อาทิตย์ กระภฤทธิ์, จีรนันทร์ แกล้วกล้า, จตุรงค์ จงสถิตย์ไพบูลย์, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การประเมินและการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและลำคอโดยพยาบาล. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
15. นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขียว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 439-46.
16. ประไพ เชิงทวี, สุวรรณี สิริเลิศตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามาธิบดี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(1): 64-70.
17. ภารดี ปรีชาวิทยากุล. ความต้องการคำแนะนำ คำปรึกษาที่พบบ่อยจากการให้บริการสายด่วนโรคมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552; 27(2): 139-51.
18. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
19. ภัทริกา ปัญญา จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, นพดล โสภารัตนาไพศาล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำ ไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด. Journal of Nursing Science 2560; 34(1): 66-76.
20. Naumann P, Habermehl D, Welzel T, Debus J, Combs SE. Outcome after neoadjuvant chemoradiation and correlation with nutritional status in patients with locally advanced pancreatic cancer. Strahlenther Onkol 2013; 189: 745-752.
21. Chang PH, Yeh KY, Huang JS, Lai CH, Wu TH, Lan YJ, et al. Pretreatment performance status and nutrition are associated with early mortality of locallyadvanced head and neck cancer patients u ndergoing concurrent chemoradiation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013; 270: 1909-15.
22. Dudek SG. Nutrition essentials for nursing practice. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
23. ศิริพร เสมสาร, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม. กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2017; 23(1): 11-26.
24. จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพร ดนัยดุษฎีกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559; 36(1): 143-161.

25. ทิพย์วรรณ อรัญดร, อนงนาฏ เรืองดา, พรพิศ เรืองขจร,นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว, ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤตกิรรมการบริโภคอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง.วารสารโรคมะเร็ง 2560; 37(4): 127-141.
26. จินตนา สุวิทวัส. เอกสารคำสอนวิชา NU111 102 โภชนศาสตร์สำหรับพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
27. Stephenson TJ, Schiff WJ. Human nutrition science for health living. New York: McGraw Hill; 2016.
28. Wardlaw GM, Smith AM, Lindeman AK. Contemporary nutrition: a functional approach. 2nded. New York: McGraw Hill; 2012.
29. American Dietetic Association. Manual of Clinical Dietetics. 6th edition. Chicago: Academy of Nutrition & Dietetics; 2000.
30. อัญชลี ศรีจำเริญ. อาหารและโภชนาการ การป้องกันและการบำบัดโรค.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้น; 2556.
31. Grant BL, Hamilton KK. Medical nutrition therapy for cancer prevention, treatment, and recovery. In: MahanLK, Escott-Stump S, Raymond JL,editors. Krause's food and the nutrition care process. 14th ed. St.Louis: Elsevier; 2017.
32. ศิริพรรณ ภมรพล. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559; 9(2): 14-23.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

ผลการรักษาการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าผ่านกล้องส่องในโรงพยาบาลมหาสารคาม

Clinical Outcomes of Arthroscopically Assisted Anatomic ACL Reconstruction at Maha sarakham Hospital

ฉัตรชัย ยมศรีเคน

Chatchai Yomsiken

(Received : 15 July 21 Revised : 6 August 21 Accepted : 10 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลการรักษาการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า โดยวิธีการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้าและใช้เส้นเอ็นด้านหลังเข่าแฮมสตริง ซึ่งประเมินในเรื่องความมั่นคงข้อเข่าและการทำงานของข้อเข่า

วิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด ซึ่งได้รับการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 และติดตามผลการรักษาทางคลินิกเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่มีเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด มีจำนวน 85 ราย เป็นเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดหลายตำแหน่ง จำนวน 6 ราย เส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดหนึ่งตำแหน่งจำนวน 79 ราย และได้รับการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้า 4 ราย และใช้เส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง 81 ราย ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ย 7 เดือน จากการวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดหนึ่งตำแหน่ง จำนวน 79 ราย ผลการศึกษาพบว่าในเรื่องความมั่นคงข้อเข่า โดยการตรวจ Lachman test ก่อนผ่าตัดผล positive/negative เท่ากับร้อยละ 100/ 0 และหลังผ่าตัดผล positive/negative เท่ากับร้อยละ 2.4 / 97.6 ตามลำดับ ซึ่งผลหลังผ่าตัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ย Lysholm score ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเท่ากับ 71.0 ± 7.5 และ 91.2 ± 2.9 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบ 14 ราย(ร้อยละ 16.5) และมี 1 รายได้รับการผ่าตัดซ้ำ

สรุปผลการศึกษา : การผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าในโรงพยาบาลมหาสารคาม ให้ผลการรักษาเรื่องความมั่นคงและการทำงานข้อเข่าที่ดีขึ้น การศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานการศึกษาว่าวิธีการรักษานี้ใช้ได้ผลดีในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพวิธีการผ่าตัด การทำงานของข้อเข่า และลดภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด

คำสำคัญ : เส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด, การผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยวิธีการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้า, การผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยใช้เส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง

นายแพทย์ชำนาญการ ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Objectives : The aim of this study was to assess and pursue clinical results of arthroscopic assisted ACL reconstruction, using single bundle (SB) hamstrings graft and bone-patellar tendon-bone graft (BPTB) in term of post-operative knee stability and knee functional scale.

Methods : A descriptive study composed of ACL injuried patients who had been under ACL reconstruction operation at Mahasarakham Hospital from January 2019 until December 2020, and they had been, at least 6 months, followed-up at out-patient-clinic. Data were collected from medical records by researcher.

Results : There were 85 ACL injuries patients. An Isolated ACL injury was found in 79 patients, and 6 patients were multiple ligamentous injuries. For operation technique BPTB had performed in 4 patients (5.1%), and 75 patients (94.9%) in SB group. The average following-up time was 7 months. Mostly, an isolated ACL injury had combined meniscus injuries, 78 patients (98.8%). This study reviewed 79 patients with isolate ACL injuries, found that there was a significant difference in pre / post-operative knee stability tested by Lachman test, pre-operative resulted positive/negative were 100/ 0 % and post-operative resulted positive/negative were 2.4 / 97.6 % respectively. The mean pre and post-operative knee functional scores, Lysholm were 71.0 ± 7.5 and 91.2 ± 2.9 respectively which also improved significantly. Complications were found in 14 patients (16.5%) and a patient had been operated repeatedly.

Conclusion : Arthroscopic assisted anterior cruciate ligament reconstruction resulted in significantly improving knee stability and function. In the future further research should be studied to improve surgical technique, functional outcome and decrease complication.

Keywords : anterior cruciate ligament injuries, anterior cruciate ligament reconstruction, single bundle hamstrings graft (SB), bone-patellar tendon-bone graft (BPTB)

บทนำ

การฉีกขาดเส้นเอ็นไขว้หน้าของข้อเข่าเป็นการบาดเจ็บทางกีฬาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 16 - 39 ปี[1] โดยมีการบาดเจ็บในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า สามารถทำการรักษาได้โดยการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; ACLR) ซึ่งเป็นมาตรฐาน (Gold Standard) ของการรักษาภาวะนี้[2] นอกจากนี้การผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (ACLR) ยังเป็นการผ่าตัดที่มีปริมาณอันดับต้นของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ในสหรัฐอเมริกา[3] ซึ่งมีรายงานถึง 100,000 รายต่อปี จุดประสงค์หลักของการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (ACLR) คือการแก้ไขภาวะการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีการฉีกขาดของเส้นเอ็นไขว้หน้า และเพื่อสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นภายในข้อเข่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้งานหรือเล่นกีฬาได้ ป้องกันการบาดเจ็บ ต่อกระดูกอ่อนผิวข้อและหมอนรองกระดูก รวมถึงการเกิดภาวะข้อเสื่อมก่อนกำหนดที่จะเกิดขึ้นตามมาได้[4-5] โดยวิธีการผ่าตัดรักษามีทั้งวิธีการผ่าตัดเปิดแผลหน้าเข่าเพื่อสร้างเอ็น (Open Reconstruction) และวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อเข่า (Arthroscopic Reconstruction) ซึ่งมีวัสดุที่นำ

มาใช้ในการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้ามีหลายชนิด เช่น Prosthetic Ligament, Allograft, Autograft โดยการใช้ Autograft เป็นการนำเส้นเอ็นบางส่วนจากกระดูกสะบ้าและเส้นเอ็นจากกล้ามเนื้อด้านหลังข้อเข่าแฮมสตริง ซึ่งมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกว่าจะใช้เส้นเอ็นทดแทนเป็นชนิดใดนั้น สิ่งสำคัญขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีหลักการเลือกดังนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าในผู้ป่วยที่ต้องการความมั่นคงข้อเข่าสูง อายุน้อย และมีการใช้งานมาก แนะนำให้ใช้บางส่วนของเส้นเอ็นสะบ้าเป็นหลัก[6] ในผู้ป่วยที่อายุมากและการใช้งานต่ำ Epiphyseal Plate ยังไม่ปิดหรือในกรณีที่มีการฉีกขาดซ้ำหลังผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าและเคยใช้บางส่วนของเส้นเอ็นสะบ้า[7] แนะนำให้ใช้เส้นเอ็นจากกล้ามเนื้อด้านหลังเข่าแฮมสตริงทดแทน ดังนั้นการให้ความเข้าใจกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเลือกชนิดของเส้นเอ็นที่จะนำมาใช้ในการผ่าตัด

ในปี ค.ศ. 1990[8] ได้มีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยการใช้เทคนิค Trans - tibial Tunnel Technique ขั้นตอนการผ่าตัดจะทำโพรงเจาะด้านกระดูกต้นขา (Femoral Tunnel) ผ่านทางโพรงเจาะด้านกระดูกหน้าแข้ง (Tibial Tunnel) ซึ่งจะทำให้ Femoral Tunnel อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นไปตามกายวิภาคเดิม (Non - anatomic Femoral Tunnel) ซึ่งอยู่สูงและหลังกว่าตำแหน่งเกาะเดิมของเส้นเอ็นไขว้หน้า ผลการผ่าตัดค่อนข้างได้ผลดี พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เมื่อทำการตรวจ Lachman จะพบมีความไม่มั่นคงของข้อเข่าทางด้านหน้า-หลังเพียงเล็กน้อย และเมื่อใช้เครื่องมือ Arthrometer วัด ผู้ป่วยยังคงมีความไม่มั่นคงในการบิดหมุนของข้อเข่าเกิดขึ้นอยู่ เมื่อมีการศึกษาเส้นเอ็นไขว้หน้ามากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจกายวิภาคของเส้นเอ็นไขว้หน้าดีขึ้น จากการศึกษาเส้นเอ็นไขว้หน้า (ACL) พบว่าประกอบด้วยเส้นเอ็น 2 ส่วน คือ Anteromedial และ Posterolateral Bundle โดยทำงานร่วมกันในการให้ความมั่นคงในแนวหน้าหลัง และแนวการหมุนจึงเป็นที่มาของเทคนิคการผ่าตัด Double Bundle ACL Reconstruction[9] ต่อมามีการพัฒนาโดย การทำ Femoral Tunnel ผ่าน Anteromedial Portal[10] ทำให้การวางตำแหน่งของ Femoral Tunnel ทำได้ดีขึ้น รวมถึงมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงตำแหน่งแน่ชัดของเส้นเอ็นไขว้หน้า จึงพัฒนาเกิดเป็น Anatomic Double Bundle Technique แม้ว่าการผ่าตัดชนิดนี้จะได้คุณลักษณะของเส้นเอ็นใกล้เคียงกับเส้นเอ็นไขว้หน้าเดิม แต่การผ่าตัดนั้นทำได้ยากกว่าการผ่าตัดแบบเดิม หากมีการขาดใหม่ของเส้นเอ็นไขว้หน้าเส้นนี้อีกครั้งภายหลังการผ่าตัด การผ่าตัดใหม่นั้นจะมีความยากซับซ้อนยิ่งขึ้น และปัญหาที่สำคัญคือไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีขนาดจุดเกาะเส้นเอ็นไขว้หน้าบริเวณกระดูกหน้าแข้งที่มีขนาดแคบหรือมีขนาดเล็กกว่า 14 มิลลิเมตร จากข้อมูลข้างต้นจึงมีการพัฒนา เทคนิคการผ่าตัดแบบ Anatomic Single Bundle ACLR ขึ้น ซึ่งเป็นมาตรฐานในการผ่าตัดในปัจจุบันโดยใช้ Single Bundle Grafts[11] แต่วางในตำแหน่งที่เป็นกายวิภาคเดิมของตำแหน่งเกาะเส้นเอ็นไขว้หน้า (Anatomic ACL) ซึ่งอยู่ในระหว่างส่วน Anteromedial และ Posterolateral Bundle โดยเทคนิค Anatomic Single Bundle ACLR เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีจุดเกาะเส้นเอ็นไขว้หน้าที่มีขนาดเล็ก มีการบาดเจ็บของเส้นเอ็นหลายเส้น (Multiple Ligamentous Injury) ลักษณะช่องกระดูก Intercondylar Notch ที่แคบ

เนื่องจากในโรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ซึ่งทำการศึกษาผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน ด้วยวิธีการผ่าตัด 2 วิธี คือ การใช้เส้นเอ็นสะบ้าและเส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริงในการรักษา เพื่อประเมินความมั่นคงของข้อเข่าและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา (Study Design) เป็นแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ของผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดทั้งหมด (Complete Tear) ที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

คำนิยาม ผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดทั้งหมด (Complete ACL tear) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการฉีกขาด

ของเส้นใยของเอ็นไขว้หน้า ทำให้ข้อเข่าไม่มั่นคง ระยะการเลื่อนหลุดของกระดูก tibia ไปข้างหน้ามีมากขึ้น และเมื่อตรวจความมั่นคงของข้อเข่าในท่า Anterior Drawer Test, Lachman Test และ Pivot Shift Test ได้ผลเป็นบวก

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครในโครงการ (Inclusion-Exclusion Criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดทั้งหมด (Complete ACL Tear) ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีอาการ ข้อเข่าหลวม ไม่มั่นคง ข้อเข่าล็อค ข้อเข่าทรุด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

- ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูล

- ผู้ป่วยจะต้องไม่มีการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยมีปลายประสาทอักเสบจากภาวะเบาหวาน Neuropathy ภาวะผิดปกติทางสมองและระบบประสาท ซึ่งจะประเมินอาการเจ็บปวดไม่ได้

- ผู้ป่วยจะต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Double Crush Lesion

- ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่สามารถมาติดตามการรักษาได้น้อยกว่า 6 เดือน

วิธีคำนวณประชากร

คำนวณโดยสูตร $n \geq \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{q^2}$

อ้างอิงจากการศึกษาของ Araki et al (2011) [12] คำนวณได้ 16 ราย

วิธีการเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลในเรื่องผลการรักษา 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าในเรื่องคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พิสัยองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า Lysholm Score, ผลการตรวจ Anterior Drawer Test, Lachman Test และ Pivot-shift Test รวมทั้งบันทึกภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS 26 for Windows โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่ากลางเฉลี่ยหรือ มัธยฐาน (Mean หรือ Median) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ Interquartile Range) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มด้วย Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลประเภทกลุ่ม (Categorical Data) ใช้สถิติทดสอบโดยใช้ Fisher's Exact Test การแปลผลข้อมูลทางสถิติถือค่า $P<0.05$ ว่าเป็นนัยสำคัญ

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม โครงการวิจัยเลขที่ MSKH_REC 64-01-023

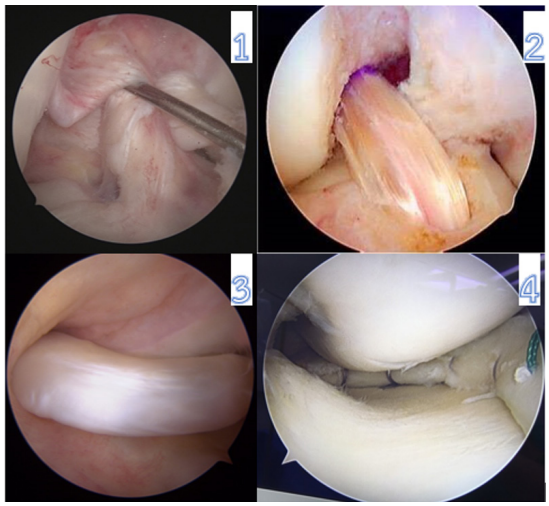
วิธีการผ่าตัด (Operation Technique)

ในผู้บาดเจ็บข้อเข่าเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (Anatomic Single Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction) ซึ่งมีอยู่สองวิธี ได้แก่ ด้วยวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้าและวิธีใช้เส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ท่านเดียว (ฉัตรชัย ยมศรีเคน) ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการผ่าตัดส่องกล้องมากกว่า 5 ปี ขั้นตอนวิธีการผ่าตัดทั้งสองวิธี เริ่มด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อเข่า เพื่อตรวจวินิจฉัยการฉีกขาดของเส้นเอ็นไขว้หน้าและ/หรือการบาดเจ็บร่วมอื่น ๆ ได้แก่ หมอนรองข้อเข่ากระดูกอ่อน เป็นต้น โดยพยาธิสภาพที่อาจพบร่วมดังกล่าวจะได้รับการรักษาก่อนทำผ่าตัดเพื่อสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

วิธีการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้า (Bone-Patellar Tendon-bone) เริ่มด้วยลงมีดผ่าตัดที่บริเวณด้านหน้าเข่ายาวประมาณ 4-5 เซนติเมตร ระดับขอบล่างลูกสะบ้าถึงขอบบนปุ่มกระดูก Tibial Tuberosity ตัดเลาะเอาเส้นเอ็นจาก Patellar Tendon ที่มีส่วนกระดูกลูกสะบ้า (Patella) และส่วนกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ติดอยู่สองปลาย กว้าง 9-10 มิลลิเมตร ยาว 7-9 เซนติเมตร จากนั้นใช้กล้องส่องข้อเข่าช่วยในการเจาะรูที่กระดูกต้นขา (Femur) โดยใช้ Offset, Femoral Aimer Guide 7 มิลลิเมตร ที่กระดูกต้นขา วางในแนวที่ตำแหน่งที่เกาะเดิมของเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยใช้ตำแหน่งจุดกึ่งกลางของ Femoral Footprint เดิม จากนั้นทำการเจาะรูที่กระดูกหน้าแข้งโดยใช้ Acufex Tibial Aimer ตั้งที่ 50-55 องศา ดึงเส้นเอ็นสะบ้าหน้าที่เตรียมไว้ให้อยู่ในรูที่กระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้ง แล้วยึดด้วย

Endobutton หรือ Bioabsorable Screw ที่ฝั่งกระดูกต้นขา และ Bioabsorbable Screw ที่ฝั่งกระดูกหน้าแข้งตามลำดับ

ส่วนวิธีการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นด้านหลังเข่าแฮมสตริง (Anatomic Single Bundle Hamstring) เปิดบาดแผลตามแนวตั้ง 2-3 เซนติเมตร ทางด้านใน ห่างจากที่เกาะของเอ็นสะบ้า (Tibial Tubercle) ประมาณ 2-3 เซนติเมตร ระวังเส้นประสาท Infrapatellar Branch ของ Saphenous Nerve ทำการเลาะขั้นไขมันใต้ผิวหนังออกจาก Sartorius Fascia พยายามหาขอบบนของเส้นเอ็น Sartorius จะเห็นเป็นเส้นเอ็นแบน ๆ มันเงา เปิดบาดแผลตามขอบบนของเส้นเอ็น Sartorius ใช้กรรไกร Metzenbaum ทำการขยายบาดแผลเพื่อหาตำแหน่งของเส้นเอ็น Gracilis และ Semitendinosus หาบริเวณที่ห่างจากที่เกาะจะหาได้ง่ายกว่า เส้นเอ็น Gracilis จะอยู่บนกว่า ใช้ Right Angle Clamp ทำการเกี่ยวเส้นเอ็น Gracilis ขึ้นมา แล้วคล้องด้วย Cord Tape ใช้ Right Angle Clamp ทำการเกี่ยวเส้นเอ็น Semitendinosus ขึ้นมา แล้วคล้อง ด้วย Cord Tape จนกระทั่งเส้นเอ็น Gracilis และ Semitendinosus แยกจากกันชัดเจน ทำการเลาะบริเวณที่เกาะของเส้นเอ็น Gracilis ก่อน ต้องเลาะให้ได้ชั้น Periosteal Insertion เพื่อให้ได้ความยาวมากที่สุด ใช้นิ้วมือทำการเลาะเนื้อเยื่อที่ติดอยู่โดยรอบเส้นเอ็นออก ใช้เครื่องมือแบบปลายปิด (Closed Tender Stripper) ทำการรูดเส้นเอ็น Gracilis และนำเส้นเอ็นที่ได้มาเตรียมบนถาดสำหรับเตรียมเส้นเอ็น จากนั้นทำการรูดเส้นเอ็น Semitendinosus ในบางรายเส้นเอ็น Semitendinosus จะแยกออกเป็น 2 หัว เกาะคนละตำแหน่ง ทำให้การรูดเส้นเอ็นจะต้องกระทำโดยให้ทั้ง 2 เส้น อยู่ชิดกัน อีกตำแหน่งคือบริเวณที่ติดกับกล้ามเนื้อ Gastrocnemius เส้นเอ็น Semitendinosus มักจะมีส่วนยึดติดหรือเกี่ยวพันกับกล้ามเนื้อ Gastrocnemius ทำการเลาะเส้นเอ็น โดยใช้กรรไกรยาวทำการขูดกล้ามเนื้อที่ติดอยู่กับเส้นเอ็นออกให้หมด นำเส้นเอ็นที่ได้มาทบกัน 3-4 ทบ เพื่อประมาณขนาดและความยาวที่ได้ นำเส้นเอ็น Gracilis และ Semitendinosus มาทบกันแล้วคล้องเข้ากับ Endobutton ทำการเย็บส่วนปลายของเส้นเอ็นทั้ง 2 จากนั้นใช้กล้องส่องข้อเข่าช่วยในการเจาะรูที่กระดูกต้นขา (Femur) โดยใช้ Offset, Femoral Aimer Guide 7 วางในแนวที่ตำแหน่งที่เกาะเดิมของเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยใช้ตำแหน่งจุดกึ่งกลางของ Femoral Footprint เดิม จากนั้นทำการเจาะรูที่กระดูกหน้าแข้งโดยใช้ Acufex Tibial Aimer โดยตั้งมุมของ Aimer ให้เหมาะสม กับความยาวของกราฟเอ็น และเจาะช่องโพรงตามขนาดของกราฟเอ็นที่ใช้ ดึงเส้นเอ็นที่เตรียมทั้งสองเส้นให้อยู่ในรูที่กระดูกต้นขาและกระดูกหน้าแข้งและยึดเส้นเอ็นฝั่งกระดูกต้นขาและฝั่งกระดูกหน้าแข้งด้วย Endobutton และ Bioabsorbable Screw ตามลำดับ



รูปที่ 1 แสดงลักษณะการบาดเจ็บของเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขวา

รูปที่ 2 แสดงเส้นเอ็นไขว้หน้าที่สร้างขึ้นมาใหม่

รูปที่ 3 ตัวอย่างการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูกข้อเข่าชนิด Bucket Handle Tear

รูปที่ 4 แสดงหมอนรองข้อเข่าภายหลังการเย็บซ่อม

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมฟื้นฟูกายภาพบำบัด โดยให้ผู้ป่วยเริ่มงอ-เหยียดเข่าและออกกำลังแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด โดยเน้นการเหยียดข้อเข่าให้สุดก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มองศาการงอ-เหยียดข้อเข่ามากขึ้นเรื่อย ๆ จนได้มากกว่า 90 องศา และเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่เมื่อประมาณ 1 เดือนครึ่ง อนุญาตให้ปั่นจักรยานเมื่อประมาณ 3-4 เดือน วิ่งเหยาะ ๆ เมื่อประมาณ 4 เดือน

และกลับไปเล่นกีฬาภายหลัง 6 เดือนขึ้นไป โดยนัดมาติดตามการรักษาตามแผนการรักษาโดยแพทย์ผู้ผ่าตัด เพื่อตรวจบันทึกผลการตรวจความมั่นคงของข้อเข่า (Anterior Drawer Test, Lachman Test, Pivot-shift Test), ประเมินค่าคะแนนการใช้งานของข้อเข่า (Lysholm Score) รวมทั้งบันทึกภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาย้อนหลัง เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดทั้งหมด ที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 97 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า จำนวนทั้งสิ้น 85 ราย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเป็นเพศชายส่วนใหญ่ คือ 76 คน (ร้อยละ 89.4) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเล่นกีฬา จำนวน 68 คน (ร้อยละ 80) โดยเฉพาะกีฬาฟุตบอล กีฬาอื่น ๆ ได้แก่ กรีฑา สาเหตุรองลงมาคือ อุบัติเหตุจราจร และการทำงาน เข่าข้างที่ได้รับบาดเจ็บพบใกล้เคียงกันคือ ข้างขวา 47 ราย (ร้อยละ 55.3) ข้างซ้าย 38 ราย (ร้อยละ 44.7) การวินิจฉัยผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดทั้งหมดพบเป็นการบาดเจ็บเฉพาะเส้นเอ็นไขว้หน้าอย่างเดียว (Isolate ACL injury) จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 92.9) พบร่วมกับการบาดเจ็บเส้นเอ็นอื่น ๆ รอบข้อเข่า (Multiple ligamentous injuries) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.1) รายละเอียดของการบาดเจ็บพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีการบาดเจ็บหมอนรองกระดูกข้อเข่าร่วม จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 97.6)

วิธีการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าด้วยการส่องกล้องใช้เส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง (SB group) เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 95.3) และใช้เส้นเอ็นสะบ้า (BPTB group) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.7) ดังตารางที่ 2 เมื่อประเมินระยะเวลาในการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเอ็นไขว้หน้ามีค่าเฉลี่ย 110.9 นาที พบว่ากลุ่มใช้เส้นเอ็นสะบ้าใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่ากลุ่มใช้เส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริงซึ่งใช้เวลา 131.3 นาที และ 109.9 นาที ตามลำดับ

เฉพาะกลุ่ม Isolate ACL กลุ่มใช้เส้นเอ็นสะบ้าค่าเฉลี่ยเวลาในการผ่าตัดนานกว่ากลุ่มใช้เส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริงซึ่งใช้เวลา 131.3 นาที และ 108.4 นาที ตามลำดับ ในกลุ่ม Multiple Ligamentous Injuries ทั้งหมดใช้วิธีการผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริง ค่าเฉลี่ยเวลาในการผ่าตัดคือ 128.3 นาที ซึ่งนานกว่าเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่ม Isolate ACL ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีเดียวกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบอาการปวดข้อเข่าหลังผ่าตัด 10 ราย (ร้อยละ11.8) พบอาการข้อยึดติดบางส่วน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.7) พบการผ่าตัดซ้ำ 1 ราย ในกลุ่มใช้เส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริง ซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุใหม่หลังผ่าตัดและได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าด้วยวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้าทดแทน ไม่พบการบาดเจ็บกระดูกอ่อนเพิ่ม ไม่พบการวางตำแหน่งช่องร้อยเส้นเอ็นผิด ไม่พบความล้มเหลวในการยึดตรึง ไม่พบกระดูกแตกและไม่พบการติดเชื้อ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด

	Variables	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ (Sex)	ชาย	76	(89.4)
	หญิง	9	(10.6)
อายุ (ปี)	11-20	25	(29.4)
	21-30	35	(41.2)
	31-40	15	(17.6)
	41-50	10	(11.8)
	Mean + SD	26.1+8.8	
	Median (IQR), range	22 (13.6)	14.08-47
สาเหตุ	อุบัติเหตุจราจร (Traffic Trauma)	6	(7.1)
	บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา (Sport Injuries)	68	(80.0)
	การทำงาน (Working)	3	(3.5)
ข้าง (Side)	เข่าขวา (Right)	47	(55.3)
	เข่าซ้าย (Left)	38	(44.7)

ตารางที่ 2 รายละเอียดการ Injuries และรูปแบบการผ่าตัด

Associated injuries Variables		Isolate ACL N=79 (n,%)	Multiple ligamentous injuries N=6 (n,%)	Total N=85 (n,%)
Combine Meniscus injury	Medial	4 (5.1)	0	4 (4.7)
	Lateral	20 (25.3)	2 (33.3)	22 (25.8)
	Both	54 (68.4)	3 (50.0)	57 (67.1)
Chondral injury		52 (65.8)	6 (100)	58 (68.2)
Meniscal tear		78 (98.7)	5 (83.3)	83 (97.6)
Meniscal tear pattern	Vertical	6 (7.6)	0	6 (7.1)
	Oblique	0	0	0
	Horizontal	32 (40.5)	2 (33.3)	34 (40.0)
	Radial	3 (3.8)	0	3 (3.5)
	Complex	37 (46.8)	3 (50.0)	40 (47.1)
Operative surgery technique				
Hamstring graft		75 (94.9)	6 (100)	81 (95.3)
Bone patellar tendon bone graft		4 (5.1)	0	4 (4.7)
Meniscal repair		73 (92.4)	6 (100.0)	79 (92.9)
Chondral repair		2 (2.5)	0	2 (2.4)
Menisectomy		7 (8.9)	0	7 (8.2)
Operative time (min.) Mean (+SD)		109.6 (+15.0)	128.3 (+8.7)	110.9 (+15.4)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความมั่นคงของข้อเข่าก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่ม Isolate ACL injuries

Test		Pre-operatively (n, %)	Post-operatively 7 months, follow up (n, %)	P- value
Anterior drawer test¥	Negative	0	73 (92.3)	0.000*
	Positive 1+	1 (1.2)	4 (5.1)	
	Positive 2+	65 (82.3)	2 (2.6)	
	Positive 3+	13 (16.5)	0	
Lachman test¥	Negative	0	77 (97.6)	0.000*
	Positive 1+	1 (1.2)	1 (1.2)	
	Positive 2+	62 (78.5)	1 (1.2)	
	Positive 3+	16 (20.3)	0	
Pivot shift test¥	Negative	7 (8.8)	77 (97.6)	0.000*
	Positive 1+	70 (88.8)	2 (2.4)	
	Positive 2+	2 (2.4)	0	
	Positive 3+	0	0	

* Statistically significant difference

¥ Fisher's Exact test was used to compare the variable between two groups.

ตารางที่ 4 ผลการประเมินทางคลินิกของข้อเข่าก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่ม Isolate ACL injuries

Variables	Pre-operative	Post-operatively 7 months, follow up (n, %)	P-value
Lysholm score[£]			
Mean (+ SD)	71.0 (+7.5)	91.2 (+2.9)	0.000*
Median (IQR)	71 (10)	91 (6)	
Range	58 - 86	85 - 96	
VAS[£]			
Mean (+ SD)	4.0 (+1.3)	0.6 (+0.9)	0.000*
Median (IQR)	4 (2)	0 (2)	
Range	2 - 6	0 - 2	

* Statistically significant difference

[£] Paired t- test was used to compare the variable between two groups.

VAS = Visual Analogue Score, IQR = interquartile range

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัดพบว่าทั้งสองวิธีตรวจพบความมั่นคงข้อเข่า (Anterior drawer test, Lachman test, Pivot-shift test) ที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้งานข้อเข่า (Lysholm score) พบว่ามีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อประเมินความเจ็บปวดข้อเข่า VAS พบว่าหลังผ่าตัดมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 การติดตามผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อน

	Isolate ACL N=79 (n,%)	Multiple ligamentous injuries N=6 (n,%)	Total N=85 (n,%)
ระยะเวลาติดตาม (เดือน)	7.3 (+1.9)	7.8 (+2.2)	7.3 (+1.9)
ภาวะแทรกซ้อน (Complications)			
ข้อเข่ายึดติด (Knee stiffness)	2 (2.5)	2 (33.3)	4 (4.7)
ปวดเข่าเรื้อรัง (Chronic knee pain)	8 (10.1)	2 (33.3)	10 (11.8)
ผ่าตัดซ้ำ (Re-operation)	1 (1.3)	0	1 (1.2)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างวิธีผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้า และเส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง

Test	Hamstring (n,%)		BPTB (n,%)		P-value
	Pre-op	Post-op 7 months	Pre-op	Post-op 7 months	
Anterior drawer test[¥]					0.984
ADT Negative	0	70 (86.4)		4 (100.0)	
Positive 1+	1 (1.2)	9 (11.1)		0	
Positive 2+	63 (77.8)	2 (2.5)	0	0	
Positive 3+	17 (21.0)	0	0	0	
Lachman Test[¥]			3 (75.0)		0.994
Negative	0	74 (91.4)	1 (25.0)	4 (100.0)	
Positive 1+	1 (1.2)	5 (6.1)		0	
Positive 2+	60 (74.1)	2 (2.5)	0	0	
Positive 3+	20 (24.7)	0	0	0	
Pivot shift test[¥]			3 (75.0)		0.544
Negative	6 (7.4)	79 (97.5)	1 (25.0)	4 (100.0)	
Positive 1+	73 (90.1)	2 (2.5)	3 (75.0)	0	
Positive 2+	2 (2.5)	0	0	0	
Positive 3+	0	0	0	0	0.227

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างวิธีผ่าตัดโดยใช้เส้นเอ็นสะบ้า และเส้นเอ็นหลังข้อเข่าแฮมสตริง (ต่อ)

Test	Hamstring (n,%)		BPTB (n,%)		P-value
	Pre-op	Post-op 7 months	Pre-op	Post-op 7 months	
Lysholm score[£]	71.1 (+7.2)	91.17 (+2.9)	70.5 (+10.8)	92.3 (+3.2)	0.636
VAS[£] (mean + SD)	4.09 (+1.3)	0.67 (+ 0.9)	4.5 (+1.3)	1 (+1.2)	

วิจารณ์

ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าเป็นที่นิยมและเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงในผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าบาดเจ็บฉีกขาด การศึกษาผลของการผ่าตัดนี้ได้เปรียบเทียบกับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งมีอยู่ 2 วิธี ได้แก่ การใช้เส้นเอ็นสะบ้าและเส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริงในการรักษา เพื่อนำผลไปเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อปรับปรุงการดูแลรักษาและวิธีการผ่าตัด จากผลการศึกษานี้พบว่ามีการบาดเจ็บร่วมของหมอนรองข้อเข่าและมีการผ่าตัดหมอนรองข้อเข่า (Meniscectomy) มากในกลุ่มผ่าตัดใช้เส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริง

ในกลุ่มของ Isolate ACL ที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า เมื่อประเมินผลการตรวจความมั่นคงข้อเข่า Anterior drawer test, Lachman test, Pivot-shift test และการประเมินคะแนน Lysholm score พบว่า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Araki[12] เมื่อพิจารณาจากผลการตรวจความมั่นคงข้อเข่า Anterior drawer test, Lachman test, Pivot-shift test และการประเมินคะแนน Lysholm score พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างวิธีการผ่าตัดใช้เส้นเอ็นสะบ้า และวิธีการผ่าตัดใช้เส้นเอ็นแฮมสตริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deo S.[13] และการศึกษาของ ธวัชชัย และคณะ[14] การศึกษานี้พบว่าเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้องโดยวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้านานกว่าวิธีใช้เส้นเอ็นแฮมสตริงเช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิติพงษ์[15]

นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผ่าตัดใช้เส้นเอ็นสะบ้าพบอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดและมีปัญหาการคุกเข่ามากกว่าด้วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Gerhard P.[16] ถึงแม้การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาย้อนหลัง แต่ก็ได้ข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ได้เพียงพอ และการผ่าตัดรักษาทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านเดียวทำให้ลดปัจจัยกวนได้ (Confounding factor)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดกล่าวคือเป็นการศึกษาที่ศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลเดียว การผ่าตัดส่องกล้องสร้างเส้นเอ็นส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดใช้วิธีเส้นเอ็นแฮมสตริง วิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้ายังมีจำนวนน้อยจึงอาจทำให้เห็นผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนยังไม่ชัดเจน ผลการรักษาที่ได้เป็นผลระยะกลาง (Intermediate term) ควรมีการศึกษาผลของการรักษาในระยะยาวต่อไป

วิธีผ่าตัดทั้งวิธีที่ใช้เส้นเอ็นสะบ้าและเส้นเอ็นหลังเข่าแฮมสตริงพบว่าให้ผลที่เกี่ยวกับการใช้งานข้อเข่าด้วยคะแนน Lynholm knee score ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สามารถใช้ทดแทนกันในการรักษาได้ การผ่าตัดโดยวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้ามีข้อเสียคือต้องใช้เวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้น ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้เส้นเอ็นเพื่อสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ควรคำนึงถึงข้อดี-ข้อเสียของวิธีการผ่าตัดเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

โดยสรุป การผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อเข่าสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคามทั้งวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้าและเส้นเอ็นแฮมสตริง ให้ผลการรักษาทางคลินิกระยะกลางในด้านความมั่นคงของข้อเข่าและหน้าที่ในการใช้งานของข้อเข่ามีค่าคะแนนที่ดีขึ้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ วิธีสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าโดยใช้เส้นเอ็นแฮมสตริงใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้นกว่าวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้าจึงพิจารณาใช้เส้นเอ็นแฮมสตริงเป็นหลักในการผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อเข่าสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าที่โรงพยาบาลมหาสารคามโดยสามารถให้ผลการรักษาเรื่องความมั่นคงและการทำงานข้อเข่าที่ดีขึ้น การศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานของการศึกษาในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพการผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Carmont MR, Scheffler S, Spalding T, Brown J, Sutton PM. Anatomical single bundle anterior cruciate ligament reconstruction. Curr Rev Musculoskelet Med 2011; 4(2): 65-72.
2. Marx RG, Jones EC, Angel M, Wickiewicz TL, Warren RF. Beliefs and attitudes of
3. members of the American Academy of Orthopaedic Surgeons regarding the treatment of anterior cruciate ligament injury. Arthroscopy 2003; 19(7): 762-70.
4. Griffin LY, Albohm MJ, Arendt EA, Bahr R, Beynnon BD, Demaio M, et al. Understanding and preventing noncontact anterior cruciate ligament injuries: a review of the Hunt Valley II meeting, January 2005. Am J Sports Med 2006; 34(9): 1512-32.
5. Dye SF, Wojtys EM, Fu Fh, Fithian DC, Gillquist J. Factors contributing to function of the knee joint after injury and reconstruction of the anterior cruciate ligament. In Zuckerman JD. Ed. Instructional Course. Rosemont, American Academy of Orthopaedic Surgery. 1999; 48: 185-98.
6. Rangger C, Klestil T, Gloetzer W, Kemmler G, Benedetto KP. Osteoarthritis after arthroscopic partial meniscectomy. Am J Sports Med 1995; 23(2): 240-4.
7. Shaieb MD, Kan DM, Chang SK, Marumoto JM, Richardson AB. A prospective randomized comparison of patellar tendon versus semitendinosus and gracilis tendon autografts for anterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med 2002; 30(2): 214-20.
8. Ejerhed L, Kartus J, Sernert N, Köhler K, Karlsson J. Patellar tendon or semitendinosus tendon autografts for anterior cruciate ligament reconstruction? A prospective randomized study with a two-year follow-up. Am J Sports Med 2003; 31(1): 19-25.
9. Hardin GT, Bach BR, Bush-Joseph CA. Endoscopic single-incision anterior cruciate
10. ligament reconstruction using patellar tendon autograft. Am J Knee Surg 1992; 5: 144¬-55.
11. Zaricznyj B. Reconstruction of the anterior cruciate ligament of the knee using a doubled tendon graft. Clin Orthop Relat Res 1987; 220: 162-75.
12. Brown CH Jr, Spalding T, Robb C. Medial portal technique for single-bundle anatomical anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction. Int Orthop 2013; 37(2): 253-69.
13. Van Eck CF, Lesniak BP, Schreiber VM, Fu FH. Anatomic single- and double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction flowchart. Arthroscopy 2010; 26(2): 258-68.
14. Araki D, Kuroda R, Kubo S, Fujita N, Tei K, Nishimoto K, et al. A prospective randomised study of anatomical single-bundle versus double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction: quantitative evaluation using an electromagnetic measurement system. Int Orthop 2011; 35(3): 439-46.
15. Deo S, Rallapalli R, Biswas S. A comparison of hamstring autograft versus bone patella tendon bone autograft for reconstruction of anterior cruciate ligament: a prospective study of 30 cases. Med J Dr Patil Univ 2013; 6: 267–273.

16. ธวัชชัย เทียมกลาง, ปกรณ์ นาระดล, เสริมศักดิ์ สุมานนท์. การเปรียบเทียบการรักษาของวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้ากับวิธีใช้เส้นเอ็นแฮมสตริงสองมัดในการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าผ่านกล้องส่องข้อ. Srinagarind Med J 2010; 25(3): 208-14.
17. ธิติพงษ์ เจนทวีพรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเอ็นไขว้หน้าระหว่างการใช้บางส่วนของเอ็นติดกระดูกจากเอ็นลูกสะบ้าและเอ็นจากกล้ามเนื้อด้านหลังข้อเข่าโดยใช้วิธีการส่องกล้องข้อเข่า ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ รพศ./รพท.เขต 4 2010; 12(2): 119-128.
18. Gerhard P, Bolt R, Dück K, Mayer R, Friederich NF, Hirschmann MT. Long-term results of arthroscopically assisted anatomical single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction using patellar tendon autograft: are there any predictors for the development of osteoarthritis? Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013; 21(4): 957-64.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Factors Related to burden of caregivers for the elderly bed-bound in Muang District, Maha sarakham

ไชยยงค์ ลุนพิลา

Chaiyong Lunpilar

(Received : 06 July 21 Revised : 23 July 21 Accepted : 3 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

รูปแบบและวิธีวิจัย : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน จากการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาโดยใช้สูตร Estimating a proportion คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก เริ่มการศึกษาระหว่างวันที่ 26 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาระดูแล แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและ แบบสอบถามภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง วิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อภาระดูแล โดยใช้ Chi-square และ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 (p-value <0.05)

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแบ่งเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระดูแล ร้อยละ 72.5 กลุ่มที่เป็นภาระดูแล ร้อยละ 27.5 ในส่วนของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 42.5 สามีภรรยาร้อยละ 17.5 อื่นๆ ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้ดูแลสูงอายุติดเตียง แยกตามกลุ่มไม่เป็นภาระดูแลกับเป็นภาระดูแลพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลคือความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (p-value=0.003)

สรุปผลการศึกษา : ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อภาระดูแลคือ ความสัมพันธ์แบบอื่นๆที่ไม่ใช่บุตรหรือสามีภรรยา ดังนั้นการจะช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงเป็นภาระดูแลของผู้ดูแล คือการมุ่งเน้นการเฝ้าระวังและให้ความสำคัญมากขึ้นในกลุ่มผู้ดูแล ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ บุตรหรือสามี ภรรยา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเตียง, ภาระดูแล

แพทย์ฝึกปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Objective : Study factors related to burden of caregivers for the elderly bedridden.

Methods : This study was a cross-sectional analytical study. in caregivers of bedridden elderly in Muang District Mahasarakham Province, 40 people from the calculation of the sample size to be studied using the Estimating a proportion formula. The sample size can be calculated at least 35 people to prevent data loss. The researcher increased the sample size to 40 by random sampling as convenient. The study began between 26 January 2020 and 26 September 2020. The instrument used consisted of three parts of the questionnaire, namely general information questionnaire and factors affecting care burden. daily routine assessment form Barthel ADL Index and The care burden questionnaire of the caregivers of the elderly in the bed-ridden group Factors expected to affect care burden were analyzed using Chi-square and Mann-Whitney U test, with a statistically significant level of less than 0.05 (p-value < 0.05).

Results : The elderly sample was divided into 72.5% non-burden, 27.5% care burden. In the part of the main caregivers of the elderly bed-bound Relationships with offspring 42.5%, husband or wife 17.5%, other 40%. When comparing factors of elderly caregivers Separated by groups The factor affecting the caregiver burden is the relationship with the patient. (p-value = 0.003).

Conclusion : Most caregivers do not have a burden. And the factors affecting the burden of care are Other relationships that are not children or spouses. Therefore, to help reduce the problem of elderly bed-bounding is a burden to take care of caregivers. Is to focus on surveillance and give greater importance to the caregiver. Who have relationships with patients other than children or spouses

Keywords : elderly bedridden, caregivers burden

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี เกือบ 1 ใน 4 ของ ประชากรทั้งหมด ในปัจจุบันผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีอยู่ ร้อยละ 56.5 วัยกลาง (70-79 ปี) มีอยู่ ร้อยละ 29.9 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีอยู่ ร้อยละ 13.6 ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมร้ อยละ 79.5 ติดบ้าน ร้อยละ 19.0 และติดเตียง ร้อยละ 1.5[1] โดยในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในปี 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 53,548 คน ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 51,777 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.70 ติดบ้าน จำนวน 1,387 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.60 และติดเตียง จำนวน 384 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.72 ข้อมูลจากระบบรายงานคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ จังหวัดมหาสารคาม[2]

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนมากเป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งต้องได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นภารกิจที่ยาวนาน การให้การดูแลที่บ้านเป็นงานที่หนักและซับซ้อนต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องเผชิญ

หน้ากับปัญหาต่าง ๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยและ มีเวลาดูแลตนเองลดลงมีปัญหาทางสุขภาพตามมา ด้านจิตสังคม เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาเรื่องการนอน นอนไม่หลับ เป็นโรคซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตายได้มากขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีปัญหา รู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรง จะให้การดูแลต่อ เริ่มออกห่างจากการดูแลให้อยู่เป็นประจำและการให้การดูแลออกมาไม่ดี อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร

จากการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยค่อนข้างได้รับการใส่ใจในขณะลงเยี่ยมบ้านน้อย โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าควรมีการวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อค้นหาภาระที่แท้จริงของผู้ดูแลและนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบายหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแล อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน[3]

2. ภาระดูแล หมายถึง ผู้ดูแลที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 22 - 88 คะแนน จากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลโดยมีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ[4]

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) โดยจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย 384 คน จากนั้นทำการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาโดยใช้สูตร Estimating a Proportion โดยให้ Confidential Proportion = 95%, Estimated Proportion=0.87(5), Acceptable Difference = 0.05 คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ลงเยี่ยมบ้านในปี 2563 จำนวน 40 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling)

เกณฑ์คัดเข้าคือ

1) ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป

2) ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ไม่เกิน 4 คะแนน

3) ผู้ดูแลต้องสามารถให้ข้อมูลและสื่อสารเข้าใจได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

4) ระยะเวลาเริ่มดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน

5) ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน

เกณฑ์คัดออกคือ

1) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2) ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอลไม่เกิน 4 คะแนน ที่อยู่ในระยะ Intermediate Care

3) ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคทางจิตเวช โรคพิษสุราเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาระดูแล แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและ แบบสอบถามภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลของชนัญชิดา ดุษฎีทูลศิริและคณะที่พัฒนามาจาก Zaritburden Interview[4]

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 26 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2563 โดยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยตรง

ทางการลงเยี่ยมบ้านโดยอธิบายวัตถุประสงค์ รวมถึงรายละเอียดของแบบสอบถาม และถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้วคณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่ Mean ,SD ,95% CI และหาความสัมพันธ์โดยวิธี Pearson Chi-Square และ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ด้านจริยธรรมมีการขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนไม่มีการระบุชื่อสกุลและไม่มีข้อมูลใดที่สามารถสื่อย้อนไปยังผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ รวมถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้นอกจากนี้งานวิจัยยังไม่มีการใส่สิ่งแทรกแซง ไม่มีประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 63-01-013

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่ได้รับการเยี่ยมโดยทีมสหสาขา และได้รับการประเมินตามการศึกษามีจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 53 ปี ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 65 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 95 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4000 บาท ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 75 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 42.5 สามีภรรยาคิดเป็นร้อยละ 17.5 อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 70 ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลในแต่ละวัน 4 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ทำให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ทำทุกวันคิดเป็นร้อยละ 82 การเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 90 การเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง ทุกวันคิดเป็นร้อยละ 87.5 การพลิกตะแคงตัวและจัดท่าผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 47.5 การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ (15-30 นาทีต่อครั้ง) น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.5 การป้อนอาหารครบ 5 หมู่ครบทุกมื้อ คิดเป็นร้อยละ 72.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n=40)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	70
ชาย	12	30
	Median	IQR
อายุ (ปี)	53	[45.00,60.75]
ผู้ช่วยผู้ดูแล		
มี	26	65
ไม่มี	14	35
การศึกษา		
ระดับประถมศึกษาขึ้นไป	38	95
น้อยกว่าระดับประถมศึกษา	2	5
	Median	IQR
รายได้ต่อเดือน(บาท)	4000	[2625.00, 5375.00]
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	30	75
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	25
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	17	42.5
สามี/ภรรยา	7	17.5
อื่นๆ	16	40
โรคประจำตัว		
มี	28	70
ไม่มี	12	30
	Median	IQR
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)	2.5	[1.00,5.00]
ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน (ชั่วโมง)	4	[3.00,5.00]
การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย		
ทำทุกวัน	33	82.5
ไม่ได้ทำทุกวัน	7	17.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การดูแลปากและฟัน		
วันละ 2 ครั้ง	17	42.5
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	23	57.5
การสระผม		
สัปดาห์ละ 2 ครั้งขึ้นไป	11	27.5
น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	29	72.5
การดูแล หู ตา จมูก เล็บ		
ทุกวัน	40	100
ไม่ได้ทำทุกวัน	0	0
การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์		
ทุกครั้งที่ผู้ป่วยขับถ่าย	10	25
ไม่ได้ทำทุกครั้งที่ผู้ป่วยขับถ่าย	30	75
การนวดหลัง		
ทุกวัน	1	2.5
ไม่ได้ทำทุกวัน	39	97.5
การเปลี่ยนเสื้อผ้า		
ทุกวัน	36	90
ไม่ได้ทำทุกวัน	4	10
การเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง		
ทุกวัน	35	87.5
ไม่ได้ทำทุกวัน	5	12.5
การพลิกตะแคงตัวและจัดท่าผู้ป่วย		
ทุก 2 ชั่วโมง	19	47.5
นานกว่า 2 ชั่วโมง/ครั้ง	21	52.5
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ (15-30 นาทีต่อครั้ง)		
วันละ 2 ครั้ง	11	27.5
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	29	72.5
การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะออกจากปอดและหลอดลม		
วันละ 2 ครั้ง	0	0
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	40	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การนวดท้องเพื่อป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก		
วันละ 2 ครั้ง	0	0
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	40	100
การให้อาหารทางสายยางต่อวัน		
ครบทุกมื้อ	2	5
ไม่ครบทุกมื้อ	38	95
การป้อนอาหารครบ 5 หมู่		
ครบทุกมื้อ	29	72.5
ไม่ครบทุกมื้อ	11	27.5
การให้สารน้ำต่อวัน		
มากกว่าหรือเท่ากับ 1000 ซีซี	31	77.5
น้อยกว่า 1000 ซีซี	9	22.5

ตอนที่ 2 : ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง ในส่วนของผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 72 ปี ผู้สูงอายุติดเตียงทุกคนมีโรคประจำตัว ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มเป็นผู้สูงอายุติดเตียง 3 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n=40)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	24	60
ชาย	16	40
โรคประจำตัว		
มี	40	100
ไม่มี	0	0
	Median	IQR
อายุ (ปี)	72	[65.25,80.75]
ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ปี)	3	[1.00,5.00]

ตอนที่ 3 : ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นภาระดูแลเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแยกตามกลุ่มไม่เป็นภาระดูแลกับเป็นภาระดูแล พบว่า

ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อการเป็นภาระดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.003) ผู้ช่วยดูแลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.311) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.437) ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวันไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.929) กิจกรรมที่ทำให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล

ข้อมูล	ไม่เป็นภาระ จำนวน (ราย)	เป็นภาระ จำนวน (ราย)	p value	Odd ratio	95% CI
เพศ			0.275	0.422	0.076-2.341
หญิง	19	9			
ชาย	10	2			
ผู้ช่วยผู้ดูแล			0.311	0.540	0.130-2.243
มี	9	5			
ไม่มี	20	6			
การศึกษา			0.521	1.407	1.149-1.724
ระดับประถมศึกษาขึ้นไป	2	0			
น้อยกว่าระดับประถมศึกษา	27	11			
อาชีพ			0.432	1.714	0.302-9.719
ประกอบอาชีพ	8	2			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	9			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			0.003*		
บุตร	7	0			
สามี/ภรรยา	15	2			
อื่นๆ	7	9			
โรคประจำตัว			0.275	2.368	0.427-13.132
มี	10	2			
ไม่มี	19	9			
การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย			0.636	0.938	0.153-5.728
ทำทุกวัน	24	2			
ไม่ได้ทำทุกวัน	5	9			
การดูแลปากและฟัน			0.454	0.703	0.168-2.939
วันละ 2 ครั้ง	13	4			
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	16	7			
การสระผม			0.122	3.194	0.721-14.154
สัปดาห์ละ 2 ครั้งขึ้นไป	2	5			
น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	23	6			

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล (ต่อ)

ข้อมูล	ไม่เป็นภาระ จำนวน (ราย)	เป็นภาระ จำนวน (ราย)	p value	Odd ratio	95% CI
การดูแล หู ตา จมูก เล็บ			0.000		
ทุกวัน	40	0			
ไม่ได้ทำทุกวัน	0	0			
การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์			0.432	0.583	0.103-3.307
ทุกครั้งที่ผู้ป่วยขับถ่าย	21				
ไม่ได้ทำทุกครั้งที่ผู้ป่วยขับถ่าย	8				
การนวดหลัง			0.725	1.393	1.144-1.696
ทุกวัน	1				
ไม่ได้ทำทุกวัน	28				
การเปลี่ยนเสื้อผ้า			0.056	10.500	0.957-115.245
ทุกวัน	28	8			
ไม่ได้ทำทุกวัน	1	3			
การเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง			0.117	5.063	0.716-35.776
ทุกวัน	27	8			
ไม่ได้ทำทุกวัน	2	3			
การพลิกตะแคงตัวและจัดท่าผู้ป่วย			0.422	1.477	0.366-5.955
ทุก 2 ชั่วโมง	13	6			
นานกว่า 2 ชั่วโมง/ครั้ง	16	5			
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ (15-30 นาทีต่อครั้ง)			0.345	1.796	0.403-8.002
วันละ 2 ครั้ง	7	4			
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	22	7			
การเคาะปอดเพื่อขับเสมหะออกจากปอดและหลอดลม			0.000		
วันละ 2 ครั้ง	0	0			
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	29	11			
การนวดท้องเพื่อป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก			0.000		
วันละ 2 ครั้ง	0	0			
น้อยกว่าวันละ 2 ครั้ง	29	11			

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล (ต่อ)

ข้อมูล	ไม่เป็นภาระ จำนวน (ราย)	เป็นภาระ จำนวน (ราย)	p value	Odd ratio	95% CI
การให้อาหารทางสายยางต่อวัน			0.497	0.357	0.020-6.263
ครบทุกมื้อ	1	1			
ไม่ครบทุกมื้อ	28	10			
การป้อนอาหารครบ 5 หมู่			0.122	3.194	0.721-14.154
ครบทุกมื้อ	23	6			
ไม่ครบทุกมื้อ	6	5			
การให้สารน้ำต่อวัน			0.523	0.698	0.121-4.029
มากกว่าหรือเท่ากับ 1000 ซีซี	22	9			
น้อยกว่า 1000 ซีซี	7	2			

* p value < 0.05

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล

ข้อมูล	เป็นภาระ (Mean rank)	ไม่เป็นภาระ (Mean rank)	P value
อายุผู้ดูแล(ปี)	17.23	21.74	0.280
รายได้ต่อเดือน(บาท)	23.18	19.48	0.385
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี)	18.14	21.40	0.437
ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน (ชั่วโมง)	20.82	20.38	0.929

*Mann-Whitney U test

ตอนที่ 4 : ปัจจัยของผู้สูงอายุติดเตียงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นภาระดูแล เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้สูงอายุติดเตียงแยกตามกลุ่มไม่เป็นภาระดูแลกับเป็นภาระดูแล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.065) ผู้สูงอายุติดเตียงทุกคนมีโรคประจำตัว อายุไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.054) ระยะเวลาที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.530) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล

ข้อมูล	ไม่เป็นภาระ จำนวน (ราย)	เป็นภาระ จำนวน (ราย)	p value	Odd ratio	95% CI
เพศ			0.065	3.889	0.904-16.725
หญิง	20	4			
ชาย	9	7			
โรคประจำตัว			0.000		
มี	29	11			
ไม่มี	0	0			

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุติดเตียงและการเป็นภาระดูแล

ข้อมูล	เป็นภาระ (Mean rank)	ไม่เป็นภาระ (Mean rank)	P value
อายุผู้ดูแล(ปี)	17.23	21.74	0.280
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี)	18.59	21.22	0.530

อภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์เป็นบุตร เนื่องจากบริบทของสังคมไทยในภาคอิสาน มีการยึดถือในหลักของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณโดยบุตรต้องเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาเมื่ออายุมากขึ้นหรือเจ็บป่วย[6] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวคนเล็ก จึงทำให้บุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รู้สึกว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ถูกต้อง ดีงาม และเปรียบเสมือนหน้าที่ที่ต้องทำให้ดีที่สุด ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ป่วยในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ บุตร หรือ สามีภรรยา จึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะภาระดูแลขึ้นได้ จากกลุ่มตัวอย่างเมื่อทำการทดสอบค่าทางสถิติแล้วพบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อการเป็นภาระดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ซึ่งสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ สาสินี เทพสุวรรณ์ และคณะ[7] เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สาริกข์ พรหมมารัตน์[8]

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและมีผู้ช่วยดูแล จึงทำให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ยวันละประมาณ 4 ชั่วโมง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สาสินี เทพสุวรรณ์ และคณะ[7] ที่ผู้ดูแลใช้เวลาประมาณวันละ 6 ชั่วโมง ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแตกต่างจากการศึกษาของ เชิดชาย ชยวัฑโฒ[9] ที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลประมาณวันละ 14 ชั่วโมง และการศึกษาของ สาริกข์ พรหมมารัตน์[8] ที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลประมาณวันละ 18 ชั่วโมง สาเหตุที่แต่ละการศึกษามีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลแตกต่างกันออกไปอาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) ทำให้การกำหนดกิจกรรมหรือการระบุเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็จะมีผู้ช่วยผู้ดูแล ตามลักษณะของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่มักเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล

เมื่อแยกผู้สูงอายุติดเตียงออกเป็น 2 กลุ่ม ตามภาระดูแลพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นเพศชาย มีแนวโน้มเป็นภาระดูแลมากกว่าเพศหญิง เนื่องมาพฤติกรรมผู้ป่วยชายมีแนวโน้มโกรธและโมโหง่าย เอาแต่ใจ ยึดถือว่าตนเองเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือผู้มีอำนาจมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า เป็นภาระดูแลมากขึ้น สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวัฑโฒ[9] เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สาริกข์ พรหมมารัตน์[8] แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.065) ยังมีปัจจัยที่น่าสนใจในการที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แต่การศึกษานี้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p-value >0.05) ได้แก่ การมีผู้ช่วยผู้ดูแล เพศผู้สูงอายุติดเตียง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดในขนาดตัวอย่างหากเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อาจพบนัยสำคัญทางสถิติได้

การศึกษาครั้งนี้ เป็นค้นหาประเด็นใหม่ พยายามค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่แท้จริง ซึ่งงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา พบว่ายังมีข้อจำกัดจากงานวิจัยก่อนหน้าที่เคยทำการศึกษามาก่อน คือ ในส่วนของผู้ดูแลและผู้ช่วยผู้ดูแล เป็นลักษณะของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) มีบทบาทหน้าที่หรือระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบถึงรายละเอียดกิจกรรมที่ผู้ดูแลหรือผู้ช่วยดูแลได้ทำ เช่น การป้อนอาหาร การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนที่ ซึ่งหากพิจารณาแล้วการศึกษาอาจไม่ได้ชี้วัดปัจจัยว่าจะมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ๆ จริงหรือไม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการเก็บข้อมูลและรายละเอียดรายย่อยเพิ่มเติม

ของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่แท้จริง

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ที่ป่วยในรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ บุตร หรือ สามีภรรยา โดยความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อการเป็นภาระดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ป่วยในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ บุตร หรือ สามีภรรยา มีโอกาสเกิดภาวะภาระดูแลได้มากขึ้น

ข้อจำกัดในงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 40 คน เพื่อทำการสอบถามข้อมูล หาปัจจัยต่าง ๆที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาระดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การเก็บข้อมูลต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องทำการสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงที่เข้าร่วมวิจัย จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา ในบางคำถามอาจจะไม่ได้อธิบายให้ผู้ตอบคำถามได้เข้าใจเท่าที่ควร และ ในการสอบถามข้อมูลซึ่งข้อมูลบางอย่างเป็นข้อมูลในเชิงลึก ซึ่งอาจจะต้องใช้ความคุ้นเคยและใกล้ชิดระหว่างผู้สอบถามและผู้ตอบคำถามในระดับหนึ่ง จึงจะได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เนื่องจากการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นการลงเยี่ยมพบกันครั้งแรกของผู้วิจัยและผู้ตอบแบบสอบถาม จึงทำให้บางข้อมูลอาจจะยังไม่ได้เป็นข้อเท็จจริงที่แท้จริงและในการลงเยี่ยมบ้านเป็นการลงเยี่ยมเพื่อเก็บข้อมูลงานวิจัย ไม่ได้ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจจะมีประเด็นในบางข้อมูลที่อาจจะตกหล่นหรือไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับการวิจัยต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อทดสอบตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ในการเก็บข้อมูลควรลงเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ เพื่อการได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากยิ่งขึ้น

3. ควรแบ่งคำถามในแบบสอบถามที่มีความซับซ้อนออกเป็นสองชุด ในการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อที่จะได้ใช้เวลา ในการอธิบายได้อย่างเหมาะสม ให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจในคำถามมากยิ่งขึ้น

4. สำหรับการวิจัยต่อไปควรลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อจะได้ข้อมูลที่รอบด้านมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย:ข้อเสนอทางนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 6: 1156-1164.
2. จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม [Internet]. [cite 2020 Oct 9]. Available from: http://mkho.moph.go.th/ltc -advanced/frontend/web/index.php/module/person/ person/report1.
3. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. องค์ประกอบการดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (long term caer).ม.ป.ท.:2557.
4. ชนัญชิ ดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2555; 1: 62-75.
5. Hanh PT, Jullamateand P, Piphatvanitcha N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in hai duong,vietnam. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 3: 45-62.
6. สุรีย์ ธรรมิกบวร. วัฒนธรรมอีสานกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอาย. 1. อุบลราชธานี:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2561.
7. สาสินี เทพสุวรรณ์, ณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์, รศรินทร์ เกรย์. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารประชากร 2556; 4(1).

75-92.

8. สาริกข์ พรหมมารัตน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัด ลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2562; 1: 57-64.
9. เชิดชาย ชยวัฑโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2559; 1: 14-27.
10. วาสนา นามเหลา. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561; 29: 23-35.
11. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. Maturitas 2010; 66: 191-200.
12. Tosun ZK, Temel M. Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: International Journal of Caring Sciences 2017; 10: 1969-1704.
13. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 1: 1-197.
14. ดวงกมล หน่อแก้ว, ชนุกร แก้วมณี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2559; 1: 187-197.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

Intra-operative Administration of intravenous TXA twice at a Dose of 1000 mg and Reduction of Perioperative Blood Loss in Posterior Lumbar Spine Decompression, Instrumentation, and Fusion Surgery in Degenerative Lumbar Stenosis and Spondylolisthesis

Thanet Phanomkaen

(Received : 04 June 21 Revised : 27 July 21 Accepted : 05 August 21)

ABSTRACT

Introduction : Degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis are the most common disease in clinical practice. Many patients with these diseases are required to undergo posterior decompression and fusion surgery. The surgical procedure results in massive perioperative blood loss and significantly negative outcomes on patients. The purpose of this retrospective study was to investigate the efficacy of intravenous TXA administration. Specifically, intravenous TXA administration was compared to non TXA administration in order to confirm its efficacy in reducing perioperative blood loss and blood transfusion requirements in posterior lumbar spine decompression, instrumentation, and fusion surgery.

Material and Methods : This retrospective study in degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis patients undergoing posterior decompression lumbar spine, instrumentation, at the Orthopedic Clinic of Mahasarakham Hospital between January 2019 - December 2020. Participants were divided into two groups, the intra-operative intravenous TXA administration group (the Study Group) and the non TXA administration group (the Control Group). The Study Group and the Control Group were compared regarding perioperative blood loss.

Results : The mean of perioperative blood loss in the Study Group (1067.32ml±367.14) decreased significantly (t-test = -4.244, p-value = 0.003) compared to the Control Group (1609.30ml±748.18). The blood transfusion requirement in the Study Group decreased significantly compared to the Control Group in the intra-operative, postoperative and perioperative periods (p-value = 0.002, 0.009, and 0.002, respectively). By using the odds ratio to analyze blood transfusion incidents, the Control Group showed five times of blood transfusion incidents higher than the Study Group in all of three periods (odds ratio = 0.197, 0.279, and0.232).

Orthopedic Clinic, Mahasarakham Hospital, Maha sarakham, Thailand

Conclusion : Intra-operative administration of intravenous TXA twice at a dose of 1000 mg is simple, safe, and efficacious in reducing the perioperative blood loss and blood transfusion requirements in patients undergoing posterior lumbar decompression, instrumentation, and fusion surgery

Keywords : VAS = Visual analog pain scale, TXA = Tranexamic acid

Introduction

Degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis are the most common disease in clinical practice. Many patients with these diseases are required to undergo posterior decompression and fusion. Massive perioperative blood loss is inevitable. Massive blood loss poses negative effects on the treatment outcomes significantly by increasing coagulopathy, postoperative hematoma, and anemia. The need for allogenic blood transfusion can lead to potential transfusion reactions, bloodborne diseases, and even long-term mortality rates. Several methods have been introduced to reduce the perioperative blood loss and blood transfusion requirements, including pre-operative autologous blood donation, hypotensive anesthesia, and normovolemic hemodilution. However, a substantial level of blood loss was still a challenge among physicians.

In several recent studies[2,3,12,13,14] tranexamic acid (TXA) was found to decrease perioperative blood loss and blood transfusion requirements efficaciously. Most of the previous studies primarily focused on patients undergoing long segment spinal correction. Only a handful of studies addressed patients undergoing a posterior lumbar surgery for degenerative lumbar stenosis or spondylolisthesis.

At Maha sarakham Hospital, the degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis patients undergoing posterior lumbar spine decompression, instrumentation, and fusion were treated with or without the administration of intravenous TXA. The purpose of this retrospective study was to investigate the effects of intravenous TXA administration. More precisely, intravenous TXA administration was compared to non-TXA intravenous administration in order to confirm its efficacy in reducing perioperative blood loss and blood transfusion requirements in posterior lumbar spine decompression, instrumentation, and fusion surgery.

Phamacology of Tranexamic Acid (TXA)

TXA is a synthetic lysine analog that interferes with fibrinolysis through binding reversibly and competitive to lysine-binding domains on plasminogen, plasmin, and tissue plasminogen activator. It chiefly works by attenuating the binding capacity of plasminogen and tissue plasminogen activator to fibrin, thereby decreasing the subsequent conversion of plasminogen to the enzymatically active serine protease plasmin, which leads to the dissolution of fibrin clots.

Material and Methods

The study was performed at the Orthopedic Clinic, Maha sarakham Hospital between January 2019 - December 2020. The study was approved by the Ethics Commitee of Mahasarakham Hospital. This study compared perioperative blood loss in degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis patients undergoing posterior lumbar spine compression, instrumentation, and fusion between two groups: intravenous administra-tion TXA (the Treatment Group) and non-TXA administration (the Control Group).

Study selection criteria

Inclusion criterion

All degenerative lumbar stenosis and spondylo-listhesis patients who underwent posterior lumbar spine decompression, instrumentation, and fusion surgery by Thanet PNK.,MD at the Orthopedic Clinic of Mahasarakham Hospital between January 2019 - December 2020 were included in this study.

Exclusion criteria

1. Posterior decompression alone without instrumentation or fusion such as HNP and single--level degenerative lumbar stenosis
2. Posterior lumbar spine decompression due to other conditions such as traumatic fracture dislocations, infections, or malignancy conditions
3. Iatrogenic dural tear due to inability to accurate blood loss accurately
4. Patients with TXA awareness condition such as deep vein thrombosis, myocardial infarction, cerebrovascular infarction, and seizure
5. Patients with blood coagulopathy

Surgical Method

General anesthesia with endotracheal intubation was required. Intravenous injection of 2g of cefazolin was administered 30 minutes before anesthesia. The patient was prone onto the radiolucent spinal surgery table. The abdomen hung free to avoid increased intra-abdominal pressure. Padding was needed at the elbow, axillary, iliac crest, and knee. After all aseptic measures, the skin and subcutaneous tissue were infiltrated with 1% xylocaine with adrenalin 20 ml. diluted to 40 ml. to achieve hemostasis. At this time, the Study Group was administered 1,000 mg. of TXA intravenously. A midline skin incision was made central over the involved segment. The correct level of the approach was confirmed with fluoroscopy. The dissection was carried down in the midline through the subcutaneous tissue and the fascia to the tip of the spinous process. Self-retaining retractors were used to maintain tension on soft tissue during the approach. The paraspinal muscles were elevated subperiosteally from the underlying laminae. The dissection was limited to half of the transverse process. Pedicular screws were inserted through pedicels into the vertebrae. Laminectomies were performed to approach the spinal canal until the decompressive nerve roots were adequate. The rods were introduced to the screw heads on both sides and tightened. Facet joints were denuded by bone rongeurs. The electric cauterization at the facet joints and the transverse process were performed. The facet joints and transverse process were fused with autologous bone grafts. The second dose of 1,000 mg of TXA was administered intravenously. Radivac was inserted for drainage. The surgical wound was closed layer by layer.

Blood Loss Measurement and Management

All patients underwent a complete pre-operative laboratory investigation and were collected before surgery. The Hct. level before the surgery was more than 30 mg%. Intra-operative blood loss was estimated from the suction container, gauze, and swabs. Postoperative blood loss was collected from blood volume in the radivac container. Blood transfusion was administered when the Hct. level of the patient is lower than 28 mg%.

Statistical analysis

All statistic analyses were performed using Analysis Package Data Program An Independent t-test was analyzed regarding the age group, operative time, VAS score in the first three days, and perioperative blood loss. The Chi-Square test was used to analyze the difference between gender, BMI, comorbidity disease, clinical manifestation, diagnosis, and blood transfusion requirements. The univariate odds ratio was compared to see the likelihood of blood transfusion incidence between the two groups. It was found that the statistically significant difference with the p-value <0.05, 95% CI.

Results

Data were collected retrospectively between January 2019 – December 2020. A total of 121 patients were assessed for the study. However, 32 patients were excluded, 14 from HNP, 6 from single-level spondylosis, 7 from fracture and dislocation, and 5 from tuberculosis spine infection. All 89 patients underwent posterior lumbar decompression, instrumentation, and fusion. Intravenous TXA injection was administered with 43 patients (the Study Group), while 46 patients did not receive TXA administration (the Control Group). Iatrogenic dura tear complications were found in 5 patients, who were excluded from this study, with 3 patients from the Control Group and 2 from the Study Group. Eventually, 84 patients (41 in the Study Group and 43 in the Control Group) were eligible for the study.

(Table 1). The demographic data of the participants were not significant between the two groups with a p-value ≥ 0.05. Most patients were 55-65 years old (54.38%) (Fig.1). The ratio between females and males was 1.65 times. The BMI. of the Control Group was 24.86±4.13 and the TXA. group was 24.73 ±4.11 no significant statically p-value=0.619.

The top three comorbidity diseases were HT., DM., and dyslipidemia (Fig. 2). Regarding clinical diagnoses, there was no significant difference between the two groups (Table 2).The clinical manifestation were not statistically significant between the two groups (Table 3). The major clinical manifestations were pain, instabiity, deformitry, and neurological deficit. All patients in the study demonstrated pain symptoms (n = 84, 100%). More specifically, only pain was found in 41 patients while 43 patients reported to have pain and other symptoms. And only 3 of all 84 patiens had all the symptoms, including pain, instability, deformitry, and neurological deficit (Fig. 4).

Table 1 Demographic data

factors	Non TXA, n = 43	TXA, n = 41	p-value
Age(year)	59.02±8.543	57.61±6.328	0.393
Gender Female, n (%)	30 (69.77%)	22 (53.66)	0.129
Male, n (%)	13 (30.32%)	19 (46.34%)	
BMI, mean, SD	24.86±4.13	24.73±4.11	0.619
Co-morbitdity deseas	20 (46.51%)	11 (26.83%)	0.062
n (%)	DM 7 (50%)	DM 7 (50%)	
	HT 11 (55%)	HT 9 (45%)	
	Dyslipidemia 5 (45.5)	Dyslipidemia	
	Pul TB 2, CA liver 1	6 (54.5)	

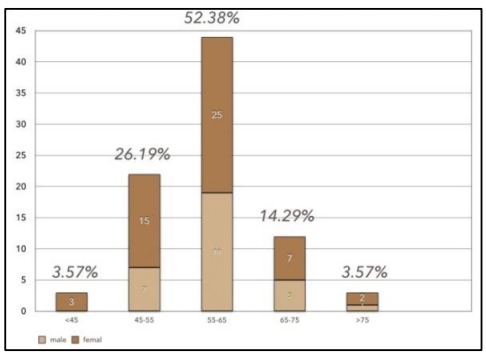


Fig. 1 Age

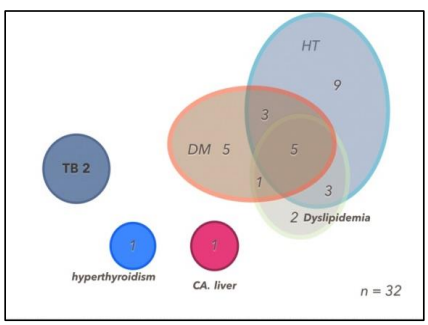


Fig. 2 Comorbidity

The number of spondylosis cases was 60 (71.4%) and spondylolisthesis cases 25(30%). It was found that 11 patients were mixed between spondylosis and spondylolisthesis and that 9 patients between spondylosis and scoliosis (Fig.3).

Table 2 Clinical diagnoses

Diagnoses	Non TXA, n=43	TXA, n=41	χ^2	p-value
Spondylolisthesis	16 (37.20%)	9 (21.95%)	2.337	0.126
Level L3-4	1	0		
Level L4-5	15	9		
Degenerative	29 (67.44%)	32 (78.05%0	1.188	0.276
stenosis	17 (41.46)	24 (58.54)	3.033	0.082
2 level	11	19		
L3-5: n	6	5		
L4-S1: n	12(60%)	8(40%)	0.815	0.367
3 level	9	6		
L2-5: n	3	2		
L3-S1: n				
Degenerative	5 (11.63%)	4 (9.76%)	0.077	0.782
scoliosis: n (%)				

Table 3 Clinical manifestations

Clinical manifestations	Non TXA n = 43	TXA n = 41	p-value, *t*-test
Pain n (%)	43 (52.2%)	41 (47.8%)	-
Deformity n (%)	18 (58.06%)	13 (47.8)	0.335
Instability n (%)	15 (60%)	10 (40%)	0.293
Neurological deficit	7 (46.67%)	8 (53.3%)	0.699
n (%)			

The pre-operative hematocrit level was not significantly different between the two groups (p-value = 0.347). Regarding primary objective data, the mean of intra-operative blood loss in the Study Group (643.65±294.38) decreased significantly (t-test = -3.747, p-value < 0.001) compared to the Control Group (1027±748.18). The mean of postoperative blood loss in the Study Group (423.65±180.96) decreased significantly (t-test=-3.106, p-value<0.003) compared to the Control Group (581.39±272.91). Also, the mean perioperative blood loss in the Study Group (1067.32± 367.14) decreased significantly (t-test = -4.244, p-value < 0.001) compared to the Study Group (1609.30 ± 748.18) as shown in Table 4.

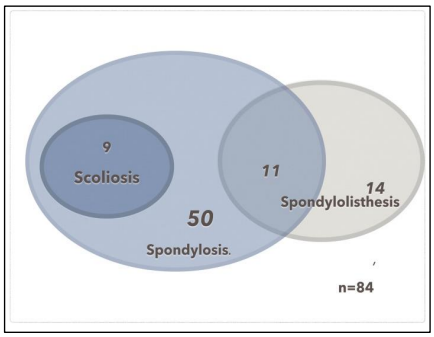


Fig. 3 Clinical diagnoses

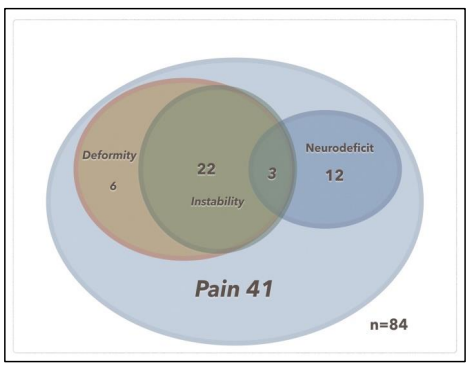


Fig. 4 Clinical manifestations

Table 4 Perioperative blood loss

Factors	Non TXA mean, SD	TXA mean, SD	*t*-test	p-value
Pre-op HCT	37.97mg% ±5.86	38.93mg% ±2.92	0.945	0.347
Peri-op blood loss	1609.30ml ±748.18	1067.32ml ±367.14	-3.747 -3.106	<0.001 <0.001
Intra-op blood loss	1027.39ml ±601.02	643.65ml ±294.38	-4.244	0.003
Post-op blood loss	581.39ml ±272.91	423.65ml ±180.96		
Operative time	160 min ±38.18	147min ±33.41	-1.555	0.12
VAS Score in first 3 days	2.49 ±0.50	2.54 ±0.98	0.284	0.77

The secondary objectives are shown in Table 5. A Chisquare test was used to compare blood transfusion requirements between the two groups. The blood transfusion rate decreased significantly in the Study Group compared to the Control Group at all operative times, including intra-operative, postoperative, and perioperative periods (p-value 0.002, 0.009, 0.002, respectively). When analyzing the chance to blood transfusion incidents with the odds ratio, it was found that the Control Group showed an increasing incidence to patients exposed to blood transfusion at about five flows in all three periods(odds ratio =0.197, 0.279, 0.232). The study did not show a statistically significant difference in operative time, length of stay and VAS scores between the two groups (Table 4).

Table 5 Blood transfusion requirements

Blood transfusion	Non TXA n (%)	TXA n (%)	p-value (χ2)	Odds ratio
Intra-operative			0.002 (9.979)	0.197
Yes	20 (46.51%)	6 (14.63%)		
No	23 (53.49%)	35 (85.37%)		
Postoperative			0.009 (6.885)	0.279
Yes	20 (46.51%)	8 (19.51%)		
No	23 (53.49%)	33 (80.49%)		
Perioperative			0.002 (9.836)	0.232
Yes	25 (58.14%)	10 (24.39%)		
No	18 (41.86%)	31 (75.61%)		

This retrospective cohort study aimed to compare the efficacy of TXA in reducing perioperative blood loss and blood transfusion event in posterior lumbar decompression, instrumentation and fusion procedure for degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis.The etiology of the perioperative blood loss for spinal surgery is multifactorial.[1,2,3,4] The increased fibrinolytic activity and spinal venous plexus injury are critical factors contributing to the perioperative blood loss.[3,4,9] TXA can competitively inhibit plasmin

and plasminogen, thereby impeding the fibrinolysis and stabilizing the blood clot. The vertebral venous plexus is common in patients with lumbar degenerative stenosis or spondylolisthesis. When injured during the operation, hemostasis is challenging to render.[6,7,8] TXA can supposedly stabilize the blood clot to block the epidural venous plexus vascular rupture, reducing the bleeding.[7,9,10]

TXA is most commonly administered systemically. Intravenous administration has a half-life of 80-90 minutes, reaching peak plasma concentration within one hour after the injection. The optimal dosing regimen for intravenous administration of TXA is yet unconfirmed. Intravenous administration of TXA has been known to have systemic penetrance and absorption. At a dose of 10 mg/kg, it can achieve as much as 80% inhibition of the fibrinolytic process in tissues.[11]

The literature review showed many regimens of intravenous TXA administration. Wong et al. used initial bolus TXA 10mg/kg and 1 mg/kg per hour of maintenance infusion until skin is closed.[12] The study found a statistically significant decline in perioperative blood loss and blood transfusion rate. Rahasakietisah et al. showed a statistically significant decrease in blood loss in patients following complex spine surgery to the present study's procedure receiving a twice dose of TXA at 15mg/kg compared to those who received placebo.[13] Yagi et al. concluded that a 1 g. loading dose of TXA followed by a maintenance dose of 100 mg per hour intraoperatively in scoliosis cases resulted in decreased blood loss compare to the control group.[14] Elwatidy et al. conducted an RCT of 64 patients undergoing complex spinal cases involving multiple vertebral levels who were administered with TXA. 2g intravenously followed by a maintenance dose of 100 mg per hour up to 5 hours postoperatively(15) resulted in a decrease in blood loss and blood transfusion rate compared to placebo. In this retrospective cohort study, the regimen of TXA was 1g twice dose intra-operatively. The result blood loss and blood transfusion rate decreased at a statistically significant rate like previous studies.

Although intra-operative blood loss is correlated with surgical difficulty and takes long operative time, this study showed no statistically significant difference between the two groups regarding the operative time (t-test = -1.555, p--value =0.12 , 95% CI) and VAS (t-test= 0.284, p-value = 0.77, 95%CI).

A common concern related to the use of TXA is its potential for inducing thromboembolism events and effects on brain activities from cerebral blood-brain barrier perfusion concentration. Several studies have confirmed that TXA does not increase the risk of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and seizure. In this study, no clinical symptoms of deep vein thrombosis, signs of pulmonary embolism, or seizure were recorded. Any complications associated with TXA, such as allergic reaction, stroke, ischemic heart disease, and dysfunction of the liver and the kidney, also did not occur. Thus, this intravenous TXA regimen can be safely administrated in patients undergoing posterior lumbar decompression, instrumentation, and fusion surgery for degenerative lumbar stenosis and spondylolisthesis.

However, the present study conferred some limitations. This study may have some

biases due to its retrospective approach, such as data collection, data entry to the study, data loss, and data quality assurance. The second limitation was 1g TXA twice dose intravenous-operatively regimen, as the optimal dose required in this kind of spinal surgery is unknown. Simultaneous efficacy comparison of different dose regimens of TXA should also be further investigated.

Conclusion

Intra-operative administration of intravenous TXA twice at a dose of 1000 mg is simple, safe, and efficacious in reducing the perioperative blood loss and blood transfusion requirements in patients undergoing posterior lumbar decompression, instrumentation, and fusion surgery.

References

1. Carmont MR, Scheffler S, Spalding T, Brown J, Sutton PM. Anatomical single bundle anterior cruciate ligament reconstruction. Curr Rev Musculoskelet Med 2011; 4(2): 65-72.
2. Marx RG, Jones EC, Angel M, Wickiewicz TL, Warren RF. Beliefs and attitudes of members of the American Academy of Orthopaedic Surgeons regarding the treatment of anterior cruciate ligament injury. Arthroscopy 2003; 19(7): 762-70.
3. Griffin LY, Albohm MJ, Arendt EA, Bahr R, Beynnon BD, Demaio M, et al. Understanding and preventing noncontact anterior cruciate ligament injuries: a review of the Hunt Valley II meeting, January 2005. Am J Sports Med 2006; 34(9): 1512-32.
4. Dye SF, Wojtys EM, Fu Fh, Fithian DC, Gillquist J. Factors contributing to function of the knee joint after injury and reconstruction of the anterior cruciate ligament. In Zuckerman JD. Ed. Instructional Course. Rosemont, American Academy of Orthopaedic Surgery. 1999; 48:185-98.
5. Rangger C, Klestil T, Gloetzer W, Kemmler G, Benedetto KP. Osteoarthritis after arthroscopic partial meniscectomy. Am J Sports Med 1995; 23(2): 240-4.
6. Shaieb MD, Kan DM, Chang SK, Marumoto JM, Richardson AB. A prospective randomized comparison of patellar tendon versus semitendinosus and gracilis tendon autografts for anterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med 2002; 30(2): 214-20.
7. Ejerhed L, Kartus J, Sernert N, Köhler K, Karlsson J. Patellar tendon or semitendinosus tendon autografts for anterior cruciate ligament reconstruction? A prospective randomized study with a two-year follow-up. Am J Sports Med 2003; 31(1): 19-25.
8. Hardin GT, Bach BR, Bush-Joseph CA. Endoscopic single-incision anterior cruciate ligament reconstruction using patellar tendon autograft. Am J Knee Surg 1992; 5: 144¬-55.
9. Zaricznyj B. Reconstruction of the anterior cruciate ligament of the knee using a doubled tendon graft. Clin Orthop Relat Res 1987; 220: 162-75.
10. Brown CH Jr, Spalding T, Robb C. Medial portal technique for single-bundle anatomical anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction. Int Orthop 2013; 37(2): 253-69.

11. Van Eck CF, Lesniak BP, Schreiber VM, Fu FH. Anatomic single- and double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction flowchart. Arthroscopy 2010; 26(2): 258-68.
12. Araki D, Kuroda R, Kubo S, Fujita N, Tei K, Nishimoto K, et al. A prospective randomised study of anatomical single-bundle versus double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction: quantitative evaluation using an electromagnetic measurement system. Int Orthop 2011; 35(3): 439-46.
13. Deo S, Rallapalli R, Biswas S. A comparison of hamstring autograft versus bone pa-tella tendon bone autograft for reconstruction of anterior cruciate ligament: a pro-spective study of 30 cases. Med J Dr Patil Univ 2013; 6: 267–273.
14. ธวัชชัย เทียมกลาง, ปกรณ์ นาระดล, เสริมศักดิ์ สุมานนท์. การเปรียบเทียบการรักษาของวิธีใช้เส้นเอ็นสะบ้ากับวิธีใช้เส้นเอ็นแฮมสตริงสองมัดในการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าผ่านกล้องส่องข้อ. Srinagarind Med J 2010; 25(3): 208-14.
15. ธิติพงษ์ เจนทวีพรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเอ็นไขว้หน้าระหว่างการใช้บางส่วนของเอ็นติดกระดูกจากเอ็นลูกสะบ้าและเอ็นจากกล้ามเนื้อด้านหลังข้อเข่าโดยใช้วิธีการส่องกล้องข้อเข่า ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ รพศ./รพท.เขต 4 2010; 12(2): 119-128.
16. Gerhard P, Bolt R, Dück K, Mayer R, Friederich NF, Hirschmann MT. Long-term results of arthroscopically assisted anatomical single--bundle anterior cruciate ligament reconstruction using patellar tendon autograft: are there any predictors for the development of osteoarthritis? Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013; 21(4): 957-64.

ปัจจัยการพยากรณ์ระดับการมองเห็นในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลขอนแก่น

Prognostic factors in traumatic optic neuropathy patients in Khon Kaen Hospital

นิจวรรณ ธีริทธิกุล
Nichawan Teerittikul

(Received : 21 April 21 Revised : 19 July 21 Accepted : 21 July 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลและผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลขอนแก่นและปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

รูปแบบและวิธีวิจัย : วิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลังในผู้ป่วย 62 ราย ที่มีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลขอนแก่นช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2553-2563) เก็บข้อมูลได้แก่ เพศ, อายุ, ตาข้างที่เป็น, ระดับสายตาที่ตรวจได้ครั้งแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ (Initial VA), ระดับสายตาหลังสิ้นสุดการรักษา (Final VA), ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, การบาดเจ็บร่วม, วิธีการรักษา จากนั้นแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับสายตา Final VA ดีกว่า Initial VA กับกลุ่มที่แย่กว่าหรือเท่ากับระดับสายตา Initial VA เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยในการพยากรณ์โรค

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 12-67 ปี เป็นเพศชาย 53 ราย (ร้อยละ 84.13) สาเหตุหลักคือ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 79.37) การบาดเจ็บทางกายที่พบร่วมด้วยมากที่สุดคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ร้อยละ 90.48) พบว่ามีการสูญเสียสายตาระดับรุนแรง (Initial VA < 3/60) ถึงร้ อยละ 88.89 เมื่อสิ้นสุดการรักษามีผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงถึง ร้อยละ 71.42 ปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคพบว่า Initial VA ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3/60 จะมีระดับสายตาหลังสิ้นสุดการรักษาที่ดีขึ้น (p-value = 0.036) การรักษาแบบสังเกตอาการหรือการให้ยา Corticosteroids ไม่มีผลต่อการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา : โรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุเป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคที่ดี คือระดับสายตาเมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ดี การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุหรือลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด

คำสำคัญ : โรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุ, ปัจจัยการพยากรณ์โรค

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น

ABSTRACT

Objective : To investigate the prognostic factors and related demographic data that influence the visual outcome in traumatic optic neuropathy patients at KhonKaen Hospital

Methods : Sixty-two cases of traumatic optic neuropathy patients presented at KhonKaen Hospital between 2010-2020 were examined retrospectively. Clinical data of the patients, including Initial visual acuity (Initial VA), final visual acuity (Final VA), associated injury, CT images and treatments, were collected. The patients were divided in 2 groups based on the result of the final VA when compared to the initial VA. Statistical analysis were performed to identify associated factors with the visual outcome.

Result : Most of the patients were male (n=53, 84.13%). Ages were in between 12-67 years old. The most common cause of disease was motorcycle accident (79.37%). Most common associated injury was head injury (90.48%). Eighty-eight percent of the patients had initial VA worse than 3/60. At the end of the treatment, most of the patients had final VA worse than 3/60 (71.42%). The initial VA better than 3/60 was a good prognostic factor that determine the better visual outcome (p-value = 0.036). Treatments with or without systemic corticosteroids were not statistical different in the study.

Traumatic optic neuropathy had poor visual prognosis. The good initial VA was good prognosis factor. Prevention of accident and the decreasing of accidental severity were recommended.

Keywords : Traumatic optic neuropathy, prognostic factors

บทนำ

โรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุ (Traumatic optic neuropathy, TON) คือการสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทตาภายหลังอุบัติเหตุต่อบริเวณรอบดวงตาหรือการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ เกิดจากเส้นประสาทตาได้รับความกระทบกระเทือน สาเหตุของการบาดเจ็บที่เส้นประสาทตาอาจเกิดจากแรงกระทำโดยตรง (Direct TON) เช่นกระดูกเบ้าตาที่แตกกดทับเส้นประสาทตา หรือโดยอ้อม (Indirect TON) จากแรงกระแทกส่งผ่านมาตามกระดูกใบหน้าไปรวมกันบริเวณ optic canal ทำให้เส้นประสาทตาบวม เกิดการบีบอัดและขาดเลือด ผู้ป่วยโรคนี้มักมีการมองเห็นแย่ลงอย่างเฉียบพลันและรุนแรงผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 50 มีระดับสายตา (visual acuity, VA) เมื่อสิ้นสุดการรักษาน้อยกว่า 3/60[1] ซึ่งถือว่ามีภาวะตาบอดตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก[2]และอาจสูญเสียการมองเห็นถึงขั้นมองไม่เห็นแสงอย่างถาวรได้ ปัจจุบันการรักษาโรคนี้ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันถึงผลของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการให้ยา Corticosteroids หรือการผ่าตัด[1,3-6] และยังไม่ทราบถึงปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยไทย ที่จะช่วยในการวางแผนการรักษา

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยจากอุบัติเหตุมาเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุมาก่อน ซึ่งโรคนี้พบได้ ร้อยละ 0.7-2.5 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ[5] และจากการสืบค้นข้อมูลพบว่าการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุมากที่สุดจากการศึกษาในประเทศไทย

การมีข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้และทราบถึงปัจจัยในการพยากรณ์โรคจึงเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลและผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลขอนแก่นและปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น (KEXP64002) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุ (ผู้ป่วยที่มีอาการตามัวลงภายหลังการเกิดอุบัติเหตุร่วมกับตรวจพบระดับสายตาแย่ลงในตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างและมีการตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาที่ผิดปกติ) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ 1 กันยายน พ.ศ. 2553 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยการสืบค้นจาก รหัสโรค ICD-10 (S04.0) และมีเกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย (Exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาข้อมูลได้, ผู้ป่วยที่หมดสติหรือไม่รู้สึกตัวนานกว่า 5 วัน ก่อนได้รับการวินิจฉัย, ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของลูกตาส่วนอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การฉีกขาดของผนังลูกตา (Rupture globe หรือ penetrating injury), บาดแผลฉีกขาดที่กระจกตา, เลือดออกในช่องหน้าม่านตา, เลือดออกในวุ้นตา, จอประสาทตาฉีกขาดหรือหลุดลอก, สิ่งแปลกปลอมในลูกตา (Intraocular foreign body), ต้อกระจกจากอุบัติเหตุ (Traumatic cataract)

เก็บข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเช่น เพศ, อายุ, ตาข้างที่เป็น, ระดับสายตาที่ตรวจได้ครั้งแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ (Initial VA), ระดับสายตาหลังสิ้นสุดการรักษาที่ 3 เดือน หรือระดับสายตาที่ตรวจครั้งสุดท้าย (Final VA), การบาดเจ็บร่วมทางตา (ตารางที่ 1), สาเหตุของการบาดเจ็บ (ตารางที่ 2) เป็นต้น

ดำเนินการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับสายตา Final VA ดีกว่า Initial VA กับกลุ่มที่มีระดับสายตา Final VA แย่กว่าหรือเท่ากับระดับสายตา Initial VA เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยในการพยากรณ์โรค โดยปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 3

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Categorical data) เช่น การได้รับยา Corticosteroids การได้รับยาลดความดันลูกตา เป็นต้น ใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่มีค่าระดับสายตาหลังสิ้นสุดการรักษา (Final VA) ดีกว่าระดับสายตาที่ตรวจได้ครั้งแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ (Initial VA) และกลุ่มที่ระดับสายตาเท่าเดิมหรือแย่ลง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม PASW Statistics 18.0 (SPSS) โดยกำหนดให้มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

การสืบค้นข้อมูลจากรหัสโรคในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุจำนวน 147 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย จำนวน 62 ราย (63 ตา) โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกคือการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ได้

ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 12-67 ปี (ค่ามัธยฐานของอายุคือ 21 ปี) แบ่งเป็นเพศชาย 53 ราย (ร้อยละ 84.13) เพศหญิง 10 ราย เส้นประสาทตาขวาเสื่อม 32 ข้าง ตาซ้ายเสื่อม 31 ข้าง โดยมีผู้ป่วย 1 รายที่เส้นประสาทตาเสื่อมทั้ง 2 ข้าง

สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุ คืออุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 79.37 (50 ตา) รองลงมาคือการถูกกระแทกโดยวัตถุ สาเหตุอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลังจากมีอาการตามัวคือ 24 ชั่วโมง (3 ชั่วโมง ถึง 22 วัน) ระดับสายตาเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกพบว่ามีการสูญเสียระดับสายตารุนแรง (Initial VA < 3/60) ถึงร้อยละ 88.89 ในจำนวนนี้มีถึง ร้อยละ 41.27 (26 ตา) ที่มองไม่เห็นแสงเลย (no Perception of Light, no PL) ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (ตารางที่ 1) อาการบาดเจ็บร่วมทางตาที่พบมากคือ เปลือกตาบวมช้ำ เลือกออกใต้เยื่อบุตาขาว และกระดูกเบ้าตาแตกเป็น ร้อยละ 66.67, 33.33 และ 23.80 ตามลำดับ การบาดเจ็บทางกายอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยมากที่สุดคือการบาดเจ็บที่ศีรษะพบ ร้อยละ 90.48 รองลงมาคือการมีกระดูกใบหน้าแตกพบ ร้อยละ 58.73 พบผู้ป่วยเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุ มีอาการหมดสติหลังประสบอุบัติเหตุร้อยละ 62.90 (39 ราย)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	จำนวน (ตา)	ร้อยละ
ตาข้าง		
ขวา	32	50.79
ซ้าย	31	49.21
ระดับการมองเห็นเมื่อเริ่มวินิจฉัย (Initial visual acuity)		
6/6 -6/12	1	1.58
6/18-6/60	5	7.94
5/60-3/60	1	1.58
2/60-PL	30	47.62
No PL	26	41.27
อาการบาดเจ็บร่วมทางตา		
Eyelid ecchymosis	42	66.67
Orbital fracture	21	33.33
Subconjunctival hemorrhage	15	23.81
Limited extraocular muscle movement	11	17.46
Retrobulbar hemorrhage	7	11.11
Eyelid laceration	5	7.94
Retinal edema	2	3.17
Corneal abrasion	2	3.17
ระดับการมองเห็นเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Final visual acuity)		
6/6 -6/12	9	14.29
6/18-6/60	8	12.70
5/60-3/60	1	1.59
2/60-PL	13	20.63
No PL	32	50.79

การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทตาเป็นการบาดเจ็บจากแรงกระทำโดยอ้อมถึง ร้อยละ 95.24 (60 ตา) มีเพียง 3 ตา ที่เป็นการบาดเจ็บจากกระดูกที่แตกและกดทับเส้นประสาทตาโดยตรง ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้มีระดับการมองเห็นคือมองไม่เห็นแสง (no PL) ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ดีขึ้นจนสิ้นสุดการรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (47 ตา จาก 63 ตา) ได้รับการรักษาแบบสังเกตอาการ ผู้ป่วย 16 ราย (ร้อยละ 25.40) ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Corticosteroids เข้าทางหลอดเลือดดำ โดยได้รับยา Methylprednisolone 1 กรัมต่อวันเป็นระยะเวลา 2-3 วัน จำนวน 4 ราย ได้รับยา Dexamethasone 8 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 2-3 วัน จำนวน 12 ราย

ระยะเวลาโดยเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงการได้รับยา Corticosteroids คือ 31.25 ± 19.22 ชั่วโมง (ค่ามัธยฐาน 27 ชั่วโมง ค่าต่ำสุด 6 ชั่วโมง ค่ามากสุด 72 ชั่วโมง) นอกจากยา Corticosteroids แล้วมีผู้ป่วยอีก 16 ราย (17 ตา) ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้กินยาวิตามินบีรวม และผู้ป่วย 10 รายได้รับการรักษาด้วยยาหยอดลดความดันลูกตา ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดในการศึกษานี้ที่ได้รับการผ่าตัด Optic Nerve Decompression

ข้อมูลการตรวจด้วยภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วย จำนวน 51 รายพบว่า มีผู้ป่วย 42 ราย มีเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสส่วนหลัง (Posterior Ethmoidal

Cells) หรือ Sphenoid ไซนัส, 35 รายมีพยาธิสภาพที่สมองหรือเลือดออกในกะโหลกศีรษะ, 30 ราย มีกระดูกเบ้าตาแตกหรือมีเลือดออกในเบ้าตา

ตารางที่ 2 สาเหตุของการบาดเจ็บ

สาเหตุ	จำนวน (ตา)	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	50	79.37
การถูกกระแทกโดยวัตถุ	5	7.94
อุบัติเหตุรถยนต์	3	4.76
ตกจากที่สูง	3	4.76
การถูกทำร้ายร่างกาย	2	3.17

ผลการตรวจระดับสายตาเมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 42.86 (27 ตา) มีระดับการมองเห็นดีขึ้นเมื่อเทียบกับระดับสายตาเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรง (VA < 3/60) มีถึง ร้อยละ 71.42 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อหาปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคพบว่าระดับสายตาเมื่อแรกเริ่มได้รับการวินิจฉัยที่ดีกว่าหรือเท่ากับ 3/60 จะมีระดับสายตาหลังสิ้นสุดการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.036) ปัจจัยด้านอื่นเช่น อายุผู้ป่วยที่น้อยกว่า 40 ปี, การหมดสติ หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ผิดปกติได้แก่ พบว่ามีเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสหรือ Sphenoid ไซนัส การมีรอยโรคในกะโหลกศีรษะ กระดูกเข้าตาแตกหรือมีเลือดออกในเบ้าตา พบว่าไม่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค ปัจจัยในด้านการรักษา เช่น ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัย, การให้ยา Corticosteroids, การให้ยาวิตามินบี ชนิดรับประทาน หรือยาหยอดลดความดันลูกตา พบว่าไม่สัมพันธ์กับการพยากรณ์ระดับสายตาเมื่อสิ้นสุดการรักษาเช่นกัน ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยการพยากรณ์ระดับการมองเห็น

ปัจจัยที่ศึกษา	Final VA		*p*-value
	> Initial VA (n=27)	≤ Initial VA (n=36)	
อายุ			
< 40 ปี	24	26	0.128
≥ 40 ปี	3	10	
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการวินิจฉัย			
≤ 48 ชั่วโมง	23	25	0.232
> 48 ชั่วโมง	4	11	
Initial visual acuity			
≥ 3/60	6	1	0.036
< 3/60	21	35	
หมดสติหลังประสบอุบัติเหตุ			
ไม่ใช่	10	14	1.000
ใช่	17	22	
มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย			
ไม่มี	4	2	0.388
มี	23	34	
มีกระดูกใบหน้าแตกร่วมด้วย			
ไม่มี	12	14	0.797
มี	15	22	
ได้รับการรักษาด้วยยา Corticosteroids			
ได้รับ	9	7	0.251
ไม่ได้รับ	18	29	
CT brain พบเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสส่วนหลังหรือ Sphenoid ไซนัส (n=51)			
ไม่พบ	6	3	0.276
พบ	18	24	
CT brain พบรอยโรคในสมองหรือกะโหลกศีรษะ (n=51)			
ไม่พบ	10	6	0.226
พบ	14	21	
CT brain พบเลือดออกในเบ้าตาหรือพบกระดูกเบ้าตาแตก (n=51)			
ไม่พบ	11	10	0.578
พบ	13	17	

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu-Wai-Man P และคณะ[5] และพบว่าอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

เป็นสาเหตุถึง ร้อยละ 79.37 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติดื่มสุราไม่สวมหมวกนิรภัยแล้วขับขี่ยานพาหนะ ส่วนสาเหตุการตกจากที่สูงที่พบเพียง ร้อยละ 4.76 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Yu-Wai-Man P และคณะ[6] ที่พบมากเป็นถึงร้อยละ 27 อาจสืบเนื่องจากพื้นที่ในจังหวัดขอนแก่นและใกล้เคียงไม่ได้มีตึกสูงเป็นจำนวนมากจึงทำให้พบว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้น้อยกว่าอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นพาหนะหลักในการเดินทางของประชากรในพื้นที่[7]

ผู้ป่วย ร้อยละ 88.89 สูญเสียการมองเห็นระดับรุนแรงตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงมีถึง ร้อยละ 71.42 จะพบได้ว่าโรคนี้ทำให้สูญเสียการมองเห็นได้อย่างรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ดีคือ ระดับสายตา Initial VA ที่ดีกว่าหรือเท่ากับ 3/60 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wen-Guei Yang และคณะ[8] ที่พบว่าระดับสายตาที่ดีกว่า no perception of light จะส่งผลให้มีระดับสายตาที่ดีขึ้นหลังสิ้นสุดการรักษา

การศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสส่วนหลัง หรือ Sphenoid ไซนัส จากภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถึงร้อยละ 82.35 ซึ่งบริเวณของ Ethmoid ไซนัสส่วนหลังหรือ Sphenoid ไซนัส นี้ เป็นตำแหน่งที่อยู่ใกล้กับ Optic canal[9] การพบการบาดเจ็บหรือมีเลือดออกในบริเวณนี้จึงส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทตาที่อยู่ในบริเวณใกล้กันได้ (รูปที่ 1) การศึกษาของ A Carta และคณะพบว่าการตรวจพบเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสส่วนหลัง ในผู้ป่วยโรคนี้สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี[10] ดังนั้นการตรวจพบความผิดปกติจากภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นี้ อาจช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ได้เร็วขึ้นในผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่หมดสติหรือประเมินระดับสายตาได้ยาก หรือไม่สามารถบอกได้ว่ามีอาการตามัว

รูปที่ 1 ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแสดงให้เห็นการมีเลือดออกใน Ethmoid ไซนัสส่วนหลัง และ Sphenoid ไซนัส

ผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 74.60) ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยการสังเกตอาการ ผู้ป่วย 16 ราย (ร้อยละ 25.40) ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา Corticosteroids เข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบสังเกตอาการมีระดับสายตาดีขึ้นร้อยละ 38.30 กลุ่มที่ได้ยา Corticosteroids มีระดับสายตาดีขึ้น ร้อยละ 56.25 จะพบว่าการได้ยา Corticosteroids ผู้ป่วยมีโอกาสมีการมองเห็นที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.251) สอดคล้องกับการวิจัย International Optic Nerve Trauma Study (IONTS)1 ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าที่ใหญ่ที่สุดของโรคเส้นประสาทตาเสื่อม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบสังเกตอาการ, กลุ่มที่ได้รับยา Corticosteroids และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด Optic nerve decompression ผลการรักษาระหว่าง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน กลไกของยา Corticosteroids ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เกิดจากยา Corticosteroids ไปช่วยลดการบวมอักเสบของเส้นประสาทตาและลดการเกิด Oxygen free radical-induced lipid peroxidation[11] ทั้งนี้การพิจารณาให้ยา Corticosteroids จักษุแพทย์หรือแพทย์ที่ดูแลจะให้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่ศีรษะ (Severe head injury) ซึ่งอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทตาน้อยกว่าเช่นกัน ทำให้มีระดับสายตาที่ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา การศึกษา

ของ Wanicha C. และ Niphon C. พบว่าการให้ยา Methyprednisolone ในขนาดสูง หรือ การให้ยา Dexamethasone ในขนาดสูง ให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกันเมื่อสิ้นสุดการรักษา แต่การให้ยา Methyprednisolone ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการมองเห็นที่ดีขึ้นได้เร็วกว่า[12] จึงอาจเป็นข้อพิจารณาในการเลือกชนิดของยา Corticosteroids ให้กับผู้ป่วย

การรักษาด้วยการให้ยาวิตามินบีชนิดรับประทานพบว่าระดับการมองเห็นที่ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษาในกลุ่มที่ได้รับยาคิดเป็น ร้อยละ 52.17 กลุ่มที่ไม่ได้รับยาคิดเป็นร้อยละ 37.50 แต่พบว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.298) ถ้ามองในแง่ของการดูแลผู้ป่วยแล้วการให้ยาวิตามินบีน่าจะมีผลช่วยเรื่องจิตใจของผู้ป่วยให้รู้สึกว่ากำลังได้รับการรักษาอยู่ หากไม่มีข้อห้ามในการให้ยา อาจเป็นทางเลือกในการรักษาเพิ่มเติมนอกจากการสังเกตอาการ

สรุปผลการศึกษา

โรคเส้นประสาทตาเสื่อมจากอุบัติเหตุเป็นโรคที่พบได้ในผู้ป่วยชายอายุน้อย และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคที่ดี คือระดับสายตาเมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ดี การรักษาแบบสังเกตอาการหรือการให้ยา Corticosteroids ไม่มีผลต่อการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้ควรพิจารณาเป็นกรณีในผู้ป่วยแต่ละราย การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุหรือลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Levin LA, Beck RW, Joseph MP, Seiff S, Kraker R. The treatment of traumatic optic neuropathy: the International Optic Nerve Trauma Study. Ophthalmology 1999; 106(7): 1268-77.
2. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en.
3. Steinsapir, K.D., Goldberg, R.A. Traumatic optic neuropathy: a critical update. Comp Ophthalmol Update 2005; 6: 11–21.
4. Entezari M, Rajavi Z, Sedighi N, Daftarian N, Sanagoo M. High-dose intravenous methylprednisolone in recent traumatic optic neuropathy; a randomized double-masked placebo-controlled clinical trial. Graefes Arch ClinExpOphthalmol 2007; 245(9): 1267-71.
5. Yu-Wai-Man_P, Gri_iths_PG. Steroids for traumatic optic neuropathy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006032.
6. Yu Wai Man P, Griffiths PG. Surgery for traumatic optic neuropathy. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD005024.
7. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศการขนส่งและจราจร สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สนข.) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://mistran.otp.go.th/ReportService/VehicleRegistrationAll.aspx.
8. Wen-Guei Yang, Chien-Tzung Chen, Pei-Kwei Tsay. Outcome for Traumatic Optic Neuropathy - Surgical Versus Nonsurgical Treatment. Annals of Plastic Surgery 2004; 52: 36-42
9. Ulrich S, Helmut W, William H. Clinical Neuro--Ophthalmology A Practical Guide : chapter 3 Functional Anatomy of the Human Visual Pathway. Springer Berlin Heidelberg New York ,2007
10. A Carta, L Ferrigno, M Salvo, S Bianchi-Marzoli, A Boschi, F Carta. Visual prognosis after indirect traumatic optic neuropathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74: 246–248

11. Hall ED. The neuroprotective pharmacology of methylprednisolone. Journal of Neurosurgery 1992; 76(1): 13-22.
12. Wanicha C., Niphon C. A prospective randomized trial of megadose methylprednisolone and high dose dexamethasone for traumatic optic neuropathy. J Med Assoc Thai 2002; 85(5): 597-603.

การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution : Dong Bang Subdistrict , Maha sarakham Province

ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[1*], ปรีขา ยะถา[2], บุญชอบ สิงห์คำ[3], กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์[1], สุนีรัตน์ สิงห์คำ[3]
Phadoongsit Chumnanborirak[1], Preecha Yatha[2], Boonchorp Singhkum[3], Kittisak Kraichan[1], Suneerat Singhkum[3]

(Received : 04 June 21 Revised : 28 July 21 Accepted : 04 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน 2. เพื่อศึกษาการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1. ศึกษาสภาพปัญหา 2. วางแผนการพัฒนาแก้ไขปัญหา 3. นำกระบวนการแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ 4. ประเมินผลการพัฒนา ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 1) กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 576 คน 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย จำนวน 60 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : 1. สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน พบว่า ไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 57.7 ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 29.3 อายุเฉลี่ยที่ดื่มครั้งแรก 22 ปี ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย เดือนละ 467 บาทต่อเดือน เบียร์มากที่สุด ร้อยละ 52 ความถี่ในการดื่มคือ เดือนละ 1-3 วัน/เดือน ร้อยละ 26.9 ดื่มครั้งละประมาณ 2 ขวด ผลกระทบที่เกิดขึ้น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน เจ็บป่วย ทะเลาะวิวาท 2. การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนในการแก้ไขปัญหา คือ 1) การทำแผนมาตรการชุมชน 2) การทำธรรมนูญสุขภาวะตำบลดงบัง 3) รณรงค์และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) อบรมการทำสติบำบัด 3. ภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนตำบลดงบัง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.34, S.D. = 0.52) ความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.71, S.D. = 0.49)

สรุปผลการศึกษา : การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปแก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างชัดเจน และมีแนวทางในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : การพัฒนา, มาตรการชุมชน, การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

[1*]วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม [1]Srimahasarakham Nursing College
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง [2]Dong Bang Sub-District Health Promoting Hospital
[3]ประชาคมงดเหล้ามหาสารคาม [3]Stopdrink Mahasarakham

ABSTRACT

Objectives : 1. To study the situation of alcohol consumption and distribution in Dong Bang Sub-district. 2. To investigate the creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution in the community.

Methods : This study was an action research divided into 4 phases, which are phase 1. study of the problem condition by analyzing the situation, phase 2. plans for development and problem solving, phase 3. implementation of problem solving processes, and phase 4. evaluation of development. The study participants consisted of 1) a sample group that collected quantitative data of 579 people. 2) The research group totaled 60 persons. The research tools were questionnaires on alcohol consumption, knowledge of alcohol law, participation questionnaires, observation, group discussion, and in-depth interview. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Result : 1. From the study of the situation of drinking alcohol in the community, it was found that 57.7 % were used to drinking, 29.3 % are still drinking. Average age of the first drink was 22 years, expending alcohol, an average of 467 baht per month. Majority of them prefer drinking beer, 52 %, followed by rice whisky at 32.7 %. The frequency of drinking 1-3 days per month, with 26.9 %, followed by 24.6 % of those who drink every other day, on average 2 bottles at a time. The effects led to more expenditure, car accidents, having an illness, quarrel, and assembling for unlawful purposes. 2. The creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution consist of 1) Making a community measure plan in order to access local health coverage plans. 2) Taking community measures to control the consumption and distribution of alcohol with 48 collaborative agreements. 3) Campaigns and public relations on alcohol control 4) Training to educate about alcohol law and 5) Mindfulness therapy training Among alcohol drinkers. 3. The evaluation had an exchange process in which people cooperated in solving the problems, applying collaborative agreements as a guideline when having a participation in the community at high level ($\bar{x}$ = 4.34, S.D. = 0.52). The samples satisfied in organizing activities at the highest level ($\bar{x}$ = 4.71, S.D. = 0.49).

Conclusion : The findings show that the creating and developing community-based approaches to control alcohol consumption and distribution is able to solve problems in the community effectively as a beneficial guideline for associate networks.

Keywords : Development, Community-based approaches, Control alcohol consumption

บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ประเทศและนานาชาติ แต่จากขนาดของความสูญเสียและสภาพของปัญหาในสังคม มีความจำเป็นที่รัฐหรือประเทศจะต้องมีนโยบายและมาตรการเพื่อลดปัญหาแอลกอฮอล์ที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้น[1,2] ในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เป็นกฎหมายหลักในการดำเนิน

มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[3] และมีแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ ที่เป็นแผนแม่บทในการวางนโยบายจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในประเทศ ซึ่งผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ ปี 2556 ระบุว่า ประชากรไทย ร้อยละ 31.5 เป็นผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้บริโภคในกลุ่มสตรี เด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงและการส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน[4] ในรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด ปี 2554 พบว่า พื้นที่ที่มีความชุกของนักดื่มสูง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มจังหวัดในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มสูงสุด ได้แก่ พะเยา รองลงมาคือ แพร่ เชียงราย นครพนม และน่าน สำหรับพื้นที่ที่มีความชุกของการดื่มในระดับน้อยที่สุดอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ และภาคกลาง เมื่อพิจารณาค่าดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์พบว่า 10 จังหวัดที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด ได้แก่ พะเยา ปราจีนบุรี แพร่ พิษณุโลก เชียงใหม่ เชียงราย ร้อยเอ็ด สุโขทัย ลำปาง และแม่ฮ่องสอน จึงมีความจำเป็นจะต้องเร่งจัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดที่มีความเสี่ยง[5] ในส่วนการดำเนินแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในจังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาการดื่มสุราของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรตั้งแต่อายุ 15-60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 39 และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15–19 ปี) ร้อยละ 24.1 เป็นอันดับที่ 16 ของประเทศ เมื่อดื่มแล้วจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่ม ร้อยละ 4.9 ค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ย 397 บาท ต่อเดือน[5] ซึ่งจากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดขึ้นกับคนไทย อีกทั้งยังมีผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินโครงการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโครงการและดำเนินกิจกรรมตามแผนของโครงการเป็นอย่างมาก ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม และองค์กรสนับสนุนทางวิชาการและการประสานงานโครงการ โดยมีหลายพื้นที่ที่ดำเนินโครงการไปได้ตามแผนที่วางไว้และมีผลการดำเนินงานที่น่าชื่นชม อาทิ การกำหนดและเข้มงวดพื้นที่ห้ามขาย ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นนโยบายของจังหวัด การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติงานอย่างเข้มแข็งของเจ้าหน้าที่ตำรวจและสรรพสามิตในการควบคุมและป้องกันปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น เมื่อพิจารณากลุ่มมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมาตรการให้ความรู้และปรับทัศนคติ การพัฒนากลไกเครือข่ายสนับสนุนการทำงาน และการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ทั้งชุมชนต้นแบบและกิจกรรมวัฒนธรรมประเพณี ส่วนมาตรการที่ยังไม่มีการนำไปใช้ คือ มาตรการภาษีราคา การควบคุมการตลาด การขับเคลื่อนนโยบายในหน่วยงานและสถานประกอบการ อย่างไรก็ตามการพัฒนาข้อเสนอโครงการในจังหวัดมีช่วงเวลาในการพัฒนาโครงการที่จำกัด จึงอาจทำให้การพัฒนาโครงการเป็นไปแบบเร่งรัด ซึ่งหากมีเวลาในการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนมากขึ้น จะทำให้ได้โครงการและแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของจังหวัดที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น[6]

จากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ใน ปี พ.ศ. 2554 จังหวัดมหาสารคาม เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงให้การสนับสนุนให้ประชาชน ลด ละ เลิก สิ่งมึนเมา และอบายมุข และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี จึงประกาศการจัดงานศพ งานบุญและบุญประเพณี ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม[7] พบว่า โดยเพศชายมีความชุกของนักดื่มปัจจุบันสูงกว่าเพศหญิง โอกาสการดื่มสุรา มากที่สุด คือ งานปีใหม่ ร้อยละ 46.21 งานสงกรานต์ ร้อยละ 43.94 อีกทั้งผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 8.09 บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุอื่นๆ ร้อยละ 8.20 และเคยประสบปัญหาความรุนแรงในครัวเรือนถึง ร้อยละ 6.67

นอกจากปัญหาที่กล่าวมาแล้วอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญ คือ การติดสุรา นอกจากจะทำลายสุขภาพและทำลายอนาคตของผู้ดื่มแล้ว ยังเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้แก่คนในครอบครัว ซึ่งสาเหตุที่ไม่สามารถบำบัดเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เกิดจากจิตใจไม่เข้มแข็งพอ และยังถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่มเลยไม่สามารถที่จะเลิกสุราได้[8] ซึ่งในส่วนพื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ภายใต้โครงการงานบุญงานศพปลอดเหล้า ตั้งแต่ ปี 2557 โดยดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ 9 หมู่บ้าน แต่การดำเนินงานยังประสบปัญหาดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง พบว่าปี 2559-2560 มีค่าใช้จ่ายเป็นค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทสูงสุด 26,000 บาท ต่ำสุด 2,000 บาท เฉลี่ย 8,883.33 บาท อีกทั้งมีผู้ติดสุราเรื้อรัง จำนวน 8 คน มีอาการทางจิตเวช 3 คน ซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ มีการมั่วสุ่มการดื่มสุรา เกิดอุบัติทางถนน การทะเลาะวิวาทในครอบครัวชุมชน และก่อความรำคาญแก่ชุมชน อีกทั้งในตำบลดงบังมีร้านค้าภายในตำบล จำนวน 12 แห่ง โดยมีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งปัญหาที่เกิดจากร้านคือ ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่เยาวชน การขายในช่วงเวลาที่ห้ามขาย การขายให้กับผู้เมาสุรา เป็นต้น จากปัญหาที่เกิดขึ้นยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจน ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และขาดการเชื่อมโยงในชุมชน ขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง อีกทั้งแผนการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่มีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จะต้องสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโดยมีการเชื่อมโยงกับคนในชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ให้เกิดความตระหนักและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา การดำเนินตามแผน การประเมินผลและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีกระบวนการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ผลจากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart[9] โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ดำเนินโครงการในพื้นที่ตำบลดงบัง จำนวน 9 หมู่บ้าน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

2. ดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2564

3. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วย

3.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในตำบลดงบัง คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,707 คน ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการใช้เกณฑ์การประมาณจากจำนวนประชากร ในการกำหนดขนาด[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเป็น 406 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 576 คน เพื่อให้มีความคลาดเคลื่อนลดลง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 ในตำบลสุ่มเลือก 6 หมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ขั้นที่ 2 ในแต่ละหมู่บ้านสุ่มเลือกตัวอย่าง จำนวน 96 คน โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ

3.2 กลุ่มสัมภาษณ์แบบเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การบริโภค และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนครู พระสงฆ์

ตัวแทน อสม. ตัวแทนภาคประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง จำนวน 20 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

3.3 กลุ่มสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การบริโภค และการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 10 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

3.4 กลุ่มเป้าหมายประชุมระดมความคิดเห็นในการสร้างมาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มประกอบด้วย ตัวแทนภาคประชาชน ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ผู้ประกอบการร้านค้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลนาดูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทน อสม.แต่ละหมู่บ้าน นักวิชาการ จำนวน 60 ท่าน โดยเลือกแบบเจาะจง

3.5 กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการพัฒนามาตรการชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนภาคประชาชน ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนครู ตัวแทน อสม.แต่ละหมู่บ้าน รวมจำนวน 180 ท่าน โดยเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกคำตอบ 2คำตอบ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ โดยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภค การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน และแนวความคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา จำนวน 5 ข้อ

5. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภค การจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน และแนวความคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การหาคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item--Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 0.6-1 หลังจากนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน แบบสอบถามการมีส่วนร่วม หาค่าความเที่ยงใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97, 0.94 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้วิธีของ Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.86

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาบริบทและสถานการณ์สภาพปัญหา ดังนี้ 1) เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ ตามแบบสอบถาม เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง จำนวน 576 คน 2) สนทนากลุ่มกับผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การบริโภค และการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยใช้แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 3) สัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนครู พระสงฆ์ ตัวแทน อสม. ตัวแทนภาคประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การบริโภค และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยใช้แบบบันทึกสัมภาษณ์เชิงลึก 4) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และระดมความคิดเห็นวางแผนแก้ไขปัญหา

2. ดำเนินวางแผนแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) คืนข้อมูลสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ 2) ประชุมทีมวิจัยเพื่อออกแบบแนวทางปฏิบัติการและสร้างทีมพัฒนามาตรการชุมชน 3) สร้างทีมในการดำเนินงาน

3. นำกระบวนการแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ มีดังนี้ 1) การทำแผนมาตรการชุมชน 2) การทำธรรมนูญสุขภาวะตำบลดงบัง 3) รณรงค์และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) อบรมการทำสติบำบัด 4. การประเมินผล 1) จัดเวทีถอดบทเรียน 2) ติดตามปฏิบัติการทุก 2 เดือน 3) ประเมินผลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการที่แตกต่างกันจากข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกันหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วันที่ 18 ตุลาคม 2562 เลขที่จริยธรรมวิจัย SNC 016/ 2562 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ให้ผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลา

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศชาย ร้อยละ 50.3 เพศหญิง ร้อยละ 49.7 เพศหญิง มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70.6 จบประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 84.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,649 บาท การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 29.3 อายุเฉลี่ยของการดื่มครั้งแรก 22 ปี เสียค่าซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดือนละ 467 บาทต่อเดือน เทศกาลที่นิยมดื่ม คือ เทศกาลปีใหม่ ร้อยละ 15.2 เทศกาลสงกรานต์ ร้อยละ 14 งานแต่งงาน ร้อยละ 13.7 เบียร์นิยมดื่มมากที่สุด ร้อยละ 52 รองลงมาคือดื่มเหล้าขาว ร้อยละ 32.7 ในส่วนความถี่ในการดื่ม พบว่า ดื่มเดือนละ 1-3 วันต่อเดือน ร้อยละ 26.9 รองลงมาดื่มวันเว้นวัน ร้อยละ 26.9 โดยเฉลี่ยในการดื่มแต่ละครั้งประมาณ 2 ขวด และผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นได้ ($\bar{x}$ =3.57, SD=1.25) ทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้ ($\bar{x}$ =3.49, SD=1.36) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลกระทบ	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้	3.49	1.36	ปานกลาง
เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาในชุมชน	2.82	1.32	ปานกลาง
เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาในครัวเรือน	2.72	1.31	ปานกลาง
เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ	3.16	1.25	ปานกลาง
เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นได้	3.57	1.25	มาก
รวม	3.15	1.12	ปานกลาง

1.2 แนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตำบลดงบัง ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า สนับสนุนให้ตำบลดงบังให้มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน ให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{x}$ =4.59, SD=0.81) สนับสนุนให้ตำบลดงบังเป็นตำบลต้นแบบจัดงานบุญ งานศพ งานกฐิน ปลอดเหล้า ($\bar{x}$ = 4.57, SD=0.85) ดังแสดงในตารางที่ 2

1.3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดผลกระทบกับชุมชนโดยเฉพาะอุบัติเหตุทางถนน การทะเลาะวิวาทกัน การมั่วสุมในชุมชน อีกทั้งในงานบุญประเพณีต่าง ๆ ยังนิยมดื่มกัน เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ งานบวช เป็นต้น ในส่วนร้านค้าในชุมชนยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น ขายให้ผู้มีอาการมึนเมาสุรา ขายในช่วงเวลาและวันที่ห้ามขาย ขายให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลแนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาจากแอลกอฮอล์

แนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาจากแอลกอฮอล์	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบังเป็นตำบลต้นแบบ จัดงานบุญ งานศพ งานกฐิน ปลอดเหล้า	4.57	0.85	มากที่สุด
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบังเป็นตำบลต้นแบบในการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือชุมชนปลอดเหล้า	4.51	0.84	มากที่สุด
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบัง มีบุคคลต้นแบบในการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.49	0.88	มาก
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบังเป็นตำบลต้นแบบ ที่มีร้านค้าต้นแบบในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.24	1.09	มาก
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบังให้มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน ให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.59	0.81	มากที่สุด
ท่านสนับสนุนให้ตำบลดงบังอยากให้มีธรรมนูญสุขภาพ ว่าด้วยเรื่องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุม	4.47	0.84	มาก
ท่านอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตำบลดงบัง ในการลดละเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือชุมชนปลอดเหล้า	4.43	0.84	มาก
รวม	4.47	0.74	มาก

1.4 ผลสนทนากลุ่มกับผู้ประกอบการร้านค้า พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าทราบถึงข้อบังคับและกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอย่างดี เช่น ทราบเวลาให้ขายเหล้า ได้ตั้งแต่เวลา 11.00 - 14.00 น. และเวลา 17.00 - 24.00 น. ทราบห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วันสำคัญทางศาสนา วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา และวันออกพรรษา ห้ามขายวันก่อนวันเลือกตั้งหนึ่งวันจนสิ้นสุดการเลือกตั้ง ห้ามขายให้คนอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่ที่ขายให้เพราะเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกันรู้จักกัน

1.5 ได้นำผลการศึกษาบริบท และสถานการณ์สภาพปัญหา มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการคืนข้อมูลสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ และความต้องการของชุมชนในการแก้ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับคนในชุมชน การมีเครือข่าย

ร่วมกัน อีกทั้งมีการสร้างทีมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน ตำบลดงบัง เพื่อสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

2. ผลการศึกษาการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีผลดังนี้

2.1 ผลการนำกระบวนการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชน เพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 จัดทำธรรมนูญสุขภาวะตำบลดงบัง แบ่งเป็น 8 หมวด มีจำนวนข้อปฏิบัติร่วมกัน 48 ข้อ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนงานเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน กิจกรรมที่ 2 การจัดทำแผนการดำเนินงานมาตรการชุมชนเข้าสู่ข้อบัญญัติท้องถิ่น ได้แผนงาน 7 แผนงาน โดยได้นำแผนการดำเนินงานมาตรการชุมชนเข้าสู่แผนของตำบลในประเด็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ดังนี้ 1) การรณรงค์ โดยเน้นการสร้างกระแสเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายและพรบ.ที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การทำแผ่นป้าย แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์งานบุญ งานศพ ปลอดเหล้า การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน 2) การจัดกิจกรรมร่วมกับเครือข่าย คือ ปฏิญาณตนงดเหล้าเข้าพรรษา คัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้สูบบุหรี่ในชุมชน การร่วมลงนามของผู้นำชุมชน การมอบใบประกาศเชิดชูเกียรติ บุคคลต้นแบบ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมที่ 4 จัดอบรมให้ความรู้และแนวทางแก้ไขปัญหาการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน โดยเป็นกลุ่มแกนนำในชุมชน และอาสาสมัครองค์กรงดเหล้าตำบลดงบัง จัดอบรม 1 วัน โดยแบ่งเป็นภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติเป็นฐานเรียนรู้ 5 ฐานการเรียนรู้ กิจกรรมที่ 5 จัดอบรมการทำสติบำบัด ในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายในอำเภอนาดูน ได้ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 20 คน โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1ชั่วโมง 30 นาที ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

2.2 การประเมินผล มีดังนี้ 1) ภาพรวมการมีส่วนร่วมของประชาชนตำบลดงบัง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.34, S.D.= 0.52) รายข้อ คือ ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองจากการร่วมทำกิจกรรมการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชน ($\bar{x}$ =4.41, S.D.= 0.62) และมีส่วนร่วมสังเกตการณ์การทำกิจกรรม ($\bar{x}$ = 4.41, S.D.=0.64) 2) ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.71, S.D.=0.49) เมื่อแบ่งเป็นรายข้อ คือ วิทยากรมีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง ($\bar{x}$ =4.71, S.D.=0.48) รองลงมา คือ วิทยากรสามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี ($\bar{x}$ =4.69, S.D.=0.50) 3) สรุปได้ว่า ชุมชนมีความตื่นตัวในการดำเนินโครงการให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติและเฝ้าระวังในชุมชน มีธรรมนูญสุขภาวะตำบลดงบัง นำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน และมีการขยายผลในการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทีเกิดขึ้นอยู่ในตำบลดงบัง พบว่า อายุเฉลี่ยของการดื่มครั้งแรก 22 ปี เสียค่าซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เดือนละ 467 บาทต่อเดือน และเกิดผลกระทบกับชุมชนโดยเฉพาะอุบัติเหตุทางถนน การทะเลาะวิวาทกัน การมั่วสุมในชุมชน อีกทั้งในงานบุญประเพณีต่าง ๆ ยังนิยมดื่มกัน เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ งานบวช เป็นต้น อีกทั้งร้านค้าในชุมชนไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีความคล้ายคลึงกับปัญหาในระดับประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงต้นตอของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทางด้านพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม จาการศึกษาของเพียงพิมพ์ ปัณระสี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน[11] พบว่า ค่านิยมของสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย

พฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อต้องการการยอมรับในสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งการดื่มแสดงให้เห็นถึงการเคารพ การให้เกียรติ การแสดงความมีน้ำใจ จะเห็นได้ว่างานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง ประเพณีต่าง ๆ แทบทุกงาน เช่น ประเพณีขึ้นบ้านใหม่ ลงแขกเกี่ยวข้าว บวชนาคงาน ปีใหม่ งานสงกรานต์ งานฉลองต่าง ๆ จะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ[8] พบว่า การดื่มสุราครั้งแรก เฉลี่ยอายุ 20 ปี โดยส่วนใหญ่เทศกาลที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ ปีใหม่ ร้อยละ 45 รองลงมาเทศกาลสงกานต์ ร้อยละ 42 และเกิดบทกระทบเกิดขึ้น คือ อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 12.83 ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 6.67 อีกทั้งผลการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ[5] พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15–19 ปี) ร้อยละ 24.1 เมื่อดื่มแล้วจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่ม ร้อยละ 4.9 ค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ย 397 บาทต่อเดือน ในส่วนการจำหน่ายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีการละเมิดกฎหมายกันอยู่ เพราะผู้จำหน่ายเองที่ต้องการเพิ่มรายได้โดยไม่ได้ยึดหลักของความถูกต้อง ซึ่งถือว่าเป็นการละเมิดกฎหมายที่ได้กำหนดไว้ การบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มงวด และบทลงโทษยังไม่รุนแรงพอ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เลิศ ดาวสุวรรณ[13] พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับการห้ามจำหน่ายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี เพราะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและมีอำนาจตามกฎหมายไม่ได้เข้มงวดกวดขันอย่างจริงจัง หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบอาจรู้เห็นเป็นใจกับผู้ประกอบการเหล่านั้นเพราะได้รับผลประโยชน์ตอบแทน นอกระบบจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เท่าที่ควร

2. การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง มีกิจกรรมที่ทำควบคู่กันไป 5 กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา การเข้าใจปัญหาและการหาปัจจัยสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญคือ ศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน จึงเกิดกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยมีกระบวนการในการพัฒนาผ่านคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผ่านกระบวนการ มีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกันและร่วมกันพัฒนาโดยอาศัยทรัพยากรและทุนที่มีอยู่ในชุมชน และการหนุนเสริมจากหน่วยงานภาครัฐในลักษณะการมีส่วนร่วมจากภายใน และภายนอก ซึ่งหากกระบวนการในการพัฒนามีการจัดการที่ดีย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนที่อยู่ในชุมชน[14] อีกทั้งการสร้างความเชื่อมโยงต่าง ๆ ของกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้มีความต่อเนื่อง และนำพาให้ชุมชนนำไปสู่ความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโกวิทย์ พวงงาม[15] ที่กล่าวว่า การพัฒนาชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพและพลังความสามารถของคน ยึดหลักการมีส่วนร่วมพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มากขึ้น ใช้วิถีแห่งประชาธิปไตยและหาโอกาสกระตุ้นให้การศึกษาให้ประชาชนเกิดความคิด และแสดงออกซึ่งความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อหมู่บ้าน ตำบล เกิดการพัฒนาชุมชนจากความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[12] พบว่า การพัฒนาสมรรถนะในการจัดการสุขภาพ ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ

3. การติดตามประเมินผล พบว่า ประชาชนในตำบลดงบังมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ จันทร์ขอนแก่น[16] พบว่า การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนโดยการบูรณาการทำงานร่วมกันของพลังภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและสังคม และภาครัฐและการเมือง ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมอัตราความชุกการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุเมาแล้วขับ และการทะเลาะวิวาทในชุมชนลดลง อีกทั้งการศึกษาของสมคิด ศรีสิงค์[17] พบว่า ปัจจัยความ

รู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นประเด็นที่ประชาชนส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่า เป็นสิ่งที่สำคัญที่สามารถชักนำให้ประชาชนเข้ามาร่วมมือพัฒนากิจกรรมของชุมชนได้มากขึ้น เพราะเป็นเจ้าของท้องถิ่นร่วมกัน และจากการศึกษาของพีรพัฒน์ เก้ากัญญา[18] พบว่า แนวทางการให้บริการคือควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบถึงบทบาทตนเอง ในกระบวนการการมีส่วนร่วมต่าง ๆ และควรจัดให้มีแผนดำเนินงานที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ของการบริการสาธารณะด้านโครงสร้างพื้นฐานอย่างแท้จริง โดยการจัดทำแผนนำแผนไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมและจัดเวทีหมู่บ้านผ่านการประชุม ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคลและชุมชนนับได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการหรือสนับสนุนการในการทำมาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน อีกทั้งให้องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามเมินผลของมาตรการชุมชนที่นำไปใช้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในชุมชน ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ควรส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชน ดังกล่าว ใช้เป็นแนวทางในกระบวนการพัฒนาด้านอื่น ๆ ได้ เช่น การแก้ไขปัญหาบุหรี่ หรือยาเสพติด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action.The Lancet 2009; 9682: 2247-2257.
2. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht G, Graham K, et al.Alcohol No Ordinary Commodity forthcoming. Oxford: University Press ; 2010.
3. สำนักงานกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551.ราชกิจจานุเบกษา 2551 :34-49.
4. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ; 2556.
5. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล, ทักษพล ธรรมรังสี.รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ.2554. นนทบุรี : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ; 2556.
6. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานความก้าวหน้าโครงการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 5 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. กรุงเทพ ฯ : สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ; 2557.
7. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์,กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 2 : 8-16.
8. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคและนโยบายการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ; 2560.
9. Kemmis S, McTaggart R, editors .The action research planner.Victoria : Deakini University ;1988.
10. บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.

11. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 3 ; 143-158.
12. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ.การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่7. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563 ; 3 ; 16 – 26 .
13. เลิศ ดาวสุวรรณ. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพ ฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.
14. พีรพัฒน์ พันศิริ. การพัฒนาองค์กรชุมชน. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2559.
15. โกวิทย์ พวงงาม. การจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
16. สมพงษ์ จันทร์ขอนแก่น.การพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษา: อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 2; 30-41.
17. สมคิด ศรีสิงค์. ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมชุมชนของ ประชาชนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. Journal of Nakhonratcha 2557; 2; 57- 63.
18. พีรพัฒน์ เก้ากัญญา. การมีส่วนร่วมของประชาชนกับประสิทธิผลในการให้บริการ โครงสร้างพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยด้วน อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม [รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพ ฯ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 2558.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Caregiver burden among caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai hospital

ผ่องพักตร์ จันทร์ศิริ

Phongpuk Junsiri

(Received : 06 July 21 Revised : 19 July 21 Accepted : 21 July 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน (intermediate care) ที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โดยทำการเก็บตัวอย่างตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ในผู้ป่วยทุกรายที่ยินดีเข้าร่วม สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Zarit Burden Interview) แบบประเมิน ADL ร่วมกับประวัติจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อภาระดูแล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 (p-value<0.05)

ผลการศึกษา : ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 45 ราย เป็นชาย 27 ราย (ร้อยละ60) เป็นหญิง 18 ราย (ร้อยละ40) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 45 ราย เป็นชาย 3 ราย (ร้อยละ6.6) เป็นหญิง 42 ราย (ร้อยละ93.3) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-60 ปี พบค่าความชุกความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล 14 ราย ใน 45 ราย (ร้อยละ31.1) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (p-value=0.002) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (p-value=0.001) และผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล (p-value=0.002)

สรุปผลการศึกษา : ค่าความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.11 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ภาระดูแล

แพทย์ฝึกปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ABSTRACT

Objective : To study burdens of the caregivers of stroke patient in intermediate care service of Kosumpisai Hospital

Methods : The research was cross-sectional descriptive study, The subjects consist of stroke patients admitted to the intermediate care unit of Kosumpisai Hospital from January 1st, 2020 to December 31st, 2020.collecting information through a general questionnaire together with a burden assessment form completed by stroke patient caregivers, Barthel Index of Activities of Daily Living. Analyze the factor expected to affect care burden. Using the Chi-square test. The level of statistical significance was set at less than 0.05 (p-value<0.05).

Results : Participants were 45 stroke patients, 27 male (60%) and 18 female (40%), average age 61 years or older, 45 caregivers, 3 male (6.6%), 42 female (93.3%), average age 41-60 years old. The prevalence of the feeling of burden is found in 14 out of 45 caregivers (31.1%), due to related factors such as the need for assistance in daily routines of the patients(p-value=0.002), the hours spent in caregiving(p-value=0.001), and the impacts on the career of the caregivers (p-value=0.002).

Conclusion : The prevalence of the feeling of burden in stroke patient caregivers was 31.1%, the need for assistance in daily routines of the patients, the hours spent in caregiving, and the impacts on the career of the caregivers are related to the feeling of burden with significant statistical value.

Keywords : the caregivers of stroke patient, care burd

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาจเกิดจากการตีบตัน หรือแตกของเส้นเลือดสมอง ทำให้มีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อัมพาตครึ่งซีก ควบคุมการกลืนหรือขับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความท้อแท้สิ้นหวังเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต[1]

ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 62.5 สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2555 – 2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2554 – 2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2]ในปีที่ผ่านมาอำเภอโกสุมพิสัยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะ ปี 2561-2562 มีผู้ป่วยรายใหม่ 87, 174 ราย ตามลำดับ โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน (intermediate care) ในปี พ.ศ. 2561-2562 มีจำนวน 14 และ 30 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นระยะที่อาการทางคลินิกคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายของบริการระยะกลางคือการฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย ลดความสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและลดความพิการ[2]ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว

ผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (HomeWard) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IntermediateCare) และเป็นทีมหมอครอบครัว ซึ่งจากการทำงานที่ผ่านมาพบปัญหาว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าและมีความเครียดที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาทและความไม่สะดวกเกิดขึ้นในชีวิต เผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ทั้งด้านการดูแลและปัญหาส่วนตัว คณะผู้วิจัยจึงคิดเห็นว่าควรจะมีการวัดภาระในการดูแลของผู้ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบ ในระยะ intermediate care เพื่อจะได้ทราบภาระที่แท้จริงของผู้ดูแล และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบาย และหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแล อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะกลางที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะกลางที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย

1. ผู้ดูแล (Caregivers) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุอย่างน้อย 18 ปีและมีจำนวนชั่วโมงการดูแลเฉลี่ยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

2. Intermediate care หมายถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ[3]

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้(4)

• คะแนน 0 – 4เป็นกลุ่มติดเตียง : ผู้ป่วยกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

• คะแนน 5 – 11เป็นกลุ่มติดบ้าน : ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

• คะแนน 12 ขึ้นไปเป็นกลุ่มติดสังคม : ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้

4. ภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Caregiver Burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกายและด้านจิตสังคม

5. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview) เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ Zarit (Zarit Burden Interview : ZBI) ซึ่งแปลโดย ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ[5]

รูปแบบและวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยจากกลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน (intermediate care) ที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)คือ ต้องเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยต้องเป็นอัมพาตโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทางคลินิกหรือทางรังสีวิทยา ที่เข้าสู่ระบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน (intermediate care) ที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้รับจ้างดูแลหรือได้รับผลตอบแทนในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาโดยใช้สูตร Estimating a proportion โดยให้ Confidential

proportion = 95%, Estimated proportion (p)=0.87, Acceptable error= 0.10 คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 43 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 45 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลของชนัญชิดา ดุษฎีทูลศิริและคณะที่พัฒนามาจาก Zarit Burden Interview5 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) ร่วมกับประวัติจากเวชระเบียน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1มกราคม 2563ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยตรงจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ รวมถึงรายละเอียดของแบบสอบถาม และถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยวิธี Pearson Chi square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05(p-value<0.05)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

มีการขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ไม่มีการระบุชื่อสกุล และไม่มีข้อมูลใดที่สามารถสื่อย้อนไปยังผู้เข้าร่วมวิจัยได้ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน นอกจากนี้งานวิจัยยังไม่มีการใส่สิ่งแทรกแซง ไม่มีประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก งานวิจัยนี้ได ผ่านการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 60 ต่อ 40 อายุที่มารับการรักษาส่วนใหญ่มากกว่า 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 64.4 พยาธิสภาพเป็นแบบ ischemic stroke ร้อยละ 97.8 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.2 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 กิจวัตรประจำวันที่ต้องช่วยคือการอาบน้ำ ร้อยละ 97.7 ภาระทางพฤติกรรมส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 75.6 คะแนน Bathel Index 75-90 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=45)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	27	60
	หญิง	18	40
อายุ (ปี)	0-20ปี	0	0
	21-40ปี	0	0
	41-60ปี	15	33.3
	61 ปีขึ้นไป	30	66.7
สถานภาพ	โสด	5	11.1
	แต่งงาน	29	64.4
	หย่าร้าง	4	8.9
	หม้าย	7	15.6
พยาธิสภาพ	Ischemic stroke	44	97.8
	Hemorrhagic stroke	1	2.2
รายได้ (บาท)			
	น้อยกว่า 5,000	28	66.2
	5,000-10,000	13	28.9
	มากกว่า 10,000	4	8.9
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	2	4.4
	ประถมศึกษา	39	86.7
	มัธยมศึกษา	4	8.9
	ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0
คะแนน Bethel Index			
	0-20	3	6.7
	25-45	4	8.9
	50-70	5	11.1
	75-90	33	73.3

ตอนที่ 2 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า

ร้อยละ 93.3 เป็นเพศหญิง อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 64.4 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 80 รายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 44.4 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา ของผู้ป่วย ร้อยละ 37.8 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 0-39 ชั่วโมง ร้อยละ 68.9 ระดับความสามารถของผู้ดูแลทำได้เองทุกอย่าง ร้อยละ 100 ผลของการดูแลผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการทำงานของผู้ดูแล ร้อยละ 46.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=45)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	6.7
	หญิง	42	93.3
อายุ (ปี)	0-20 ปี	2	4.4
	21-40 ปี	6	13.3
	41-60ปี	29	64.4
	61ปีขึ้นไป	8	17.8
สถานภาพ	โสด	6	13.3
	แต่งงาน	36	80.0
	หย่าร้าง	1	2.2
	หม้าย	2	4.4
รายได้(บาท)น้อยกว่า 5,000		17	37.8
	5,000-10,000	20	44.4
	มากกว่า 10,000	8	17.8
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
	ประถมศึกษา	26	57.8
	มัธยมศึกษา	18	40.0
	ปริญญาตรีขึ้นไป	1	2.2
อาชีพ	ไม่ทำงาน	12	26.7
	รับจ้าง	20	44.4
	งานประจำ	0	0
	ธุรกิจส่วนตัว	6	13.3
	อื่นๆ	7	15.6
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
	สามี-ภรรยา	17	37.8
	บุตร	14	31.1
	อื่นๆ	14	31.1
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์			
	0-39 ชั่วโมง	31	68.9
	40-79 ชั่วโมง	5	11.1
	80-119 ชั่วโมง	6	13.3
	120-168 ชั่วโมง	3	6.7
ระดับความสามารถของผู้ดูแล			
	ทำได้เองทุกอย่าง	45	100
	ทำกิจวัตรที่ต้องใช้อุปกรณ์เองไม่ได้	0	0
	ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เอง	0	0
โรคประจำตัว			
	ความดันโลหิตสูง	4	8.9
	เบาหวาน	0	0
	หัวใจ	0	0
	อื่นๆ	41	91.1
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพของผู้ดูแล			
	ไม่มีผลต่อการทำงาน	21	46.7
	ทำงานเดิมได้น้อยลง	18	40.0
	ต้องเปลี่ยนงานใหม่	0	0
	ออกจากงานเดิม ยังไม่มีงานใหม่	6	13.3

ตอนที่ 3 : ปัจจัยของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นภาระดูแล การศึกษานี้พบผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 31.11 รายละเอียดเพิ่มเติมดังตารางที่ 3 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ (Pearson chi-square) ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและคะแนน Zarit Burden Interview (n=45)

ตัวแปร	Burden	No burden	Odds ratio (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	7	20		0.357
หญิง	7	11		

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ (Pearson chi-square) ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและคะแนน Zarit Burden Interview (ต่อ)

ตัวแปร	Burden	No burden	Odds ratio (95% CI)	p-value
อายุ(ปี)	0	0		0.227
0-20ปี				
21-40ปี	0	0		
41-60ปี	5	10		
61ปีขึ้นไป	9	21		
สถานภาพ	3	2		0.295
โสด				
แต่งงาน	8	21		
หย่าร้าง	2	2		
หม้าย	1	6		
พยาธิสภาพ			0.295(0.187 -0.466)	0.132
Ischemic stroke	13	31		
Hemorrhagic stroke	1	0		
รายได้ (บาท)	9	19		0.342
น้อยกว่า 5,000				
5,000-10,000	5	8		
มากกว่า 10,000	0	4		
ระดับการศึกษา				0.588
ไม่ได้ศึกษา	0	2		
ประถมศึกษา	13	26		
มัธยมศึกษา	1	3		
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0		
าระทางพฤติกรรมของผู้ป่วย				0.134
ปลุกผู้ดูแลตอนกลางคืน	4	4		
โกรธและโมโหง่าย	2	1		
ทำอันตรายต่อตัวเองและคนอื่น	0	0		
ไม่มีภาระ	8	26		
คะแนน Bathel Index				0.002*
0-20	2	1		
25-45	3	1		
50-70	4	1		
75-90	5	28		

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ (Pearson chi-square) ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและคะแนน Zarit Burden Interview (n=45)

ตัวแปร	Burden	No burden	Odds ratio (95% CI)	p-value
เพศ	0	3	1.5 (1.211-1.858)	0.228
ชาย				
หญิง	14	28		
อายุ(ปี)	1	1		0.124
0-20ปี				
21-40ปี	0	6		
41-60ปี	12	17		
61ปีขึ้นไป	1	7		
สถานภาพ	3	3		0.579
โสด				
แต่งงาน	10	26		
หย่าร้าง	0	1		
หม้าย	1	1		
พยาธิสภาพ	5	12		0.358
Ischemic stroke				
Hemorrhagic stroke	8	12		
รายได้ (บาท)	1	7		0.707
น้อยกว่า 5,000				
5,000-10,000	0	0		
มากกว่า 10,000	9	17		
ระดับการศึกษา	5	13		
ไม่ได้ศึกษา				
ประถมศึกษา	0	1		
มัธยมศึกษา	10	26		
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	1		
อาชีพ	2	10		0.078
ไม่ทำงาน				
รับจ้าง	8	12		
งานประจำ	0	0		
ธุรกิจส่วนตัว	0	6		
อื่นๆ	4	3		

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ (Pearson chi-square) ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและคะแนน Zarit Burden Interview (ต่อ)

ตัวแปร	Burden	No burden	Odds ratio (95% CI)	p-value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.149
สามี-ภรรยา	3	14		
บุตร	4	10		
อื่นๆ	7	7		
เวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์				0.001*
0-39 ชั่วโมง	4	27		
40-79 ชั่วโมง	4	1		
80-119 ชั่วโมง	4	2		
120-168 ชั่วโมง	2	1		
ระดับความสามารถของผู้ดูแล				
ทำได้เองทุกอย่าง	14	31		
ทำกิจวัตรที่ต้องใช้อุปกรณ์เองไม่ได้	0	0		
ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้เอง	0	0		
โรคประจำตัว			1.393 (0.132-14.705)	0.782
ความดันโลหิตสูง	1	3		
หัวใจ	0	0		
อื่นๆ	13	28		
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพของผู้ดูแล				0.002*
ไม่มีผลต่อการทำงาน	2	19		
ทำงานเดิมได้น้อยลง	7	11		
ต้องเปลี่ยนงานใหม่	0	0		
ออกจากงานเดิมยังไม่มีงานใหม่	5	1		

* p value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 31.1% อายุเพศ สถานะภาพระดับการศึกษาอาชีพรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับความสามารถของผู้ดูแล และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value<0.05

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญมากที่ P<0.05 ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพผู้ดูแล ตามลำดับ

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยที่มาก เป็นเพราะทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวลดลง ขาดอิสระ เข้าสังคมลดลง มีเวลาดูแลตัวเองได้น้อยลง ต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ไม่มีเวลาหรือกิจกรรมให้คลายเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์ และคณะ[6]

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลรองลงมา คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงของผู้ป่วย เป็นเพราะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ทำให้ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลมากขึ้น จึงก่อให้เกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่ผู้ดูแลต้องกระทำจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ[7]

ปัจจัยที่มีผลสุดท้ายคือเรื่อง ผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลทำงานเดิมได้น้อยลง เพราะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแล จึงเพิ่มภาระงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานที่ทำประจำ ทำให้รายได้ไม่มี ค่าใช้จ่ายไม่พอกับรายรับ ทำให้เกิดความเครียดมากจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรชา ภูวธนารักษ์ และคณะ[8]

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือกัน

ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล คนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะในระยะ intermediate care ซึ่งเป็นระยะที่อาการทางคลินิกคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและลดความพิการ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

สรุปผลการศึกษา

ความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 31.11 จากการศึกษาพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และผลของการดูแลผู้ป่วยต่ออาชีพผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ช่วยลดจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ น่าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงได้

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การศึกษานี้ศึกษาผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและยินยอมเข้าร่วมวิจัยเท่านั้น ด้วยตัวโรคเองสามารถทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อีกทั้งผู้ป่วยที่เป็นภาระมากอาจไม่ได้พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรส่วนใหญ่

2. การเก็บข้อมูลต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องทำการสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมวิจัย จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา ในการสอบถามข้อมูลบางอย่าง เป็นข้อมูลเชิงลึกอาจจะต้องใช้ความคุ้นเคยและความใกล้ชิดระหว่างผู้สอบถามและผู้ตอบแบบสอบถาม จึงจะได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก ทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อภาวะความรู้สึกเป็นภาระ สิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ

2. ควรมีการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการลงเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ เพื่อการได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2556.
2. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, และ อามีนะห เจะปอ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2561; 1-4.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง; 2562.
4. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐ พร จันทร, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต, และ อำไพ อยู่วัลย์. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2006; 16: 1-9.
5. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2555; (4)1: 62-75.
6. ธนาสิทธิ์ จิตราพันธ์. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2559; 56-62.

7. ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ. การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. พยาบาลสาร 2558; 42: 107-117.
8. นิรชา ภูวธนารักษ์, และ ภัควีร์ นาคะวิโร. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563; 1-11.

ความสัมพันธ์ของความมั่นใจตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563

The correlation between self-confidence in refusing an invitation to drink alcohol and alcohol drinking behavior of undergraduate students of Rajabhat Maha sarakham University for academic year 2020

แพรวพรรณ พรมยศ
Praewpan Promyod
(Received : 14 May 21 Revised : August 21 Accepted : 11 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และศึกษาความสัมพันธ์ของความมั่นใจตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563

รูปแบบและการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามปี2563โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบSnowball คำนวณโดยใช้ Estimating a proportion ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง187คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 255 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson Chi-square and Fisher exact

ผลการศึกษา : 1. มีผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิง 174 คน (ร้อยละ 68.2), อายุ 19 ปี 102 คน (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์ 65 คน (ร้อยละ 25.5) 2. เครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดคือ เบียร์ 178 คน (ร้อยละ69.8) เริ่มดื่มเมื่ออายุ 18 ปีคือ 74 คน (ร้อยละ 29.0) สาเหตุหลักที่ดื่มเครื่องดื่มคือ เพื่อการสังสรรค์และเพื่อเข้าสังคม 132 คน (ร้อยละ 51.8) บุคคลที่ดื่มด้วยคือ เพื่อน 205 คน (ร้อยละ 80.5) และสถานที่นิยมดื่มคือ สถานบันเทิง 99 คน (ร้อยละ 38.8) 3. เพื่อนชวนไปดื่มไปเที่ยว และเมื่อเพื่อนชวนไปร้องคาราโอเกะสถานบันเทิงเพื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏอย่างมีนัยสำคัญ P-value 0.002 และ 0.004 ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา : จากการศึกษาพบว่าเมื่อเพื่อนชวนไปดื่มไปเที่ยวและเมื่อไปร้องคาราโอเกะสถานบันเทิงเพื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับ ปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏปีการศึกษา 2563 ดังนั้นการให้ความรู้ให้เห็นข้อดีข้อเสียส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้องและเสริมสร้างทักษะความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่นักศึกษาอันจะช่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามได้

คำสำคัญ : เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏ

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Objective : To study the characteristics of alcohol drinking behavior and correlation between self-confidence in refusing an invitation to drink alcohol and alcohol drinking behavior of undergraduate students of Mahasarakham Rajabhat University for academic year 2020.

Methods : This is a descriptive research targeting undergraduate students of Mahasarakham Rajabhat University. Snowball sampling was used. The sample size calculated by estimating a proportion was 187. 255 responses were received. The statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and statistical correlation of Pearson Chi square and Fisher exact.

Results : 1) 146 (68.2%) were women, 102 (40.0%) were 19 years old., 2) 178 (69.8%) drank beer, 74 (29.0%), started drinking alcohol at 18 years old, 132 (51.8%) drank alcohol for social reasons, 205 (80.5%) drank alcohol with friends, and 99 (38.8%) drank alcohol at pubs. 3) friends' invitations to hang out and drink alcohol at pubs correlated with students' self-confidence in refusing drinking invitations and their alcohol drinking behavior with statistical significance of P-value 0.002 and 0.004 respectively.

Conclusion : This shows that friends' invitations to hang out and drink alcohol at pubs correlated with students' self-confidence in refusing drinking invitations and their alcohol drinking behavior. Therefore, health education could increase self-confidence in refusing an invitation to drink alcohol and decrease alcohol drinking among students.

Keywords : Alcohol, alcohol drinking, undergraduate students in Mahasarakham Rajabhat University

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น1ใน4ของตัวการร้ายที่ทำลายสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้ประชากรโลกเสียชีวิตปีละกว่า 3.3 ล้านคน เฉลี่ยนาทีละ 6.2 คน[1] ประเทศไทยเสียชีวิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับที่26ของโลกในปี 2560 ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรไทยอยู่ที่13.7 ลิตรต่อคนต่อปี2โดยพบว่าเยาวชนไทยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุ15ปีมีอัตราเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการโฆษณาธุรกิจแอลกอฮอล์ได้เบนเข็มสู่เยาวชนมากขึ้นการศึกษายังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด ร้อยละ 30.9 รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือ ร้อยละ 28.7 และ 21.1 ตามลำดับ[2] ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภคในปี พ.ศ. 2560 คือเบียร์ ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือสุราขาว ร้อยละ 26.6 และสุราแดง ร้อยละ 22.0 ตามลำดับ[2] ปัญหาการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษานับเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น ในกลุ่มนักศึกษาซึ่งถือว่าเป็นอนาคตของชาติในการพัฒนาประเทศ โดย หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหามาโดยตลอด ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการรณรงค์รับน้องปลอดเหล้า โครงการ TO BE NUMBER ONE และการออกสุ่มตรวจร้านประกอบการรอบมหาวิทยาลัย จากการสำรวจสำนักงานกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 150 มิลลิกรัม มีผลทำให้ความสามารถในการขับขี่ลดลง ร้อยละ 33 ซึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุเป็น 40 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา[3] จากรายงายสถิติอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นตั้งแต่

ปี 2562 มียอดอุบัติเหตุสะสมอยู่ 3,791 ครั้ง ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 3,892 ราย และผู้เสียชีวิต 373 ราย(3) ขณะที่นักศึกษาเหล่านี้จะเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศในอนาคต จึงควรได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและห่างไกลจากปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางใจและทางกาย

ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ซึ่งเป็นสถานศึกษาในเขตพื้นที่ชุมชน อำเภอเมืองมหาสารคาม และกำลังจะเติบโตไปเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศชาติในอนาคต จึงได้คิดทำวิจัยนี้ขึ้นมาเพื่อหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อตัวชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชุมชน และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความมั่นใจตนเอง ในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) และเป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational Study) จากกลุ่มประชากรทั่วไปคือ นักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 โดยใช้การสุ่มแบบ Snow Ball Sampling เนื่องจากช่วงเก็บข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิดซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่เกือบทุกคณะเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยจึงได้ใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเองเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลในรูปแบบ Google forms โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมาย 29,570 คน จากนั้นทำการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยใช้สูตร Estimating a Proportion โดยให้ Confidential Interval = 95 %, Acceptable Difference = 0.10, Estimated Proportion = 0.861 โดยอ้างอิง Estimates Proportion จากการทบทวนงานวิจัยของ วัลลภา กุณฑียะ(4) คำนวณตัวอย่างได้ 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือแบบสอบถามชนิดตอบเองแบบออนไลน์ในรูปแบบ Google forms โดยแบบสอบถามที่อ้างอิงมาจากการงานวิจัยของ วัลลภา กุณฑียะ(4) โดยผู้วิจัยนั้นแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564 โดยการส่งป้ายประกาศที่มี QR แบบสอบถามไปตามคณะต่าง ๆ และประชาสัมพันธ์ตามช่องทางออนไลน์โดยอธิบายวัตถุประสงค์รวมถึงรายละเอียดของแบบสอบถาม และถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม เมื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้วคณะผู้วิจัยได้นำข้อมูล มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ (Frequency), สัดส่วน (Proportion), ค่าต่ำสุด (Minimum), ค่าสูงสุด (Maximum), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), 95%CI และหาความสัมพันธ์โดยวิธี Pearson Chi--square and Fisher Exact ข้อมูล Continuous Data ใช้วิธี Student t-test (ในกรณี Normal Distribution) หรือวิธี Mann-Whitney-U test ในกรณีไม่ Normal Distribution)

ด้านจริยธรรมมีการขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ไม่มีการระบุชื่อสกุลและไม่มีข้อมูล ใดที่สามารถสืบย้อนไปยังผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ รวมถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังไม่มีการใส่สิ่งแทรกแซงไม่มีประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมโรงพยาบาล มหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 63-01-051

ผลการศึกษา

จากการคำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 187 คน จึงทำการแจกแบบสอบถามไปตามคณะต่าง ๆ ได้รับการตอบกลับ 255 แบ่งออกเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ในการตอบแบบสอบถามพบว่าเป็นนักศึกษา เพศชาย 72 คน เพศหญิง 174 คนเพศทางเลือก LGBTQ 9 คน (ร้อยละ 28.2, 68.2, 3.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อายุ 19 ปี 102 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 137 คน นักศึกษาชั้นปีที่2 จำนวน 51 คน นักศึกษาชั้นปีที่3 จำนวน 29 คน นักศึกษาชั้นปีที่4 จำนวน 38 คน (ร้อยละ 53.7, 20.0, 11.4, 14.9 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 255)

ข้อมูล	จำนวนข้อมูล (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	28.2
หญิง	174	68.2
เพศทางเลือก LGBTQ	9	3.6
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	137	53.7
ชั้นปีที่ 2	51	20.0
ชั้นปีที่ 3	29	11.4
ชั้นปีที่ 4	38	14.9

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สาเหตุที่ผู้ตอบแบบสอบถามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ เพื่อการสังสรรค์และเพื่อเข้าสังคม 132 คน, ดื่มตามเทศกาล 70 คน, อยากทดลองเพื่อนชวนดื่ม 28 คน คลายเครียดจากการทำงาน 21 คน สาเหตุอื่น ๆ 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 51.8, 27.4, 11.0, 8.2 และ 1.6 ตามลำดับ) บุคคลที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย คือ เพื่อน 205, คนที่พบปะในเลี้ยงสังสรรค์ 23 คน, คนในครอบครัวญาติ 13 คน, ดื่มคนเดียว 7 คน (คิดเป็นร้อยละ 80.5, 9.0, 5.1, 2.7 ตามลำดับ) ผู้ตอบแบบสอบถามมักจะดื่มในโอกาสดังต่อนี้ งานเลี้ยงฉลองในเทศกาลต่าง ๆ 125 คน, เมื่ออยากดื่ม 87 คน, เมื่อฉลองความสำเร็จ/ดีใจ 24 คน, เมื่อเครียด/กลุ้มใจ/ผิดหวัง 19 คน คิดเป็นร้อยละ (49.0, 34.1, 9.4, 7.5 ตามลำดับ) สถานที่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยที่สุด คือ สถานบันเทิง 99 คน, บ้านเพื่อน 75 คน, บ้านตนเอง 45 คน, งานเลี้ยงสังสรรค์ 25 คน และร้านอาหาร 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.8, 29.4, 17.6, 9.8, 4.4 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 255)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวนข้อมูล (คน)	ร้อยละ
1. สาเหตุหลักที่ผู้ตอบแบบสอบถามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
คลายเครียดจากการทำงาน	21	8.2
ดื่มตามเทศกาล	70	27.4
เพื่อการสังสรรค์เพื่อเข้าสังคม	132	51.8
อยากทดลอง/เพื่อนชวนดื่ม	28	11.0
อื่น ๆ	4	1.6
2. ผู้ที่ตอบแบบสอบถามดื่มด้วย		
คนในงานเลี้ยงสังสรรค์	23	9.0
ครอบครัว/ญาติ	13	5.1
เพื่อน	205	80.5
คนเดียว	7	2.7
คนในสถานบันเทิง	7	2.7
3. ผู้ตอบแบบสอบถามมักจะดื่มในโอกาส		
เลี้ยงฉลองในงานเทศกาลต่างๆ	125	49.0
เมื่ออยากดื่ม	87	34.1
เมื่อฉลองความสำเร็จ/ดีใจ	24	9.4
เมื่อเครียด/กลุ้มใจ/ผิดหวัง	19	7.5
4. สถานที่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามไปดื่มบ่อยที่สุด		
สถานบันเทิง	99	38.8
บ้านเพื่อน	75	29.4
บ้านตนเอง	45	17.6
งานเลี้ยงสังสรรค์	25	9.8
ร้านอาหาร	11	4.4

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ของสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาความสัมพันธ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ และความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ Mann-Whitney Test ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงสถานการณ์ต่างๆ ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์ต่างๆ	P-value
เมื่อเพื่อนชวนดื่ม	0.029
อยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน	0.054
กำลังเศร้าเสียใจ	0.951
อยู่ในเทศกาลต่าง ๆ	0.446
เพื่อนของร้องให้ดื่มในงานสังสรรค์	0.155
รุ่นพี่ชักชวนให้ดื่มในงานสังสรรค์	0.581
อยู่ในภาวะเครียด	0.173
เพื่อนชวนไปดื่มผ่อนคลายหลังเลิกเรียน	0.535
ปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนดื่มโดยอ้างเหตุผลต่างๆ	0.391
เมื่อเพื่อนชวนไปดื่มไปเที่ยว ไปตามคำชวน	0.002*
เมื่อเพื่อนชวนไปร้องคาราโอเกะ สถานบันเทิง เพื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.004*
เมื่อเพื่อนชวนเข้ากลุ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.073
เมื่อไปเที่ยวดูคอนเสิร์ต	0.472
เมื่อมีความสุขหรือประสบความสำเร็จ	0.413
หลังเล่นดนตรีหรือเล่นกีฬาเพื่อนชวนดื่ม	0.083
หลังเลิกเรียนเพื่อนๆรวมกลุ่มกันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.020

*p-value<0.05

อภิปรายผลการศึกษา

ในการอภิปรายผลนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามปีการศึกษา 2563

1.1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือเบียร์ ร้อยละ 69.8 ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ การศึกษาของโครงการเปลี่ยนจังหวะชีวิตคนติดเหล้า (Alcohol Rhythm) พบว่าประชาชนไทยนิยมเบียร์ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือสุราขาว ร้อยละ 26.6 และสุราแดง ร้อยละ 22.05ทั้งเบียร์ยังเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หาซื้อง่ายตามร้านค้าและร้านอาหารทั่วไปทั้งยังราคาไม่สูงมาก จึงเป็นที่นิยมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

1.2 จำนวนครั้งของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ตอบแบบสอบถามในหนึ่งสัปดาห์ พบว่ามีการดื่มวันละ 0-1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 64.7 ซึ่งพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ กรานเจียว 6 เรื่อง พฤติกรรมการดื่ม สุราของนิสิตภาคพิเศษมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตภาคพิเศษมหาวิทยาลัยบูรพาที่ ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 6.5

1.3 ปริมาณการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อครั้งเป็นแก้ว (1 แก้ว = 250 มิลลิลิตร) พบว่าส่วนใหญ่ดื่มครั้งละ 1-5 แก้ว ร้อยละ 64.7 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของอันมันดา ไชยกาญจน์[9] และคณะ เรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา พบว่าปริมาณการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างคือ 1-3 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 63.7

1.4 อายุของผู้ตอบแบบสอบถามที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ 18 ปี ร้อยละ 29.0 และ 17 ปี ร้อยละ 15.6 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของอันมันดา ไชยกาญจน์7 และคณะ เรื่องพฤติกรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา พบว่าอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์คือช่วงอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 50 ซึ่งเป็นอายุที่เริ่มเข้าเรียนมหาวิทยาลัยปี 1 ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่เริ่มออกจากบ้านและครอบครัวมาอยู่หอพักด้วยตนเองหรืออยู่กับเพื่อน

1.5 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าไม่แตกต่างกัน คนในครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49.8 และคนในครอบครัวไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 50.2

1.6 สาเหตุหลักของผู้ตอบแบบสอบถามที่ดื่มเครื่อง

ดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรกคือ เพื่อการสังสรรค์เข้าสังคม,ดื่มตามเทศกาล และอยากทดลอง/เพื่อนชวนดื่ม คิดเป็นร้อยละ 51.8, 27.4 และ 11.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยวัฒน์ ไชพาทรัพย์[10] เรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าหลักการตัดสินใจที่เลือกซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ กลุ่มเพื่อน ร้อยละ 51.8 และเพื่อเข้าสังคมในหมู่เพื่อน ร้อยละ 36.8

1.7 บุคคลที่ผู้ตอบแบบสอบถามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยมากที่สุดคือเพื่อนร้อยละ 80.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ ไชยรักษ์และคณะ[9] เรื่องพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา มหาวิทยาลับเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2561 พบว่าผู้ที่ร่วมดื่มสุราครั้งแรกมากที่สุด คือ เพื่อน ร้อยละ 65.7

1.8 ผู้ตอบแบบสอบถามมักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องในโอกาส 3 อันดับแรกดังนี้การเลี้ยงฉลองเทศกาลต่าง ๆ ร้อยละ 49.0 เมื่ออยากดื่มร้อยละ 34.1 ฉลองความสำเร็จดีใจ ร้อยละ 9.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา บัวสอน[10] เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพฯ พบว่า โอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันดับหนึ่งคืองานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือเทศกาลงานต่าง ๆ ร้อยละ 27.3

1.9 สถานที่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันดับแรกคือ สถานบันเทิง ร้อยละ 38.8 บ้านเพื่อน ร้อยละ 29.4 และบ้านตนเอง ร้อยละ 17.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรภัทร ณุวงษ์ศรี และคณะ[11] เรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า สถานที่ในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากสุด คือ ผับบาร์ ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ บ้าน ร้อยละ 20.5 และร้านอาหารที่มีสุราขาย ร้อยละ 13.5

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความมั่นใจตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีการศึกษา 2563 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า สถานการณ์เมื่อ เพื่อนชวนไปดื่มไปเที่ยว และเมื่อเพื่อนชวนไปร้องคาราโอเกะ สถานบันเทิงเพื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏ อย่างมีนัยสำคัญ P-value 0.002 และ 0.004 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ณกร ลูกสยามและคณะ [12] เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนวัยรุ่นในเขตเทศบาล จังหวัดสุรินทร์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านเพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ P-Value < 0.001

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์เมื่อเพื่อนชวนไปดื่มไปเที่ยว และเมื่อเพื่อนชวนไปร้องคาราโอเกะ สถานบันเทิงเพื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏปีการศึกษา 2563 ดังนั้น การให้ความรู้ ให้เห็นข้อดี ข้อเสีย ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้อง และเสริมสร้างทักษะความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่นักศึกษาจะช่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามได้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบายที่ได้จากงานวิจัย

นำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำโครงการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมค่านิยม ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการเพิ่มจำนวนในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย และโรงเรียนอื่น ๆ ในเขต จังหวัดมหาสารคามด้วย อาทิเช่น มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ

วิทยาเขตมหาสารคาม วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม เป็นต้นและเพิ่มการวิจัยในสถาบันหลาย ๆ แห่งในประเทศที่มีปัจจัยทางด้านภูมิภาค และเศรษฐกิจต่างกันเพื่อให้มีผลวิเคราะห์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ

2. ในการศึกษาครั้งถัดไปจะทำการศึกษาเพื่อทำการติดตามระยะยาวติดตามไปข้างหน้า (Longitudinal Study) ซึ่งจะทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva ; 2018.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.ผลสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://nso.go.th.
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (Center for Alcohol Studies). ทำไมจึงต้องมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://cas.or.th.
4. วัลภา กุณฑียะ, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดชัยนาท.วารสารการพยาบาลและการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 8(1): 11-26.
5. โครงการเปลี่ยนชีวิตคนติดเหล้า. Alcohol Rhythm. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://alchoholrhytn.com./
6. สุทธิพงษ์ กรานเขียว. พฤติกรรมการดื่มสุราของนิสิตภาคพิเศษมหาวิทยาลัยบูรพา. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต (การบริหารทั่วไป) วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
7. อัมมันดา ไชยกาญจน์ และ อมรา ไชยกาญจน์. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.วารสารไลยอลงกรณ์ปริทัศน 2554; 7(2): 107-113.
8. ไชยวัฒน์ ไชพาทรัพย์, สุรเจต ไชยพันธ์พงษ์, อรทัย ปานคำ และ อิศรา กองคำ. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพระเยา. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาบริหารธุรกิจ.พะเยา :สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค; 2562.
9. สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์,สมชาย รักกลาง,พงศ์มิตร โพธิ์กลาง,สุปรีชา เคลือบคนโท,รัชตา อนงค์เวช,สอบศักดิ์ มีพวงพินธุ์,เอนก ทองไทย. รายงานพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.คลังปัญญามหาวิทยาลัยสุรนารี. 2553; 52(2): 45-60.
10. รัตติยา บัวสอน. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. รามาธิบดีพยาบาลวารสาร 2555; 18(2): 259-271.
11. ธีรภัทร ณุวงษ์ศรี, กรรณิการ์ นามวงศ์, กัญญารัตน์ น้ำนิล และ พิชญาพร โตโพธิ์กลาง. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต.นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2561.
12. ณกร ลูกสยาม, นันทิยา วัฒายุ และดวงใจ รัตนธัญญา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอลในนักเรียนวัยรุ่นในเขตเทศบาลจังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 37(4) :28-39.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Mortality and associated risk factors of pulmonary Tuberculosis patients in Maha sarakham hospital

ศิโรตม์ จันทรักษา

Sirot Jantharaksa

(Received : 04 June 21 Revised : 11 August 21 Accepted : 13 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดของเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่

รูปแบบและวิธีวิจัย : การศึกษาย้อนหลังโดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา และใช้ Odd Ratios วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ที่ช่วงค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 1,162 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (2.5:1) ผู้ป่วย ร้อยละ 37.3 มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคร่วม ร้อยละ 43.7 มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน 185 ราย คิดเป็น ร้อยละ 15.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตคือผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี (OR=3.3, 95%CI (2.40-4.58, p<0.001) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ (OR=2.13, 95%CI (1.54-2.92, p<0.001) มีโรคร่วม (OR=2.25, 95%CI 1.63-3.10, p<0.001) โรคตับ (OR=4.81, 95%CI 2.60-8.91, p<0.001) โรคไตวายเรื้อรัง (OR=3.72 ,95% CI 1.86-7.47, p<0.001) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR=2.77, 95% CI 1.94-5.49, p<0.05) ติดสุราเรื้อรัง (OR=2.59, 95%CI 1.20-5.60, p<0.05) น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) (OR=1.72, 95% CI 1.25-2.36, p<0.001) สูบบุหรี่ (OR=1.54, 95% CI 1.12-2.11, p<0.05) ดื่มแอลกอฮอล์ (OR=1.45, 95% CI 1.05-1.99, p<0.05)

สรุปผลการศึกษา : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ การมีโรคร่วม ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และติดสุราเรื้อรัง

คำสำคัญ : วัณโรค, ปัจจัยเสี่ยง, การเสียชีวิต

อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Objective : To identify risk factors for death during treatment of patients with pulmonary tuberculosis at Mahasarakham hospital. The outcomes will be use as a guideline for further development planning of Tuberculosis care system.

Methods : retrospective case control study was conducted in patients with pulmonary tuberculosis, who registered at Mahasarakham hospital between January 2018 and December 2020. Medical records were reviewed and recruited to this study. Treatment outcomes as dead or alive were analyzed using Chi square test and calculating the odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (significant level at 0.05)

Result : A total 1,162 cases in this study, the ratio of male to female was 2.5:1, 37.3% were age over 60 years, 43.7% had comorbid diseases. 185/1,162 (15.9%) were reported dead. The risk factors associated with death were patients age over 60 years (OR 3.3, 95% CI 2.4-4.6, p<0.001), Acid-fast bacilli (AFB) smear-positive sputum (OR=2.13, 95%CI 1.54-2.92, p<0.001, patients with comorbid diseases (OR=2.25, 95%CI 1.63-3.10, p<0.001), comorbid diseases were classified into liver disease (OR=4.81, 95%CI 2.60-8.91, p<0.001), chronic renal disease (OR=3.72, 95%CI 1.86-7.47, p<0.001), chronic obstructive pulmonary disease (OR=2.77, 95%CI 1.94-5.49, p<0.05), alcoholism (OR=2.59, 95%CI 1.20-5.60, p<0.05, underweight (body mass index lower than 18.5 kg/m2) (OR=1.72, 95%CI 1.25-2.36, p<0.001), smoker (OR=1.54, 95% CI 1.12-2.11, p<0.05) and alcohol drinkers (OR=1.45, 95% CI 1.05-1.99, p<0.05).

Conclusion : This study recommended that the risk factors of dying during tuberculosis treatment were AFB smear-positive sputum , comorbid disease, underweight, smoker, alcohol drinker and aging. The health care providers should have special follow up to improve the outcome of patient treatment in these population.

Keywords : Tuberculosis, Risk factors, Mortality

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหารุนแรงในระดับโลก พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 จาก 10 อันดับแรกของประชากรโลกและเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียชีวิตจากเชื้อโรคชนิดเดียว องค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินระดับโลกเมื่อ ปี พ.ศ. 2536 เนื่องจากประชากรโลก 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค และเป็นสาเหตุนำของการเสียชีวิตมากกว่าโรคติดเชื้ออื่น ๆ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องการดื้อยา ดังนั้นองค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ จึงร่วมกันสนับสนุนให้ทุกประเทศดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ควบคุมวัณโรค โดยมีแผนยุทธศาสตร์ตามช่วงปีคือ พ.ศ. 2539 -2548 (DOTS strategy) พ.ศ. 2549-2558 (STOP TB strategy) พ.ศ. 2559-2578 (END TB strategy) มีตัวชี้วัดหลัก 3 ประการ คือ ลดการเสียชีวิตจากวัณโรคลง ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 ลดอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคลงร้อยละ 90 และไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรค[1]

ความเป็นมาหรือปัญหา

สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกจัดให้อยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศ ที่มีภาระปัญหาวัณโรคสูงมาก (High Burden Country) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และวัณโรคยังเป็นโรคติดเชื้อชนิดเดียวที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง

ในปี พ.ศ. 2557 จากรายงานวัณโรคระดับโลกปี 2562 โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย[2] ดังนั้นประเทศไทยจึงมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ควบคุมวัณโรคของโลกโดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งคือมีอัตราความสำเร็จในการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 และลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลง ร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557[3] แต่รายงานผลการรักษาวัณโรคของประเทศไทยจากสำนักวัณโรคที่ผ่านมาพบว่าต่ำกว่าเป้าหมายระดับสากลมาโดยตลอด ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้อัตราการรักษาไม่ประสบความสำเร็จไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเริ่มรักษาหรือระหว่างการรักษา[4] ทำให้ตัวชี้วัดที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินแผนงานควบคุมวัณโรคและยังไม่บรรลุเป้าหมายตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงโรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเช่น เพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และโรคร่วมต่าง ๆ[5,6,7,8,9,10,11,2,13] รายงานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจากระบบรายงานวัณโรคในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 7 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด และเขตอำเภอเมืองเป็นเขตที่มีปัญหาผู้ป่วยเสียชีวิตในระดับสูงของจังหวัด อัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561-2563 เป็นร้อยละ 17.4, 14.3 และ 15.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดในระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 จึงทำให้อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคลดลงและไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบลักษณะและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดของเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางการดำเนินงานวัณโรคในพื้นที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมและยุติวัณโรคตามแผนงาน

รูปแบบและวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี โดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา และใช้ Odd Ratios วิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ที่ช่วงค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95%CI)

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลมหาสารคามมีผู้ป่วยวัณโรคปอดขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2563 จำนวน 1,162 ราย เฉลี่ยประมาณปีละ 388 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 185 ราย รอดมีชีวิต 977 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อวัณโรคปอดขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามในปี พ.ศ. 2561, พ.ศ. 2562, พ.ศ 2563 และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตแสดงแยกดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 (N =1162)

ปี	ป่วย (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
พ.ศ. 2561	460	80	17.4
พ.ศ. 2562	351	50	14.3
พ.ศ. 2563	351	55	15.7
รวม	1162	185	15.9

จากตารางที่ 1 คิดร้อยละรายปีพบว่าอัตราการเสียชีวิต พ.ศ. 2561, พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 17.4, 14.3 และ 15.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตกับรอดชีวิตปี พ.ศ. 2561-2563

ลักษณะ	วัณโรคปอด เสียชีวิต N(%)	วัณโรคปอด รอดชีวิต N(%)	Crude OR (95%CI)	p-value
เพศ				0.643
ชาย	130 (70.3)	703 (71.9)	0.92 (0.65-1.30)	
หญิง	55 (29.7)	274 (28.1)	1.00	
อายุ				<0.001*
60 ปี ขึ้นไป	105 (56.8)	277 (28.4)	3.32 (2.40-4.58)	
น้อยกว่า 60 ปี	80 (43.2)	700 (71.6)	1.00	
ผลตรวจเสมหะก่อนรักษา				<0.001*
บวก	106 (57.3)	378 (38.7)	2.13 (1.54-2.92)	
ลบ	79 (42.7)	599 (61.3)	1.00	
ประวัติการเป็นวัณโรค				0.871
เคย	10 (5.4)	50 (5.1)	1.05 (0.53-2.12)	
ไม่เคย	175 (94.6)	927 (94.9)	1.00	
โรคร่วม				<0.001*
มี	112 (60.5)	396 (40.5)	2.25 (1.63-3.10)	
ไม่มี	73 (39.5)	581 (59.5)	1.00	
โรคเอชไอวี				0.89
มี	16 (9.7)	92 (9.4)	1.04 (0.61-1.76)	
ไม่มี	167 (90.3)	885 (90.6)	1.00	
โรคเบาหวาน				0.744
มี	35 (18.9)	175 (17.9)	1.07 (0.71-1.59)	
ไม่มี	150 (81.1)	802 (82.1)	1.00	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				0.002*
มี	13 (7.0)	26 (2.7)	2.77 (1.94-5.49)	
ไม่มี	172 (93.0)	951 (97.3)	1.00	
โรคไตวายเรื้อรัง				<0.001*
มี	14 (7.6)	21 (2.1)	3.72 (1.86-7.47)	
ไม่มี	171 (92.4)	959 (97.9)	1.00	
โรคตับ				<0.001*
มี	20 (10.8)	21 (2.5)	4.81 (2.60-8.91)	
ไม่มี	165 (89.2)	953 (97.5)	1.00	
สูบบุหรี่				<0.05*
สูบ	85 (45.9)	348 (35.6)	1.54 (1.12-2.11)	
ไม่สูบ	100 (54.1)	629 (64.4)	1.00	

หมายเหตุ:* Significant at <0.05 from Chi-Square Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตกับรอดชีวิตปี พ.ศ. 2561-2563

ลักษณะ	วัณโรคปอด เสียชีวิต N(%)	วัณโรคปอด รอดชีวิต N(%)	Crude OR (95%CI)	p-value
ดื่มแอลกอฮอล์				<0.05*
ดื่ม	85 (45.9)	361 (36.9)	1.45 (1.05-1.99)	
ไม่ดื่ม	100 (54.1)	616 (63.1)	1.00	
ติดสุราเรื้อรัง				0.01*
มี	10 (10.8)	21 (2.2)	2.59 (1.20-5.60)	
ไม่มี	175 (98.2)	956 (97.8)	1.00	
ดัชนีมวลกาย(Kg/m^2)				<0.001*
น้ำหนักไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ (>18.5)	90 (48.6)	347 (35.5)	1.72 (1.25-2.36)	
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	95 (51.4)	630 (64.5)	1.00	

จากตารางที่ 2 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด 1,162 ราย เป็นเพศชาย 833 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.7 เพศหญิง 329 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.3 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 52.9 ปี ผลตรวจเสมหะเริ่มรักษาเป็นบวก 484 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.6 มีโรคร่วม 508 ราย โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวานจำนวน 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาคือติดเชื้อเอชไอวี 110 รายคิดเป็นร้อยละ 21.6 ราย โรคตับ 44 ราย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 39 ราย โรคไต 35 รายคิดเป็นร้อยละ 8.7, 7.7 และ 6.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง 31 ราย น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน 437 ราย สูบบุหรี่ 433 ราย และดื่มแอลกอออล์ 446 ราย

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตคือผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี (OR=3.3, 95%CI (2.40-4.58, p<0.001) ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ(OR=2.13, 95%CI (1.54-2.92, p<0.001) มีโรคร่วม(OR=2.25, 95%CI 1.63-3.10, p<0.001) โรคตับ (OR=4.81, 95%CI 2.60-8.91, p<0.001) ไตวายเรื้อรัง (OR=3.72 ,95% CI 1.86-7.47, p<0.001) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR=2.77, 95% CI 1.94-5.49, p<0.05) ติดสุราเรื้อรัง (OR=2.59, 95%CI 1.20-5.60, p<0.05) น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (OR=1.72, 95%CI 1.25-2.36, p<0.001) สูบบุหรี่ (OR=1.54, 95%CI 1.12-2.11, p<0.05) ดื่มแอลกอออล์ (OR=1.45, 95%CI 1.05-1.99, p<0.05)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างรักษาจำแนกตามช่วงเวลาที่เสียชีวิต

ช่วงเวลา (วัน)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนรักษา	8 (4.32)
1-7	33 (17.83)
8-14	21 (11.35)
15-30	33 (17.83)
31-60	35 (18.91)
>60	55 (29.72)

การศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเสียชีวิตก่อนรักษา 8 ราย เสียก่อน 60 วัน 122 ราย เสียหลัง 60 วัน 55 ราย เสียชีวิตในสองสัปดาห์แรก 54 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.19 และส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น ร้อยละ 65.9 ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วง 2 เดือนแรกสูงกว่าช่วง 2 เดือนหลัง ประมาณ 2.2 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย 3.3 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาในเขตภาคเหนือ[7,8,11] และในภาคตะวันออกฉียงเหนือ[5,12] ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเนื่องจาก

มีปัจจัยด้านอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมสภาพลงตามวัย ภูมิต้านทานของร่างกายลดลงรวมทั้งมีโรคร่วม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแย่ลง และปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทำให้มารักษาล่าช้าหรือขาดการติดตามอาการทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย[5,13] ในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อพบว่ามีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มเสมหะไม่พบเชื้อ 2.1 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[13] การตรวจหาเชื้อในเสมหะผู้ป่วยต้องมีปริมาณเชื้อมากกว่า 10,000 ตัวในปริมาณเสมหะ 1 มิลลิลิตร จึงจะให้ผลบวก ในผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคลุกลามมากหรือมีโพรงแผลในปอดจะมีโอกาสตรวจพบเชื้อได้สูง โดยผู้ป่วยที่มีรอยโรคเล็กน้อยจะตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 60-80 ถ้ามีรอยโรครุนแรงจะตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 5-10[14] ดังนั้นผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อจึงมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าเนื่องจากมีการลุกลามและความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ

การศึกษาปัจจัยโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในการศึกษานี้ เมื่อวิเคราะห์แยกโรคพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีร่วมและโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาที่จังหวัดลำพูนพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีร่วมและโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค[7] เช่นเดียวกันกับการศึกษาในภาคเหนือตอนบนพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่สาเหตุหลักของผู้ป่วยเสียชีวิต[8] ส่วนปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต และโรคตับเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมา[5,9,11,13,16] โดยเมื่อพิจารณารายโรคเช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยซึ่งทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ชัดเจนและทำให้การเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า[9] ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีสภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ซึ่งเกิดจากเม็ดเลือดขาวหลายชนิดในร่างกายลดลง การฟอกไตทางกระแสเลือดที่ใช้สารบางอย่างรบกวนการหน้าที่ของเซลล์เม็ดเลือดขาวและการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยไตวายและผู้ป่วยฟอกไตมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านวัณโรค และมีอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคที่สูงกว่าผู้ป่วยไตที่ไม่เป็นวัณโรค[15] ในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้สูง เช่นผู้ป่วยโรคตับวาย ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะรายที่ได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ชนิดสูดและรับประทาน จึงทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง[9] ผู้ป่วยที่มีโรคตับจากสาเหตุอื่นเช่น ไวรัสตับอักเสบ แอลกอฮอล์ หรือมีตับอักเสบจากยาวัณโรค หากตับอักเสบที่เกิดมีความรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะตับวายเฉียบพลันเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หากยังไม่ถึงขั้นตับวายแต่จำเป็นต้องมีการหยุดยาปรับเปลี่ยนชนิดยาหรือสูตรยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านวัณโรคสูตรมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพ มีผลให้การตอบสนองต่อการรักษาช้าหรือตอบสนองไม่ดี และส่งผลให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น[15] การใช้ยาต้านวัณโรคแทบทุกตัวสามารถทำให้เกิดผลแทรกซ้อนต่อตับได้ โดยเฉพาะ isoniazid, Rifampicin พบว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาคล้ายตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบจากการใช้ยาต้านวัณโรคได้แก่ อายุมาก ภาวะทุพโภชนาการ ติดสุรา ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีและบี ไวรัสเอชไอวี และโรคตับจากสาเหตุอื่นๆ[16] แสดงให้เห็นว่านอกจากโรคร่วมจะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคแล้ว การใช้ยารักษาวัณโรคเองอาจทำให้โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีอาการทรุดลงหรือควบคุมไม่ได้[8,10] หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ การรักษาวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จและเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค[17,18] นอกจากนั้นยังมีผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของยาต้านวัณโรคตัวหลักเช่นยา Rifambicin ด้อยลงส่งผลให้การรักษาล้มเหลว อีกทั้งทำให้เกิดภาวะดื้อยาหลายขนานตามมาและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะเป็นพิษต่อตับได้[19]

การศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลการรักษาวัณโรคไม่ประสบความสำเร็จ มีผลเพิ่มความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ ส่วนประกอบของบุหรี่หลายชนิดมีผลต่อเยื่อบุหลอดลมทำให้ติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย และขัดขวางการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อส่งผลต่อการรักษา ซึ่งมีรายงานการศึกษาหลายการศึกษา

ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบ[20,21]

ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์และวัณโรคมีหลายการศึกษาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลให้โรคลุกลามมากขึ้นและการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ โดยพบว่าแอลกอฮอล์มีผลไปเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของภูมิต้านทานร่างกายต่อเชื้อ ลดปริมาณและการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว ทำให้พยาธิสภาพของปอดรุนแรงและถูกทำลาย[22,23,24]

การศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตเสียชีวิตก่อนรักษา 8 ราย เสียก่อน 60 วัน 122 ราย เสียหลัง 60 วัน 55 ราย เสียชีวิตในสองสัปดาห์แรก 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.19 และส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น ร้อยละ 65.9 ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วง 2 เดือนแรกสูงกว่าช่วง 2 เดือนหลัง ประมาณ 2.2 เท่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบการเสียชีวิตสูงในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น[5,6,7,10,12] ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารักษาถึง 71 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีโรคร่วมที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทางหรือเป็นการรักษาวัณโรคที่มีความซับซ้อน เช่น มีปัญหาจากการใช้ยา มีผลข้างเคียงจากยารวมทั้งวัณโรคดื้อยา มีการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง จึงทำให้อัตราตายที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดสูง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1.ควรจะมีการศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตและการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ในการป้องกันการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคได้

2. ควรมีการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อรักษาโรคตั้งแต่อาการยังไม่รุนแรงและลุกลาม

3. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมควรมีการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นเพื่อดูแลรักษาโรคร่วมของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแลโรคนั้นๆเพื่อวางแผนการรักษาแบบบูรณาการ

4. พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงเช่นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ มีโรคร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1-2 เดือนแรกของการรักษาวัณโรค

ข้อจำกัดการศึกษา

เนื่องจากเป็นการศึกษาทบทวนเวชระเบียนการรักษาผู้ป่วยย้อนหลัง โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ไว้จากการซักประวัติและการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนั้นข้อมูลการวินิจฉัยหรือข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพบางประการ เช่น ภาวะติดสุราเรื้อรัง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ไม่ได้ระบุปริมาณและความถี่ไว้ จึงไม่สามารถให้คำนิยามแบ่งกลุ่มหรือระดับความมากน้อยระหว่างผู้ป่วยแต่ละรายได้ จึงยึดตามข้อมูลประวัติและการวินิจฉัยโรคของแพทย์เป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The End TB Stratergy, 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, พรทิพย์ ศิริภานุมาศ, บรรณาธิการ. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนงานวัณโรคภายใต้กรอบคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement : PA) และแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.
5. วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2559; 23(1): 22-34.

6. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, ยงยุทธ์ เม้ากำเนิด, พงศ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม, นันทพร ทำมาตา, ภิเษก ศิรวงษ์, นภดล วันต๊ะ. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. พุทธชินราชเวชสาร 2556; 30(3): 276-85.
7. อัมพาพันธุ์ วรรณพงศภัค, กิตติกาญจน์ มูลฟอง. ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน.วารสารสาธารณสุขลานนา 2560; 13(2): 72-85.
8. พัฒนา แก้วโพธิ์, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, นภาวรรณ สุกรภาส, สุดาณี บูรณเบ็ญจเสถียร,วิรัช กลิ่นบัวแย้ม, และคณะ. การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัติวิกฤติ 2556; 34(2): 51-62.
9. อัจฉรา รอดเกิด. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2562; 33 (1): 91-102.
10. Saiyud Moolphate, Myo Nyein Aung, Oranuch Nampaisan, et al. Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. Int J Gen Med 2011; 4: 181–190.
11. จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ้งอุษา นาคคงคา, ฤทัยรัตน์ แสงนา, วีรพันธ์ การบรรจง, กนกรส โค้วจริยพันธุ์, และคณะ.ปัจจัยเกี่ยวเนื่องอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2559; 8(1): 53-59.
12. ฐานันดร์ ฐานวิเศษ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร 2562; 40(1): 97-107.
13. เจริญศรี แซ่ตั้ง.ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(4): 436-447.
14. กรีฑา ธรรมคำภีร์.การตรวจวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ.ใน กรีฑา ธรรมคำภีร์ บรรณาธิการ.วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21: Pulmonary Tuberculosis in the 21th Century.กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562. 85-101.
15. วรางคณา กีรติชนานนท์.การรักษาวัณโรคในกรณีพิเศษ.ใน กรีฑา ธรรมคำภีร์ บรรณาธิการ.วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21: Pulmonary Tuberculosis in the 21th Century.กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562. 189-217.
16. นิธิพัฒน์ เจียรกุล.วัณโรค.ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล บรรณาธิการ.ตำราโรคระบบการหายใจ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2551. 328-347.
17. Padmapriyadarsini C, Shobana M, Lakshmi M, Beena T, Swaminathan S. Undernutrition & tuberculosis in India: Situation analysis & the way forward. Indian J Med Res 2016; 144:11–20.
18. Dargie B, Tesfaye G, Worku A. Prevalence and associated factors of undernutrition among adult tuberculosis patients in some selected public health facilities of Addis Ababa, Ethiopia: a crosssectional study. BMC Nutrition 2016; 2-7.
19. Warmelink I, Hacken NHt, Werf TSvd, Altena Rv. Weight loss during tuberculosis treatment is an important risk factor for drug-induced hepatotoxicity. Br J Nutr 2011; 105:400–408.
20. Liu B-Q, Peto R, Chen Z-M, Boreham J, Wu Y-P, Li J-Y, Campbell TC, Chen J-S. Emerging tobacco hazards in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. BMJ. 1998; 317(7170): 1411–1422.
21. Kolappan C, Gopi P. Tobacco smoking and pulmonary tuberculosis. Thorax 2002; 57(11): 964–966.

22. Gamble L, Mason C, Nelson S. The effects of alcohol on immunity and bacterial infection in the lung. Médecine Mal Infect 2006; 36(2): 72-77.
23. Molina PE, Happel KI, Zhang P, Kolls JK, Nelson S. Focus on: Alcohol and the immune system. Alcohol Res Health 2010; 33(1–2): 97–108.
24. 24. Barr T, Helms C, Grant K, Messaoudi I. Opposing effects of alcohol on the immune system. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2016; 65: 242–251.

การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The VDO Media Using to Promote Food Consumption Behavior of Pregnant Women in ANC clinic, Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province

ศิริพร พรแสน[1*], สุภาพักตร์ หาญกล้า[2]
Siriporn Pornsaen[1*], Supapuk Hankla[2]
(Received : 24 April 21 Revised : 11 July 21 Accepted : 13 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1. ผลิตสื่อวีดิทัศน์สำหรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2. วัดระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ และ 3. ประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยรับชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาก่อน ไม่มีความพิการทางสายตา และไม่จำกัดอายุครรภ์

ผลการศึกษา : 1. ได้สื่อวีดิทัศน์สำหรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ มีความยาว 9.48 นาที 2. ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ ก่อนรับชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 และหลังชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเท่ากับ 9.80 และ 3. ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อบทเรียนสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 4.69

สรุปผลการศึกษา : การใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ทานตอนท้อง น้องแข็งแรง” ผลิตขึ้นตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในการสอนให้กับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมและปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, สตรีตั้งครรภ์

[1*]พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อาจารย์โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
[2]อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

ABSTRACT

Objective : 1. to produce video media for promoting food consumption behavior; 2. to measure the level of knowledge about food consumption behavior before and after watching the video; and 3. to assess satisfaction with video media.

Methods : This research patterns and methods is the quasi-experimental research. The 30 specific selection pregnant women who received antenatal care services at Kumphawapi Hospital Udon Thani Province, who had never seen a video media about food consumption behavior before, no visual impairment and no limit on gestational age.

Result : This research results : 1. produce 9.48 minutes video media for promoting dietary habits of pregnant women. 2. knowledge level about dietary behavior of pregnant women before watching video media has an average of 8.90 and has a higher average of 9.80 after watching the media. 3. The satisfaction with video media is the highest level of all items. The average video media satisfaction was 4.69.

Conclusion : The use of video media "Eat While Pregnant, Young Healthy" which produced by a systematic process. Suitable for use in teaching pregnant women to promote and adjust food consumption behavior correctly and appropriately.

Keywords : Video media, Food consumption behavior, Pregnant women

บทนำ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งหากได้รับการดูแลให้ความรู้ด้วยสื่อที่เหมาะสมมากระตุ้นการเรียนรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ให้เกิดการปฏิบัติตนที่ดี จะสามารถนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ตลอดช่วงระยะการตั้งครรภ์จนถึงคลอด อีกทั้งสามารถลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ตามมาหลังคลอด

ความเป็นมาหรือปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบันทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ยังคงมีอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย และพัฒนาการล่าช้า[1] เป็นปัญหาระดับประเทศสูงถึง ร้อยละ 6.06 และปัญหาของจังหวัดอุดรธานีถึงร้อยละ 5.37[2] ซึ่งปัจจัยของสตรีตั้งครรภ์เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายจิตใจ[3] อีกทั้งส่งผลให้มารดาขาดสารอาหาร ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย พัฒนาการล่าช้าและพิการแต่กำเนิด[4] จากการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พบว่าคนไทยมากกว่าร้อยละ 75 บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน[5]

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยนำภายในตัวบุคคลที่สนับสนุนหรือลดแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ส่วนปัจจัยเอื้อที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลสถานการณ์ สภาพแวดล้อมที่ ได้แก่ สื่อโฆษณา กลุ่มเพื่อน เป็นต้น[6] ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกจากจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทำให้รู้สึกอิ่มและมีพลัง

ในการดำเนินกิจกรรมแล้ว การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจะส่งผลร้ายต่อสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล[5] เพราะว่าอาหารช่วยปั้นหรือปรุงแต่งมนุษย์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงประกอบด้วยการไม่มีความตระหนักหรือสนใจและขาดความรู้ที่จำเป็นในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบชาติตะวันตกเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น ความเคยชินในการรับประทานอาหารติดรสหวาน มัน เค็ม อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง[5] การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการผ่านสื่อ[7] เพื่อให้เลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายและลดการบริโภคอาหารที่จะเกิดโทษ ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมจำเป็นต้องทำให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เพราะความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของความสามารถทางปัญญา ความรู้ในเรื่องคุณค่าอาหารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร[8] ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการ[9] ดังนั้นการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพโดยตรง[10] และให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ด้วยสื่อเรียนรู้ที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพที่ดี[11] ยุคสมัยใหม่ทำให้พฤติกรรมของผู้คนเปลี่ยนไปมาก เช่น สมาธิสั้น เบื่อง่าย ต้องการสิ่งเร้าให้มากระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้การสื่อสารแบบเดิม ๆ ไม่ดึงดูดความสนใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการมีสิ่งเร้า ให้เกิดการตอบสนอง มากระตุ้นการเรียนรู้ซึ่งจากการใช้สื่อวิดีทัศน์ช่วยสอนเกิดความรู้ต่อการปฏิบัติตนที่ดี และเกิดความพึงพอใจมากกว่าการบรรยาย[12-17]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีอิทธิพลต่อผู้เรียนเป็นอย่างมาก จากการทำงานของสื่อวีดิทัศน์หลาย ๆ ด้าน เช่น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่ให้ความรู้สึกใกล้เคียงกับความเป็นจริง จะสามารถดึงดูดความสนใจหลายอย่างต่อผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหามากขึ้น อีกทั้งสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนความสัมพันธ์ของสิ่งที่ต้องการนำเสนอได้อย่างละเอียด จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สูง[1,13-14,18] นั่นหมายถึงการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ ผู้เรียน และการตอบสนอง สื่อวีดิทัศน์เป็นหนึ่งสิ่งเร้ากระบวน การเรียนรู้ที่สร้างความสนใจให้แก่ผู้เรียนในการรับรู้ข้อมูล ทำให้สตรีตั้งครรภ์หรือผู้เรียนเกิดการตอบสนองต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม[12]

ผู้วิจัยในบทบาทผู้สอนและเป็นผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยได้มีผู้ผลิตสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสตรีตั้งครรภ์แต่ยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาเท่าที่ควร ดังนั้นการเลือกผลิตสื่อวีดิทัศน์สำหรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีในครั้งนี้จะสามารถนำไปสู่การส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่สตรีตั้งครรภ์ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ตลอดช่วงระยะการตั้งครรภ์จนถึงคลอด อีกทั้งจะสามารถลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ตามมาหลังคลอด เช่น ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย และพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตสื่อวีดิทัศน์สำหรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี

จังหวัดอุดรธานี

การดำเนินการวิจัย

1. ผลิตสื่อวีดิทัศน์สำหรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

1.1 ด้านเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์

1.1.1 กำหนดเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์โดยออกแบบบทเรียน เสนอบทนำเรื่อง ถ่ายทอดผ่านตัวละคร ภาพประกอบคำอธิบายสั้นๆ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น มีความคงทนในการจดจำ

1.1.2 เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา

1.2 ด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์[19] นำสคริปท์สื่อวีดิทัศน์เสนออาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อ ร่วมวิเคราะห์เนื้อหาและกำหนดเรื่อง เพื่อให้วีดิทัศน์เหมาะสมกับผู้เรียน คือสตรีตั้งครรภ์กลุ่มใหญ่ที่มีความแตกต่าง ตั้งแต่อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ตลอดจนประสบการณ์การตั้งครรภ์ และถึงแม้ผู้เรียนจะอ่านหนังสือไม่ออก ก็สามารถเข้าใจเนื้อหา เรื่องราว ภาพที่นำเสนอได้ ดังนั้นการผลิตวีดิทัศน์จึงเหมาะกับสตรีตั้งครรภ์ทั่ว ๆ ไป ไม่ได้เน้นความเป็นบริบทหรือภาษาท้องถิ่น ส่วนของเนื้อหาให้ครอบคลุมประเด็นหลักต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอน ภาษามีความสละสลวย ใช้คำกะทัดรัด เข้าใจง่าย เน้นความรู้สึก สร้างอารมณ์ร่วมไปกับภาพ และสุดท้ายเป็นบทสรุปก่อนจบเรื่อง โดยเลือกใช้ดนตรีบรรเลงประกอบ เพื่อสร้างจินตนาการให้แก่ผู้เรียน ทำให้สนใจติดตามเรื่อง ส่วนเสียงบรรยายมีน้ำเสียงแจ่มใสชัดเจน เน้นการออกเสียงที่ถูกต้องตามหลักภาษาไทย คำบรรยายเป็นคำง่าย ๆ เข้าใจได้แจ่มแจ้ง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.2.1 วางเค้าโครงเรื่องอย่างกว้างๆ กำหนดประเด็น เรียงลำดับขั้นตอนในการนำเสนอ เขียนคำบรรยายเป็นความเรียง ตัดต่อเป็นบทวีดิทัศน์ บทที่สำคัญที่ต้องการให้จดจำ และปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง เช่นการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารของสตรีตั้งครรภ์[11,20-22] ด้วยการจำลองสถานการณ์ ถ่ายทอดเรื่องราวผ่านผู้แสดงเพื่อเสนอเรื่องราวให้เหมือนจริงมากที่สุด

1.2.2 เตรียมการผลิตสื่อวีดิทัศน์ โดยสำรวจสิ่งของที่ต้องใช้ในการผลิต วัสดุ อุปกรณ์ประกอบต่างๆ เตรียมผู้แสดง สตรีตั้งครรภ์ กำหนดวัน เวลา สถานที่ในการถ่ายทำ

1.2.3 การผลิต การถ่ายทำนอกสถานที่ ตลาดสด ร้านอาหาร ถ่าย CAPTION ด้านกราฟฟิก ภาพนิ่งจากรูปภาพอื่นๆ จากอินเทอร์เน็ต นำมาตัดต่อ บันทึกเสียงถ่ายสำเนา วีดิทัศน์ที่สมบูรณ์ (Draft) เพื่อนำมาทดสอบประเมินผล

1.2.4 ประเมินผลและตรวจสอบวีดิทัศน์โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และด้านการผลิตสื่อ มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะรวม 2 ครั้ง จนได้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ทานตอนท้องน้องแข็งแรง” ที่มีความยาว 9.48 นาที

1.3 การทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือ นำสื่อวีดิทัศน์และแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จำนวน 21 คน หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 และมีข้อเสนอแนะคือ อาหารควรเป็นอาหารพื้นบ้านตามบริบทชุมชน ควรเพิ่มการนำเสนออาหารหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติ อาหารตามไตรมาส เสียงบรรยายให้มีความน่าสนใจมากขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นผู้ฟัง ส่วนสื่อวีดิทัศน์มีความยาวเกินไป

2. วัดระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ใหญ่ มีอายุ 20–34 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 เป็นครรภ์แรก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุครรภ์ไตรมาสสอง 14–28 สัปดาห์ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 สถานภาพ สมรส จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 อาชีพ แม่บ้าน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ ก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์	ก่อนชม (จำนวนคน)	ร้อยละ	หลังชม (จำนวนคน)	ร้อยละ
1. มีความรู้ระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (คะแนน 0 - 4)	-	-	-	-
2. มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 5 – 6)	1	3.33	-	-
3. มีความรู้ระดับดี (คะแนน 7 – 8)	4	13.33	2	6.67
4. มีความรู้ระดับดีมาก (คะแนน 9 – 10)	25	83.33	28	93.33

จากตารางที่ 1 พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารก่อนชมสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 13.33 และมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ และหลังชมสื่อวีดิทัศน์มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 93.33 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

3. ประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาล กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อบทเรียนสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 4.69 ดังตารางที่ 2 โดยจากตารางจะพบว่า ภาพรวมระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 หากพิจารณาค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก พบว่า อันดับที่หนึ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.83 ได้แก่ ได้รับความรู้ ความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้ และมีความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อบทเรียนสื่อ วีดิทัศน์ อันดับสอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 และอันดับที่สาม ได้แก่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ (จำนวนคน)					ค่าเฉลี่ย
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1.สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ท่านเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์	21	9	0	0	0	4.70
2.สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน	24	6	0	0	0	4.80
3.สื่อวีดิทัศน์มีการจัดเรียงเนื้อหาได้เหมาะสม ง่ายต่อการเรียนรู้	19	10	1	0	0	4.60
4.ภาพประกอบในสื่อวีดิทัศน์มีความชัดเจน น่าสนใจ	18	11	1	0	0	4.57
5.เสียงบรรยายมีความเหมาะสมชัดเจน	16	14	0	0	0	4.53
6.ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	22	8	0	0	0	4.73
7.ความยาวของเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์มีความเหมาะสม	18	12	0	0	0	4.60
8.หลังชมวีดิทัศน์แล้วท่านได้รับความรู้ ความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้	25	5	0	0	0	4.83
9.สื่อวีดิทัศน์เหมาะสม/สอดคล้องกับวิถีชีวิตของท่าน	19	11	0	0	0	4.63
10.ความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อบทเรียนสื่อวีดิทัศน์	25	5	0	0	0	4.83
รวม						**4.69**

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi--Experimental Research) และใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ไม่ได้เน้นความเป็นบริบทท้องถิ่น เพื่อให้สามารถใช้สื่อได้กับสตรีตั้งครรภ์หลากหลาย ผลิตสื่อตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ต้องเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยรับชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาก่อน ไม่มีความพิการทางสายตา และไม่จำกัดอายุครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ และ 2. แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

สรุปได้ว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ทานตอนท้อง น้องแข็งแรง” ที่มีความยาว 9.48 นาที ไปใช้ในการสอนให้กับสตรีตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลิตขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่[19] เพราะผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเองความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่ คือการมีความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ สื่อที่ผลิตจึงมีลักษณะกลาง ๆ ไม่ได้เน้นความเป็นบริบทท้องถิ่น เพื่อให้ใช้ได้กับสตรีตั้งครรภ์หลากหลาย ผลิตขึ้นตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีผู้เชี่ยวชาญประเมินผลและตรวจสอบความถูกต้องที่มีประสบการณ์มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์ มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ มีการวัดระดับความรู้จากสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่าค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์ ก่อนรับชมวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 หลังชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเท่ากับ 9.80 และสตรีตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อบทเรียนสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 4.69 จึงแสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ทานตอนท้อง น้องแข็งแรง” เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในการสอนให้กับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมและปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่า มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (Perceived benefits of behaviors)[11]

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ทานตอนท้อง น้องแข็งแรง” เป็นสื่อที่น่าสนใจให้ความรู้ เนื้อหาใช้ภาษากะทัดรัดเข้าใจง่าย มีความชัดเจนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในสตรีตั้งครรภ์ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ จึงเหมาะแก่การนำไปใช้เป็นสื่อในการสอน ส่วนการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ของสตรีตั้งครรภ์ อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว และเมื่อชมวีดิทัศน์ดังกล่าวแล้วยิ่งช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้ออีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณี บัญชรหัตถกิจ และเฉลิมพร ถิตย์ผาด เกี่ยวกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องโภชนาการในระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภัสสร พรกลิ่น และคณะ ที่กล่าวว่าสารอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์จะมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง เนื่องจากเซลล์สมองจะหยุดการแบ่งตัวหลังอายุครรภ์ 12–18 เดือน หากสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและเหมาะสมในช่วงดังกล่าว ย่อมส่งผลให้สุขภาพมารดาและทารกแข็งแรง[10,17,23]

เอกสารอ้างอิง

1. อรชร ศรีไทรล้วน และอภิสรา จังพานิช. ผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสาร เกื้อการุณย์ 2558; 22(1): 17-32.
2. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอุดรธานี; 2562.
3. พวงน้อย สาครรัตนกุล. คู่มือตั้งครรภ์คุณภาพ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.
4. สมบูรณ์ บุณยเกียรติ และผกากรอง จันทร์แย้ม. พฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 34(4): 270-280.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2558.
6. จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิตร และกานดา จันทร์แย้ม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา; การสังเคราะห์องค์ความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร. วารสารศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ 2559;8(1): 245-261.
7. มโนลี ศรีเปาเรยะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2559; 3(1): 115-126.
8. สิริไพศาล ยิ้มประเสริฐ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานนครราชสีมา. นครราชสีมา: หลักสูตรเทคโนโลยีการสื่อสารมวลชน สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน; 2559.
9. ธารินันท์ ลีลาธิวานนท์, โสเพ็ญ ชูนวล,สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์].สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
10. สุภัสสร พรกลิ่น และคณะ. บริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม จังหวัดกำแพงเพชร. วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม;2558.
11. พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เฉลิมพร ถิตย์ผาด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชศาสตร์ 2555; 27(4): 1- 6.
12. ณัฐนันท์ เกตุภาค และคณะ. ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พยาบาลวารสาร 2554; 38(3): 98-109.
13. ทิวารัตน์ ประเสริฐสังข์. สื่อการเรียนการสอน. นครราชสีมา: หลักสูตรเทคโนโลยีการสื่อสารมวลชน สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน; 2560.

14. บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ. ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9(1): 1-7.
15. ปิยะนันท์ สิมเรืองรอง. การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
16. วรัตม์ เชิดเกียรติตระกูล. คิด/เห็น/เป็นภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2563.
17. โสมรัศมี กล่ำกล่อมจิตร์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเพิ่มน้ำหนักร่างกายหญิงตั้งครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมังคลพระนคร; 2554.
18. เพ็ญศรี จะนู. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกห้องผาตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
19. ศิริพร พรแสน. การพัฒนาสื่อการสอนสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
20. ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, ณัฐธิดา สอนนาค และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 95-109.
21. ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลศิริราช. โภชนาการหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: เอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ ฝ่ายโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช; 2560.
22. วิสิฐ จะวะสิต. องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2559.
23. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ; 2558.

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์

Obstetrical and Neonatal outcomes in maternal exposure to methamphetamine during pregnancy

อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์
Adisak Waiketkarn

(Received : 5 April 21 Revised : 19 July 21 Accepted : 1 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในมารดาและทารก ในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพและไม่เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนมกราคม 2564 สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลบวก และ ลบ ของการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะถูกจัดเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์การคลอดของมารดาและทารกของทั้งสองกลุ่มถูกรวบรวมโดยวิธีรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและนำมาวิเคราะห์ผล

ผลการศึกษา : มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา จำนวน 236 ราย ถูกรวบรวมเข้าการศึกษา กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีจำนวน 59 และ 177 ราย, ตามลำดับ ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน พบว่าสตรีกลุ่มศึกษามีค่าดัชนีมวลกาย ฝากครรภ์เฉลี่ย อายุครรภ์เฉลี่ย และร้อยละความเข้มข้นเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (24.3/27.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, 5.8/10.8 ครั้ง, 37.3/38.3 สัปดาห์ และ 35.0/37.5) ตามลำดับ คลอดก่อนกำหนดและภาวะครรภ์เป็นพิษของกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.04; 95%CI, 0.04-0.16 และOR 0.42; 95%CI, 0.005-0.35) ทารกในกลุ่มศึกษามีน้ำหนักแรกเกิดและอุณหภูมิกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2,772/3,081 กรัม และ 36.7/37.0 องศาเซลเซียส) ทารกในกลุ่มศึกษามีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.5/3.0 วัน) คะแนนแอพกาที่ 1 นาที วิธีการคลอดและภาวะตกเลือดหลังคลอดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา : การเสพสารเมทแอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์น้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด เกิดครรภ์เป็นพิษ มีภาวะซีด ทารกน้ำหนักตัวน้อย อุณหภูมิแรกคลอดต่ำและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

คำสำคัญ : เมทแอมเฟตามีน, สตรีตั้งครรภ์, ภาวะแทรกซ้อน

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ABSTRACT

Introduction : Prevalence of methamphetamine abuse during pregnancy was increasing. Maternal and neonatal outcomes of methamphetamine abuse were currently limited.
Objective: To investigate the maternal and neonatal outcomes of methamphetamine abusing pregnant women.

Methods : This was historical cohort study that conducted at Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kalasin, Thailand between October 2019 and January 2021. Parturient who had positive and negative test for methamphetamine in urine were classified as study and control group, respectively. Demographic characters, maternal and neonatal outcomes of both groups were obtained from medical records and analyzed.

Results : A total 236 pregnant women who met inclusion criteria were recruited into the study. Study and control groups consisted of 59 and 177 cases, respectively. Demographic characters of both groups were comparable.Cases in study group had body mass index (BMI), antenatal care (ANC) visit, mean gestational age and hematocrit level significantly less than control group (24.3 vs 27.3 kg/m2, 5.8 vs 10.8 visit, 37.3 vs 38.3 weeks and 35.0 vs 37.5%, respectively).Preterm labor and preeclampsia rate of study group were higher than control group with statistical significance (OR 0.04; 95%CI, 0.04-0.16 and OR 0.42; 95%CI, 0.005-0.35). Newborn from study group had average birth weight and body temperature lower than control group with statistical significance (2,772/3,081 grams and 36.7/37.0 degree Celsius). Newborn in study group had significantly more hospital stay than control group (7.5/3.0 days). APGAR score at 1 minute, mode of delivery and postpartum hemorrhage of both groups also had no significantly different.

Conclusion : Methamphetamine use during pregnancy increased both maternal and neonatal complications in terms of low maternal weight, preterm birth, preeclampsia, maternal anemia, low birth weight, low neonatal body temperature and long hospital stay.

Keywords : Methamphetamine, pregnancy, complications

บทนำ

ปัจจุบันการเสพสารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก[1] ยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีน เป็นยาเสพติดที่ในปัจจุบันพบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์[2] การเสพสารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อายุครรภ์น้อยหรือตลอดการตั้งครรภ์จะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกเพิ่มขึ้น[3]

เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่เป็นอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยการกระตุ้นการหลั่งโดปามีนและยับยั้งการเก็บกลับทำให้ผู้เสพมีอาการไม่อยู่นิ่ง ลดการอยากอาหาร รู้สึกผ่อนคลาย และ สมาธิลดลง[4] การเสพสามารถทำได้หลายวิธีทั้ง สูบควัน, สูด, กิน และฉีด[5] เมทแอมเฟตามีนในรูปแบบของยาบ้าที่แพร่หลายในตลาดมืดของประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีส่วนผสมของเมทแอมเฟตามีนกับคาเฟอีน[6] ซึ่งทั้งเมทแอมเฟตามีนและคาเฟอีนนั้นสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์และทารก ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าการเสพ

เมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ และทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย[7,8]

ตั้งแต่ปี 2562 ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และสตรีที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์เสพเมทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น จากการสอบถามส่วนใหญ่ใช้วิธีการสูบควัน และนอกจากนั้นยังพบว่าการที่มีบุคคลใกล้ชิดในบ้านเสพเมทแอมเฟตามีนก็สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนไปด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการเสพหรือได้รับเมทแอมเฟตามีนของสตรีขณะตั้งครรภ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาและทารก นำมาซึ่งการตระหนักถึงสภาพปัญหาและหาทางพัฒนารูปแบบการค้นหาและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต

รูปแบบและวิธีวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนไปข้างหลัง (retrospective cohort study) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลผู้ที่มาคลอดจากเวชระเบียนตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2564 และในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC05/2564 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ในช่วงเวลาดังกล่าว และตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลบวก โดยการตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะนั้นทำที่ห้องคลอดเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาเข้ารับการรักษาทุกราย ใช้ชุดตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนคัดกรองสำเร็จรูป ยี่ห้อ จีพีโอ เมท คาสเซท (องค์การเภสัชกรรม กรุงเทพฯ ประเทศไทย) หลักการการทำงานของชุดตรวจคือใช้ monoclonal antibody ที่ทำปฏิกิริยาจำเพาะต่อสารเมทแอมเฟตามีน โดยใช้หลักการอิมมูโครมาโตกราฟีแบบการแย่งจับ (competitive binding immune-chromatographic assay) และจะให้ผลเป็นบวกเมื่อมีสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเท่ากับหรือสูงกว่า 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร

เกณฑ์การคัดออกคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนตั้งครรภ์ หรือตรวจพบว่าทารกมีความพิการแต่กำเนิด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลเป็นบวกในวันที่มาคลอดจะเป็นกลุ่มศึกษา และกลุ่มที่เมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลเป็นลบจะเป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมจะคัดเลือกโดยการสุ่มจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด และมีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับกลุ่มศึกษา ทำการเก็บข้อมูล อายุ น้ำหนัก จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ วิธีการคลอด ผลของการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น น้ำหนักทารก Apgar score การที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติเด็กแรกเกิด (semi newborn intensive care unit: NICU) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของมารดา เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

ข้อมูลจะนำมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอสเอส (บริษัทเอสพีเอสเอส เมืองชิคาโก รัฐอิลินอยด์ สหรัฐอเมริกา) โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มใช้สถิติ unpaired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานเป็นค่าความถี่ และร้อยละ ผลการทดสอบจะถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p น้อยกว่า 0.05 และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาของ Wright TE[8] คำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size) ระหว่างสองกลุ่มโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ ตามสูตร

$$n_{trt} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{\bar{p}\bar{q}\left(1+\frac{1}{r}\right)}+z_{1-\beta}\sqrt{p_1 q_1+\frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta}\right]^2$$

$$p_1 = P(outcome|treatment), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(outcome|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

คำนวณโดยใช้โปรแกรม n4Studies ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 59 รายในกลุ่มศึกษา และ 177 รายในกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2564 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์แล้วตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลบวก (กลุ่มศึกษา) จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มศึกษาในจำนวนนี้มี 1 รายเป็นเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนั้นเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจหาสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลเป็นลบ (กลุ่มควบคุม) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษามา 177 ราย ตามตารางที่ 1 พบว่าอายุเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดเท่ากับ 26.5±5.9 ปี และ 26.9±5.5 ปี ในกลุ่มที่ศึกษาและในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 ถึง 35 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังถึง ร้อยละ 79.7 และ 61.6 ในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือในกลุ่มที่ศึกษาเท่ากับ 24.3±4.6 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 27.3±4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การเข้ามารับการฝากครรภ์พบว่ากลุ่มศึกษาเข้ามารับการฝากครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ศึกษา (จำนวน 59 ราย) และกลุ่มควบคุม (จำนวน 177 ราย)

	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	*p*-value
อายุ (ปี) †	26.5±5.9	26.9±5.5	0.612
< 20	8(13.5)	21(11.9)	
20-34	45(76.3)	134(75.7)	
≥35	6(10.2)	22(12.4)	
การมีบุตร††			
ครรภ์แรก	12 (20.3)	68(38.4)	
ครรภ์หลัง	47(79.7)	109(61.6)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)†	24.3±4.6	27.3±4.1	<0.001*
จำนวนการเข้ารับฝากครรภ์(ครั้ง)†	5.8±4.2	10.8±3.2	<0.001*
กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์(ราย)††	10(16.9)	0(0)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p<0.05, † รายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, †† รายงานเป็นจำนวน (ร้อยละ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์และทารกระหว่างกลุ่มที่ศึกษา (จำนวน 59 ราย)และกลุ่มควบคุม (จำนวน 177 ราย)

	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	OR (95%CI)	*p*-value
อายุครรภ์ (สัปดาห์) †	37.3±2.0	38.3±0.9	-	<0.001*
การคลอดก่อนกำหนด (ราย) ††	11(33.3)	2(1.1)	0.04(0.04-0.16)	<0.001*
ภาวะครรภ์เป็นพิษ (ราย)††	7(11.9)	1(0.6)	0.42(0.005-0.35)	<0.001*
การคลอดทางช่องคลอด (ราย)††	46(77.9)	137(77.4)	1.03(0.51-2.10)	0.928
ความเข้มข้นของเลือด (ร้อยละ)†	35.0±4.1	37.5±3.5	-	<0.001*
ตกเลือดหลังคลอด (มิลลิลิตร)†	265.3±188.3	243.6±171.9	-	0.413
น้ำหนักทารก (กรัม)†	2772.3±383.7	3081.7±321.8	-	<0.001*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์และทารกระหว่างกลุ่มที่ศึกษา (จำนวน 59 ราย)และกลุ่มควบคุม (จำนวน 177 ราย)

	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	OR (95%CI)	*p*-value
APGAR ที่ 1 นาที†	8.0±0.5	7.9±0.7	-	0.566
อุณหภูมิแรกคลอด (เซลเซียส)†	36.7±0.4	37.0±0.3	-	<0.001*
วันนอนโรงพยาบาล (วัน).†	7.5±7.3	3.0±2.1	-	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ p<0.05 ; †รายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ใช้ unpaired t-test ; †† รายงานเป็นจำนวน (ร้อยละ) ค่าความสัมพันธ์ใช้ odd ratio, 95% confidence interval

ตามตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนในมารดา จากการศึกษาพบว่าในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาจะคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุม โดยกลุ่มศึกษาจะคลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ย 37.3±2.0 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจะคลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ย 38.3±0.9 สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษา จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาจะมีค่าร้อยละความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ในวันที่มาคลอดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม คิดเป็น 35.0±4.1และ 37.5±3.5 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเสียเลือดหลังคลอดนั้นจากการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มเสียเลือดหลังคลอดไม่แตกต่างกัน โดยสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษา จะเสียเลือดหลังคลอดเฉลี่ย 265.3±188.3 มิลลิลิตร และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมจะเสียเลือดหลังคลอดเฉลี่ย 243.6±171.9 มิลลิลิตร

ภาวะแทรกซ้อนในทารก จากการศึกษาพบว่าทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มศึกษาจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทารกที่คลอดจากมารดาที่กลุ่มศึกษาจะมีน้ำหนักตัวแรกคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 2772.3±383.7 กรัม ส่วนทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มควบคุมจะมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 3081.7 ±321.8 กรัม ค่าคะแนนแอพกา (APGAR score) ที่ 1 นาที พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อุณหภูมิแรกคลอดโดยการวัดทางทวารหนักพบว่าทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มศึกษาจะมีอุณหภูมิแรกคลอดน้อยกว่ากลุ่มทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 36.7±0.4 องศาเซลเซียส และ 37.0±0.3 องศาเซลเซียส ตามลำดับ และทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มศึกษาพบว่าจะมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.5±7.3 วัน ซึ่งมากกว่าทารกที่คลอดจากมารดากลุ่มควบคุม ที่วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.0±2.1 วัน และสาเหตุที่ทำให้นอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือภาวะปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลในเวชระเบียนของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่ามารดากลุ่มศึกษาไม่เคยรับการดูแลขณะตั้งครรภ์เลยถึงร้อยละ 16.9 และค่าเฉลี่ยการมาฝากครรภ์เท่ากับ 5.8 ครั้งซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของการมารับการฝากครรภ์เท่ากับ 10.8 ครั้ง จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Thamkhantho และ Min Wu ที่พบว่ามารดาที่ใช้แอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์จะไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพ[3,9] จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มศึกษาจะมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนจะมีน้ำหนักขึ้นน้อยขณะตั้งครรภ์[10] ทั้งนี้เป็นผลจากการที่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษามีการเข้ารับการฝากครรภ์น้อย และสารเมทแอมเฟตามีนยังทำให้ลดการอยากอาหารอีกด้วย[4]

อายุครรภ์ที่คลอดจากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษา คลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาดัง

กล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wright TEและคณะ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์จะคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน[8] นอกจากการคลอดที่อายุครรภ์เฉลี่ยน้อยแล้วจากการศึกษายังพบว่ากลุ่มศึกษายังมีภาวะการคลอดก่อนกำหนดที่มากกว่าอีกด้วย โดยพบถึงร้อยละ 33.3 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 1.1 ซึ่งอัตราการคลอดก่อนกำหนดคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำในประเทศไทย[3,7,11] ที่รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนไว้ที่ร้อยละ 30.9 ถึงร้อยละ 59.7 และจากรายงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนร้อยละ 13 ถึงร้อยละ 50[8,12,13] ซึ่งทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นจะมีอัตราการป่วย ตาย มากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด[4] สารเมทแอมเฟตามีนมีฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดหดตัวดังนั้นการใช้ในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้หลอดเลือดนำเลือดไปหล่อเลี้ยงมดลูกได้ไม่ดีส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยในครรภ์(14) และจากผลการศึกษาของ Wright TE และคณะพบว่าการเสพสารเมทแอมเฟตามีนตลอดการตั้งครรภ์จะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์หยุดเสพสารเมทแอมเฟตามีนไม่ว่าจะที่อายุครรภ์เท่าใดก็ตามจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดลง[8] ดังนั้นถ้ามีการตรวจคัดกรองและจัดรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนแล้วส่งเสริมให้มีการหยุดใช้จะทำให้ผลของการตั้งครรภ์ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจะลดลง

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของสตรีตั้งครรภ์ และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องคลอดก่อนกำหนด อัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปจะพบประมาณร้อยละ 3 ถึง 5[15] ในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะครรภ์เป็นพิษถึงร้อยละ 11.9 ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาและเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมพบอัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้น โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษนั้นจะลดความรุนแรงหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารกได้นั้นจะต้องค้นหาผู้ป่วยให้พบก่อนที่อาการจะรุนแรงและให้การรักษา และการที่สตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ไม่มีคุณภาพจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษได้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาในวันที่มาคลอดเท่ากับร้อยละ 35.0 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับร้อยละ 37.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suriyaprom และคณะ. ที่พบว่าการเสพสารเมทแอมเฟตามีนจะทำให้ค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin) และค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง ซึ่งเป็นผลกระทบในระยะแรกของการเสพสารเมทแอมเฟตามีนก่อนที่จะเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา[16] นอกจากนั้นการที่สตรีตั้งครรภ์เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะการตั้งครรภ์ จะไม่มารับการฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ ทำให้ไม่ได้รับการดูและการใช้ยาเพื่อเพิ่มธาตุเหล็กซึ่งมีความต้องการเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์ มีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป ส่วนการเสียเลือดหลังคลอดพบว่าไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการที่สตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซีดได้มากขึ้น จะส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดได้มากและรุนแรงขึ้น

จากการศึกษาของ Homsup และคณะในปี 2561 พบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเฉลี่ยแรกคลอดน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่เสพสารเมทแอมเฟตามีน[11] ซึ่งเหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ที่น้ำหนักทารกแรกคลอดในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2772.3±383.7 กรัม ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3081.7±321.8 กรัม กลไกของสารเมทแอมเฟตามีนทำให้ทารกมีน้ำตัวแรกเกิดน้อยนั้น เพราะว่าสารเมทแอมเฟตามีนสามารถผ่านรกและทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัว เลือดจึงพาสารอาหารและออกซิเจนไปยังทารกได้ลดลง[17]

อุณหภูมิกายแรกคลอดของทารกจากการศึกษาพบว่าทารกกลุ่มศึกษา มีอุณหภูมิกายที่วัดทางทวารหนักต่ำกว่าเด็กกลุ่มควบคุมเท่ากับ 36.7±0.4 และ 37.0±0.3 เซลเซียสตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Chomchai C และคณะที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่าทารกจะมีภาวะการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายมากกว่าเด็กทารกทั่วไปซึ่งเป็นอาการหนึ่งของการขาดยาในทารก[18] และในการศึกษาครั้งนี้ทารกกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ก็จะตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของทารกด้วย ส่วนค่าคะแนนแอพกา ไม่ต่างกันทั้งสองกลุ่ม

จากภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่เกิดขึ้นในเด็กทารกกลุ่มศึกษาต้องการการนอนโรงพยาบาลนานมากกว่าทารกทั่วไป ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Shah R. และคณะที่พบว่าทารกที่ได้รับสารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ต้องการการนอนโรงพยาบาลมากกว่าทารกทั่วไป[19] จากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลตามมาไม่ว่าจะเป็นด้านค่าใช้จ่าย การจำกัดของจำนวนเตียงตลอดจนความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการไม่ได้อยู่กับมารดาหลังคลอดอีกด้วย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการที่สตรีตั้งครรภ์เสพสารเมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้าในขณะตั้งครรภ์นั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารก ดังนั้นสถานบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ช่วงก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ตลอดจนถึงหลังคลอด เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าหรือสารเสพติดชนิดอื่นในขณะตั้งครรภ์ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings: NSDUH Series H-41, DHHS Publication No. SMA 11-4658.
2. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. J Med Assoc Thai 2005; 88: 1506-13.
3. Thamkhantho M, Obstetric Outcomes of Amphetamine Misapplication duration Pregnancy. J Med Assoc Thai 2018; 101: 1680-5.
4. Cunningham FG, Lenovo JK, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics.25th ed. New York: McGraw-Hill, 2018: 234-52.
5. National Institute on Drug Abuse. Methamphetamine 2019. [Cited 2021 Mar 25]. Available from: //www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/overview
6. Palanuvej C, Issaravanich S, Rungphitackchai B, Chinveschakitvanich V, Danthamrongkul V. Chemical Analysis of Illicit Amphetamines. Thai J Hlth Resch 1997; 2: 73-80.
7. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Impact of prenatal illicit drug exposure on the mother and infant. Chula Med J 2004; 48: 235-45.
8. Wright TE, Schuetter R, Tellei J, Sauvage L. Methamphetamines and pregnancy outcomes. J Addict Med 2015; 9: 111-7.
9. Wu M, Lagasse LL, Wouldes TA, Arria AM, Wilcox T, Derauf C, et al. Predictors of inadequate prenatal care in methamphetamine--using mothers in New Zealand and the United States. Matern Child Health J 2013; 17: 566-75.

10. Committee Opinion No. 479. Methamphetamine abuse in women of reproductive age. Obstet Gynecol 2011; 117: 751-5.
11. Homsup P, Phaloprakarn C, Tangjitgamol S, Manusirivithaya S. Maternal characteristics and pregnancy outcomes among illicit drug--using women in an urban setting. Taiwan J Obstet Gynecol 2018; 57: 83-8.
12. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ 3rd, Caughey AB. Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 429.e1-4.
13. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol 2010; 116: 330-4.
14. Robert R., Michael FG, Charles JL, Joshua AC, Thomas RM, Robert MS. Substance abuse in pregnancy. In Creasy and Resnik's maternal--fetal medicine. 8th ed, Elsevier. Philadelphia, 2019; 1254-5.
15. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CYL, Lewandowski AJ. Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on the Offspring. J Clin Med 2019 4;8 :1625.
16. Suriyaprom K, Tanateerabunjong R, Tungtrongchitr A, Tungtrongchitr R. Alterations in malondialdehyde levels and laboratory parameters among methamphetamine abusers. J Med Assoc Thai 2011; 94: 1533-9.
17. Ganapathy V V, Prasad PD, Ganapathy ME, Leibach FH. Drugs of abuse and placental transport. Adv Drug Deliv Rev 1999; 38: 99-110.
18. Chomchai C, Na Manorom N, Watanarungsan P, Yossuck P, Chomchai S. Methamphetamine abuse during pregnancy and its health impact on neonates born at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2004; 35: 228-31.
19. Shah R, Diaz SD, Arria A, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, et al. Prenatal methamphetamine exposure and short-term maternal and infant medical outcomes. Am J Perinatol 2012; 29: 391-400.

เถาเอ็นอ่อนสมุนไพรสู่การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

Thao-en On(Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) the herbal medicine for osteoarthritis

อดิศักดิ์ ถมอุดทา[1*], ปริญา ถมอุดทา[2]

Adisak Thomudtha[1*], Pariya Thomudtha[2]

(Received : 5 March 21 Revised : 27 July 21 Accepted : 17 August 21)

บทคัดย่อ

เถาเอ็นอ่อน (Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) มีลักษณะเป็นไม้เลื้อยถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อรักษาอาการอักเสบของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นถึงข้อมูลวิชาการในประเด็นการพัฒนาสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนแบบครบวงจร โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการในหัวข้อ พฤกษศาสตร์พื้นบ้าน พฤกษเคมี การศึกษาทางด้านพรีคลินิกและการทดลองทางคลินิก ผลการศึกษาด้านพรีคลินิกพบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนสามารถลดการบิดตัวโดยใช้กรดอเซติกเหนี่ยวนำในหนูทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังสามารถยับยั้งการอักเสบในโมเดลการใช้สารเอทิล ฟีนิลโพรพิโอเนตเหนี่ยวนำการเกิดหูอักเสบและการใช้สารคาราจีแนนเหนี่ยวนำการเกิดอุ้งเท้าอักเสบในหนูทดลอง การศึกษาการเพาะเลี้ยงเซลล์กระดูกอ่อนในอาหารเลี้ยงเชื้อพบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนสามารถลดการปลดปล่อยสารซัลเฟตไกลโคซามิโนไกลแคนและไฮยาโรแนนในอาหารเลี้ยงเชื้อและมีความสามารถในการยับยั้งเอนไซม์เมทัลโลโปรติเอส-2 โดยไม่มีผลกระทบต่อการอยู่รอดของเซลล์เพาะเลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาทางคลินิกจากยาน้ำมันเถาเอ็นอ่อนในการรักษาข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง พบว่ามีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจาก 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซิน สรุปได้ว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ลดปวด ต้านการอักเสบและคอนโดรโพรเทคทีฟ ยาน้ำมันเถาเอ็นอ่อนมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างอินโดเมทาซิน โซลูชั่น ในการรักษาข้อเข่าเสื่อม ยาน้ำชนิดรับประทานตำรับโคคลานที่มีส่วนผสมของเถาเอ็นอ่อน พบว่ามีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการลดอาการปวดเข่าในภาวะข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ไม่แตกต่างจากยาเม็ดไดโคลฟิแนค ในการประเมินด้วย Oxford Knee Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : เถาเอ็นอ่อน, ฤทธิ์ต้านการอักเสบ, ฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟ, ข้อเข่าเสื่อม

[1*]กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม

[2]งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Thao-en On (Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) is widely used in folk medicine in Southeast Asia for treating muscle tension and arthritis. This study aims to inform academic information in the case of the complete development of this herbal medicine. By searching the academic database in the term of Ethnopharmacology, Phytochemistry, Preclinical and Clinical study. A preclinical study demonstrates that Crptolepis buchanani extract significantly reduced acetic acid-induced writhing response. It also inhibited edema formation in both EPP-induced ear edema and carrageenan-induced paw edema models. In cartilage explant culture, Crptolepis buchanani extract significantly reduced the sulfated glycosaminoglycan and hyaluronan released into culture media while it reserved the uronic acid and collagen within the cartilage tissues. It also suppressed the matrix metalloproteinase-2 activity with no effect on cell viability. A clinical study Crptolepis buchanani oil demonstrates comparable to 1% indomethacin solution in a four-week treatment of patients with mild to moderate osteoarthritis of the knee. In conclusion, Crptolepis buchanani extract shows analgesic, anti-inflammatory, and chondroprotective effects, Crptolepis buchanani oil was effective as an indomethacin solution for the symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee. Crptolepis buchanani oral solution in the Koklan Mixture Formula 3 showed efficient and safe for the treatment of primary knee osteoarthritis by Oxford Knee Score evaluation and no differences statistically significant when compared with diclofenac tablet.

Keywords : Crptolepis buchanani, Anti-inflammatory, Chondroprotective effect, Osteoarthritis

บทนำ

ในปัจจุบันกระแสความนิยมในการใช้สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในส่วนภาครัฐได้มีการกำหนดนโยบายที่สำคัญเช่น แผนแม่บทแห่งชาติด้านสมุนไพร โครงการเมืองสมุนไพรเพื่อให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรครบวงจร จนกระทั่งได้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีคุณภาพ มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เพื่อให้เกิดความมั่นใจของประชาชน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ สมุนไพรจึงถือได้ว่าเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในการขับเคลื่อนสู่การพัฒนาให้ได้ยาจากสมุนไพรเพื่อการรักษาโรคต่างๆ ในการพึ่งพาตนเองของประเทศด้านสุขภาพในอนาคต การศึกษาทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้านถือได้ว่าเป็นประตูในการค้นพบนำไปสู่การพัฒนายาจากสมุนไพรอย่างครบวงจร เถาเอ็นอ่อนคืออีกหนึ่งตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนของการพัฒนายาจากสมุนไพรครบวงจรในประเทศไทยตั้งแต่การค้นพบจนถึงได้ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่ผ่านการวิจัยทางคลินิกและสมุนไพรชนิดนี้ได้ถูกประกาศจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556[1] ให้เป็นเป็นยาสามัญประจำบ้าน ในหมวดยากษัยเส้นหรือยาบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ยาสำหรับใช้ภายนอก)

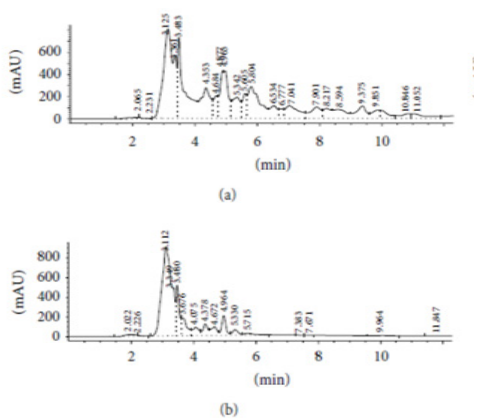
เถาเอ็นอ่อน (Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) วงศ์ Asclepiadaceae มีลักษณะเป็นไม้เลื้อยถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการแพทย์พื้นบ้านในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงไต้ รวมถึงในประเทศไทย ในการรักษาอาการอักเสบของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่[2] ล่าสุดมีการศึกษาวิจัยทางคลินิกพบว่าสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) ไม่ได้ด้อยไปกว่าวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน[3] (Standard treatment) ซึ่ง

บทความนี้จะได้กล่าวถึงสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนโดยละเอียด ตั้งแต่การค้นพบจากองค์ความรู้ทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnopharmacology) ซึ่งเป็นประตูสำคัญสู่การค้นพบข้อมูลเบื้องต้นสำหรับรักษาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อตลอดจนลักษณะโดยทั่วไปของสมุนไพรชนิดนี้ การศึกษาทางด้านพฤกษเคมี (Phytochemistry) จะทำให้ทราบองค์ประกอบของสารชีวเคมีที่มีฤทธิ์ทางยา การศึกษาทางด้านพรีคลินิกในหลอดทดลองและในสัตว์ทดลอง (In-vitro and In-vivo study) จะทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพในการมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและความเป็นพิษทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในความเป็นไปได้ของการศึกษาทางคลินิก การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเถาเอ็นอ่อน (Formulation development) ให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาตลอดจนเพิ่มความสะดวกและความร่วมมือในการใช้ผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วย และท้ายสุดการวิจัยทางคลินิกในการยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา (Clinical study) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนมีความมั่นใจในการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นทุกข้อถือได้ว่าเป็นหัวใจของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรให้เกิดความยั่งยืน เป็นไปตามเจตจำนงมุ่งหมายของรัฐบาลที่ต้องการให้สมุนไพรไทยเป็นที่ นิยม ประชาชนรู้จัก เชื่อมั่น ชอบและใช้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรพฤกษศาสตร์พื้นบ้านเถาเอ็นอ่อนประตู่สู่การรักษาข้อเข่าเสื่อม

เถาเอ็นอ่อน (Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) พบในป่าไม้เขตร้อน ในหลายๆ ประเทศ ได้แก่ จีน อินเดีย ไทยและประเทศในแถบอินโดไชน่า ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการแพทย์พื้นบ้านในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงในประเทศไทย ในการรักษาอาการอักเสบของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่[2] ในอายุรเวทอินเดีย ถูกนำมาใช้ในการรักษากล้ามเนื้ออักเสบ ไอ ท้องเสีย รักษาแผล[4] และยังเป็นองค์ประกอบในตำรับยารักษาอัมพฤกอัมพาต พบว่าส่วนลำต้นถูกนำมาใช้ในการคลายกล้ามเนื้อ รักษาเส้นเอ็นตึง และข้ออักเสบ[5] ส่วนใบนำมาตำพอกประคบบริเวณกล้ามเนื้อและข้อที่มีการอักเสบ[6] โดยมีลักษณะทางพฤกษศาตร์ที่สำคัญคือ ลำต้นเป็นไม้เถาเนื้อแข็ง เลื้อยพัน มีน้ำยางขาว ใบเป็นใบเดี่ยว เรียงตรงข้าม รูปไข่หรือรูปไข่กลับ กว้าง 3-8 เซนติเมตร ยาว 5-18 เซนติเมตร ดอกมีลักษณะเป็นช่อ ออกที่ซอกใบ กลีบดอกสีเหลืองอ่อน ผลแห้ง แตกได้ รูปไข่แกมใบหอก เมล็ดมีสีน้ำตาลมีขนสีขาว[7] พฤกษเคมีเถาเอ็นอ่อนและการทดสอบฤทธิ์เบื้องต้น (Phytochemistry and Bioassays)

การศึกษาทางด้านพฤกษเคมีของสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนมีวัตถุประสงค์หลักๆในการค้นหาสารชีวเคมีกลุ่มเมตาบอไลท์ทุติยภูมิ (Seconadary metabolite) ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ เพื่อเป็นการยืนยันการค้นพบทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้านที่มีการใช้แบบดั้งเดิมผ่านองค์ความรู้ที่สั่งสมกันมาช้านานของชาวบ้านในการนำสมุนไพรนี้มาใช้รักษาอาการอักเสบของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

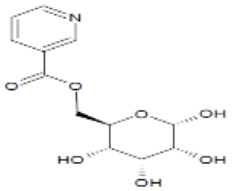
ผงแห้งส่วน Stem ของเถาเอ็นอ่อนถูกนำมาสกัดโดยกระบวนการไหลผ่าน (Perculated) โดยใช้ เมทานอลเป็นตัวทำละลาย หลังจากนั้นจะนำมากรองและทำให้แห้งโดยวิธีฟรีซดราย (Freeze dried) จนได้สารสกัดหยาบ (Crude extract) จากนั้นนำเข้ากระบวนการเพื่อวิเคราะห์ลายพิมพ์เอชพีแอลซี (HPLC fingerprint) ในการทำเป็นสัญลักษณ์ (Marker) เพื่อเป็นมาตรฐานการตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์ (Identification) ของสารสกัดเถาเอ็นอ่อนต่อไป[8]



รูปที่ 1 ลายพิมพ์เอชพีแอลซี สารสกัดเถาเอ็นอ่อน ที่ความยาวคลื่น 254 นาโนเมตร (a) และ 320 นาโนเมตร (b) ตามลำดับ[8]

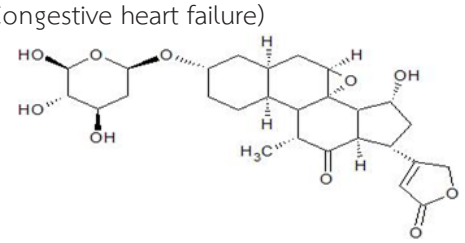
มีการค้นพบสารคลิปโตเลเปน (Cryptolepain) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สกัดได้จากยางของเถาเอ็นอ่อน เป็นสารในกลุ่มไกลโคซิเลตเตด เซอร์รีน โปรตีเอส (Glycosylated serine protease) จากการทดสอบฤทธิ์เบื้องต้นมีคุณสมบัติ คาไสโนไลติก (Caseinolytic activity) ในการยับยั้งกระบวนการแข็งตัวของเลือด[4] ในอนาคตอาจมีการนำสารนี้ไปพัฒนาเป็นยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

มีการค้นพบสารบูชานานีน (Buchananine) ซึ่งแยกสกัดได้จากส่วนแก่นของเถาเอ็นอ่อน เป็นสารประเภทไพรีดีนอัลคาลอยด์[9] (Pyridine Alkaloid) ซึ่งต้องทำการศึกษาเพื่อทดสอบฤทธิ์เบื้องต้นต่อไป



รูปที่ 2 โครงสร้างทางเคมีของบูชานานีน จากแก่นเถาเอ็นอ่อน[10]

อีกการศึกษาพบสารคลิปโตซิน (Cryptosin) ซึ่งเป็นสารในกลุ่มคาดิโนไลด์ (Cardenolide) มีโครงสร้างเป็นแบบ สเตียรอยด์ไกลโคไซด์ (Steroidal glycoside) สารนี้สกัดได้จากส่วนใบเถาเอ็นอ่อน จากการทดลองในการกระตุ้นหัวใจของสุนัขในโมเดลของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแบบเอกซ์ วีโว (Ex vivo) พบว่าสารคาดิโนไลด์ (Cardenolide) มีคุณสมบัติเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจได้ดี[11] (Potent positive inotropic agent) ซึ่งเป็นไปได้ว่าอนาคตเราอาจจะได้เห็นสารนี้ถูกพัฒนาเป็นยาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

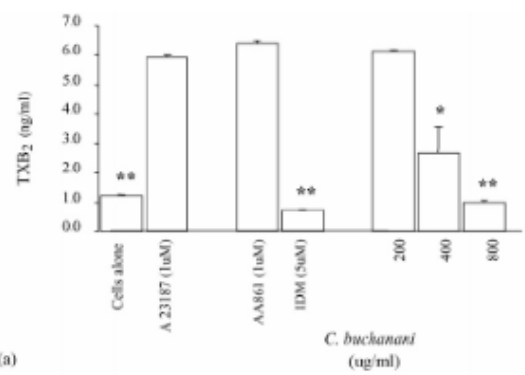


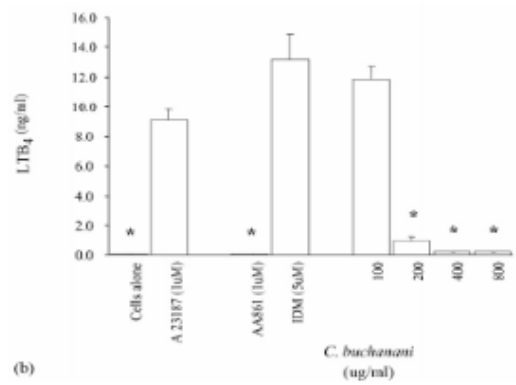
รูปที่ 3 โครงสร้างทางเคมีของคลิปโตซิน จากใบเถาเอ็นอ่อน[12]

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการศึกษาเพื่อหาสารที่เป็นดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ (Biological marker) สำหรับเถาเอ็นอ่อนอันจะทำให้ทราบถึงกลไกในการออกฤทธิ์แก้ปวด (Mechanism of action) รวมถึงการใช้เพื่อควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Quality control) ที่จะทำการผลิตในอนาคต

การทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบในหลอดทดลองของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน[13]

การศึกษาเกี่ยวกับฤทธิ์ต้านการอักเสบของเถาเอ็นอ่อนในหลอดทดลอง โดยใช้สารสกัดจากแก่นเถาเอ็นอ่อนในเอทานอลความเข้มข้น 50 เปอร์เซ็นต์ สำหรับรูปแบบการศึกษามาตรฐาน ที่ถูกนำมาทำการทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบ 2 แบบ คือ การทดสอบฤทธิ์ต้านอักเสบแบบเฉียบพลัน (Acute inflammatory activity) รูปแบบที่ใช้ในการทดสอบคือการใช้แคลเซียม ไอโอโนฟอร์ เอ 23187 กระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดลิวโคไซต์ในหนูทดลอง (In vitro calcium ionophore A 23187 stimulated rat leukocyte model) และการทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบแบบเรื้อรัง (Chronic inflammatory activity) รูปแบบที่ใช้ในการทดสอบคือการใช้สารแอลพีเอสกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (In vitro LPS-stimulated monocytes) พบว่า สารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ต้านการอักเสบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งสามารถสรุปผลการทดลองดังรูป

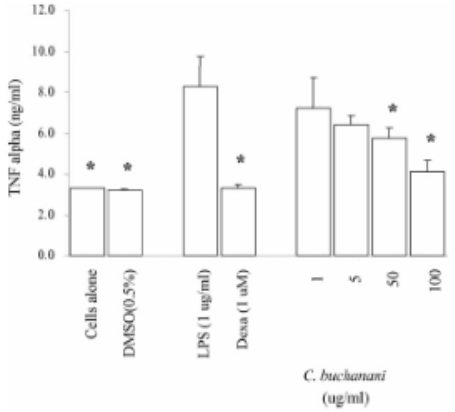




รูปที่ 4 แสดงการยับยั้งสารทรอมบรอกเซนบี 2 (thromboxane B2) และสารลิวโคไตรอีนบี 4 (leukotriene B4) ของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน ในขนาดความเข้มข้นต่างๆ

การทดสอบโดยวิธีการใช้แคลเซียม ไอโอโนฟอร์ เอ 23187 กระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ในหนูทดลอง เป็นรูปแบบที่ใช้ในการทดสอบการยับยั้งกระบวนการอักเสบ โดยทำการฉีดสารออสเตอร์ ไกลโคเจน ความเข้มข้น 6 เปอร์เซ็นต์ (Oyster glycogen) เข้าทางช่องท้องของหนูทดลอง ให้เกิดกระบวนการกระตุ้นเซลล์ลิวโคไซต์ (Leukocytes) ซึ่งเป็นเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบให้เพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นจะทำการแยกลิวโคไซต์ มาเพาะเลี้ยงและคัดแยกในหลอดทดลองจนได้พอลิมอร์โฟนิวเคลียร์ นิวโทรฟิล ลิวโคไซต์ (Polymorphonuclear Neutrophils Leukocytes,(PMNs)) ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบโดยการเติมสารแคลเซียม ไอโอโนฟอร์ เอ 23187 ลงในพอลิมอร์โฟนิวเคลียร์ นิวโทรฟิล ลิวโคไซต์ ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถนำมาใช้ทดสอบประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบ จากรูปที่ 4 จะเห็นได้ว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในเอทานอลความเข้มข้น 50 เปอร์เซ็นต์ โดยมีสารอ้างอิงมาตรฐาน (Reference standard) ที่เป็นสารยับยั้งเอนไซม์ไซโครออกซีจีเนส (Cyclooxygenase) คืออินโดเมทาซิน (Indomethacin, (IDM)) และสารเอเอ 861 (AA861) เป็นสารยับยั้งเอนไซม์ 5-ไลพ็อกซีจีเนส (5-Lypooxygenase) สามารถยับยั้งสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบทั้งสารทรอมบรอกเซน บี 2 และ ลิวโคไตรอีน บี 4 ในวิถีไซโคลออกซีจีเนส (Cyclooxygenase pathway) และวิถี 5-ไลพ็อกซีจีเนส (5-Lypooxygenase pathway) ตามลำดับ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$ และ $P \leq 0.001$ ตามลำดับ)โดยการยับยั้งจะแปรผันตามความเข้มข้นที่เพิ่มขึ้น (Dose dependent)

การทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammatory activity) โดยการใช้สารแอลพีเอสกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ในหลอดทดลอง พบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ต้านการอักเสบเรื้อรัง สามารถสรุปผลการทดลองได้ตามภาพ



รูปที่ 5 ผลของสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในเอทานอลความเข้มข้น 50 เปอร์เซ็นต์จากการทดสอบการสร้างสารทีเอ็นเอฟ-แอลฟา (TNF-α production)

การใช้สารแอลพีเอสกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ เป็นโมเดลที่ใช้ในการศึกษาเพื่อทดสอบการยับยั้งการสร้างสารทีเอ็นเอฟ-แอลฟา จากเซลล์โมโนไซต์ ในหลอดทดลอง ซึ่งเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ จากการทดลองพบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในเอทานอลความเข้มข้น 50 เปอร์เซ็นต์ มีความสามารถในการยับยั้งขบวนการสร้างสารทีเอ็นเอฟ-แอลฟา จากโมโนไซต์เซลล์ไลน์ (Monocyte cell line,(THP-1 cell)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ที่ความเข้มข้นของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน 50 และ 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรตามลำดับ โดยทำการเปรียบเทียบกับสารอ้างอิงมาตรฐานเดกซาเมทาโซนความเข้มข้น 1 ไมโครโมล (Dexamethasone 1 µM) และสารดีเอ็มเอสโอ ความเข้มข้น 0.5 เปอร์เซ็นต์ (DMSO) เป็นสารเปรียบเทียบ[13]

การทดสอบฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟ (Chondroprotective activities) ในหลอดทดลองของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน[8]

การทดสอบฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟ ถือได้ว่าเป็นการทดสอบที่น่าสนใจในการนำสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนมาใช้ในการรักษาข้ออักเสบเนื่องจากเป็นการบ่งบอกถึงความสามารถในการป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อกระดูกอ่อน ซึ่งเป็นการยืนยันประสิทธิภาพตามองค์ความรู้พฤกษศาสตร์พื้นบ้านโดยใช้สารสกัดจากแก่นของเถาเอ็นอ่อนในเมทานอล (Methanol extract of C. buchanani,(CBE)) สำหรับรูปแบบการทดลองเพื่อใช้ทดสอบฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟ ในรูปแบบการศึกษาต่าง ๆ ของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน

รูปแบบการศึกษาในหลอดทดลอง	ผลการศึกษา
การเพาะเลี้ยงเซลล์กระดูกอ่อนในอาหารเลี้ยงเชื้อ (Cartilage Explant Culture)	พบว่า CBE ขนาดความเข้มข้นที่ 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการปลดปล่อยสารซัลเฟต ไกลโคซามิโนไกลแคน (sulfated glycosaminoglycan,(s-GaG)) ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากกระบวนการกระตุ้นการอักเสบโดยสารรีคอมบีแนน ฮูแมน อินเตอร์ลิวคิน-1 เบต้า (Recombinant human interleukin-1β) บริเวณเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$ และ $P\leq0.01$ ตามลำดับ)
การยับยั้งแบบแข่งขัน อีไลซ่า สำหรับสารไฮยาลูโรแนน (A competitive Inhibition-Based ELISA for Hyaluronan,(HA))	พบว่า CBE ขนาดความเข้มข้นที่ 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการปลดปล่อยสาร สารไฮยาลูโรแนน(Hyaluronan,(HA)) ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากกระบวนการกระตุ้นการอักเสบโดยสารรีคอมบีแนน ฮูแมน อินเตอร์ลิวคิน-1 เบต้า(Recombinant human interleukin-1β) บริเวณเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$ และ $P\leq0.001$ ตามลำดับ)
การวิเคราะห์กรดยูโรนิก (Uronic Acid Assay)	พบว่า CBE ขนาดความเข้มข้นที่ 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการกระบวนการสร้างกรดยูโรนิก ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากกระบวนการกระตุ้นการอักเสบโดยสารรีคอมบีแนน ฮูแมน อินเตอร์ลิวคิน-1 เบต้า (Recombinant human interleukin-1β) บริเวณเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)
การวัดปริมาณคอลาเจนโดยใช้สารไฮดรอกซีโพรลีน (Collagen Content Measured by Hydroxyproline, (HPR))	พบว่า CBE ขนาดความเข้มข้นที่ 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการทำลายคอลาเจน ที่เกิดจากกระบวนการกระตุ้นการอักเสบโดยสารรีคอมบีแนน ฮูแมน อินเตอร์ลิวคิน-1 เบต้า (Recombinant human interleukin-1β) บริเวณเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)
เจลาติน ไซโมกราฟี (Gelatin Zymography)	พบว่า CBE ขนาดความเข้มข้นที่ 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการออกฤทธิ์เอนไซม์เมทริกซ์เมทัลโลโปรตีนเนส-2 (Matrix metalloproteinase-2, (MMP-2)) เอนไซม์นี้สามารถย่อยทำลายเจลาติน (Gelatins) และ คอลาเจนชนิดที่ 4 (Collagen type IV) ซึ่งเป็นสารที่สำคัญในกระดูกอ่อน (Cartilage) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

การทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบในสัตว์ทดลองของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน[8,13]

จากการศึกษาในหลอดทดลองพบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีศักยภาพในการศึกษาในขั้นตอนต่อไปนั่นก็คือการศึกษาในสัตว์ทดลอง ผลการศึกษาการทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบในสัตว์ทดลองสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบในสัตว์ทดลอง ในรูปแบบการศึกษาต่างๆของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน

รูปแบบการศึกษาในสัตว์ทดลอง	ผลการศึกษา
การใช้กรดอเซติกเหนี่ยวนำการบิดตัวในหนูทดลอง (Acetic Acid-Induced Writing Response in Mice)	พบว่าการให้ CBE ในขนาด 60 125 และ 250 มิลลิกรัมกรัมต่อกิโลกรัมผ่านการฉีดเข้าทางช่องท้องของหนูทดลอง สามารถลดจำนวนครั้งของการบิดตัวของหนูทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)
การใช้สารเอทิล ฟีนิลโพรพิโอเนต เหนี่ยวนำการเกิดหูอักเสบในหนูทดลอง (Ethy Phenylpropiolate- (EEP-) Induced Ear Edema in Rats)	พบว่าการให้ CBE ในขนาด 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรหยอดลงในช่องหูและทาที่บริเวณหูส่วนนอก สามารถลดการอักเสบในช่องหูและหูส่วนนอก ที่เกิดจากการกระตุ้นของสาร EEP-ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)
การใช้สารคาราจีแนนเหนี่ยวนำการเกิดอุ้งเท้าอักเสบในหนูทดลอง (Carrageenan-Induced Hind Paw Edema in Rats)	การให้ CBE ในขนาด 250 และ 500 มิลลิกรัมกรัมต่อกิโลกรัมผ่านการฉีดเข้าทางช่องท้องของหนูทดลอง ก่อนการฉีดสารกระตุ้นการอักเสบคาราจีแนน (carrageenan) บริเวณอุ้งเท้าของหนูทดลอง 30 นาที ทำการวัดผลการลดการอักเสบที่เวลา 1, 3 และ 5 ชั่วโมง พบว่า CBE สามารถลดขนาดการอักเสบบริเวณหลังเท้า (hind paw edema) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)
การใช้คอตตอนทรีดเหนี่ยวนำการเกิดเนื้อเยื่อแกรนูโลมาตัสในหนูทดลอง (Cotton thread-induced granulation tissue in rats)[13]	เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบการยั้งเนื้อเยื่อแกรนูโลมาตัส (Granulomatous tissue) ภายหลังการฝังคอดตอนทรีด (Cotton tread) บริเวณด้านหลังของหนูทดลอง เป็นเวลา 7 วัน ผลการทดลองพบว่า สารสกัด CBE สามารถลดขนาดของเนื้อเยื่อแกรนูโลมาตัส ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเข้มข้น 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทางการรับประทาน และ300 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมผ่านการฉีดเข้าทางช่องท้อง ($P \leq 0.05$ และ $P \leq 0.001$ ตามลำดับ)

การทดสอบพิษเฉียบพลัน (Acute toxicity) ในสัตว์ทดลองของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน

การทดสอบพิษเฉียบพลัน ของสารสกัดจากแก่นเถาเอ็นอ่อนใน 50 เปอร์เซ็นต์เอทานอล โดยให้หนูทดลองได้รับสารสกัดเถาเอ็นอ่อนในขนาดถึง 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (สมมูลกับผงแห้งเถาเอ็นอ่อน 12 กรัมต่อกิโลกรัม) ผลการทดลองพบว่าไม่มีหนูทดลองตัวใดมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเริ่มต้นภายหลังให้สารสกัดเป็นเวลา 7 วัน และไม่มีหนูตัวใดเสียชีวิตเลย ในทางตรงข้ามการให้สารสกัดเถาเอ็นอ่อน ฉีดเข้าทางช่องท้อง พบว่าหนูทดลองมีอาการแพ้ทุกตัวภายหลัง 2 ชั่วโมงของการได้รับสารสกัด และมีหนูทดลองเสียชีวิต 2 และ 6 ตัว จากการได้รับสารสกัดในขนาด 800 และ 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางช่องท้องตามลำดับ ทำให้ประมาณค่า LD50 เท่ากับ 900 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยสมมูลกับผงแห้งเถาเอ็นอ่อน 12 กรัมต่อกิโลกรัม จากการเปรียบเทียบกับแผนภูมิระดับความสามารถของความเป็นพิษ (Toxicity-rating chart) สารสกัดนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มไม่เป็นพิษสำหรับรับประทาน (Non-toxic substance)[13]

เถาเอ็นอ่อนกับการทดสอบทางคลินิก (Clinical study)

โรคข้อเข่าเสื่อม(Osteoarthritis of knee) คือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่า ตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ คือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อบุ (Diarthrodial joint) โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (Biochemical) ชีวกลศาสตร์ (Biomechanical) และโครงสร้าง (Biomorphology)[4] ได้มีการพัฒนาสูตรตำรับในรูปแบบน้ำมันสำหรับใช้ภายนอกจากเถาเอ็นอ่อน (C. buchanani oil formulation, CBO) และได้มีการทดลองทางคลินิกในการวัดประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา CBO ในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ (Osteoarthritis of the knee) เมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐานด้วย 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซินโซลูชั่น (indomethacin solution) โดยทำการศึกษาการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized double-blind active-controlled trial) เพื่อยืนยันการมี

ฤทธิ์ต้านการอักเสบ ประสิทธิภาพในการรักษาอาการเข้าเข่าเสื่อม และความปลอดภัย จากข้อมูลทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้านและพฤกษเคมีรวมถึงการศึกษาในหลอดทดลองและในสัตว์ทดลองก่อนหน้า โดยทำการศึกษาเพื่อวัดและประเมินประสิทธิภาพของ CBO ในด้านวิช่วลอนาล็อกสเกลสำหรับวัดระดับอาการปวด (Visual analogue scale of pain (VAS of Pain)) วิช่วลอนาล็อกสเกลสำหรับวัดระดับความแข็งเกร็งของข้อเข่า (Visual analogue scale of stiffness, (VAS of stiffness) ค่าคะแนนดัชนีฟังชันก์ลีเคนส์ (Lequesne's functional index, (scores)) และระยะเวลาในการขึ้นบันได้ 10 ขั้น (วินาที) (Time taken to climb up 10 steps, (s)) ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับ 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซิน โซลูชั่น จำนวน 83 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับยา CBO จำนวน 86 คน จากการศึกษาพบว่า CBO มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจาก 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซิน โซลูชั่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการประเมินข้างต้นทั้ง 4 ด้าน[3] ($P \leq 0.05$)

นอกจากนั้นยังพบว่ามีการลดลงของค่าเฉลี่ยวิช่วลอนาล็อกสเกลสำหรับวัดระดับความแข็งเกร็งของข้อเข่าเมื่อเทียบกับค่าตั้งต้น (Base line) สัปดาห์ที่ 0 ของกลุ่มที่ได้รับ 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซิน โซลูชั่น ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับ CBO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(3) ($P \leq 0.05$)

ในด้านความปลอดภัยพบว่าการใช้ CBO มีอัตราการเกิดผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่อาการคัน (Pruritus) ผื่นแดง (Rash Reddening) และ อาการแสบร้อน (Burning) ภายหลังจากการใช้ต่ำกว่ายา 1 เปอร์เซ็นต์ อินโดเมทาซิน โซลูชั่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(3) ($P \leq 0.05$)

การศึกษาในรูปแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างตำรับยาน้ำโคคลาน สูตร 3 ที่มีส่วนประกอบหลักเป็นเถาเอ็นอ่อนและยาไดโคลฟิแนคชนิดรับประทานขนาด 25 มิลลิกรัมต่อเม็ด ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary knee osteoarthritis) ที่มีช่วงอายุ 50 – 70 ปี ผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มละ 34 คน กลุ่มที่ 1ได้รับตำรับยาน้ำโคคลานสูตร 3 ในขนาด 30 มิลลิลิตร ก่อนอาหาร 3 เวลาและยาหลอกที่มีลักษณะคล้ายไดโคลฟิแนค รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา เป็นเวลา 14 วัน กลุ่มที่ 2 ได้รับยาเม็ดไดโคลฟิแนค 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลาและยาหลอกที่มีลักษณะคล้ายตำรับยาน้ำโคคลานสูตร 3 ในขนาด 30 มิลลิลิตร ก่อนอาหาร 3 เวลา เป็นระยะเวลา 14 วัน ผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพพบว่าตำรับยาน้ำโคคลานสูตร 3 สามารถลดระดับความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้มาตรวัด Oxford Knee Score ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเม็ดไดโคลฟิแนค และผลการศึกษาด้านความปลอดภัยทำการติดตามค่าเคมีของเลือดก่อนและหลังการให้ยาพบว่าค่าเคมีของเลือดในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับที่ไม่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 49.68 ที่ได้รับตำรับยาน้ำโคคลานสูตร 3 มีอาการไม่พึงประสงค์ที่เล็กน้อยไม่ต้องหยุดการให้ยาขณะทำการศึกษาและไม่จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น[15]

สรุปและวิจารณ์

เถาเอ็นอ่อน (Cryptolepis buchanani Roem. & Schult) วงศ์ Asclepiadaceae มีลักษณะเป็นไม้เลื้อยถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาอาการอักเสบของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ ถือได้ว่าสมุนไพรชนิดนี้มีศักยภาพในการพัฒนาวิจัยต่อยอดเนื่องจากมีข้อมูลจากองค์ความรู้ทางด้านพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน รวมถึงมีงานวิจัยทางด้านพฤกษาเคมีและการทดสอบฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเบื้องต้นที่ยืนยันผลการรักษาทางด้านอาการปวดเมื่อยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากองค์ความรู้ดั้งเดิม รวมถึงการสกัดและแยกสารสำคัญจากสมุนไพรเถาเอ็นอ่อน เช่น คลิปโตเลเปน (Cryptolepain) ที่มีฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการแข็งตัวของเลือด คลิปโตซิน (Cryptosin) ที่มีฤทธิ์กระตุ้นเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ นอกจากนั้นยังมีการทำลายพิมพ์เอชพีแอลซี เพื่อเป็นการทำสัญลักษณ์(Marker)ในการเป็นมาตรฐานในการตรวจ

พิสูจน์เอกลักษณ์ (Identification) ของสารสกัดเถาเอ็นอ่อน แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีช่องว่างของการศึกษาเพื่อหาสารสำคัญที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบในการเป็นดัชนีวัดทางชีวภาพ (Biological marker) อันจะทำให้ทราบถึงกลไกในการออกฤทธิ์แก้ปวดของเถาเอ็นอ่อน รวมถึงการใช้เพื่อควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่จะทำการผลิตในอนาคต ผลการศึกษาทางพรีคลินิกพบว่าสารสกัดเถาเอ็นอ่อนมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ฤทธิ์คอนโดรโพรเทคทีฟทั้งในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง การศึกษาทางคลินิกชี้ให้เห็นว่าเถาเอ็นอ่อนมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้กับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมทั้งชนิดยารับประทานและยาใช้ภายนอก และควรขยายขอบเขตของการวิจัยทางคลินิกในโรคที่อยู่ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออื่น ๆ เช่น อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Chronic low back pain) อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Muscle pain) เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อย การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบสุขภาพถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งการวิจัยและพัฒนาแบบครบวงจรของสมุนไพรเถาเอ็นอ่อนถือได้ว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่น ชอบและใช้สมุนไพร อันจะช่วยส่งเสริมนโยบายประเทศไทย 4.0 เพื่อสร้างความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ในมิติสุขภาพของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Drug Act B.E. 2510 (A.D.1967).2013. Rajakijja--Nubegsa. 130, 21D (Feb 14th): 30-49.
2. Laupattarakasem P, Wangsrimongkol T, Surarit R, Hahnvajanawong C. In vitro and in vivo anti-inflammatory potential of Cryptolepis buchanani. Journal of ethnopharmacology 2006; 108(3): 349-54.
3. Hanprasertpong N, Pantong A, Sangdee C, Kunanusorn P, Kasitanon N, Lhieochaiphant S, et al. Cryptolepis buchanani oil formulation versus indomethacin solution in topical therapy for osteoarthritis of the knee: A randomized controlled trial. Journal of Herbal Medicine 2017; 7: 18-26.
4. Pande M, Dubey VK, Jagannadham M V. Crystallization and preliminary X-ray analysis of cryptolepain, a novel glycosylated serine protease from Cryptolepis buchanani. Acta Crystallogr Sect F Struct Biol Cryst Commun. 2007; 63(2): 74–7.
5. Mikawlrawng K, Rani R, Kumar S, Bhardwaj AR, Prakash G. Anti-paralytic medicinal plants – Review. J Tradit Complement Med 2018; 8(1): 4–10.
6. W. Wuthithammaw¯et, Encyclopedia of Herbal Medicine. Collection of Thai Pharmaceutical Principles, Samnakphim Odian Sato, Krung Thep MahaNakhon, Bangkok; 1997.
7. BGO plant Databases [Internet]. Bangkok.The Botanical Organization; c2011-2017 [cited 2018 March18]. Available form: http://www.qsbg.org/Database/plantdb/mdp/medicinal--specimen.asp?id=366.
8. Hanprasertpong N, Teekachunhatean S, Chaiwongsa R, Ongchai S, Kunanusorn P, Sangdee C, et al. Analgesic, anti-inflammatory, and chondroprotective activities of Cryptolepis buchanani extract: in vitro and in vivo studies. Biomed Res Int. 2014; 2014: 978582.

9. Dutta SK, Sharma BN, Sharma P V. Buchananine, a novel pyridine alkaloid from Cryptolepis buchanani. Phytochemistry [Internet]. 1978;17(11):2047–8. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031942200887725
10. National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=442629, https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/442629 (cited Mar. 19, 2018).
11. Venkateswara R, Narendra N, Viswamitra MA, Vaidyanathan CS. Cryptosin, a cardenolide from the leaves of Cryptolepis buchanani. Phytochemistry [Internet]. 1989; 28(4): 1203–5. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0031942289802092
12. National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=21126533, https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/21126533 (cited Mar. 19, 2018).
13. Laupattarakasem P, Wangsrimongkol T, Surarit R, Hahnvajanawong C. In vitro and in vivo anti-inflammatory potential of Cryptolepis buchanani. Journal of Ethnopharmacology 2006; 108(3): 349-54.
14. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Kelley's Textbook of Rheumatology E-Book: Elsevier Health Sciences; 2012.
15. Pongsaree R, Vajaradul Y, Fakkham S, Kamoltham T. Comparison in Efficacy and Safety of Koklan Mixture Formula 3 and Diclofenac for Pain Relieving in Primary Knee Osteoarthritis. Systematic Reviews in Pharmacy. 2020; 11(11): 1457-65.

ผลของเชียงยืนโมเดล ในการป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Result of Chiangyuen model for preventing recurrence of hypoglycemia in diabetes mellitus type 2 in Chiangyuen hospital, Maha sarakham

อรชพร กุณาศล
Aratchaporn Kunsaol

(Received : 6 July 21 Revised : 23 July 21 Accepted : 17 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่มีความสำคัญ จากการทบทวนแนวทางการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่ายังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของเชียงยืนโมเดล ในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม(Randomized controlled trial) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงยืน และมีภูมิลำเนาในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (กลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน) ทั้งสองกลุ่มจะได้รับแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป สำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มทดลองจะได้รับสมุดคู่มือ นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเชียงยืน จากนั้นทั้งสองกลุ่มจะได้รับการนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลเชียงยืนในหนึ่งเดือนถัดไป และทำแบบสำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาและ คิดเป็นคะแนนอีกครั้งหลังการทดลอง

ผลการศึกษา : ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ของคะแนนภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดก่อนการทำการทดลองของกลุ่มทดลอง คือ 14.08 และกลุ่มควบคุม คือ 10.02 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.291) คะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง คือ 6.88 และกลุ่มควบคุม คือ 18.13 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001)

สรุปผลการศึกษา : เชียงยืนโมเดลสามารถป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำได้ จากการติดตามการรักษาใน 1 เดือนถัดไป ประชากรกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามวิธีการของเชียงยืนโมเดล มีคะแนนของอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ,ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด, เชียงยืนโมเดล

แพทย์ฝึกปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ABSTRACT

Objective : Hypoglycemia is a significant clinical risk commonly found in Diabetes patients. A standard medical treatment and advice were assessed in Chiang Yuen Hospital revealed a lack of structured monitoring and home recovery plan which left a chance for the symptoms to reappear in the patients. The objective of this research was to study the result of the Chiang Yuen model in order to prevent the reappearance of Hypoglycemia in patients.

Methods : 24 volunteer type 2 Diabetes patients with hypoglycemia domiciled in Chiang Yuen District, Mahasarakham province were randomly assigned to intervention group (n=12) and control group (n=12). The intervention group received a general questionnaire, hypoglycemic symptoms questionnaire of the previous month in scores, a handbook, an appointment for a follow-up check at the district health center, and in the control, group received standard treatment of Chiang Yuen Hospital. Then both groups received an appointment to recheck the symptoms at Chiang Yuen Hospital one month later, and received the hypoglycemic symptoms questionnaire of the previous month. The results were in scores.

Results : The general profile of both groups consisted of gender, age, congenital disease, profession, regular medicine, with no significant variation. The average mean score ranking of the subjects before the test were 14.08 and 10.02 for the intervention and the control group respectively, without significant variation (p-value=0.291). The average mean score ranking of the subjects after the test were 6.88 and 18.13 for the intervention group and the control group respectively, with significant variation (p-value <0.001).

Conclusion : The Chiang Yuen model was able to prevent the reappearance of Hypoglycemia. The one-month monitoring following the implementation of the Chiang Yuen model indicated that the intervention group had a lower score on hypoglycemia substantially when compared to the control group.

Keywords : Diabetes Mellitus type 2, Hypoglycemia, Chiangyuen model

บทนำ

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ เนื่องจากทำให้เกิดอาการ ไม่สุขสบาย ซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้[1] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และควรมีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสื่อมของการทำงานของสมองด้านสติปัญญา[2] การป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำทำได้โดยการซักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ประเมินผลการควบคุมเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง หรือการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่สถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการปรับเป้าหมายการควบคุมเบาหวานให้เหมาะสมกับผู้ป่วย[3,4,5]

โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีสถิติผู้ป่วย

เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด จำนวน 145 ราย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2562 ทั้งในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยเหล่านี้ มีอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้งระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง ไปจนถึง ระดับรุนแรง คือ ชัก หรือ หมดสติ จากการซักประวัติ และทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย จำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเชียงยืน ด้วยอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เคยประสบกับอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่บ้านบ่อยครั้ง เนื่องจากความไม่เคร่งครัดในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การใช้ยาลดระดับน้ำตาลไม่ถูกขนาด และยังไม่สามารถจัดการกับอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างถูกวิธี

จากการทบทวนแนวทางการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านของโรงพยาบาลเชียงยืนโดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายโรคของคลินิกเบาหวาน พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการให้คำแนะนำที่ชัดเจน ยังขาดการแนะนำการเฝ้าระวังอาการ ปัจจัยเสี่ยงอย่างใกล้ชิด และขาดการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นในการเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและลดการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดแบบรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครหมู่บ้าน และผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้มีการเฝ้าระวังอาการ ปัจจัยเสี่ยง มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด และแนะนำวิธีการจัดการอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลในการลดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของเชียงยืนโมเดล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครหมู่บ้าน และสมาชิกในครอบครัว

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด หมายถึง ระดับพลาสมากลูโคสที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มก./ดล. มี อาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และอาการหายไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น1
2. เชียงยืนโมเดล หมายถึง ชื่อเรียกแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาใหม่โดยผู้วิจัย เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาโรงพยาบาลเชียงยืนด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยประกอบด้วยการ ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 25601 การให้สมุดคู่มือการปฏิบัติตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วย การจัดการนัดติดตามอาการ และระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการนัดมาติดตามการรักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) โดยมีกลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงยืน และมีภูมิลำเนาในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเดือน กันยายน 2563 ถึง เดือน ธันวาคม 2563 เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ได้รับวินิจฉัย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) ได้รับวินิจฉัย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตามเกณฑ์ 3 ประการ (Whipple triad) 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระดับน้ำตาลในเลือด > 80 mg/dL และ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 0-19 ปี 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษสุราเรื้อรัง 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง 5) ผู้ป่วย

ที่ไม่มีความสามารถที่จะมาตรวจตามนัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

มีการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการ ได้ขนาดตัวอย่างเป็น จำนวน 9 คนในกลุ่มทดลอง และ 9 คน ในกลุ่มควบคุม และมีการเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างโดยคิดร้อยละการไม่มาตามนัด 20% (Allow for loss of subjects 20%) ของแต่ละกลุ่ม จึงได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 12 คน การสุ่มตัวอย่างเป็นการจับลูกปิงปองสีในกล่องทึบที่มีจำนวนลูกปิงปอง 2 สี จำนวนเท่ากัน (Simple Random Sampling ; sampling without replacement)

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ชุดก่อน และ หลังการวิจัย) โดยในแบบสำรวจประกอบไปด้วยอาการ 7 กลุ่ม และ ความถี่ของการเกิดอาการ (ไม่มีอาการเลย, 1-2ครั้ง/สัปดาห์, 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ , 5-7 ครั้ง/สัปดาห์) โดยอาการกลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย อาการใจสั่น รู้สึกหวิว มือสั่น กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย อาการรู้สึกร้อนเหงื่อออกมาก กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วยอาการ รู้สึกหิวมากผิดปกติ กลุ่มที่ 4 ประกอบด้วย อาการ กระสับกระส่าย คลื่นไส้ ชาตามร่างกาย กลุ่มที่ 5 ประกอบด้วยอาการอ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ พูดช้า ง่วงซึม หลงลืม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง กลุ่มที่ 6 ประกอบด้วยอาการ ชัก หรือ อ่อนแรงครึ่งซีก กลุ่มที่ 7 ประกอบด้วยอาการ หมดสติ สมุดประจำตัวผู้ป่วยเชียงยืนโมเดล และแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จะได้ทำแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ชุดก่อนทำการวิจัย) ได้รับสมุดคู่มือผู้ป่วยเชียงยืนโมเดล มีการนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก 1 สัปดาห์ และได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จะได้ทำแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ชุดก่อนทำการวิจัย) และได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเชียงยืน จากนั้นผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการนัดติดตามการรักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลเชียงยืนในแผนกผู้ป่วยนอก 1 เดือน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อทำแบบสำรวจภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา (ชุดหลังทำการวิจัย)

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแบบสอบถามและสมุดคู่มือ และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ก่อนทำการเก็บข้อมูล และทำการทดลอง เมื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจและสมุดคู่มือแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows ver.26 บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ T-test for independent sample เปรียบเทียบคะแนนแบบสำรวจก่อน-หลัง ของอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

มีการขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ไม่มีการระบุชื่อสกุล และไม่มีข้อมูลใดที่สามารถสื่อย้อนไปยังผู้เข้าร่วมวิจัยได้ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังไม่มีการใส่สิ่งแทรกแซง ไม่มีประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา

จากการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม มีจำนวนประชากรเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 24 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน เป็น เพศหญิงทั้งหมด 14 คน เพศชายทั้งหมด 10 คน ประชากรอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41-77 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 61 ปี ข้อมูลด้านโรคประจำตัว ประชากรมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 8 คน มีโรคร่วมเป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรัง จำนวน 13 คน ข้อมูลด้านการใช้ยาสำหรับโรคประจำตัว ประชากรมีการใช้ยา Insulin จำนวน 16 คน มีการใช้ยา Glipizide จำนวน 14 คน ประชากรมี

การใช้ยา Metformin จำนวน 11 คน และ ประชากรส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร ข้อมูลทั่วไปของประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=24) กลุ่มทดลอง (n=12), กลุ่มควบคุม (n=12)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
เพศ (ราย)			0.340
หญิง	8	6	
ชาย	4	6	
อายุ (ปี)			0.744
Mean	60.00	61.333	
Standard deviation	11.03	8.574	
โรคความดันโลหิตสูง (ราย)			0.200
เป็น	6	9	
ไม่เป็น	6	3	
โรคไขมันในเลือดสูง (ราย)			0.333
เป็น	5	3	
ไม่เป็น	7	9	
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง (ราย)			0.207
เป็น	5	8	
ไม่เป็น	7	4	
การใช้ยา Insulin (ราย)			0.333
ใช้	7	9	
ไม่ใช้	5	3	
การใช้ยา Metformin (ราย)			0.500
ใช้	6	5	
ไม่ใช้	6	7	
อาชีพ (ราย)			0.184
รับจ้างทั่วไป	0	1	
เกษตรกร	7	10	
ค้าขาย	1	0	
พระภิกษุ	1	0	
พนักงานออฟฟิซ	0	1	
ว่างงาน	3	0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=24) กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
การใช้ยา Glipizide (ราย)			0.340
ใช้	6	8	
ไม่ใช้	6	4	

ประชากรทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินแบบสอบถามอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาชุดก่อน และหลังทำการทดลอง ได้ผลดังนี้ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ก่อนทำการทดลอง คือ 14.08 และ กลุ่มควบคุมคือ 10.92 คะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ก่อนทำการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.291) หลังทำการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) คือ 6.88 และกลุ่มควบคุม คือ 18.13 คะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) หลังทำการทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการทดสอบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=24) กลุ่มทดลอง (n=12), กลุ่มควบคุม (n=12)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean rank	Mean rank	
คะแนนก่อนทำการทดลอง	14.08	10.92	0.291
คะแนนหลังทำการทดลอง	6.88	18.13	<0.001*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อศึกษาผลของการใช้เชียงยืนโมเดล ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ผู้วิจัยได้ทำการทดลองในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงยืน ทั้งหมด 24 ราย เป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 12 ราย และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 12 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้ให้ความร่วมมือในการมารับการตรวจตามนัดโดยแพทย์ใน 1 เดือนถัดมา และผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกรายได้ให้ความร่วมมือ ในการเข้ารับการประเมินภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นอย่างดี

ในการอภิปรายผลนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผลของเชียงยืนโมเดล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ หลังจากที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงยืน ก่อนทำการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินแบบสอบถามอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ชุดก่อนการทดลอง ผลของคะแนนของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ (p-value = 0.291) และหลังจากทำการทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินแบบสอบถามอีกครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) หมายความว่า ผู้ป่วยมีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดลดลง เป็นผลมาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยของเชียงยืนโมเดล ซึ่งมีปัจจัยสำคัญคือ การให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรคที่ดี การดูแลอย่างครอบคลุม ดูแลอย่างต่อเนื่อง และการร่วมมือกันของทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไพบูลย์ ค้ำพันธุ์5 ที่พบว่า การตั้งเป้าหมายในการรักษา การติดตามประเมินผลการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน การรักษาการพยาบาล อย่างมีหลักการ และ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง และการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้ป่วยและญาติ มีความสำคัญ ในการลดอัตราการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึง อาสาสมัครหมู่บ้าน และสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยปราศจากการดูแลของทีมสุขภาพปฐมภูมิ และผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากที่สุด มีประสิทธิภาพน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพิ่มการมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครหมู่บ้าน และสมาชิกในครอบครัว สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ และมีทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยรายนั้นได้อย่างยั่งยืน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปทั่วของประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ อาชีพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จากการติดตามการรักษาใน 1 เดือนถัดไป ประชากรกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามวิธีการของเชียงยืนโมเดล มีคะแนนของอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดลดลง เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มควบคุม จึงสรุปผลได้ว่า เชียงยืนโมเดลสามารถป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ผลการวิเคราะห์จากการศึกษาจากงานวิจัย ผลของเชียงยืนโมเดล ในการป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ อาจนำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในโรงพยาบาลชุมชนได้ ดังนี้

1. โรงพยาบาลชุมชน ควรมีผู้จัดการรายโรคสำหรับภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถวางแผนการดูแลรักษา การประยุกต์ใช้กระบวนการของเชียงยืนโมเดล การประสานการดูแลต่อเนื่องในสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อต่อโรคอย่างเป็นองค์รวม ในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดทุกราย

2. ควรมีการประเมิน และ มีกิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และญาติของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีขนาดกลุ่มใหญ่มากขึ้น และ ในหลายพื้นที่ให้บริการ เป็น Multicenter research

2. ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการขยายเวลาในการติดตามผลการรักษา รวมถึงวัดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

3. ในการศึกษาครั้งถัดไป อาจมีการทดลองใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารกับอาสาสมัครหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้จัดการรายโรค สำหรับผู้ป่วย เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว และเป็นการสื่อสารสองทาง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
2. นิภาพร มีชิน. ปัทมา สุริต.ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(3): 157-165.
3. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, รัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ, ณัฐพิมณฑ์ ภิรมย์เมือง, น้ำเพชร สายบัวทอง. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2555; 18(2): 166-177.
4. ศิริมา มณีโรจน์, ธนัชพร ลาภจุติ, กัญจนา ปุกคำ. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27: 126-139.
5. ไพบูลย์ ค้ำพันธุ์. ผลของการให้คำปรึกษาและการใช้แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลต่ำ.จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2549; 89(5): 619-625.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Pneumonia Patients with Acute Respiratory Failure Receiving High-Flow Nasal Cannula Therapy: A Study of 2 Cases

อัชฌาณัฐ วังโสม[1*], ฐิตินันท์ วัฒนชัย[2]

Atchanat Wangsom[1*] , Thitinun Wattanachai[2]

(Received : 2 February 21 Revised : 2 March 21 Accepted : 4 July 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula

รูปแบบและวิธีวิจัย : ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula จำนวน 2 ราย เข้ารักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2563 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ และได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอดและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่สามารถไอออกได้เอง จนกระทั่งอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

สรุปผลการศึกษา : การรักษาด้วย High-flow nasal cannula ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันสามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะชำนาญ และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน, การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง, การพยาบาล

[1*]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ABSTRACT

Objective : To study nursing care for pneumonia patients with acute respiratory failure receiving high-flow nasal cannula therapy.

Methods : A comparative study was conducted with two pneumonia patients with acute respiratory failure receiving high flow nasal cannula therapy who had been admitted to Nopparat Rajathanee Hospital in October to November 2020. Gordon's 11 functional health patterns and patient's medical record were used to collect data. Data analysis was performed to determine nursing diagnosis, planning, nursing interventions, and evaluation of nursing outcomes in the critical, semi-critical, and discharge phases.

Results : The first patient had been diagnosed with hypertension and a previous cerebrovascular disease. The second patient had been diagnosed with hypertension. In both of the patients, the chief complaint was fever, cough with phlegm, and dyspnea. Thus, both patients received high-flow nasal cannula therapy to improve oxygenation. Both patients also had the same nursing diagnosis: impaired gas exchange related to pneumonia, ineffective airway clearance related to thick sputum and inadequate cough. Until symptoms improved, the patients showed no signs of hypoxemia and could be discharged home safely.

Conclusion : High-flow nasal cannula therapy in pneumonia patients with acute respiratory failure could prevent endotracheal intubation and re-intubation. Therefore, nurses require knowledge, special skills, and appropriate close monitoring to prevent hypoxemia and other complications.

Keywords : Pneumonia with acute respiratory failure, high-flow nasal cannula therapy, nursing care

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 25560 – 2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 45.3, 45.2 และ 53.3 ตามลำดับ จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศไทยซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ[1] โรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง บริเวณเนื้อปอดส่วนหลอดลมฝอย ถุงลม และเนื้อเยื่อรอบถุงลม[2] กลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุมักพบโรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia) เกิดจากกลไกการตอบสนองต่อการไอและการขย้อนอาหารลดลง เกิดการสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด การดำเนินของโรคเกิดขึ้น 1 วันหลังได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ถุงลมและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดฝอยของปอดที่ผนังถุงลม (Pulmonary capillary) ขยายตัวและหดเล็กลงตามมา การอักเสบของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ อาการสำคัญมีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลืองเขียวและหายใจเหนื่อย อาการเฉียบพลันและรุนแรงมากขึ้นพัฒนาเป็นภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia)[3] การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมกับหลอดเลือดลดลงจนค่าความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Partial pressure of oxygen: PaO2) ลดลง หากค่าต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทเรียกว่าภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน

ชนิดพร่องออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Acute hypoxemic respiratory failure) แสดงอาการ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและเต้นผิดจังหวะ ความรู้สึกตัวลดลง ส่งผลให้อวัยวะสำคัญทำงานล้มเหลวนำไปสู่การเสียชีวิต[2] ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (High-flow nasal cannula: HFNC) และรายที่พร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการให้ยาฆ่าเชื้อ[4-5]

การรักษาด้วย High-flow nasal cannula เป็นการให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มความดันบวกในทางเดินหายใจทาง Nasal cannula สามารถปรับอัตราการไหลของอากาศ (Total flow) สูงถึง 20 – 60 ลิตรต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO2) ได้ตั้งแต่ 21 – 100% และระดับอุณหภูมิของออกซิเจนได้ตั้งแต่ 31- 37 องศาเซลเซียส[6-7] ปัจจุบันนิยมใช้รักษากลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยเพื่อเพิ่มออกซิเจนขนาดสูงผ่านทางจมูก ลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างอยู่ในทางเดินหายใจเข้าปอด ลดความเหนียวของเสมหะ และเพิ่มการระบายอากาศในถุงลมสำหรับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจ[4,6-7] อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วย High-flow nasal cannula อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเกิดผลกดทับบริเวณจมูก (Pressure sore) และอาการท้องอืด (Abdominal distention) เป็นต้น และมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรง ภาวะช่องจมูกอุดตัน ภาวะหยุดหายใจบ่อยครั้ง และได้รับการผ่าตัดบริเวณโพรงหลังจมูก[6-7]

จากสถิติโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจาก 1,447 ราย, 1,922 ราย และ 1,595 ราย ตามลำดับ โดยประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula ผลการรักษาส่วนใหญ่สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่และป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจได้8 ซึ่งการรักษานี้เป็นเทคโนโลยีที่ค่อนข้างใหม่ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานี้เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อนำสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาจากกรณีศึกษาโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High--flow Nasal Cannula

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula จากกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2563 โดยเปรียบเทียบจากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายและแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[9] วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต กึ่งวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตามรหัสเลขที่ 4/ 2564

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการสำคัญนำส่ง 3 วันก่อนมีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเหลืองเหนียว หายใจเหนื่อยมากขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุตอนต้น มี

ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีสำลักอาหาร ส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ง่าย ระยะวิกฤตมีสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 38.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/87 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) เท่ากับ 84% ฟังปอดทั้งสองข้างพบเสียง Crepitation แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Pneumonia with acute respiratory failure รับเข้ารักษาตัว ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด Endotracheal tube (ET tube) with Ventilator setting PCV mode เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย และยาฆ่าเชื้อ Meropenem 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ต่อมาอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ ระยะกึ่งวิกฤตได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ค่า FiO_2 เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกายและป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หายใจเหนื่อยง่าย ค่า O_2 saturation เท่ากับ 97% ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน สามารถหยุดการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula เปลี่ยนเป็น Nasal Cannula 5 ลิตรต่อนาที ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง และรับประทานอาหารได้เอง และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2563 รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 20 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย มีอาการสำคัญนำส่งการวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula ที่คล้ายคลึงกันกับรายที่ 1 แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นวัยสูงอายุตอนปลาย มีประวัติการสูบบุหรี่วันละซองเป็นเวลามากกว่า 30 ปี ขณะนี้หยุดสูบบุหรี่แล้ว มีเสมหะเหนียว ไอขับออกได้ยาก จึงส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย ระยะวิกฤตสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า O_2 saturation เท่ากับ 87% ปอดทั้งสองข้างพบเสียง Crepitation และ Wheezing แพทย์รับไว้รักษา ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula ค่า FiO_2 เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 45 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกายและป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ และยาฆ่าเชื้อ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง รับประทานอ่อนได้เองและสามารถพูดคุยสื่อสารได้ ต่อมาอาการดีขึ้นตามลำดับ ระยะกึ่งวิกฤตสามารถหย่าเครื่อง High-flow Nasal Cannula เปลี่ยนเป็น Nasal Cannula 3 ลิตรต่อนาที ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 รวมจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการรุนแรงและระยะเวลาการรักษาที่น้อยกว่ารายที่ 1 ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	ชายไทย วัย 65 ปี รูปร่างผอม ไม่สามารถลุกยืนชั่งน้ำหนักได้	ชายไทย วัย 78 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 48 kg. ส่วนสูง 160 cm.
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	20 วัน (1-20 ตุลาคม 2563)	15 วัน (9 – 24 พฤศจิกายน 2563)
อาการสำคัญ และอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมา มีสำลักอาหาร ต่อมาไอมีเสมหะ 3 วันก่อน มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีเหลืองเหนียว หายใจเหนื่อยมากขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาล	5 วันก่อนมา ไอมีเสมหะสีขาว ไม่เจ็บคอ 2 วันก่อนมีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลืองเหนียว หายใจเหนื่อย ญาตินำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	5 ปีก่อนมา เป็นความดันโลหิตสูง และ 1 ปีก่อน เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับประทานยาสม่ำเสมอ	30 ปีก่อนมา มีประวัติการสูบบุหรี่วันละซอง ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว 10 ปีก่อนมา เป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาสม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ	- CBC: (1 ตุลาคม 2563) WBC 19,330 cell/mm^3, Neutrophil 84.0%, Hct 32% - Sputum culture: (2 ตุลาคม 2563) พบ Klebsiella pneumoniae - ABG: (1 ตุลาคม 2563) pH 7.25, pO_2 45, pCO_2 48, HCO_3 23 - Chest X-ray: (1 ตุลาคม 2563) Infiltration both lung	CBC: (9 พฤศจิกายน 2563) WBC 16,700 cell/mm^3, Neutrophil 78.0%, Hct 38% - Sputum culture: (11 พฤศจิกายน 2563) พบ Acinetobacter baumannii - Chest X-ray: (9 พฤศจิกายน 2563) Infiltration left upper lobe with cardiomegaly
แผนการรักษาของแพทย์	- ET tube with ventilator setting PCV mode, RR 20, PEEP 5, FiO_2 0.4 (1-6 ตุลาคม 2563) - High-flow nasal cannular FiO_2 0.4, flow 40 LPM (6-11 ตุลาคม 2563) - Nasal cannula 5 LPM (12-16 ตุลาคม 2563) - 0.9%NSS 1,000 cc IV drip 80 cc/hr. - Meropenam 1 g IV q 8 hr. - Berodual 1 NB q 4 hr. with prn - Fluimucil 200 mg oral tid pc - Nasogastric tube feed Blenderlized diet (BD) (1.2:1) 300 cc วันละ 4 มื้อ	-High-flow nasal cannular FiO_2 0.6, flow 45 LPM (9-16 พฤศจิกายน 2563) - Nasal cannula 3 LPM (17-20 พฤศจิกายน 2563) - 0.9%NSS 1,000 cc IV drip 100 cc/hr. - Tazocin 4.5 g IV q 6 hr. - Fluimucil 200 mg oral tid pc - Berodual 1 NB q 6 hr. - Soft diet - BD สูตรดื่ม 200 cc วันละ 3 มื้อ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอักเสบและคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงถึงชีวิต แต่ไม่ทราบสาเหตุ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอักเสบ สาเหตุเกิดจากการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานและอายุที่มากขึ้น
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รูปร่างผอม ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้เอง ขณะเจ็บป่วยรับประทานอาหารทาง NG tube รับได้ทุกมื้อ	รูปร่างผอม ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารเอง ขณะเจ็บป่วยรับประทานได้เอง ประมาณครึ่งถาดต่อมื้อ
3. การขับถ่าย	ขณะเจ็บป่วยขับถ่ายอุจจาระเองวันละ1 ครั้งใส่แพมเพิส ระยะวิกฤตใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อถอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด	ขณะเจ็บป่วยขับถ่ายอุจจาระเอง วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้เอง วันละ 5-7 ครั้ง ใส่แพมเพิส ไม่มีแสบขัด
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนบนเตียง ขณะเจ็บป่วยแขนขาข้างขวาต้านแรงผู้ตรวจได้ไม่เต็มที่ พยาบาลช่วยเหลือกิจวัตรให้ หายใจเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม ปอดทั้งสองข้างพบเสียง Crepitation	ก่อนการเจ็บป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ขณะเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนบนเตียง เหนื่อยง่ายหลังจากไอติดต่อกัน เสมหะเหนียวไอขับออกได้น้อย ปอดทั้งสองข้างพบเสียง Crepitation และ Wheezing
5. การพักผ่อน นอนหลับ	ระยะวิกฤตพักผ่อนได้น้อย ต่อมาอาการดีขึ้นสามารถนอนพักผ่อนรวมประมาณวันละ 4-6 ชั่วโมง	ขณะเจ็บป่วย พักผ่อนได้น้อย นอนหลับได้เป็นช่วงๆ เนื่องจากไอบ่อยครั้ง รวมประมาณวันละ 6 ชั่วโมง
6. สติปัญญาและการรับรู้	ระยะวิกฤต ลืมตา ทำตามบอกได้ ต่อมาอาการดีขึ้น สามารถพูดสื่อสารได้เป็นประโยคแต่ช้า รับรู้ได้ปกติ	ขณะเจ็บป่วย สามารถพูดคุยสื่อสารได้เป็นปกติ แต่หากพูดนานๆ จะไอบ่อยครั้ง สามารถรับรู้ได้ปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ให้ความร่วมมือในการรักษา รับรู้ว่าตนเองโรคปอดอักเสบรุนแรงและคาดหวังว่าจะหายป่วยได้กลับบ้าน	รับรู้ว่าตอนดูดเสมหะทางปากจะเจ็บแต่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะจะทำให้หายใจสะดวกมากขึ้น
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้บุตรสาวหยุดงานมาเยี่ยม รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น	มีบทบาทสมาชิกของครอบครัว บุตรสาวและหลานมาเยี่ยมทุกวัน เพราะการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงมาก
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรส มีภรรยาและบุตรด้วยกัน 2 คน ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม ไม่พบปัญหา	สถานภาพหม้าย ภรรยาเสียชีวิตแล้วหลายปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน ผู้ป่วยแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และกลัวรักษาไม่หายขาด	มีความวิตกกังวล กลัวอาการของโรครุนแรงมากกว่าเดิมและการกลับเป็นซ้ำของโรค
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ตั้งแต่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทำบุญตักบาตรเป็นบางครั้ง	นับถือศาสนาพุทธ ก่อนการเจ็บป่วยไปร่วมงานทำบุญวันสำคัญทางศาสนา และไหว้พระ สวดมนต์ในวันพระ

อภิปรายผล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤต	**ระยะวิกฤต**
1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด
2. เสี่ยงต่อได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเปลี่ยนแบบแผนรับประทานอาหารและน้ำ	2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่สามารถไอออกได้เอง
3. ความรู้สึกคุณค่าตัวเองลดลงเนื่องจากการสื่อสารบกพร่องและความสามารถการทำกิจกรรมลดลงจากแขนขาข้างขวาอ่อนแรง	3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง
4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง
	5. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรมและอ่อนเพลีย
ระยะกึ่งวิกฤต	**ระยะกึ่งวิกฤต**
1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการติดเชื้อของปอดและหลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการติดเชื้อของปอด
2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่สามารถไอออกได้เอง	2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากเสมหะเหนียวไม่สามารถไอออกได้เอง
3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง	3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการเนื่องจากความอยากอาหารลดลง
4. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรมและอ่อนเพลีย	4. ความสามารถการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากการจำกัดกิจกรรมและอ่อนเพลีย
ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน	**ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน**
1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็น 1) การพยาบาลระยะวิกฤต เป็นการพยาบาลระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและคุกคามต่อชีวิต จากกรณีศึกษาทั้งสองรายระยะวิกฤตเป็นช่วงแรกรับ ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนจากการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง 2) ระยะกึ่งวิกฤต เป็นการพยาบาลระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด[2,4] จากกรณีศึกษาเป็นขณะที่ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและขณะการหย่าออกซิเจนจาก High--flow nasal cannula และ 3) ระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ป่วยหายใจได้เองและมีความพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน

การพยาบาลระยะวิกฤตและระยะกึ่งวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการติดเชื้อที่ปอด และป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. ขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างวันที่ 1-6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทาง ET tube with ventilator setting PCV mode ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย ดูดเสมหะเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจ และตรวจวัด Cuff pressure ระหว่าง 25-30 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง10 เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดและการกดเบียดของหลอดลม เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนจาก High-flow nasal cannula อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย ดังนี้ 1) อธิบายความสำคัญและเหตุผลความจำเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 2) ใส่สาย Nasal cannula เข้าให้สุดและพอดีกับรูจมูก ปลายโค้งคว่ำไปทางด้านหลังของจมูกเพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อโพรงจมูก 3) ตรวจสอบการตั้งค่า FiO2 และค่า Total flow ตามแผนการรักษา ความชื้นที่อุณหภูมิระหว่าง 34 – 36 องศาเซลเซียส และผู้ป่วยปิดปากให้สนิทเพื่อให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนและความชื้นที่เพียงพอ[7] 4) ติดตามเยี่ยมตรวจสอบอุปกรณ์ ข้อต่อและสายยางไม่ให้หลวมหรือดึงรั้ง ไม่รั่วและไม่หักพับงอเพื่อให้ป้องกันการรั่ว (Air leak) และการอุดตันการไหลผ่านของออกซิเจน[4,12] 5) ดูแลทำความสะอาดบริเวณรูท่อ Nasal cannula ด้วยสารละลาย 0.9% NSS ทุกวันเพื่อป้องกันการอุดตันการไหลผ่านออกซิเจน 6) ขยับสายและตรวจสอบความผิดปกติของผิวหนังบริเวณรูจมูกและเยื่อบุจมูกอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับบริเวณจมูก 7) ดูดลมออกจากสายยาง NG tube ก่อนให้อาหารทุกมื้อเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการท้องอืด[6] และ 8) ระยะการหย่าจากเครื่อง High-flow nasal cannula พยาบาลประเมินอาการและสัญญาณชีพก่อนและหลังหย่าจากเครื่องทุก 1 – 2 ชั่วโมง โดยตั้งค่า FiO2 เท่ากับ 0.4 และค่อยปรับลดค่า Total flow หากปรับค่าลดลงน้อยกว่า 25 ลิตรต่อนาที จึงเปลี่ยนให้ออกซิเจนชนิด Low flow nasal แทน[5,11-12] นิยมให้เป็น Nasal cannula 3 ลิตรต่อนาที

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ดังนี้ 1) ยาฆ่าเชื้อในระบบทางเดินหายใจชนิดMeropenem 1 กรัม หรือ Tazocin 4.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรีย เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น 2) ยา Fluimucil 200 มิลลิกรัม 1 ซอง หลังอาหาร 3 มื้อ เพื่อลดอาการเหนียวของเสมหะ ร่วมกับการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 3) พ่นยา Berodual ตามแผนการรักษาเพื่อขยายหลอดลม ติดตามอาการข้างเคียง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแดง เป็นต้น[13]

4. จัดท่านอนผู้ป่วยอยู่ในท่าหน้าตรง หนุนหมอนให้คอแหงนเล็กน้อย ศีรษะสูงประมาณ 45 – 60 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น และมีการระบายอากาศได้ดี[2] ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้เหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอและไม่มีเสียงรบกวน เช่นเสียงอุปกรณ์

การรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ[10]

5. ขณะได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองหรือดูดเสมหะทางปาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ใช้ความดันขณะดูดเสมหะระหว่าง 80 – 120 มิลลิเมตรปรอท หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะโดยสายดูดเสมหะทางจมูกเพื่อป้องกันเยื่อบุจมูกถูกทำลาย[4,11] ดูแลทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟันและใช้น้ำยา 0.12% Chlorhexidine gluconate อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเพื่อลดการติดเชื้อในช่องปากและคอหอย[10]

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS และดูแลให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มสารน้ำและสารอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวดี เมื่อการรักษาด้วย High-flow nasal cannula จะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

7. ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งการทำความสะอาดช่องปากและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การสังเกตอาการผิดปกติจากการติดเชื้อในร่างกาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อสร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง

8. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1–2 ชั่วโมง โดยเฉพาะค่าอัตราการหายใจและค่า O_2 saturation ติดตามเยี่ยมอาการ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพและภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น กระสับกระส่าย เมื่อพบความผิดปกติให้ประเมินการอุดตันของทางเดินหายใจ ตรวจสอบการรั่วของออกซิเจน และรายงานแพทย์

9. ติดตามฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะ และผลตรวจ Chest x-ray เพื่อประเมินการทำงานของปอด ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า WBC และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด รายงานแพทย์หากพบความผิดปกติ

การประเมินผลการพยาบาลจากกรณีศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ต่อมาได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula ค่า FiO_2 เท่ากับ 0.4 ค่า Total flow 40 ลิตร ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วย High-flow nasal cannula ค่า FiO_2 เท่ากับ 0.6 ค่า Total flow 45 ลิตรต่อนาที ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจและสัญญาณชีพปกติ ค่า O_2 saturation เท่ากับ 95-100% ต่อมาสามารถหยุดการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula เปลี่ยนให้ออกซิเจนเป็น Nasal Cannula ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังจากผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจและรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula นาน 1 ชั่วโมง มีอัตราการหายใจลดลงจาก 32 เป็น 26 ครั้งต่อนาที และค่า O_2 saturation เพิ่มขึ้นจาก 90 เป็น 98% สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ร้อยละ 74.42%[5] และสามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันและมีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย[4,6,12] ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความเข้มข้นของออกซิเจนคงที่ ลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์กลับเข้าไปใหม่ ช่วยลดแรงต้านในการหายใจเข้าจึงส่งผลให้การใช้แรงในการหายใจลดลง อากาศที่มีความอุ่นชื้นช่วยลดความเหนียวของเสมหะ[4,6-7] ซึ่งกรณีศึกษารู้สึกตัวดี ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน รับรู้ว่ามีความสุขสบายขณะรักษา สามารถพูดคุย รับประทานอาหารทางปาก และสามารถไอขับเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น

การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ พยาบาลวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ ชนิด Aspiration Ppneumonia ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการสำลักอาหารที่เป็นสาเหตุสำคัญการเกิดโรค[2] ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่ายพร้อมกับให้คู่มือการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ร่วมกับ

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

M-Medicine แนะนำการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ ครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับยากลับบ้านคล้ายคลึงกันพยาบาลเน้นย้ำการรับประทานยาฆ่าเชื้ออย่างต่อเนื่องจนหมด[13]

E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงจากการไปสัมผัสชุมชนแออัด เนื่องจากกรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นวัยสูงอายุอาจจะเกิดพลัดตกหกล้มและติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย[3,5]

T-Treatment เปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยหลังจากสามารถหย่าจากเครื่อง High-flow Nasal Cannula เปลี่ยนเป็น Nasal Cannula ต่อมาหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เอง[11-12] พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ไอมีเมหะ และหายใจหอบเหนื่อย

H-Health แนะนำการป้องกันการปลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เช่น การป้องกันการสำลักอาหาร การหลีกเลี่ยงการสัมผัสชุมชนแออัด การสัมผัสควันบุหรี่ การใส่หน้ากากอนามัย เป็นต้น การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่[2-3,10] ร่างกายได้รับออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้เพียงพอ

O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดเพื่อป้องกันการกระตุ้นการไอ

การประเมินผลการพยาบาลจากกรณีศึกษา พบว่า หลังจากพยาบาลเตรียมจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD กรณีศึกษาทั้งสองรายและญาติมีเข้าใจเรื่องโรค แนวการรักษา และสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถหยุดการใช้ออกซิเจน หายใจได้เอง และถอดสายยางให้อาหาร รับประทานอาหารได้เองในวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2563 สัญญาณชีพปกติ และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ตลอดการรักษาในหอผู้ป่วยสามารถพูดคุย สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ รับประทานอาหารได้เอง สามารถหยุดการใช้ออกซิเจน และหายใจได้เอง ในวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 สัญญาณชีพปกติและจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 การติดตามอาการขณะผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน ไม่พบอาการผิดปกติ หายใจไม่เหนื่อย สามารถไอขับเสมหะได้เอง รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีสำลักอาหาร สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยใน (Re-admit)

สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การรักษาด้วย High-flow nasal cannula เป็นเทคโนโลยีค่อนข้างใหม่ช่วยรักษาภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย จากกรณีศึกษาโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula พบว่า ผู้ป่วยสองรายมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคและเป้าหมายของการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula ที่แตกต่างกัน โดยวัยผู้สูงอายุ มีประวัติการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร หรือประวัติการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคปอดอักเสบ เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและอาการของโรคอาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการรุนแรงของโรคและมีระยะเวลาการ

รักษามากกว่า ซึ่งมีภาวะพร่องออกซิเจนระดับปานกลางถึงรุนแรงและได้รับการรักษาด้วย High-flow Nasal Cannula หลังถอดท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อยได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ หลังจากได้รับการรักษาผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งสามารถหายใจได้เองและจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้พยาบาลสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย High flow Nasal Cannula มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่หรือป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
2. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (14th ed). Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.
3. พรรณิภา บุญเทียร. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ. ใน วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559: 38-56.
4. เพชร วัชรสินธุ์. High-flow nasal cannula O2 therapy. Clinical Critical Care 2017; 25(2): 32- 36.
5. สิริรัตน์ คำแมน, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัศวพลังกูล. ผลของการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ Non-invasive ventilator ชนิด high flow nasal cannula ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลแม่สอด. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก : http://203.157.71.172/academic/web/files/2563/r2r/MA2563-001-02-0000000192-0000000078.pdf
6. Helviz Y, Einav S. A systematic review of the high-flow nasal cannula for adult patients. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2018; 177-91.
7. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, และสุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High flow nasal cannula. เวชบันทึกศิริราช 2563; 13(1): 60-68.
8. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. รายงานผู้ป่วยในที่พบบ่อย [Intranet]. กรุงเทพมหานคร: [เข้าถึงเมื่อ 24 กรกฎาคม 2563].
9. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and application. New York: McGraw-Hill. 1994.
10. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(2): 72-82.
11. Baldomero AK, Melzer A, Greer N, Majeski BN, Macdonald R, Wilt TJ. Effectiveness and harms of high-flow nasal oxygen (HFNO) for acute respiratory failure: a systematic review protocol BMJ 2020; 10(2): 1-5.
12. Rochwerg B, et al. The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: a clinical practice guideline. Intensive Care Medicine 2020; 46(12): 2226-37.
13. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2554.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
Nurse' roles in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

อัญชลี ศรีสมุทร์
Anchalee Srisamurt

(Received : 21 April 21 Revised : 11 July 21 Accepted : 27 July 21)

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองและระบบประสาท รวมทั้งความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง อาการแสดงที่สำคัญ มี 2 ด้านหลัก ได้แก่ อาการสมาธิสั้น (Inattention) และอาการซน (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กสมาธิสั้นจะมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันหลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ปกครองและครูมีความยากลำบากในการดูแล และมักจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ปกครองและครูให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมด้วยการฝึกทักษะหลาย ๆ อย่างที่ยังขาดอยู่ในแนวทางที่ถูกต้อง ช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพอย่างเหมาะสมตามวัย ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, เด็ก, โรคสมาธิสั้น

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต อาจารย์โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD caused by brain , neuro function disorder and imbalance of neuro transmitters. There are two major symptoms including inattention and hyperactivity, impulsive behaviors, impaired self - control leading to difficulty in diary living. Guardian and teacher encounter inappropriate management. Nurse has essential roles to co-ordinate with benefits resources : guardian and teacher understanding the nature of problem and help children to learn with their full potential with appropriate ages, lead to independence living.

Keywords : Nurse' roles, children, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองและสารสื่อประสาท เด็กที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียน จากรายงานของกรมสุขภาพจิต[1] เผยผลสำรวจในกลุ่มเด็กไทยที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ที่มีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 คาดว่าจะมีเด็กไทยป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ 310,000 ราย ขณะที่ทั่วโลกพบเด็กเป็นโรคนี้ ร้อยละ 5 ทั้งนี้จากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า 2 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วย จะมีอาการจนถึงผู้ใหญ่ จะมีผลเสียต่อทั้งต่อเด็กและสังคม โดยพบว่า 1 ใน 4 ทำผิดกฎจราจร มีบุคลิกก้าวร้าว อีก 1 ใน 10 มีปัญหาใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขึ้นพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมี ร้อยละ 5 ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิด ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม[2] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะอาการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น เนื่องจากเป็นอาการนำให้ผู้ปกครองและครูพาเด็กมารับการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แนวทางพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในการประสานผู้ปกครองและครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพต่อไป

โรคสมาธิสั้น คือ ภาวะที่เด็กมีปัญหาเรื่องซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และขาดสมาธิจนส่ง ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และประสิทธิภาพในการเรียนรู้ เช่น มีผลเสียต่อการเรียน เกิดปัญหาพฤติกรรม และการอยู่ร่วมกับคนอื่น[3] สาเหตุเกิดจากภาวะบกพร่อง ในการทำหน้าที่ของสมอง จัดเป็นกลุ่มโรคทางประสาทวิทยาพัฒนาการ (neurodevelopmental disorder) ผู้ป่วยมักแสดงอาการขาดสมาธิ (inattention) วอกแวกง่าย (distractibility) อยู่ไม่นิ่ง (restlessness overactivity) หุนหันพันแล่น (impulsiveness) และการทำงานของสมองด้านการจัดการลดลง (executive function)[4] อาการของเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, Fifth Edition :DSM- V[5] แบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่า พฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน เกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป จนทำให้ เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย โดยอาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-V

A. มีอาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ทำให้ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ในชีวิตประจำวันหรือต่อพัฒนาการ โดยมีลักษณะตามข้อ 1 และ/หรือ ข้อ 2 ดังนี้

1. อาการขาดสมาธิ (inattention): มีอาการต่อไป

นี้อย่างน้อย 6 ข้อ (หรืออย่างน้อย 5 ข้อสำหรับวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป) เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยเป็นมากกว่าที่พบได้ปกติตามระดับพัฒนาการ และ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม และต่อการเรียนหรือการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการดื้อ ต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

1.1 ขาดความละเอียดรอบคอบ หรือทำงานผิดจากความสะเพร่า

1.2 ขาดความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการทำงานหรือการเล่น

1.3 ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย

1.4 ไม่ทำตามคำสั่งหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ (โดยไม่ใช่เพราะดื้อหรือไม่เข้าใจ)

1.5 ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือในกิจกรรมต่าง ๆ

1.6 มักหลีกเลี่ยงหรือไม่อยากทำงานที่ต้องตั้งใจพยายาม (เช่นการทำการบ้าน)

1.7 ทำของที่จำเป็นต้องใช้หายบ่อย ๆ (เช่น อุปกรณ์การเรียน)

1.8 วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย

1.9 ขี้ลืมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

2. อาการอยู่ไม่นิ่ง - หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) : มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ (หรืออย่างน้อย 5 ข้อสำหรับวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 17 ปี ขึ้นไป) เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยเป็นมากกว่าที่พบได้ปกติ ตามระดับพัฒนาการ และทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม และต่อการเรียนหรือการประกอบอาชีพ ของผู้ป่วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการดื้อ ต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

2.1 มักยุกยิกหรือนั่งไม่นิ่ง

2.2 มักนั่งไม่ติดที่ เช่นลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือในที่ที่ควรนั่งอยู่กับที่

2.3 มักวิ่งไปมาหรือปีนป่ายมากเกินควร (หรือมีแค่อาการกระวนกระวายสำหรับผู้ที่เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่)

2.4 เล่นหรือใช้เวลาว่างอย่างเงียบ ๆ ไม่ค่อยได้

2.5 มักไม่อยู่เฉยหรือแสดงออกราวกับติดเครื่องยนต์ไว้ตลอดเวลา

2.6 พูดมากเกินไป

2.7 มักพูดโพล่งตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ

2.8 มักไม่ค่อยรอจนถึงคิวของตน

2.9 ขัดจังหวะผู้อื่น เช่นพูดแทรก หรือสอดแทรกการเล่นของผู้อื่น

B. อาการขาดสมาธิหรืออยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นในหลายข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปี

C. อาการในสมาธิหรืออยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นในหลายข้อเกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น เป็นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

D. อาการที่เป็นทำให้เกิดความบกพร่องที่ชัดเจนในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย

E. ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น pervasive developmental disorder, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder หรือ personality disorder

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V ได้มีการกำหนดให้ระบุการแสดงลักษณะทางคลินิก (presentation) เป็น 3 แบบดังนี้

1. Combined presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ ทั้งของกลุ่มอาการขาดสมาธิและของ กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

2. Predominantly inattentive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการขาดสมาธิ แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

3. Predominantly hyperactive-impulsive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ของ กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการขาดสมาธิในระยะเวลา 6 เดือนที่ ผ่านมา ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น ๆ ที่อาจทำให้เด็กมีอาการใกล้เคียง กับอาการของโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยแยกโรค

1. พฤติกรรมซนปกติตามวัย
2. ปัญหาจากการเลี้ยงดูที่ขาดการฝึกระเบียบวินัย
3. ปญหาเกี่ยวกับสายตาหรือการได้ยิน
4. โรคทางกายบางอย่าง เช่น พิษจากสารตะกั่วลม ชัก หรือธัยรอยด์เป็นพิษ
5. ผลข้างเคียงจากยา เช่น phenobarbital หรือ theophylline
6. ปัญหาความบกพร่องด้านการเรียนรู้ เช่น ภาวะปัญญาอ่อน และ learning disorder
7. โรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น autistic disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, adjustment disorder, anxiety disorder หรือ mood disorder

การรักษา

การรักษาที่ให้ผลดีที่สุดในเด็กโรคสมาธิสั้น คือ การรักษาแบบผสมผสานหลาย ๆ ด้าน ดังต่อไปนี้ 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว 3. การช่วยเหลือทางด้านการเรียน 4. การรักษาด้วยยา (ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา คือ เมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่า เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นและมีอาการมากจนส่งผลกระทบต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เช่น Methylphenidate และ 2) กลุ่มยาที่ไม่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลาง เช่น Atomoxetine, Clonidine, และ ยารักษาอาการซึมเศร้า ยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรกของการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก คือ Methylphenidate ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่มกระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เพิ่มระดับสารสื่อประสาทที่เด็กสมาธิสั้นมีน้อย จึงช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมสมาธิ และมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ทั้งนี้ยา Methylphenidate มี 2 รูปแบบ คือ 1) Methylphenidate รูปแบบปกติ หรือรู้จักกันในชื่อการค้าว่า Ritalin ซึ่งจะออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงมักจะต้องรับประทาน 2-3 ครั้งต่อวัน และไม่ควรกินยาหลัง 4 โมงเย็นเพราะจะทำให้นอนไม่หลับ และ 2) Methylphenidate รูปแบบออกฤทธิ์นาน หรือรู้จักกันในชื่อการค้าว่า Concerta ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว ทำให้สามารถรับประทานเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มกระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลางที่ใช้รักษาสมาธิสั้นในเด็กอีกตัวที่เป็นที่นิยม คือ ยา Atomoxetine หรือชื่อการค้าว่า Strattera ยาตัวนี้จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี และได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปเช่นกัน โดยเป็นยาที่มักจะถูกใช้ในกรณีที่ใช้ยา Methylphenidate แล้วไม่ได้ผล หรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยา Methylphenidate ได้[6] เมื่อเด็กได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีคือ เด็กสงบขึ้น นิ่งขึ้น จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรอบข้างดีขึ้น เด็กบางคนที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน พ่อแม่ ครู เข้าใจและให้ความ ช่วยเหลือเต็มที่ อาจจะมีโอกาสหายจากโรคนี้ได้และไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบแง่ลบในด้านต่าง ๆ มากมายทั้งต่อตัวเด็ก และครอบครัว

1. ผลกระทบต่อตัวเด็กมักจะมีปัญหาด้านการเรียน เรียนซ้ำชั้น เรียนไม่จบ มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ถูกทำโทษบ่อย ๆ หรือถูกพักการเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิจับผิดลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนรอบข้าง ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงานเมื่อโตขึ้น มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด เนื่องจากชอบทดลองสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากชอบกิจกรรมที่ท้าทาย เสี่ยงต่ออันตราย และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ

2. ผลกระทบต่อครอบครัวได้แก่ ทำให้เพิ่มระดับความเครียดเกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวขาดความสงบสุข ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงาน เนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมาก

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือมุ่งเน้นให้เด็กมีความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุ การใช้ยา อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบตนเองได้เหมาะสมตามช่วงวัย มีความภาคภูมิใจในตนเอง ปรับตัวอยู่กับครอบครัวเพื่อนในโรงเรียนและสังคมได้ พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ติดต่อโดยตรงกับแพทย์ บุคกรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู จึงมีบทบาทสำคัญ ทั้งการประสานให้เด็กได้รับการรักษาช่วยเหลือ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ปกครองมีการจัดการกับความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการ และการดูแลเด็กที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการคัดกรอง การสังเกตุอาการและการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงเรียนกับครู ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีดังต่อไปนี้

1. บทบาทของพยาบาลในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

บทบาทของพยาบาลในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย และการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเน้นการรณรงค์ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง[7] ดังเช่น

1.1 การให้ความรู้กับครูในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

1.2 การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตสุขภาพในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนการจัดให้บริการคลินิกโรงเรียน เพื่อให้เด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนได้รับการวินิจฉัยและดูแล

1.3 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครองในโรงเรียนในวันประชุมผู้ปกครอง หรือ ให้ความรู้ผู้ปกครองที่มารับบริการที่คลินิก เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.4 ให้บริการคลินิกโรงเรียนในโรงเรียนเครือข่ายเพื่อให้เด็กทั่วไปและครูมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น ครูสามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนได้ และเด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมกับเด็กทั่วไปในโรงเรียนได้โดยไม่เกิดปัญหา

1.5 จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนักในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.6 ให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ วารสาร สื่อสังคมออนไลน์ วิทยุ เป็นต้น

2. บทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาขาดสมาธิ ซน และหุนหันพลันแล่น บทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาขาดสมาธิ ซน และหุนหันพลันแล่น พยาบาลประยุกต์ใช้กระบวนการทางการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน[8] โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินด้วยการซักประวัติ การสังเกตพฤติกรรม การใช้แบบประเมิน เช่น แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) แบบคัดกรอง KUS-SI, Conners rating scale, THASS, SNAP-IV แบบประเมิน ADHD rating scales[9] เพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผน การให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาของเด็ก และประเมินผล รวมถึงประสานแหล่งประโยชน์เพื่อให้การช่วยเหลือเด็กต่อไป

3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นจะมีความเครียด วิตกกังวลเป็นอย่างมากในการดูแลเด็ก และมีความคาดหวังว่าเด็กสมาธิสั้นจะสามารถพัฒนาตนเองได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป เบื้องต้นพยาบาลต้องให้ความรู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความบกพร่องของเด็ก การรักษาและผลข้างเคียง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หรือจัดกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาเหมือนกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิธีการ และสร้างทัศนคติบวกให้มีต่อเด็ก พยาบาลสามารถร่วมมือกับผู้ปกครองในการดูแลเด็ก ให้ครอบคลุมกับปัญหา โดยแนะนำผู้ปกครองให้ดูแลเด็กตามวิธีการดังต่อไปนี้[10]

3.1 ลดสิ่งเร้า ควรจัดบ้านให้เรียบง่าย เรียบร้อย หาสถานที่ที่สงบเพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวน หรือสิ่งที่ทำให้สมาธิเสีย พูดคุยกับเด็กด้วยเสียงเบา ไม่ตะโกน โวยวาย รวมทั้งผู้ปกครองไม่ควรทะเลาะหรือใช้ความรุนแรงต่อหน้าเด็ก

3.2 เฝ้ากระตุ้นแนะนำการจัดตารางเวลาให้ชัดเจน

เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน ทำการบ้าน ทบทวนบทเรียน เก็บที่นอน แปรงฟัน อาบน้ำแต่งตัว เป็นต้น ถ้าเด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลงให้ผู้ปกครองเตือนสั้น ๆ ครั้งเดียว ถ้าเด็กไม่ทำให้ผู้ปกครองพาไปทำหรือกำกับให้ทำทันที วิธีนี้ได้จะผลดีถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าผู้ปกครองเอาจริงและจะยอมรับในกติกา แนะนำให้มีการแบ่งงานเป็นชิ้นเล็ก ๆ เพราะโดยธรรมชาติเด็กสมาธิสั้นมักท้อใจกับงานที่ตัวเองไม่ชอบไม่สนุก ไม่ถนัด[11] ดังนั้นผู้ปกครองควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ เพื่อให้เด็กมีกำลังใจ ทำเปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักเป็นระยะเมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว และกลับมาทำต่อจนสำสำเร็จ

3.3 หนุนจิตใจ เด็กสมาธิสั้นจะท้อแท้ สูญเสียความมั่นใจในตัวเองง่าย เด็กต้องการกำลังใจเป็นอย่างมาก ผู้ปกครองต้องระวังที่จะไม่เข้มงวดหรือจับผิดแต่ควรเปิดโอกาสให้เด็กคิด ช่วยเด็กหาวิธีแก้ไขจุดอ่อนเช่น อาการขี้ลืมแนะนำผู้ปกครองฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิด วางแผนทำตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา (เด็กกลุ่มนี้มีจุดอ่อนด้านการคิดและวางแผนล่วงหน้า) การกระตุ้นให้วางแผนบ่อย ๆ จะซึมซับเข้าไปในระบบการคิดจนกลายเป็นนิสัย

3.4 ให้รางวัล เด็กสมาธิสั้นจะเบื่อและขาดความอดทน ถ้ามีรางวัลเด็กจะรู้สึกท้าทายมีแรงจูงใจในการทำงาน พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ปกครองโดยรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีปัญหาโดยใช้แรงเสริม และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ การให้รางวัลควรให้ง่าย ๆ บ่อย ๆ ให้ทันที ควรเปลี่ยนรางวัลบ่อย ๆ เพื่อให้เด็กสนุกและสนใจ ถือเป็นแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็กได้ โดยมีขั้นตอนการให้รางวัลง่าย ๆ ระบุพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นทดแทนพฤติกรรมปัญหา ใช้วิธีการให้รางวัลมากกว่าการลงโทษ

3.5 พูดกับเด็ก ไม่พูดมาก ไม่เหน็บแนมประชดประชัน ไม่ติเตียน พูดสั้น ๆ ง่าย ๆ หลีกเลี่ยงการบังคับหรือออกคำสั่งตรง ๆ แต่ใช้วิธีบอกกับเด็กว่าเขามีทางเลืออะไรบ้าง

3.6 นับสิ่งดี ผู้ปกครองต้องพึงระลึกอยู่เสมอว่า เด็กไม่ได้ตั้งใจทำตัวให้มีปัญหา แต่เด็กมีความผิดปกติในการทำงานของสมองทำให้คุมตัวลำบากหยุดตัวเองได้ยาก ควรให้อภัยแก่เด็กและตัวเราเอง

3.7 มีขอบเขต แนะนำให้จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจนเช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบคาย มีตารางเวลา หรือรายการสิ่งที่ต้องทำ เพื่อให้เด็กรับรู้ขีดจำกัด และช่วยควบคุมให้เด็กทำตามง่ายขึ้น เรียงลำดับกิจกรรมง่าย ๆ ให้ชัดเจน และแน่นอน ไม่ปล่อยปละละเลย หรือตามใจมากเกินไป เพื่อไม่ให้เด็กสับสนและผัดผ่อนต่อรองบ่อย ๆ ผู้ปกครองต้องทำเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ควบคุมกฎ กำหนดการลงโทษให้ชัดเจนเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ ควรใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่าง ๆ เช่น งดดูโทรทัศน์ งดเล่มเกม หรือให้ทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กร่วมกับครู เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเรียน ครูจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้เรียนได้ดี พยาบาลควรให้คำแนะนำ และช่วยเหลือครู ดังต่อไปนี้[12]

4.1 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเน้นความปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง

4.2 จัดเด็กให้นั่งหน้าชั้นหรือใกล้ครูให้มากที่สุด เพื่อครูจะได้เตือนเด็กให้กลับมาตั้งใจเรียนเมื่อเห็นว่าเด็กเริ่มขาดสมาธิ และควรจัดให้เด็กนั่งอยู่ในตำแหน่งที่ถูกแวดล้อมด้วยเด็กเรียบร้อยที่ไม่คุยในระหว่างเรียน

4.3 จัดการเรียนการสอน ให้สนุก ตื่นเต้น ท้าทาย ให้เด็กอยากติดตาม เมื่อเด็กหมดสมาธิจริงๆ ควรจัดกิจกรรมที่เปลี่ยนอิริยาบท เช่น มอบหมายให้ลบกระดานดำ เพื่อลดความเบื่อของเด็กลง

4.4 การมอบหมายงาน ควรมีการแบ่งงานเป็นช่วงสั้น ๆ สามารถทำเสร็จได้ง่าย ๆ พักเป็นระยะและให้คำชมเชย หรือรางวัลเล็ก ๆ น้อยๆ เมื่อเด็กปฏิบัติได้

4.5 จัดให้มีการเรียนการสอนนอกเวลา ติวเพิ่ม และให้เวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเด็กทั่วไป โดยมีครูช่วยอ่านข้อสอบไปด้วยทีละข้อจนกว่าจะทำเสร็จทุกข้อ

4.6 ใช้คำพูดช้า ๆ ชัดเจน กระชับ ไม่คลุมเครือ คิดรูปแบบวิธีเตือน โดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า

4.7 เขียนการบ้าน หรืองานที่เด็กต้องทำให้ชัดเจนบนกระดานดำ เลี่ยงการสั่งงานด้วยวาจาให้น้อยที่สุด หากจำเป็นต้องสั่งงานด้วยวาจา ควรให้เด็กทำเสร็จทีละอย่างก่อนจึงให้คำสั่งต่อไป หลังจากให้คำสั่งแก่เด็ก ควรถามเด็กด้วยว่า ครูต้องการให้เด็กทำอะไร เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าเด็กรับทราบ และเข้าใจคำสั่งอย่างถูกต้อง และตรวจสมุดงานของเด็กเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบถ้วน

4.8 หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณามที่ทำให้เด็กอับอายขายหน้า และไม่ลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง (เช่นการตี) ควรใช้การตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน (เพื่อทำงานที่ค้างอยู่ให้เสร็จ) เมื่อเด็กทำความผิด

4.9 จัดช่วงเวลาและกิจกรรมให้มีการปลดปล่อยพลังงานหรือความก้าวร้าวออกมา เช่น ลบกระดาน แจกสมุด เล่นกีฬา สร้างงานศิลปะ หรือเล่นดนตรี เป็นต้น ตามความชอบของเด็ก

4.10 แนะนำครูให้สร้างความรักเข้าใจกับเพื่อนของเด็กให้เห็นใจ ไม่ล้อเลียน และควรช่วยเหลือเพื่อน พยายามมีทัศนคติเชิงบวกต่อเด็ก มองหาจุดดีของเด็กและสนับสนุนให้เด็กได้แสดงข้อดี หรือความสามารถของตัวเอง

4.11 ใช้หลักพฤติกรรมบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น ชื่นชม เมื่อมีพฤติกรรมดี ใช้คำพูดปลอบใจ มีท่าทีเห็นใจ เมื่อเด็กทำผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจและแนะนำวิธีแก้ไข หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควรปราม ตักเตือนอย่างสม่ำเสมอ และเปิดโอกาสให้แก้ไขด้วยตนเอง

4.12 แนะนำการฝึกทักษะต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้าน โดยการติดต่อประสานกับผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

เด็กสมาธิสั้น มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายด้าน ทั้งด้านการเรียน การควบคุมตัวเอง การช่วยเหลือตัวเอง และการเข้าสังคม ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล และไม่เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก ครูซึ่งอยู่ใกล้ชิดเด็กที่สุดในโรงเรียนต้องมีความรู้ ความเมตตา ความเข้าใจ และให้การช่วยเหลือเด็กให้สามารถเรียนรู้ร่วมกันกับเด็กทั่วไปได้อย่างถูกต้อง พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ประสานแหล่งประโยชน์ จึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษา ให้ทั้งผู้ปกครอง และครู ในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมกับวัย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ถูกวิธี จะทำให้เด็กอาการดีขึ้น และหายไปได้ในวัยรุ่น ความรัก ความร่วมมือ การช่วยเหลือกันของทุกฝ่าย จะทำให้การช่วยเหลือเด็กประสบความสำเร็จ ทำให้เด็กเรียนรู้ เติบโตและปรับตัวอยู่ในสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. เด็กไทยเป็นโรคสมาธิสั้นกว่า 3 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/preview-3624.html.
2. ชุตินาถ ศักรินทร์กุล. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด; 2560.
3. สุธีรา คุปวานิชพงษ์. โรคซนสมาธิสั้น ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.synphaet.co.th/-adhd-attention--deficit-hyperactivity- disorder/
4. ทรงภูมิ เบญญากร. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.swu.ac.th.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013

6. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. โรคสมาธิสั้นในเด็ก : การรักษาด้วยยา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/479
7. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้. คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sicam.go.th.
8. จิราพรรักการ.การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.elnurse.ssru.ac.th.
9. Belleza. M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Internet] 2021. [Cited on 29 March 2021]. Available from: https://nurseslabs.com/attention-deficit-hyperactivity-disorder/
10. เปรม ปิยะพงษ์. เทคนิคการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.prdmh.com.
11. ปราโมทย์ สุคนิชย์. เคล็ด 50 อย่างในการช่วยเด็กสมาธิสั้น (ADHD) ในห้องเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th.
12. ชาญวิทย์ พรนภดล. มารู้จักและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.phuket360degree.com/knowledge/health/adhd-part-4.html.

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) พ.ศ. 2564
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 18 No. 2 (May - August) 2021

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
Factor Associated with Depression in Student of Rajabhat Mahasarakham University

เอกลักษณ์ สรวมศิริ
Agkaluk Srumsiri

(Received : 03 March 21 Revised : 29 July 21 Accepted : 05 August 21)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ความชุก และระดับของภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 332 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) แบบสอบถามวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai version of Rosenberg Self Esteem Scale – Revised version) วิเคราะห์หาความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Pearson Chi square

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยคิดเป็น ร้อยละ 28.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายจ่าย (OR = 2.05, 95% CI =1.22-3.44) สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (OR = 6.47, 95% CI =1.77-23.68) บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p < 0.001$) มารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p = 0.002$) บิดามีอาชีพรับราชการ ($p = 0.035$) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 57 และเมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.406$; $p < 0.001$)

สรุปผลการศึกษา : ความชุกของภาวะซึมเศร้านักศึกษาอยู่ในระดับสูง มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการมีความภาคภูมิใจในตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเฝ้าระวัง คัดกรอง วางแผนเพื่อดูแลและจัดการกับปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ รวมไปถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, ความภาคภูมิใจในตนเอง

แพทย์ฝึกปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Objective : To study the factors associated with depression, prevalence and degree of depression among students of Rajabhat Mahasarakham University.

Methods : A cross-sectional descriptive study on the 332 first-year students of Rajabhat Mahasarakham University, Academic Year 2020. The research tool consisted of 3 parts including a personal information questionnaire, Adolescent depression assessment (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) and Self-esteem questionnaire (Thai version of Rosenberg Self Esteem Scale–Revised version).The prevalence and degree of depression were analyzed by descriptive statistics. Factors associated with depression were analyzed by the Pearson Chi-square method.

Results : The sample group had depression, accounting for 36.4% most had mild depression, accounting for 28.3 percent. Factors associated with depression were inadequate expenses (OR = 2.05, 95% CI = 1.22-3.44), family members depressed (OR = 6.47, 95% CI = 1.77-23.68) father has a bachelor's degree or higher (p <0.001) father has a career in government service (p = 0.035) and mother has a bachelor's degree or higher (p = 0.002). The sample group had a high level of self-esteem, accounting for 57% and analyzed for Pearson's correlation coefficient was found a negative association with depression (r = -0.406; p <0.001).

Conclusion : The prevalence of student depression was high and many factors there are involved, especially important to have self-esteem. Relevant agencies should be monitored, screened, planned to monitor and manage controllable factors, including the selection of action strategies to promote and prevent depression.

Keywords : Depression, Rajabhat Mahasarakham University student, self-estee

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงความผิดปกติออกมาทั้งในด้านความคิด แรงจูงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ภาวะดังกล่าวนี้นับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญในปัจจุบันโดยสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย[1] นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง ต้องการความเป็นอิสระมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[2] ความชุกของภาวะซึมเศร้าทั่วโลกในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.7[3] วัยรุ่นในประเทศต่าง ๆ มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 30-47 ในประเทศออสเตรเลียพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.8 และในประเทศไต้หวันพบวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 28 ในประเทศศรีลังกาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.7[4] ในประเทศไทย จากผลการสำรวจระบาดวิทยาความชุกโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี โดยกรมสุขภาพจิตพบมีความชุก ร้อยละ 1.6[5] มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายมีตัวเลขสูงถึง ร้อยละ 53.5[6]

นักศึกษาที่กำลังเรียนอยู่ในระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นตอนปลายไปสู่วัยผู้ใหญ่

ตอนต้นซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ ต้องเผชิญกับระบบการเรียนและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้[7] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น การศึกษาของกิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ พบว่านิสิตคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.8[8] การศึกษาของนุชนาถ แก้วมาตรและคณะ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ร้อยละ 35.9[9] การศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ พบว่านักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32[10] การศึกษาของฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ร้อยละ 31.0[11] และการศึกษาของปิยะ ทองบาง พบว่านักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6[12] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่านักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 49[13]
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามีหลายปัจจัย โดยหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของรัชนีวรรณ รอสและคณะพบว่าการมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในประเทศอเมริกาและไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] การศึกษาของ ฉันทนา แรงสิงห์ พบว่าการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[15] และการศึกษาของปิยะ ทองบาง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี[13] ข้อมูลจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9Q โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 2,654 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 0.9 และ ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,045 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.4 จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1 ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การเฝ้าระวัง คัดกรอง วางแผนเพื่อดูแลและจัดการกับปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ รวมไปถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ข้อมูลจากการสำรวจ โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาความชุก และระดับของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 13-17 สิงหาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1 จำนวน 360 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาใช้สูตร Estimating a proportion โดยให้ Confidential proportion = 95%, Estimated proportion (p)= 0.31, Acceptable difference = 0.05 คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 293 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 360 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ทั้ง 9 คณะ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว คณะที่ศึกษา ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย สถานภาพของบิดามารดา ระดับการศึกษาและอาชีพของบิดามารดา ภูมิลำเนา และภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2560-2561 เพื่อใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย อายุ 11-20 ปี ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คะแนนรวม 0- 27 คะแนน แปลผลระดับภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีภาวะซึมเศร้ามาก และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. แบบสอบถามวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai version of Rosenberg Self Esteem Scale–Revised version) สร้างโดย Morris Rosenberg แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ฐาปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มาตรวัดเป็นแบบ Likert โดยแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ คะแนน รวม 10-40 คะแนน โดยคะแนนที่มากบ่งบอกระดับความภาคภูมิใจในตนเองที่สูง แปลผลเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่อ้างอิง MSKH_REC 63-01-014 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้เพียงภาพรวมเท่านั้น อาสาสมัครสามารถปฏิเสธการร่วมงานวิจัยได้ทันที การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้เข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมเก็บคืนด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS Statistics ver.26 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi square นำเสนอค่า Odds ratio ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval (95% CI) นำค่าคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองมาหาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันนำเสนอค่า Correlation Coefficient (r) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีช่วงอายุระหว่าง 17-24 ปี (mean = 18.9, SD = 1.11) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในคณะที่ตนกำลังศึกษาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 99.1 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าใช้จ่ายรายเดือน

เฉลี่ยเดือนละ 4,744.28 บาท และส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอต่อรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 77.1 สถานภาพของครอบครัวส่วนใหญ่บิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 71.1 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 25,988.86 บาท ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา ส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และอาชีพของบิดาและมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 และส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดเขตภาคอีสาน รองลงมาคือจังหวัดมหาสารคามนอกเขตอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 24.4 ตามลำดับ ส่วนภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม มี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่หอพัก คิดเป็นร้อยละ 75.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=332)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	108	32.5
หญิง	224	67.5
	Mean	S.D.
อายุ (ปี)	18.97	1.11
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (บาท)	4,744.28	2,835.34
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	25,988.86	21,535.62
โรคประจำตัว		
มี	21	6.3
ไม่มี	311	93.7
ความพึงพอใจในการศึกษา		
คณะปัจจุบัน	329	99.1
คณะอื่น	3	0.9
ความเพียงพอของรายจ่าย		
เพียงพอ	256	77.1
ไม่เพียงพอ	76	22.9
ที่พัก		
หอพัก	255	76.8
บ้าน	77	23.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	22	6.6
มากกว่า 2	310	93.4
ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว		
มี	14	4.2
ไม่มี	318	95.8
สถานภาพบิดา/มารดา		
อยู่ด้วยกัน	241	72.6
บิดา/มารดาเสียชีวิต	17	5.1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	74	22.3
ระดับการศึกษาของบิดา		
ประถมศึกษา	154	46.4
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	111	33.4
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	24	7.2
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	43	13.0
ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	153	46.1
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	112	33.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	23	6.9
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	44	13.3
อาชีพของบิดา		
รับราชการ	33	9.9
เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	12	3.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	45	13.6
รับจ้าง	75	22.6
เกษตรกร	167	50.3
อาชีพของมารดา		
รับราชการ	18	5.4
เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	27	8.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60	18.1
รับจ้าง	56	16.9
เกษตรกร	171	51.5
ภูมิลำเนา		
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	27	8.1
นอกเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	81	24.4
จังหวัดอื่น ๆ	224	67.5

2. ความภาคภูมิใจในตนเอง ความชุก และระดับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง จำนวน 188 คน (ร้อยละ 56.6) ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 126 คน (ร้อยละ 36.4) จำแนกเป็นระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อจำแนกความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นรายคณะพบว่าคณะวิทยาการจัดการมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 60) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับความภาคภูมิใจในตนเองโดยแบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก (n=332)

ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำ	5	1.5
ปานกลาง	139	41.9
สูง	188	56.6

ตารางที่ 3 ความชุกและระดับภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน PHQ-A (n=332)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-A	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	211	63.6
มีภาวะซึมเศร้า		
- ซึมเศร้าเล็กน้อย	94	28.3
- ซึมเศร้าปานกลาง	21	6.3
- ซึมเศร้ามาก	4	1.2
- ซึมเศร้ารุนแรง	2	0.6

ตารางที่ 4 ความชุกภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน PHQ-A แยกเป็นรายคณะ (n=332)

คณะ	มีภาวะซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
วิทยาการจัดการ	24	60.0	16	40.0
รัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์	8	20.0	32	80.0
เทคโนโลยีการเกษตร	15	37.5	25	62.5
ครุศาสตร์	15	37.5	25	62.5
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	15	37.5	25	62.5
นิติศาสตร์	13	32.5	27	67.5
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	16	40.0	24	60.0
เทคโนโลยีสารสนเทศ	11	45.8	13	54.2
วิศวกรรมศาสตร์	9	32.1	19	67.9

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายจ่าย (OR = 2.05, 95% CI =1.22-3.44) สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (OR = 6.47, 95% CI =1.77-23.67) บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p < 0.001$) มารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p = 0.002$) บิดามีอาชีพรับราชการ ($p = 0.035$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะซึมเศร้า (n=332)

ตัวแปร	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	P-Values	Odd ratio	95% CI
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)			
เพศ					
- ชาย	34	74	0.092	1.517	0.93 – 2.46
- หญิง	92	132			
โรคประจำตัว					
- มี	7	14	0.652	0.807	0.31 – 2.05
- ไม่มี	119	192			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ตัวแปร	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	P-Values	Odd ratio	95% CI
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)			
ความพึงพอใจในการศึกษา					
- คณะปัจจุบัน	124	205	0.303	3.306	0.29 – 36.84
- คณะอื่น	2	1			
ความเพียงพอของรายจ่าย					
- เพียงพอ	87	169	0.006*	2.048	1.21 – 3.44
- ไม่เพียงพอ	39	37			
ที่พัก					
- หอพัก	92	163	0.201	1.401	0.83 – 2.35
- บ้าน	34	43			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	11	11	0.193	0.566	0.23 – 1.35
- มากกว่า 2	112	198			
ภาวะซึมเศร้าในครอบครัว					
- มี	11	3	0.001*	6.472	1.76 – 23.67
- ไม่มี	115	203			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	11	11	0.193	0.566	0.23 – 1.35
- มากกว่า 2	112	198			
ภาวะซึมเศร้าในครอบครัว					
- มี	11	3	0.001*	6.472	1.76 – 23.67
- ไม่มี	115	203			
สถานภาพบิดา/มารดา					
- อยู่ด้วยกัน	91	150	0.961	NA	NA
- บิดา/มารดาเสียชีวิต	7	10			
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	28	46			
ระดับการศึกษาของบิดา					
- ประถมศึกษา	50	104	<0.001*	NA	NA
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	38	73			
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	9	15			
- ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	17	9			
ระดับการศึกษาของมารดา					
- ประถมศึกษา	44	109	0.002*	NA	NA
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	45	67			
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12	11			
- ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	12	9			
อาชีพของบิดา					
- รับราชการ	20	13	0.035*	NA	NA
- เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	5	7			
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	33			
- รับจ้าง	30	45			
- เกษตรกร	59	108			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ตัวแปร	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	P-Values	Odd ratio	95% CI
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)			
อาชีพของมารดา					
- รับราชการ	9	9	0.311	NA	NA
- เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	14	13			
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	38			
- รับจ้าง	23	33			
- เกษตรกร	58	113			
ภูมิลำเนา					
- อำเภอเมืองมหาสารคาม	14	13	0.294	NA	NA
- นอกเขตอำเภอเมือง	29	52			
- จังหวัดอื่น ๆ	83	141			

*p < 0.05

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57 และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 6 เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r = -0.406 ; p < 0.001)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุรพร แสงกูล ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยิน พบว่าการมีปัญหาทางการเงิน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[16] การเกิดภาวะซึมเศร้านี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีทางจิตวิทยา ด้านทฤษฎีจิตสังคม (Psycho-social Theory) แนวคิดนี้เชื่อว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากคนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถจะแยกจากกันได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า สถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด (stressful life events) ซึ่งปัญหาการเงินก็นับเป็นหนึ่งในสถานการณ์ที่สามารถก่อให้เกิดความเครียด ถือเป็นบริบทที่คุกคามหากเกิดในช่วงเวลาที่ยาวนาน หรือเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ย่อมส่งผลให้เกิดความต้องการพึ่งพิง และสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความชุกของภาวะซึมเศร้ายังสูงในกลุ่มตัวอย่างที่สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีทางจิตวิทยา ด้านทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theory) ในส่วนของทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็น ลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง พบว่า ผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดอย่างใกล้ชิดเป็นพี่น้องสายเลือดเดียวกัน มีโอกาสการเกิดโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 25[17] นอกจากนี้ยังมีการศึกษา โดยศูนย์วิจัยพันธุศาสตร์การแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ถึงความสัมพันธ์ระหว่าง polymorphism ของยีน 5-HTT, 5-HTR2A, CREB1 กับการเกิดโรคซึมเศร้าในคนไทย พบความสัมพันธ์ระหว่าง single nucleotide polymorphism กับโรคซึมเศร้า จำนวน 201 ตัวอย่าง[18] ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มตัวอย่างที่บิดาและมารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป รวมถึงการที่บิดาประกอบอาชีพรับราชการ การเกิดภาวะซึมเศร้านี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีทางจิตวิทยาด้านทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซึ่ง

เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก ความหวัง ความวิตกกังวล ความขัดแย้งภายในจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การครอบงำของบุคคลอื่น (dominant other)โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการที่บุคคลมีความคิดว่าตนเองอยู่หรือทำสิ่งต่าง ๆ นั้นเพื่อคนอื่น เช่น คู่สมรส บิดามารดา ซึ่งหากบุคคลดังกล่าวนั้นไม่แสดงความพึงพอใจในสิ่งที่ตนทำไปก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุสิ่งที่ต้องการ ทำให้รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ จนเกิดอารมณ์เศร้าตามมา รวมไปถึง ความล้มเหลวในสิ่งที่ตนเองตั้งเป้าหมายเอาไว้ (self object failure) แนวคิดนี้เชื่อว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากความต้องการของตนเองนั้นไม่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งที่เป็นที่รักโดยเฉพาะบิดามารดา ได้แก่ ความต้องการคำชมเชยหรือการยอมรับ (mirroring) ความต้องการทำตนเองให้เหมือนบิดามารดา (twin-ship) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าขึ้น[17]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57 และ เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.406$; $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีวรรณ รอส และคณะ ซึ่งทำการศึกษาถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ไทย ไต้หวัน และญี่ปุ่น จากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง พบว่า การมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาอเมริกาและไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ฉันทนา แรงสิงห์ ถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย พบว่า กับการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[15] และการศึกษาของ ปิยะ ทองบาง ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า[12] การเกิดภาวะซึมเศร้านี้สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ในประเด็นของ การสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) แนวคิดนี้เชื่อว่า โดยธรรมชาติแต่ละคนจะมีการหลงรักตัวเอง (narcissism) ว่าตนเองเก่ง มีความสามารถ มีคนรัก ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของอุดมคติหรือเป้าหมายของอัตตา (self) ดังนั้นหากมีอะไรที่ทำให้บุคคลนั้นไปไม่ถึงเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนตั้งไว้ ความรู้สึกหลงรักตัวเองเกิดมีบาดแผล (narcissistic injury) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ไม่มีความสามารถ รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์และความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองหายไป จนเกิดเป็นอารมณ์เศร้า[17]

2. ความชุก และระดับของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 36.4 โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 28.3 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 6.3 ภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 1.2 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.6 (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของฐาปกรณ์ เรือนใจ และคณะ[11] ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปีการศึกษา 2558 จำนวน 284 ราย ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.0 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อยปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 23.6, 5.3 และ 2.1 ตามลำดับ รวมไปถึงการศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ[10] ซึ่งทำการศึกษาการแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ปีการศึกษา 2560 จำนวน 650 คน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 32 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 18 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 14 โดยนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่มีช่วงอายุระหว่าง 17-22 ปี ซึ่งตามระยะพัฒนาการถือว่ามีความคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร มีการแสวงหาความมั่นคง

ด้านการประกอบอาชีพ มีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่เต็มตัวแต่สภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่มั่นคง ก่อให้เกิดความสบสนในตนเองส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจได้ง่าย และในบางครั้งก็มักจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่บีบคั้นและรุนแรง[2] นอกจากนั้นยังต้องเผชิญกับระบบการเรียนและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา[19] ดังนั้น จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือหากปล่อยไว้อาจทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้านักศึกษาอยู่ในระดับสูง มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการมีความภาคภูมิใจในตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเฝ้าระวัง คัดกรอง วางแผนเพื่อดูแลและจัดการกับปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ รวมไปถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ควรมีการประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐาน ในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำและปานกลางควรมีการประเมินและติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังมิให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้ารุนแรงควรประเมินความเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเหมาะสม

2. การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการมีความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพ คณาจารย์ และผู้บริหารของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ในการเพิ่ม/สร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้กับนักศึกษา รวมไปถึงบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลนักศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ รูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าดังกล่าวนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การติดตามไปข้างหน้า (cohort study) จึงจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ดียิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาพบว่า การมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัว ความผูกพันกับเพื่อน ความคิดอัตโนมัติทางลบ การครุ่นคิด การแก้ปัญหาทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เป็นต้น แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดทางด้านจำนวนข้อของแบบสอบถาม การขอความร่วมมืองบประมาณ และปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้าน ทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำได้หมดทุกปัจจัย ดังนั้นหากมีการศึกษาในอนาคตจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะศึกษาถึงปัจจัยให้ครบทุกข้อ

2. การศึกษาครั้งนี้ทำในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพียงชั้นเดียว เนื่องด้วยข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล ดังนั้นหากมีการศึกษาในอนาคตควรทำการศึกษาทุกชั้นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆเพิ่มเติม รวมทั้งความชุกของภาวะซึมเศร้าที่แยกเป็นรายชั้นปี

เอกสารอ้างอิง

1. Beck, J. S. Cognitive therapy: Basics and beyond (2nd ed.) New York: Guilford; 2011.
2. Santrock, J. W. Adolescent. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
3. World Health Organization . Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva. 2017: 8-24
4. ดวงใจ วัฒนสินธุ์.การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น:จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 24: 1-12

5. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิสัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น.ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2559; 24: 141-53
6. วงเดือน ปั้นดี.ความชุกและปัจจัยของความซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย: ศึกษาเฉพาะนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 45: 298-309.
7. สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธรณินทร์ กองสุข, สุภาพร จันทร์สาม.โรคซึมเศร้าและความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ. ใน: พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. สุขภาพจิตสู่คุณค่าความเป็นมนุษย์ กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต 2556: 1-13.
8. กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์.ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนิมิตคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.วารสารคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2555; 32: 11-18.
9. นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแขม และชนัดดา แนบเกสร.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2551; 19: 83-95
10. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน และภาคิณี เดชชัย ยศ.การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29: 87-99
11. ฐาปกรณ์ เรือนใจ, ณัฐวรินทร์ กฤติยาภิชาตกุล, พิลาสินี วงษ์นุช และวิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก.ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. ลำปางเวชสาร 2559; 37: 9-15
12. ปิยะ ทองบาง.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2562; 10: 27-36
13. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, พิมพ์ ชูปาน และพรพรรณ ศรีโสภา.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 23: 31-47
14. Ratchneewan Ross, Lenny Chiang-Hanisko, Keiko Takeo, Saisamorn Chaleoykitti. Depression and Its Predictors among Nursing Students in Four Countries: USA, Thailand, Taiwan and Japan. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15: 195-201
15. ฉันทนา แรงสิงห์.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย.วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26: 42-56
16. จตุรพร แสงกูล และกนกวรรณ โมสิกานนท์.ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา.สงขลานครินทร์เวชสาร 2559; 34: 281-288
17. ตฏิลา จำปาวัลย์.แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา.วารสารพุทธจิตวิทยา 2560; 2: 1-11
18. วีรยุทธ ประพันธ์พจน์. Genetic studies of neurological and psychiatric disorders in Thailand [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4087/Verayuth_neurological.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. 19. สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธรณินทร์ กองสุข, สุภาพร จันทร์สาม. โรคซึมเศร้าและความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ. ใน: พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. สุขภาพจิตสู่คุณค่าความเป็นมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต 2556; 1-13