





# สรุพลีทธิเวชสาร

## Sanpasitthiprasong Medical Journal

สรุพลีทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลสรุพลีทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งเริ่มตีพิมพ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน-ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่องค์ความรู้ การค้นคว้า และผลงานวิจัย ทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์ สุขภาพ

2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ในประเด็นปัญหาและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

3. นำเสนอผลงาน องค์ความรู้ แนวความคิด ทางด้านแพทยศาสตร์ศึกษา การพัฒนาและการส่งเสริมการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ในบทความถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและโรงพยาบาลสรุพลีทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลในวารสารไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน

กองบรรณาธิการยินดีต้อนรับและตีพิมพ์บทความในประเด็นดังกล่าวจากผู้สนใจทุกท่าน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนแก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดการจัดเตรียมและส่งต้นฉบับได้จาก “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์” และต้องทำตามคำแนะนำทุกประการ

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ทุกบทความจะได้รับการทบทวนและตรวจสอบโดยกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบก่อนการยอมรับเพื่อตีพิมพ์ เพื่อพัฒนาต้นฉบับให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน และเพื่อความถูกต้อง สมบูรณ์ ของเนื้อหาวิชาการ

# กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร

## ที่ปรึกษา

นพ.ชลิต ทองประยูร

ศ.พญ.วิภาดา เขาวกุล

นพ.ศรัณย์ วรรณภาสนี

## บรรณาธิการ

นพ.จिरวัฒน์ มูลศาสตร์

## กองบรรณาธิการ

นพ.วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน

นพ.อาคม อารยาวิชานนท์

ดร.นพ.ปริญญา ชำนาญ

นพ.วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา

พญ.พรรณปพร โคนพันธ์

พญ.จตุรศมี เพ็ชรกุล

ดร.สุเพียร โภคทิพย์

นางนิตยา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

รศ.นพ.สีบสาย คงแสงดาว

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล

ดร.นพ.ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์

รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

ผศ.ดร.จากรุวรรณ ธนวิรุฬห์

ผศ.ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล

ดร.นุสรรา ประเสริฐศรี

นพ.มานอชัย รัตนสมบัติกุล

## ผู้จัดการ

น.ส.สุชาดา เนตรภักดี

## ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายณัฐวุฒิ วงษ์สิงห์

น.ส.จิราภรณ์ สังกะเพศ

## สำนักงานวารสาร

สำนักงานวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ชั้น 2 อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

ถ.สรรพสิทธิ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ 045-319296 แฟกซ์ 045-319296

E-mail: sanpasitmedjournal@gmail.com

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อเผยแพร่และเปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานวิชาการและงานวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความที่น่าสนใจ อันเป็นวิทยากรและองค์ความรู้ใหม่ ข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ โรงพยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป โดยตีพิมพ์บทความประเภทต่างๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปฏิทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/refresher article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการหรือบทบรรณาธิการ (letter to the editor/editorial)

## ความรับผิดชอบของผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์

- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ต้องรับรองว่า บทความที่ท่านส่งมาเป็นผลงานของท่านเอง และยังไม่เคยส่งหรือกำลังส่งไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ถ้าผลงานนั้นได้เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดมาก่อน ให้ระบุในบทความว่าท่านได้นำเสนอผลงานนั้นในที่ประชุมแห่งใดบ้าง
- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ต้องรับรองว่า ถ้า บทความของท่านได้รับการยอมรับจากกองบรรณาธิการแล้วนั้น บทความดังกล่าวจะตีพิมพ์โดย “สรรพสิทธิเวชสาร” เพียงแห่งเดียวเท่านั้น
- ในกรณีที่ได้รับทุนวิจัย ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ต้องระบุแหล่งเงินทุนวิจัยอย่างชัดเจน โดยให้ระบุไว้ในตอนท้ายของบทความ
- รายชื่อของคณะผู้พิมพ์ ต้องเป็นไปตามความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่

รายงานหรือบทความนั้นอย่างแท้จริงและทราบรายละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บังคับบัญชา ไม่ควรระบุในรายชื่อของคณะผู้พิมพ์

- บทความประเภท นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ผู้พิมพ์ต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethic committee)

- ถ้ามีความไม่ถูกต้องในเนื้อหาของบทความผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ของบทความนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

- ผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์สามารถเสนอชื่อผู้เหมาะสมที่จะอ่านบททบทวนบทความของท่าน 2 คน โดยระบุรายชื่อและที่อยู่ในการติดต่อไว้ในหน้าแรก

## การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่ เป็นไปตามข้อกำหนดของสรรพสิทธิเวชสารจะถูกส่งคืนเจ้าของบทความเพื่อแก้ไขก่อนส่งอ่านบททบทวน (review) ต่อไป ดังนั้นผู้พิมพ์หรือคณะผู้พิมพ์ควรเตรียมบทความและตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อกำหนดของวารสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของท่าน
- ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง มาทางอีเมล sanpasitmed-journal@gmail.com โดยโปรแกรมที่ใช้พิมพ์ในบทความ (manuscript) ต้องเป็น Microsoft Word for Window ใช้ตัวอักษรขนาด 16
- ให้พิมพ์และจัดรูปแบบหน้าลงในกระดาษหน้าเดียว ขนาด 8 1/2 x 11 นิ้ว หรือขนาดเอ 4 และให้เว้นช่องแต่ละบรรทัดเป็นช่องพิมพ์ (double

space) ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว

- ตัวเลขที่ใช้ให้ใช้เป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด หน่วยที่ใช้ ควรใช้หน่วย System International (SI) หรือควบคู่กับหน่วย SI เช่น ฮีโมโกลบิน 12 กรัมต่อเดซิลิตร (120 กรัมต่อลิตร) และในกรณีที่มีความจำเป็นก็อนุโลมให้ใช้หน่วยอื่นได้

- บทความที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องเขียนในรูปแบบบทความวิชาการ (academic writing style) โดยใช้ภาษาที่ง่าย กระชับ ชัดเจน ไม่เยิ่นเย้อและวกวน สามารถส่งบทความทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยการใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการเขียนทับศัพท์และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจนและควรใช้ปี พ.ศ. ให้มากที่สุด

- คำย่อ ให้ใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องบอกคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

- ชื่อยาหรือสารเคมีให้ใช้ generic name เท่านั้น ทั้งนี้อาจระบุชื่อทางการค้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายในครั้งแรกได้ในกรณีที่อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของการศึกษา

## ข้อแนะนำการเขียนบทความประเภทต่างๆ

### 1. หน้าแรก หรือ title page

เขียนเป็นภาษาไทยและอังกฤษ ประกอบด้วย 1) ชื่อเรื่อง 2) ชื่อ สกุล ของผู้นิพนธ์ และสถานที่ทำงาน 3) ระบุชื่อและการติดต่อของผู้รับผิดชอบ 4) ชื่อเรื่องอย่างย่อหรือ running title (ความยาวไม่เกิน 40 ตัวอักษร) 5) รายชื่อผู้อ่านบททวนบทความ (ถ้ามี)

### 2. บทคัดย่อ หรือ abstract

ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนบทคัดย่อหรือ abstract ต้องเขียนเรียงตามหัวข้อต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล (Background) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) สรุป (Conclusions)

เนื่องจากบทคัดย่อเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านพิจารณาว่าจะรับบทความวิจัยดังกล่าวหรือไม่ จึงควรเขียนให้ชัดเจนที่สุด โดยให้มีข้อมูลเพียงพอที่สะท้อนถึงคุณภาพของกระบวนการวิจัยและเนื้อหาสำคัญที่ทำให้สามารถนำไปสู่ข้อสรุปได้โดยเฉพาะในส่วนผลการศึกษา ต้องแสดงผลการศึกษาที่ได้ที่สำคัญ และหากเป็นไปได้ควรแสดงค่าสถิติที่สำคัญ เช่น ค่า 95% confidence interval หรือค่า p-value ไม่เขียนเพียงว่า “จะแสดงผลในตัวบทความ” หรือ “จะนำเสนอต่อไป”

ในกรณีที่จำเป็นหรือเพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหาของบทความ อาจใช้รูปแบบการเขียนแบบความเรียงต่อเนื่องย่อหน้าเดียวได้ แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

### 3. คำสำคัญ (Keywords)

เขียนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับจัดทำดัชนี ระบุไว้ใต้บทคัดย่อ/abstract จำนวนไม่เกิน 5 คำ

### 4. นิพนธ์ต้นฉบับ

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials

and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) วิจารณ์ (Discussions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง รูปภาพและตาราง) ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับภาษาไทย และไม่เกิน 4,000 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ โดยเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ กำหนดให้มีตารางและรูปภาพรวมกันได้ไม่เกิน 6 รูป

#### 5. รายงานผู้ป่วย

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) รายงานผู้ป่วย (Case report) 3) วิจารณ์ (Discussions) 4) สรุป (Conclusions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 100 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 100 คำ ความยาวของเนื้อหาไม่เกิน 1,000 คำ เอกสารอ้างอิงจำนวนไม่เกิน 15 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 2 รูป

#### 6. บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ

ให้อनुโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความนิพนธ์ต้นฉบับ โดยประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง และสรุป กำหนดให้มี ความยาวของบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

จำนวนเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 6 รูป

#### 7. ตารางและแผนภูมิ

ระบุตำแหน่งของตาราง/แผนภูมิไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ส่วนตัวตาราง/แผนภูมิพิมพ์แยกไว้ด้านหลังบทความและเอกสารอ้างอิง พร้อมเขียนเลขที่และคำอธิบาย

#### 8. ภาพประกอบหรือรูปภาพ

เป็นภาพถ่ายขาว-ดำ โดยระบุตำแหน่งของภาพประกอบ/รูปภาพไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ ให้จัดวางไว้ด้านหลังบทความ เอกสารอ้างอิง และตาราง เขียนหมายเลขของภาพกำกับไว้ ส่วนคำบรรยายภาพให้พิมพ์ไว้ใต้ภาพ หากต้องการตีพิมพ์ภาพสี ขอให้ผู้นิพนธ์ติดต่อบรรณาธิการล่วงหน้าก่อน และหากได้รับลงตีพิมพ์เจ้าของบทความต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้

#### 9. การอ้างอิงเอกสาร

ใช้การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์แบบตัวเลข (Vancouver, number style) โดยใส่หมายเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลที่อ้างถึงในบทความเรียงตามลำดับ และพิมพ์ย่กระดัดบนเหนือข้อความที่อ้าง การย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนแบบเดียวกัน โดยชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็ม ใส่ชื่อตัวก่อนชื่อสกุล ชื่อวารสารใช้ชื่อเต็ม และใช้ปี พ.ศ. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

9.1 บทความในวารสาร ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน ถ้ามากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย “และคณะ/et al.” เช่น

Lewy H, Rotstein A, Kahana E et al. Juvenile multiple sclerosis similar

to type I diabetes mellitus has a seasonality of month of birth which differs from that in the general population. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2008;21:473-7.

9.2 บทความย่อ/บทความใน supplement

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK et al. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend* 2002;66(Suppl 1):S105.

9.3 หนังสือหรือตำรา

Fealy S, Sperlino JW, Warren RF et al. *Shoulder arthroplasty: complex issues in the primary and revision setting*. New York: Thieme; 2008.

9.4 บทความหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

Waltzman SB, Shapiro WH. Cochlear implants in adults. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ, editors. *Audiology treatment*. 2nd ed. New York: Thieme; 2008; p 361-9.

9.5 เอกสารประกอบการประชุม (proceeding)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J et al. editors. *Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002; p 182-91.

9.6 วิทยานิพนธ์

แสงหล้า พลนอก. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และฉุกเฉิน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543

9.7 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

- บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (journal article on the Internet)  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar;1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EDI/edi.htm>. Accessed August 8, 1998.

- หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (monograph on the Internet)

Field MJ, Behrman RE. *Where children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families* [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2003 [cited 2008 Sep 26]. Available from: [http://nap.edu/openbook.php?record\\_id=10390&page=1](http://nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=1)

- โฮมเพจ / เว็บไซต์ (homepage / web site)

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2008 Oct 3]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

# สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	IX
นิพนธ์ต้นฉบับ	
โรคต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม	1
แสงโรจน์ ร่วมเจริญ	
“เกิดใหม่ต้องปรับตัว” การปรับตัวอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน	13
สุเพียร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวัดน์กุล	
ผลการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเจาะเลือดปลายนิ้ว	29
เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์สำราญ	
สมสวย คำอู, รุ่งฤดี อ่อนทา, ฉวี แก้วม่วง, ศุภยาลักษณ์ บุญเจริญ,	
มยุรา โคตะสา	
สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติ	43
ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	
สุวารี เจริญมุขยันท, สุรพล ตั้งสกุล, ธนสิทธิ์ สนั่นเมือง	

# CONTENT

EDITOR'S NOTE	IX
ORIGINAL ARTICLE	
Benign Prostatic Hyperplasia at Nakhon Phanom Hospital Sangroth Ruamcharoen	1
Adaptation of Myocardial Infarction among I-Saan Women Supian Pokathip, Siriporn Chirawatkul	13
The Outcome of Teaching the Village Health Volunteers on Fingerstick Glucose Procedure at Ratsamran Health Promotion Community Hospital Somsouy Kum-oo, Rungreudee Orntha, Chawee Kaewmuang, Supayaluk Boonjarern, Mayura Kotasa	29
Health Services Utilization of Foreigner Patients at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Suwaree Charoenmukayananta, Surapon Tungsakul, Thanasith Sananmuang	43



# สรุพลิทธิเวชสาร

## MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2557 Vol. 35 No. 1 January - April 2014

### บรรณาธิการแถลง

ในปี พ.ศ.2558 ที่จะมาถึงนี้เป็นปีแรกของประเทศในกลุ่มอาเซียนที่จะร่วมกันก้าวเข้าสู่ความเป็น “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” หรือที่รู้จักกันในนาม AEC (ASEAN Economic Community) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อประเทศไทยย่อมไม่เพียงแต่ทางด้านเศรษฐกิจและการเมืองเท่านั้น แต่ความร่วมมือดังกล่าวยังเอื้อต่อการโยกย้ายแรงงาน การเดินทางระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน รวมทั้งส่งผลต่อระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งรายล้อมด้วยประเทศที่อาจกล่าวได้ว่ามีระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีกว่า ด้านหนึ่งนั้นเป็นโอกาสสำหรับธุรกิจที่เกี่ยวข้อง นำมาซึ่งรายได้ของประเทศ แต่อีกด้านก็อาจนำมาซึ่งปัญหาการให้บริการและค่าใช้จ่ายของประเทศด้วยเช่นกัน ในวารสารฉบับนี้ “สุวารี และคณะ” ได้ทบทวนการมารับบริการของผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทยในโรงพยาบาลสรุพลิทธิประสงค์เพื่อคาดการณ์แนวโน้มและการบริหารจัดการในอนาคต ประเด็นที่น่าสนใจและอาจเป็นปัญหาไม่เพียงแต่แรงงานข้ามชาติเท่านั้น ยังรวมทั้งประชาชนทั่วไปที่ต้องการบริการทางการแพทย์ที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยชาติตะวันตกก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตามตัวเลขการเรียกเก็บบริการได้กลับสวนทางกัน ถึงแม้ว่าสัดส่วนนี้อาจจะดูไม่มากนักเมื่อเทียบกับรายรับรวมของโรงพยาบาลแต่ก็เป็นอีกภาระหนึ่งแน่นอน ยังไม่รวมถึงปัญหาความคาดหวังต่อการบริการอีกด้วย แน่ใจว่าสถานการณ์เช่นนี้คงไม่เพียงเกิดขึ้นกับสรุพลิทธิประสงค์เท่านั้นแต่เป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ชายแดนอื่นเช่นกัน

สรุพลิทธิเวชสารฉบับนี้นับได้ว่าเป็นความพยายามของกองบรรณาธิการในการจัดทำวารสารให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด แน่ใจว่ายังมีคำถามล้าช้าอยู่บ้าง แต่นับได้ว่าเป็นผลจากการทำงาน รวมทั้งผู้พิมพ์ทั้งหลาย ท่านที่ยังคงไว้วางใจส่งเรื่องมาเพื่อตีพิมพ์ ซึ่งบรรณาธิการก็ต้องขอขอบคุณไปยังทุกท่านด้วย

บรรณาธิการ



# โรคต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม

แสงโรจน์ ร่วมเจริญ\*

---

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนมในปี 2554-2555 จำนวน 418 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะประชากร อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับ ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดและการรักษาด้วยยา ผลการศึกษาพบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 30.62) อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ คือ ปัสสาวะลำบากและปัสสาวะไม่พุ่ง (ร้อยละ 64.6) รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอาการอักเสบของทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโต (ร้อยละ 23.4) ผู้ป่วยทุกรายจะเริ่มด้วยการรักษาโดยใช้ยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรงมากขึ้นจะได้รับการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (transurethral resection of the prostate, TURP) โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 26.3 ผลของการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุดคือภาวะเลือดออกจนต้องให้เลือดร้อยละ 9 รองลงมาคือ การติดเชื้อพบได้ร้อยละ 1.8 โดยไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างการผ่าตัดและการรักษาด้วยยา 2 กลุ่มในระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าชัดเจน ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP ในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มีอาการรุนแรงน่าจะเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตในจังหวัดนครพนมมากกว่าการรับประทุกันยาในระยะยาว

**คำสำคัญ** ต่อมลูกหมากโต การผ่าตัดต่อมลูกหมาก

---

\*ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม จ.นครพนม

## บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (benign prostate hyperplasia, BPH) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ชายสูงอายุ โดยจะพบในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms, LUTS) ซึ่งเกิดจากการอุดตันที่คอของกระเพาะปัสสาวะ (bladder outlet obstruction, BOO) ได้แก่ อาการปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน (frequency, nocturia) ปัสสาวะลำบาก (hesitancy) ปัสสาวะไม่พุ่ง (poor stream) ต้องออกแรงเบ่งในการปัสสาวะ (straining) รู้สึกปัสสาวะไม่สุด (sense of incomplete emptying) และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urgency) หรืออาจมีอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของต่อมลูกหมากโต ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ต่อมลูกหมากโตมานาน ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด และไตวาย

ปัจจุบันโรคต่อมลูกหมากโตถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและกำลังทวีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลให้โรคต่อมลูกหมากโตพบร่วมกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแย่ลง ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจะเพิ่ม

ขึ้นอย่างมาก ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาในรายละเอียดของโรคต่อมลูกหมากโตในเรื่องความชุกอาการและอาการแสดงในระดับต่างๆ ตั้งแต่ร้อยละน้อยจนถึงมาก เพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยประเมินจากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัด เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย (cost effectiveness) ระหว่างการรักษาด้วยการใช้ยาและการผ่าตัด เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม ซึ่งมีศักยภาพในการรักษาได้ทั้งการใช้ยา และการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (transurethral resection of the prostate, TURP)

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลนครพนมระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2555 จำนวน 418 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตจากการซักประวัติอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เกิดจากการอุดตันของคอกระเพาะปัสสาวะ การตรวจร่างกายและการตรวจทวารหนัก ร่วมกับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยศึกษาข้อมูลด้านความชุกในแต่ละช่วงอายุ ภาวะโรคร่วม อาการทางคลินิก ระดับความรุนแรง การรักษา ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างก่อนและหลังการผ่าตัด และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาด้วยการใช้ยา 2 กลุ่ม คือ alpha-1-adrenergic antagonist และ 5-alpha-reductase inhibitor กับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยวิธี transurethral resection of the prostate (TURP)

การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ใช้ International Prostate Symptom Score (IPSS) โดยอาศัยการตอบคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะตอนกลางคืน ปัสสาวะอ่อนแรง รอนานก่อนปัสสาวะ ปัสสาวะขาดเป็นช่วงๆ ปัสสาวะไม่สุด และปัสสาวะไม่ได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน 0-5 คะแนน

รวมทั้งสิ้นอยู่ระหว่าง 0-35 คะแนน คะแนน 0-7 มีอาการระดับเล็กน้อย คะแนน 8-19 มีอาการระดับปานกลาง และคะแนน 20-35 มีอาการระดับรุนแรง<sup>(2)</sup> วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตร้อยละ 43.0 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 42.6 และอายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 14.4

ผู้ป่วยทุกรายมีโรคร่วม โดยมีโรคร่วม 2-3 โรค ที่พบมากที่สุด ได้แก่ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.62 ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.80 และพบผู้ป่วยมีโรคร่วมถึง 3 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.31 (ตารางที่ 1)

โรคต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม  
แสงโรจน์ ร่วมเจริญ

ตารางที่ 1 ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	128	30.62
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	112	26.80
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	87	20.81
ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง	12	2.87
เบาหวานและหลอดเลือดหัวใจ	15	3.59
เบาหวานและความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	64	15.31

อาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ได้แก่ ปัสสาวะน้อยหรือปัสสาวะมาก ปัสสาวะไม่พุ่ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งพบถึงร้อยละ 64.6 รองลงมาคืออาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากต่อมลูกหมากโต ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 23.4) และปัสสาวะเป็นเลือด (ร้อยละ 7.2)

ความรุนแรงของอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างซึ่งประเมินโดยใช้ IPSS พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับปานกลาง 313 ราย (ร้อยละ 74.88) และระดับรุนแรง 105 ราย (ร้อยละ 25.12)

การรักษา ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษา

เริ่มต้นด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ร่วมกับกลุ่ม 5-alpha-reductase inhibitors และในจำนวนนี้ได้พิจารณาเปลี่ยนเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate (TURP) จำนวน 110 คน (ร้อยละ 26.3) โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ ปัสสาวะไม่ออกร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (acute urinary retention with vesicle calculi) มากกว่า 1 ครั้ง พบได้ร้อยละ 36.4 รองลงมาคือมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำๆ ร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (cystitis with vesicle calculi) ร้อยละ 26.4 และไตทำงานบกพร่อง (renal insufficiency with hydronephrosis) ร้อยละ 19 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด TURP (N=110)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
acute urinary retention with vesicle calculi	40	36.4
cystitis with vesicle calculi	29	26.4
renal insufficiency with hydronephrosis	21	19.0
การรักษาด้วยยา 12 เดือนแล้วไม่ดีขึ้น	12	10.9
hematuria	8	7.3

**ตารางที่ 3** ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด TURP (N=110)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะสั้น		
เลือดออก (bleeding)	10	9.0
การติดเชื้อ (secondary infection)	2	1.8
ระยะยาว		
persistent incontinence	3	2.7

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างก่อนและหลังการผ่าตัด TURP (N=110)

	ความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง		t	p-value
	X	SD		
ก่อนการผ่าตัด	25.02	2.46	79.239	.000*
หลังการผ่าตัด	5.92	1.23		

\*p<.01

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดระยะสั้นที่พบมากที่สุดเป็นภาวะเลือดออกจนต้องให้การรักษาด้วยการให้เลือด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 รองลงมาคือ การติดเชื้อ (secondary infection) ร้อยละ 1.8 โดยไม่พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการผ่าตัดเลย ส่วนภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวหลังการติดตาม 1 ปี คือ ปัญหาการควบคุมการปัสสาวะไม่ได้ (persistent incontinence) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 3)

ผลการรักษาโดยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (LUTS) ระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน IPSS เท่ากับ 25.02 (SD=2.46) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน IPSS เท่ากับ 5.92 (SD=1.23) เมื่อเปรียบเทียบ

ก่อนและหลังการผ่าตัดพบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาโดยการฉายยา 2 กลุ่ม คือ alpha-1-adrenergic antagonist และ 5-alpha-reductase inhibitors ซึ่งเป็นยาผลิตในประเทศ (local made) เป็นระยะเวลา 1 ปี และค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate 1 ครั้ง พบว่าค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33,944.00 บาท/ปี และค่ารักษาพยาบาลโดยการผ่าตัด (TURP) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20,434.88 บาท/ครั้ง ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแตกต่างกัน 13,509.12 บาท

## วิจารณ์

โรคต่อมลูกหมากโต เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ชายสูงอายุ ในการศึกษาคั้งนี้พบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และพบมากที่สุดคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เมื่อตรวจเนื้อต่อมลูกหมากจะพบต่อมลูกหมากโตประมาณร้อยละ 50 และสำหรับผู้ชายอายุ 70-88 ปี จะพบได้ถึงร้อยละ 75 โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีพยาธิสภาพต่อมลูกหมากโตจะมีอาการทางคลินิก<sup>(3,4)</sup> และยังพบอุบัติการณ์ว่าคนไทยในช่วงอายุ 60-69 ปี ประมาณร้อยละ 50 จะมีอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>(5)</sup> ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงเท่านั้น ทั้งนี้่าจะเป็นเพราะในระยะแรกการเปลี่ยนแปลงมักค่อยๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงและไม่ได้สนใจสังเกตเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่เข้ามารับการตรวจรักษา แต่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการที่คุกคามคุณภาพชีวิต หรือมีอาการแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นจึงทำให้การศึกษาคั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะในระดับเล็กน้อย

จากการวิเคราะห์โรคร่วมพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีภาวะโรคร่วม 2-3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ และทำให้

เกิดเส้นเลือดแข็ง (atherosclerosis) มีนักวิชาการได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่าคนที่มีเส้นเลือดแข็งมักจะมีปัญหาโรคต่อมลูกหมากด้วย เนื่องจากการที่เลือดไปเลี้ยงต่อมลูกหมากน้อยลงจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดต่อมลูกหมากโตได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้จากเรื่องของการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติสูงกว่าคนทั่วไป ในผู้ที่เป็โรคหรือภาวะดังกล่าว ซึ่งนำไปสู่การกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมากหดตัว และส่งผลให้เกิดการอุดตันแบบเคลื่อนที่ (dynamic obstruction)<sup>(6)</sup>

ด้านการรักษาผู้ป่วยทุกรายในการศึกษาคั้งนี้ได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยยา 2 กลุ่มร่วมกันได้แก่ กลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ซึ่งออกฤทธิ์ในการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่คอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) ท่อปัสสาวะที่ผ่านต่อมลูกหมาก (prostate urethra) และ prostate capsule และกลุ่ม 5-alpha reductase inhibitors ซึ่งจะออกฤทธิ์โดยลดขนาดของต่อมลูกหมากเมื่อได้รับยานาน 6-12 เดือน<sup>(7)</sup> ทั้งนี้ในการรักษาได้พิจารณาตามมาตรฐานการรักษาคือดูสิ่งที่รบกวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งก็เป็นไปตามองค์การอนามัยโลกที่ให้แนวทางในการรักษาต่อมลูกหมากโตไว้ว่าให้ดูที่ความเดือดร้อนของคนไข้ (bothersomeness) ไม่ใช่อาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเป็นสำคัญ เพราะบางครั้งแม้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอาการก็ไม่เพิ่มขึ้น หรืออาการอาจจะดีขึ้นเองใน

## โรคต่อมลูกหมากโตในโรงพยาบาลนครพนม

แสงโรจน์ ร่วมเจริญ

เวลาต่อมา โดยมีรายงานทางวิชาการในการติดตามผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตโดยไม่ได้รับยาเป็นเวลา 2.6 ถึง 5 ปี พบว่าร้อยละ 16 อาการคงเดิม ขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 38 อาการกลับดีขึ้น อย่างไรก็ตามวิธีการติดตามอาการนี้เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (IPSS < 7 คะแนน) และไม่รบกวนคุณภาพชีวิต<sup>(8)</sup> แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือรบกวนคุณภาพชีวิตก็ควรได้รับการรักษาด้วยยา ดังเช่นผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ที่มีอาการในระดับปานกลางถึงรุนแรงทั้งหมดจึงให้การรักษาด้วยยา และเมื่อพิจารณาผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 308 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.68 ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ National Institute of Health (NIH) สหรัฐอเมริกา ที่ได้ศึกษาผลการรักษาต่อมลูกหมากโตด้วยยา alpha-1-adrenergic antagonist กับ 5-alpha-reductase inhibitor ร่วมกัน พบว่าสามารถลดความรุนแรงอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67<sup>(8)</sup>

สำหรับผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 ได้รับการพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด transurethral resection of the prostate (TURP) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน (gold standard intervention) ในการรักษาต่อมลูกหมากโต ส่วนใหญ่จะมีข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงอันตรายต่อไตแล้วทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการปัสสาวะไม่ออก (ร้อยละ 36.4) กระเพาะปัสสาวะอักเสบซ้ำๆ

ร่วมกับมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (ร้อยละ 26.4) ไตทำงานบกพร่อง (ร้อยละ 19) และปัสสาวะเป็นเลือดซ้ำๆ (ร้อยละ 7.3) แม้ว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจะบ่งชี้ว่ามีอันตรายต่อไตมากแล้วและสิ่งที่แพทย์อาจจะวิตกกังวลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดเนื่องจากสูงอายุและมีโรคประจำตัวหลายโรค แต่ผลจากการผ่าตัดก็พบเพียงภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง ได้แก่ การเสียเลือดและต้องได้รับเลือดทดแทน ร้อยละ 9 และอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 1.8 ซึ่งในการผ่าตัดก็ได้มีการเตรียมเลือดไว้พร้อมแล้ว ทำให้ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดเสียชีวิตจากการผ่าตัด จากการติดตามผลการรักษาในระยะยาว พบผู้ป่วยเกิด persistent incontinence เพียง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7

เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนน IPSS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยก่อนการผ่าตัดมีคะแนน IPSS เฉลี่ยเท่ากับ 25.02 ส่วนหลังการผ่าตัดมีคะแนน IPSS เฉลี่ยเท่ากับ 5.92 ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Borboroglu, et al<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TURP 520 ราย พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนน IPSS ก่อนและหลังผ่าตัดเป็น 23.8 และ 6.4 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อดีจากการรักษาด้วยการผ่าตัดอีกประการหนึ่งก็คือ ทำให้ตรวจพบมะเร็ง

ต่อมลูกหมากในระยะเริ่มต้นจากผลชิ้นเนื้อ และที่สำคัญค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด (TURP) เปรียบเทียบกับค่ารักษาด้วยยา 2 กลุ่มร่วมกันเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดมีมูลค่าต่ำกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วการรักษาด้วยยามักจะต้องรับประทานยาในระยะยาว ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าหลายเท่าตัว

ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงแนวทางการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตตามมาตรฐานของอเมริกา<sup>(10,11)</sup> และกลุ่มประเทศทางยุโรป<sup>(12)</sup> และผลการศึกษาคั้งนี้ของทีมงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะของโรงพยาบาลนครพนมแล้ว แนวทางการรักษาผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตของจังหวัดนครพนมที่มีเป้าหมายให้ได้ผลการรักษาที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และประหยัดงบประมาณการรักษาพยาบาล แนวทางการรักษาที่เหมาะสมสามารถแบ่งผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตได้เป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรก เป็นกลุ่มผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่อาการไม่รุนแรง เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน และผู้ป่วยยอมรับกับอาการดังกล่าวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการรักษาจะเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องใช้ยา แต่ถ้าอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ยอมรับในอาการเหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ควรจะได้รับ การรักษาด้วยยากกลุ่ม alpha-1-adrenergic antagonist ร่วมกับกลุ่ม 5-alpha-reductase inhibitors และติดตามผลการรักษา

ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายหลังได้รับการบริหารยานานถึง 12 เดือน หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ปัสสาวะไม่ออก มีการทำงานของไตบกพร่อง มีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ ก็อาจต้องพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งแนวทางนี้จะใกล้เคียงของทางสหรัฐอเมริกา ซึ่งแตกต่างจากแนวทางของประเทศทางกลุ่มยุโรปที่มักเริ่มจากการใช้ยารักษามากกว่าการเริ่มจากการติดตามโรค<sup>(12)</sup>

สำหรับกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอาการรุนแรงจนเกิดอันตรายต่อไต เช่น ปัสสาวะไม่ออก การทำงานของไตบกพร่อง มีการติดเชื้อปัสสาวะบ่อยๆ อาจพบร่วมกับนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ก็ควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ไตเพิ่มขึ้น รวมทั้งยังมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาด้วยยาในระยะยาว และยังมีผลดีในการวินิจฉัยมะเร็งลูกหมากได้ในระยะแรกจากผลชิ้นเนื้อที่ผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาก่อนมะเร็งจะลุกลาม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากกว่า

## สรุป

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ชายสูงอายุ โดยพบได้ตั้งแต่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และพบเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรืออาการแทรกซ้อนของต่อมลูกหมากโต การวินิจฉัยขึ้นกับประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจ

ทางทวารหนัก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ การรักษาก็จะเริ่มด้วยการให้คำแนะนำและการติดตามอาการในรายที่มีอาการน้อย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางและรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยา ในการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีจะให้ยากลุ่ม alpha-1-Adrenergic antagonist และกลุ่ม 5-alpha reductase inhibitors ร่วมกัน และควรทำการผ่าตัดในรายที่มีข้อบ่งชี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol 1984;132:474-9.
2. ศุภเดช เตียววงศ์สุวรรณ. การตรวจค้นต่อมลูกหมากโต. [อินเทอร์เน็ต] สืบค้นจาก: URL: [http://www.prostaterama.com/reading\\_detal.php?cld=?](http://www.prostaterama.com/reading_detal.php?cld=?). เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2556.
3. Randall A. Surgical pathology of prostatic obstruction. Baltimore: Willams & Wilkins; 1931.
4. Isaacs JT, Coffey DS. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. Prostate 1989;15(Suppl 2):33-50.

5. Homma Y, Kawabe K, Tantiwong A, et al. Epidemiologic surgery of lower urinary tract symptoms in Asia and Australia using the international prostate symptom score. Int Urol 1977;4:40-6
6. ชนธีร์ บุญยะรัตเวช. ต่อมลูกหมากโต. (อินเทอร์เน็ต) สืบค้นจาก: URL: <http://www.chulalongkorntrospital.go.th/unit/opdchula>. เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2556.
7. Gomley GJ, Stoner E, Bruskewita RC, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. The Finasteride Study Group. N Eng J Med 1993;327:1185-91.
8. ชีรพล อมรเวชสุกิจ. โรคต่อมลูกหมากโต Benign Prostatic Hyperplasia ใน: สมบุญ เหลืองวัฒนา. (บรรณาธิการ) ตำราสุขภาพเพศชาย, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2546. หน้า 228-43.
9. Borboroglu PG, Kane CJ, Ward JF, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. J Urol 1999;162:1307-10.
10. Roehrborn CG, Nuckolls JG, Wei JT, et al. The benign prostatic hyperplasia

- registry and patient survey: study design, methods and patient baseline characteristics. *BJU Int* 2007; 100:813-9.
11. Black L, Naslund MJ, Glibert TD JR, et al. An examination treatment patterns and costs of care among patients with benign prostatic hyperplasia. *Am J Manag Care* 2006;12: s99-s110.
12. Hutchison A, Farmer R, Verhamme K et al. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 European countries. *Eur Urol* 2007;51:207-15.

# Benign Prostatic Hyperplasia at Nakhon Phanom Hospital

*Sangroth Ruamcharoen\**

---

## Abstract

The purpose of this retrospective study was to describe the demographic pattern, signs and symptoms, criteria for operative treatment, complication and comparing cost between medical treatment and surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. The 418 patients with benign prostatic hyperplasia at Nakhon Phanom Hospital between 2011 and 2012 were reviewed. The result showed that the most common age group were older than seventy years (42.8%), the most co-morbidity was hypertension with hypercholesterolemia (30.62%), the most common signs and symptoms were hesitancy, urgency and nocturia (64.6%) which required medical therapy. The more severe signs and symptoms were urinary retention, renal insufficiency, urinary tract infection, which required surgical therapy (26.3%). The complications of transurethral resection of the prostate (TURP) were bleeding (9%) and secondary infection (1.8%). No patient died from operations. In comparing head to head, surgical cost was lower than medical cost. Therefore, treatment with TURP surgery in patients with severe BPH seems to be the appropriate treatment for patients with BPH in Nakhon Phanom than medication in the long term.

**Keywords :** benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate

---

\*Urologist. Department of Surgery, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province.

# “เกิดใหม่ต้องปรับตัว”

## การปรับตัวอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน

สุเพียร โภคทิพย์\* ศิริพร จิรวัดน์กุล\*\*

---

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการปรับตัวอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสานโดยใช้มุมมองเชิงเพศภาวะ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หญิงอีสานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 27 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกที่บ้านผู้ให้ข้อมูลและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบที่สำคัญคือ เกิดใหม่ต้องปรับตัว ซึ่งมีทั้ง 1) การปรับตัวเพื่อเป็นผู้ป่วยที่ดี ต้องใส่ใจเรื่องยา ต้องกินอาหารแบบคนไข้แม้ใจทรมาณ และการใกล้ชิดกับศาสนามากขึ้น 2) การปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งการเป็นผู้หญิงที่ดีด้วยการทำบทบาทของแม่บ้านและภรรยา มีทั้งการทำงานในบ้าน การทำอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ และการทำงานหาเงิน ส่วนการทำบทบาทในสังคม ผู้หญิงอีสานส่วนใหญ่สะท้อนว่าการทำบทบาทในสังคมลดลงจนเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม การปรับตัวของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเหล่านี้เป็นประเด็นที่บุคลากรสุขภาพควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญเพื่อให้ผู้หญิงสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ถ้าผู้หญิงสามารถรักษาสมดุลระหว่างการทำบทบาทของผู้ป่วยที่ดีและบทบาทของการเป็นผู้หญิงที่ดีได้จะสามารถปรับตัวอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีความสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไปได้

**คำสำคัญ** โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้หญิง เพศภาวะ การปรับตัว การอยู่ร่วมกับโรค

---

\*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

\*\*ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้หญิงยังมีการศึกษาวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 35<sup>(1)</sup> แนวทางการรักษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก แต่จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความแตกต่างจากผู้ชายหลายประเด็น<sup>(2,3)</sup> ทั้งการรับรู้<sup>(4)</sup> อาการแสดงที่ต่างกัน<sup>(5,6)</sup> การได้รับการรักษาที่น้อยกว่า<sup>(7)</sup> และถูกส่งเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่างกายน้อยกว่าผู้ชาย<sup>(8)</sup> ขณะที่ผู้ชายมีการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกาย ผู้หญิงกลับใช้การทำงานบ้านเป็นการฟื้นฟูสภาพ<sup>(9)</sup> แต่การทำงานบ้านเป็นกิจกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำใน 3 สัปดาห์แรกได้สูงถึงร้อยละ 30<sup>(10)</sup> ดังนั้นบทบาทหญิงชายตามความคาดหวังของสังคมจึงอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงตามความคาดหวังของสังคมไทยที่ต้องเป็นแม่ เมีย ลูกสาวที่ดี<sup>(11)</sup> ซึ่งได้รับการอบรมปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบในบ้าน การดูแลสมาชิก การดูแลคนเจ็บป่วย ทั้งเรื่องอาหารและการทำความสะอาดบ้านเรือนต่างๆ

ในปัจจุบันผู้หญิงอีสานมีแนวโน้มการเป็นโรคหัวใจที่มากขึ้น<sup>(12,13)</sup> แต่ก็ยังมี การรับรู้เรื่องโรคหัวใจต่ำ<sup>(14)</sup> รวมทั้งมีอาการแตกต่างจากผู้ชาย<sup>(15)</sup> ขณะที่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกที่อธิบายถึงการฟื้นฟูสภาพและการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคหัวใจ จึงได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพชนิด

ปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเป็นการศึกษาในมุมมองของคนใน (emic view) ที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรม การปรับตัวของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมอีสาน ร่วมกับมุมมองเชิงเพศภาวะ (gender perspective) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่ออธิบายการปรับตัวอยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology study) ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งชนิดที่มีคลื่นเอสทียกสูง (ST elevation myocardial infarction, STEMI) และชนิดที่คลื่นเอสทีไม่ยกสูง (non ST elevation myocardial infarction, NSTEMI) ทั้งผู้ที่กำลังรักษาในท้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือเคยรักษาในศูนย์โรคหัวใจในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย ร่วมกับการสุ่มเชิงทฤษฎีเพื่อให้มีความหลากหลายทั้งด้านคลินิกและด้านประชากร

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกที่บ้านของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวคำถามที่ใช้มุ่งเน้นถึงความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของผู้หญิง ในประเด็นวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว ชุมชน ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการปรับตัวเพื่อให้อยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการพูดคุยที่เป็นธรรมชาติเกี่ยวกับลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย สถานที่ที่เคารพศรัทธาในชุมชน ความเชื่อต่างๆ เพื่อประกอบการทำความเข้าใจวิถีชีวิตและการปรับตัว ซึ่งได้ข้อมูลอ้อมตัวเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 27 คน โดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 38-80 ปี เฉลี่ย 57.9 ปี สถานภาพสมรสคู่ 20 คน โสด 1 คน หม้าย 6 คน มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI 19 คน และ NSTEMI 8 คน ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างเดียว 1 คน การขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน 13 คน ได้รับการรักษาทั้ง 2 แบบ 5 คน การทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 4 คน ปฏิเสธการผ่าตัด 1 คน รับประทานยาขยายหลอดเลือด 3 คน ในขณะที่เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก 22 คน และเจ็บป่วยมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 5 คน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกบันทึกในเทปเสียงและถอดเทปเสียงชนิดคำต่อคำ (verbatim transcriptions) และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความพร้อมและทักษะด้าน

งานวิจัยเชิงคุณภาพโดยผ่านการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาการพยาบาล และได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและมุมมองเชิงแพททอนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ร่วมกับการใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และด้านผู้วิจัย รวมทั้งการนำข้อมูลที่ตีความได้มาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อความเข้มงวด (rigor) และความเชื่อถือได้ (credibility) ของผลการศึกษา นอกจากนั้นในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยวางบทบาทของการเป็นนักวิจัยโดยการละวางความรู้เดิมที่มีไว้ (bracketing) และเตือนตัวเองตลอดเวลาว่าเป็นผู้ที่มาเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นซึ่งยอมเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด ผู้วิจัยต้องมีความเชื่อถือและไว้วางใจในสิ่งที่ผู้หญิงพูดหรือแสดงออกโดยการเป็นผู้ฟังที่ดีและให้ความสำคัญต่อการสนทนา เมื่อสิ้นสุดบทบาทของนักวิจัยผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มเติม

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE 522321) และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (1/2553) ก่อนเริ่ม

ทำการศึกษา

## ผลการศึกษา

หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้หญิงอีสานส่วนใหญ่รู้สึกเหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เพราะต้องมีการปรับตัวปรับใจใหม่ให้สอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วย สะท้อนจากคำพูดเหล่านี้

“เชื่อว่าตายแล้วก็ให้ใจดิ้นะ ต่อไปนี่ก็เกิดใหม่ ก็หายจากโรคร้ายนะ” (พิกุล Id200629)

“พวกญาติๆ ก็มาผูกแขนให้เบิร์ดเดย์ วันที่ 25 ก็เป็นวันเกิดใหม่เลย” (มะลิ Id1220675)

ในการปรับตัวของผู้หญิงมีทั้งการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการทำบทบาทของผู้ป่วยที่ดีและการปรับตัวเพื่อทำบทบาทของผู้หญิง/ภรรยาที่ดี ดังนี้

1. การทำบทบาทของผู้ป่วยที่ดี ซึ่งต้องประกอบด้วย

1.1 ต้องใส่ใจในเรื่องยา ผู้หญิงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องยาและหาวิธีเตือนตัวเองในการกินยาที่หลากหลายเพราะกลัวว่าจะเกิดอาการของโรคหัวใจกำเริบขึ้นมาอีก โดยเฉพาะการใช้ยามไต้ลีน เป็นสิ่งที่ผู้หญิงเกือบทุกคนเห็นความสำคัญและจำเป็น ผู้หญิงจะพยายามไต้ลีนติดตัวเมื่อออกนอกบ้าน บางคนแจ้งเพื่อนร่วมงานให้ทราบเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

“ต้องจำไว้ ให้ข้าวหมาแล้วก็มากินยา” (เฟื่องฟ้า Id1280885)

“ไม่ลืมนะ เอาใจใส่ในตัวเอง เราก็กี่ไม่

ลืม” (ดาวเรือง Id1200623)

“พกใส่กระเป๋าโทรศัพท์พื่อนี้ พี่ก็จะพกไว้ พี่ก็จะบอกเขาไว้ด้วย ถ้าสมมุติว่าอันนี้ก็เอาใส่ปากให้หนูหน่อยนะ” (มะลิ id2020059)

มีผู้หญิง 2 คนที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา โดยรับประทานยาเกินเนื่องจากจำไม่ได้ว่ากินยาแล้ว จึงมีการปรับตัวโดยการเตือนตัวเองในรูปแบบต่างๆ ทั้งการทำสัญลักษณ์ขีดในปฏิทิน และการจัดยาใส่กล่องตามเวลาอาหาร

ผู้หญิงบางคนมีความยุ่งยากในการรับประทานยาโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีโรคประจำตัวเนื่องจากขัดแย้งกับภาพลักษณ์ของผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่จะมีความคุ้นเคยในการรับประทานยา จึงไม่ยุ่งยากในการปรับตัว แต่จะมีรายการยาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะรายการยาที่ต้องรับประทานมี 5-7 รายการ สูงสุด 11 รายการ อย่างไรก็ตาม บางคนได้สะท้อนถึงความรู้สึกท้อแท้ในการรับประทานยาดังกล่าว “กินยามาตลอดตั้งหลายปีแล้ว มันจะตายเพราะกินยาแล้วละ” (ยี่โถ Id1290909)

1.2 ต้องกินอาหารแบบคนไข้แม่ใจทรมาณ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างเห็นพ้องกันว่า การปรับตัวเรื่องอาหารเป็นเรื่องใหญ่และทรมาณมากที่สุด เพราะเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบาก ต้องหลีกเลี่ยงจากอาหารหรือเครื่องดื่มที่เคยชื่นชอบ ทำให้รู้สึกอึดอัดและทรมาณ บางคนสะท้อนถึงความยุ่งยากและขัดแย้งกับแผนการรักษาและวิถีชีวิตของสังคมอีสานที่มีวัฒนธรรมการกินข้าวเหนียว

ปลาร้า เป็นประจำ รวมทั้งคติความเชื่อเรื่องผีที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ดังคำพูดเหล่านี้

“เพื่อน (คุณหมอ) ก็อยากให้อินแต่ข้าวสวย แต่ข้าวสวยนี้ถ้าอาหารไม่เข้ากันก็กินไม่ได้นะ ไม่เหมือนข้าวเหนียวเจ้าปลาร้านะ” (เบญจมาศ Id1341079)

“ใจจะขาด คิดอยากกินปนกินแฉ่ว คิดอยากกินปลาร้า” (การะเกด Id1203719)

“เขาก็ให้ดมมันงดเค็มเขาบอกหมดแต่มันอดไม่ได้” (ราตรี Id1200611)

“ปอบเข้า กินน้ำก็ไม่ลง กินข้าวก็ไม่ลง ก็เอาหมอธรรมมาไล่ เพื่อนก็ใช้หว่ายตี” (พลับพลึง Id129897)

1.3 โกลัซจิตศาสนามากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางในการปรับตัวด้านสังคม อารมณ์ จิตใจของผู้หญิงที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่หันมาทำกิจกรรมทางศาสนามากยิ่งขึ้นเพื่อช่วยทำให้จิตใจสงบ ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพและช่วยควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ทั้งการสวดมนต์ การทำสมาธิ รวมทั้งการปฏิบัติธรรมอื่นๆ

“แต่ก่อนฉันไม่สวดมนต์ สองสามปีนี่ตอนฉันเป็นหัวใจนี้มาสวดอธิปิติโลให้ครบอายุและให้เลยอายุ สวดวันละเก้าสิบจบเอาให้เลยอายุ” (กระดังงา Id1290892)

“ถ้าทำท่าจะมีอาการแน่นหน้าอกก็จะหยุดทุกอย่างแล้วมานั่งสมาธิ ทำอยู่ประมาณครึ่งชั่วโมง บางที15 นาที มันก็คืนมา” (มณฑา Id1110339)

“ลูกสะใภ้ไปดูดวงให้เขาว่าไม่ตายหรอก ไม่ตาย แต่ให้หนุ่มๆห่มข้าวเข้าวัด” (ลีลาวดี Id1200617)

ผู้ป่วยบางคน รวมทั้งญาติ เชื่อว่าช่วงที่เจ็บป่วยขวัญจะออกจากร่างกาย และขวัญยังไม่เข้าร่างจึงต้องมีการทำพิธีเรียกขวัญ บางคนมีการทำบุญเพื่อสะเดาะเคราะห์ให้หายจากโรคร้าย “เขาจับขวัญไป ขวัญเพื่อน (ผู้หญิง)นะ เจ้าปุ่นนั้นเพื่อนเอานี้ ก็เลยไปแต่งงาน เอาเสื้อผ้าเพื่อน (ผู้หญิง) ไปให้พระสวด” (สามีเฟื่องฟ้า Id1120381)

2.การทำบาทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ดี ทั้งการเป็น ลูกสาว เมีย แม่ ที่ดี ประกอบด้วย

2.1 การเป็นแม่บ้านแม่เรือนที่ดี ถึงแม้ผู้หญิงจะได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงจากการทำงานหนัก งานที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่ผู้หญิงส่วนใหญ่สะท้อนว่ายังมีความจำเป็นที่ต้องกลับมาทำบาทหน้าที่ต่างๆในครัวเรือนเหมือนเดิมทั้งการทำอาหาร ทำความสะอาดบ้านเรือน การดูแลความเรียบร้อยต่างๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะผู้หญิงที่อาศัยอยู่คนเดียว เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นผู้หญิงที่ดีตามความคาดหวังของสังคม ด้วยความรู้สึกว่า “ทั้งทำทั้งเจ็บ” ต่างเห็นพ้องกันว่าการทำงานบ้านโดยเฉพาะการทำทำความสะอาดห้องน้ำ การถูบ้าน และซักเสื้อผ้า ล้วนก่อให้เกิดอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกได้ง่าย แต่ก็ยากที่จะหลีกเลี่ยง และมักก่อให้เกิดความเครียด สะท้อนจากคำกล่าวเหล่านี้

“เวลาซักผ้ากอละมั่งใหญ่ๆ นี่ก็ลองดู

เลย ได้อมยาเลย” (เบญจมาศ Id1190577)

“งานหนักนะขัดห้องน้ำ เพราะว่าเรานั่งยองย่อก้มขึ้นก้มลง มันเหนื่อย ก็หนักเหมือนกันนะ ขัดห้องน้ำที่บ้านนี้เหนื่อย” (กระดังงา Id1050136)

การทำอาหารเป็นอีกบทบาทสำคัญที่สังคมคาดหวังจากผู้หญิง โดยมีคำกล่าวว่า “ผู้หญิงที่ดีต้องมีเสน่ห์ปลายจวัก” ก่อนการเจ็บป่วยผู้หญิงมีหน้าที่ในการทำอาหารในครอบครัว แต่หลังการเจ็บป่วยช่วงแรกผู้หญิงยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้จะมีการปรับหรือสลับบทบาทหน้าที่ บางคนต้องไปพึ่งพาร้านอาหารหรืออาหารสำเร็จรูป ทำให้ผู้หญิงรู้สึกผิดที่ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อน ผู้หญิงบางคนต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดูแลเรื่องอาหารสำหรับครอบครัวเป็นผู้ที่ต้องรับการดูแลจากสมาชิกอื่น ทำให้รู้สึกเหมือนถูกควบคุม ขัดแย้งในตัวเอง และคุณค่าในตัวเองลดลง สะท้อนจากคำกล่าวเหล่านี้

“หงุดหงิดเพราะว่าเขา (สามีและลูก) เป็นคนกินยาก กินแต่ปลาทุป่น (น้ำพริกปลาทุ) พอเราป่วยก็ทำให้กินไม่ได้” (เบญจมาศ Id11270856)

“มีแต่คุมอาหาร พวกลูกกับตา (สามี) นี้ละเขาคุมให้ เขาคุมอาหารหลายอย่าง” (ผกากรอง Id1060160)

2.2 การเป็นภรรยาที่ดี การมีเพศสัมพันธ์เป็นการทำบทบาทของการเป็นภรรยาที่ดีที่มีความสำคัญในการดำรงสถานะภาพของผู้หญิง

หลังการเจ็บป่วยผู้หญิงมีการปรับตัวด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่หลากหลาย ทั้งกลุ่มที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์อยู่ตามปกติ กลุ่มที่รู้สึกว่าการ “ต้องการต้องให้...ไม่ต้องการก็สบายใจ” และกลุ่มที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วยเหตุผลต่างๆ

1) มีเพศสัมพันธ์ปกติ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการรบกวน ทำให้ไม่มีความวิตกกังวล “เหมือนเดิมไม่มีอะไรผิดปกติ ไม่มีอาการ” (ดาวเรือง Id1210652)

2) ปรับใจให้ยอมตามและอดทน หลังการเจ็บป่วยในช่วงแรกส่วนใหญ่ยังไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ แต่การถูกรังขอจากคู่สมรสผู้หญิงจึงต้องทำใจ จำยอม และทำตามความต้องการของสามี แม้จะไม่มั่นใจและมีความหวาดกลัว บางคนกลัวอาการของโรคหัวใจกำเริบขึ้นมาอีกแต่ต้องยอมตามและอดทนเพื่อทำบทบาทหน้าที่ของการเป็นเมียที่ดี โดยจะมีการปรับตัวเพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย แต่บางคนจะรู้สึกโกรธที่สามีไม่เข้าใจการเจ็บป่วย

“เราก็กังวล เรากลัวลวด (ขดลวด) เรา จะหลุด กลัวหายใจแรงไป กลัวเหนื่อยไป” (บัว Id120667)

“พูดอย่างไม่อายเลยนะ ขอโทษตอนนอนกับแฟนนี้ต้องอมยานะ (ดอกรัก Id1190579)

“เหมือนเดิมแต่ว่าเจ็บหน้าอกอยู่ พูดตามตรงเวลาแฟนจะนอนด้วยนี้ไม่ทำให้ทับหน้าอก มันจะเจ็บเจ็บผิดปกตินี้ละ” (เบญจมาศ Id1190601)

“หยุดหงิดถ้าจะพูดเรื่องนอนด้วยกัน  
ทำไมเขายังไม่เข้าใจเรา เราป่วยจะตายอยู่แล้ว”  
(มณฑา Id1210661)

3) กลุ่มที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากสามี  
ไม่ร้องขอและผลจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุ  
และผู้ที่อยู่ในวัยกลางคน ส่วนใหญ่สะท้อนว่าสามี  
มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยทำให้  
ร่างกายอ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง ดัง  
คำกล่าวนี้

“ไม่กล้าเพราะว่าฉันไม่มีแรง มันไม่มี  
กระจิตกระใจ มันไม่เปล็ดเปล็นนะ” (ดอกเอื้อง  
Id124075)

“สามีก็เข้าใจ เขาไม่จู้จี้ เมียเป็นอะไร  
เขาก็เข้าใจ แบบว่าไม่เห็นแก่ตัวนะ” (บานไม่รู้โรย  
Id128086)

4) ปรับใจให้สามีไปมีหญิงอื่น บางคน  
ที่ร่างกายยังรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย จะปฏิเสธและ  
หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ โดยจำยอมให้สามีไป  
มีหญิงคนอื่น “บอกเขา (สามี) ให้ไปเอาเมียใหม่  
อยากนอนกับเขาก็นอนไปเลย แต่ขอให้กลับมา  
บ้าน” (ดอกแก้ว Id351104)

2.3 การทำงานหาเงิน การทำบทบาท  
ด้านเศรษฐกิจเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้หญิงอีสาน  
ปัจจุบัน หลังการเจ็บป่วยผู้หญิงที่เคยทำงาน  
หาเงินจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานทั้ง  
การลด ละ เลิก แต่บางส่วนก็ยังคงต้องทำงานเช่น  
เดิมภายหลังภาวะการเจ็บป่วยดีขึ้น

1) กลุ่มที่ “ลด” การทำงานลง หรือ

ปรับเปลี่ยนการทำงาน ผู้หญิงที่อยู่ในวัยกลางคน  
และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีความจำเป็นต้อง  
กลับมาทำงานหาเงินถึงแม้ร่างกายจะยังเหนื่อย  
อ่อนเพลีย แต่จะมีการปรับตัวโดยลดการทำงานลง  
ปรับรูปแบบ และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้  
เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น การให้คนอื่นทำ  
แทน บางคนหยุดพักเป็นช่วงระหว่างการทำงาน  
การปรับสถานที่ทำงานให้เอื้อกับภาวะสุขภาพ  
บางคนหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก รวมทั้งมีการเฝ้า  
ระวังและสังเกตอาการตัวเอง

“เข็นรถเข็นเตาปิ้งเผาปลาฉี่มันก็  
หนักเดี๋ยวนี้ก็ทำเป็นอาหารสุกไปวางขาย”  
(เบญจมาศ Id1260796)

“ก็จะสอนเบาๆ วิชาเบาๆ นั่งสอนเอา  
นี่ล่ะค่ะ” (มะลิ Id1190563)

2) กลุ่มที่ “ยกเลิก” การทำงานหาเงิน  
ได้แก่ผู้หญิงสูงอายุและวัยกลางคน ทำให้ครอบครัว  
มีรายได้ลดลง ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิด  
ความเครียดในผู้หญิง บางคนรู้สึกโกรธตัวเองและ  
รู้สึกสูญเสียที่ไม่สามารถทำงานหาเงินได้เหมือน  
เดิม

“โอ๊ยหยุดหงิดไม่อยากอยู่ อยากไป  
เหมือนเดิม เราเคยไปทำงาน เดี่ยวนี้ไม่ได้ไปรับจ้าง  
เพราะอาการโรคหัวใจกำเริบเป็นบ่อย” (ชบา  
Id1290922)

“โอ๊ยเจ็บใจ โกรธให้ตัวเอง ไม่มีแรง  
ทำ ยิ่งตอนนี้ชนมเงินแพง โลละ 30 บาท ยิ่งเจ็บใจ”  
(ลีลาวดี Id1160499)

3) ผู้ที่ยังต้อง “ทำงานเหมือนเดิม” ได้แก่ผู้หญิงที่เป็นหลักในการหาเงินเข้าบ้าน และผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวต้องพึ่งพาตัวเองด้านเศรษฐกิจ ยังมีความจำเป็นต้องกลับมาทำงานหาเงินเหมือนเดิม แต่ก็มี การปรับตัว โดยช่วงแรกจะหลีกเลี่ยงจากงานหนัก เมื่อร่างกายแข็งแรงจึงเริ่มทำงานหนัก บางคนมีสมาชิกในครอบครัวมาช่วย แต่ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความยากลำบากในการปรับตัว สะท้อนจากคำกล่าวเหล่านี้

“พักสองสามวันก็เริ่มเลย ก็เริ่มจับเบา ค่ะไม่ใช่จับหนัก” (บัว Id1307199)

“ต้องทำเองทุกอย่าง ถ้าไม่ทำก็ไม่ได้ กิน กินกับเขามันยาก กลัวลูกจะให้ กูจะสู้จนกว่า เขาจะเอากูไปเผา นั่นแหละจึงจะหยุดทำ” (ราตรี Id1220681)

2.4 บทบาทในชุมชน ผู้หญิงส่วนใหญ่ ไม่สามารถไปร่วมงานในชุมชนได้เหมือนเดิมเพราะยังมีอาการเหนื่อย บางคนรู้สึกหัวใจเต้นแรงหรือหัวใจสั่นเมื่อได้ยินเสียงดังๆ จึงหลีกเลี่ยงงานบุญ ประเพณีต่างๆ ที่เสียงดัง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้พลังอำนาจ บางคนรู้สึก “เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม” สะท้อนได้จากคำพูดเหล่านี้

“รู้สึกเหมือนถูกคุมขังนี้ ไปไหนก็ไม่ได้” (พุทธรักษา Id12220698)

“อยากไป..แต่เราไปไม่ได้ เพื่อนๆ ก็ถาม เวลาว่างถ้อยถ้อยงานที่วัด ไปไม่ได้” (ชบา Id1240742)

“แต่ก่อนอยากไปวัด ศิลไหนก็ได้ไป

ทุกๆ ศิล ที่นี้ก็ได้ไป” (บานชื่น Id1110335) อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงบางคนก็มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถกลับไปทำหน้าที่ต่างๆ ในชุมชนได้เหมือนเดิม “ไปได้เหมือนเดิมแต่ว่าต้องพกยาไปด้วย ไปไหนต้องยาน่า” (ตอกรัก Id1100356) ส่วนผู้หญิงบางคนกลับคิดว่านี่เป็นโอกาสดีที่จะได้อยู่กับตัวเอง ทำให้มีเวลาให้ตัวเองมากขึ้น “แต่ก่อนชอบไปเล่นการพนัน (หัวเราะ) ไปเล่นตามบ้านต่างๆ เวลาว่าง บางครั้งเล่นจนสว่าง แต่หลังเป็นหัวใจแล้วไม่ได้ไป เพื่อนไม่ได้มาชวนเหมือนเดิม เขาอยากให้เราพักผ่อน” (ดาวเรือง Id1130440)

## วิจารณ์

การปรับตัวของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีทั้งการปรับตัวเพื่อเป็นผู้ป่วยที่ดี โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปรับตัวเพื่อเป็นผู้หญิงที่ดีตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งผู้หญิงต้องรักษาสมดุลระหว่างการทำบทบาททั้งสองให้ดีเพื่อสามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข การปรับตัวดังกล่าวมีทั้งการปรับตัวที่สอดคล้องและขัดแย้งกับความเป็นหญิง

การควบคุมอาหารซึ่งเป็นบทบาทของผู้ป่วยที่ดี แต่ก็ยังเป็นประเด็นที่ขัดแย้งกับบทบาท คดีความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้หญิง เป็นเรื่องที่ยุ่ยากและทรมานและอาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงได้ เนื่องจากขัดกับคดีความเชื่อของสังคมอีสานโดยเฉพาะในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกลว่ายังมีคดีความเชื่อเรื่องผีหรืออำนาจเหนือธรรมชาติว่าเป็น

สาเหตุของการเจ็บป่วย<sup>(17)</sup> สะท้อนว่าเมื่อไม่มีความชัดเจนถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น คนในสังคมจึงไปเชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อของผู้หญิงและครอบครัว เช่น เรื่องการที่ผู้หญิงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากพยาธิสรีระของโรคทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ แต่คติความเชื่อของครอบครัวชุมชน เชื่อว่าเกิดจากผีปอบเข้า หรือสิ่งชั่วร้ายต่างๆ เข้ามาในร่างกาย ซึ่งแก้ไขโดยการเขียนติเพื่อขับไล่ปอบ ยิ่งส่งผลเสียและเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงได้ นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล ซึ่งบุคลากรสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตัวเองที่ถูกต้องต่อไป การควบคุมอาหารของผู้หญิงเพื่อให้เป็นผู้ป่วยที่ดีตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพยังขัดกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของสังคมอีสาน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารข้าวเหนียวปลาร้า ที่เป็นอาหารที่คุ้นชินในวิถีชีวิต แต่ผู้ป่วยกลับได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงจากอาหารดังกล่าว เพราะไม่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้หญิงรู้สึกอึดอัด ทรมาน รวมทั้งการที่ผู้หญิงต้องทำบทบาทของผู้ดูแลที่ดีตามความคาดหวังของสังคมโดยเฉพาะการทำอาหาร ทำให้ผู้หญิงมีความยากลำบากในการควบคุมอาหารตามแผนการรักษา นอกจากนี้ผู้หญิงอีสานล้วนได้รับอิทธิพลและการถูกปลูกฝังให้เป็นผู้หญิงที่ดีโดยมี

บทบาทในครอบครัวเป็นหลัก<sup>(18)</sup> แต่หลังการเจ็บป่วยผู้หญิงกลับต้องถูกควบคุมจากครอบครัวที่เคยเป็นผู้ดูแลสุขภาพคนอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและขัดแย้งในตัวเองที่ไม่สามารถทำบทบาทของผู้หญิงที่ดีตามความคาดหวังของสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Day and Batten<sup>(19)</sup> ที่พบว่าผู้หญิงจะมีความยุ่งยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารเนื่องจากขัดกับบทบาทหน้าที่ของผู้หญิง ก่อให้เกิดความขัดแย้งในตัวผู้หญิงเองได้ ผู้หญิงจึงต้องการการสนับสนุนจากหลายฝ่ายทั้งครอบครัว สังคม ชุมชน และบุคลากรสุขภาพในการปรับตัว

การใกล้ชิดศาสนามากขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับบทบาทและวิถีชีวิตของผู้หญิง ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ และการผ่อนคลายความเครียด ผู้หญิงส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะใช้หลักธรรมคำสอนของศาสนา ทั้งการสวดมนต์ การทำสมาธิต่างๆ เพื่อช่วยทำให้จิตใจมีความสงบขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีจึงมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้ผู้หญิงรู้สึกใกล้ชิดกับศาสนามากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ในชุมชนของผู้หญิงอีสานที่เกื้อหนุนสังคม<sup>(11)</sup> โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamm-Steigelman และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่ากิจกรรมที่ผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชอบคือการไปโบสถ์และชอบทำอาหารกับครอบครัว ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ล้วนสะท้อนความเป็นตัวตนของผู้หญิงที่จะช่วยในการ

พื้นหาด้านจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้หญิง

แม้ผู้หญิงจะได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงจากการทำงานหนักและงานที่อาจก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้สูง แต่ผู้หญิงยังมีความจำเป็นในการกลับมาทำงานในครอบครัวต่างๆ แม้จะขัดแย้งกับแผนการรักษา เพราะต้องการดำรงรักษาไว้ซึ่งการเป็นผู้หญิงที่ดีตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งงานเหล่านี้ล้วนทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น<sup>(8)</sup> ก่อให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะเริ่มกลับมาทำงานเหล่านี้ในสัปดาห์ที่สองหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ชายที่ไม่มีความจำเป็นต้องทำงานบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Emslie<sup>(21)</sup> พบว่าผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับการกลับมาทำบทบาทต่างๆ ในครอบครัวทั้งงานบ้านมากกว่าที่จะให้คนอื่นช่วยเหลือ และมีแนวโน้มที่จะกลับมาทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วน Koivunen และคณะ<sup>(22)</sup> ก็พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหัวใจมีความวิตกกังวลเรื่องที่ไม่สามารถกลับมาทำงานบ้านได้ และต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวทั้งสามีและลูกๆ

การมีเพศสัมพันธ์ เป็นอีกบทบาทของการเป็นภรรยาที่ดี ถึงแม้การทำบทบาทดังกล่าวจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลและไม่ปลอดภัยแต่ผู้หญิงก็ยังจำยอมอดทน สะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ชายมีอำนาจมากกว่า ส่วนผู้หญิงยังขาดอำนาจต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่พร้อม การ

ขาดอำนาจในการควบคุมเนื้อตัวร่างกายสะท้อนถึงค่านิยมของสังคมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้หญิงต้องทำตามมาตรฐานของสังคมในการเป็นเมียที่ดีถึงแม้การกระทำบางอย่างอาจเป็นอันตรายได้ อย่างไรก็ตาม มีผู้หญิงบางคนที่พบว่าอาการเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อการทำบทบาทดังกล่าว ซึ่ง Sundler และคณะ<sup>(23)</sup> ก็พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหัวใจมีทั้งผู้ที่รับรู้ว่ามีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ โดยทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ และผู้ที่รับรู้ว่ามีผลกระทบต่อ

หลังการเจ็บป่วย โดยเฉพาะช่วงแรก ผู้หญิงยังไม่สามารถทำบทบาทของผู้ดูแลตามที่สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงทำบทบาทของผู้ดูแลที่ดีทั้งการดูแลเรื่องอาหา และการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แต่กลับต้องถูกสมาชิกในครอบครัวดูแลทั้งการดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยาต่างๆ ทำให้ผู้หญิงรู้สึกเหมือนถูกควบคุม อยู่ในภาวะไร้พลังอำนาจ เกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถกระทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวได้ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในตัวเองและเกิดความเครียด ทั้งนี้ Svedlund และคณะ<sup>(24)</sup> พบว่าผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกผิดและละอายใจเพราะต้องเปลี่ยนบทบาทจากที่เคยเป็นผู้ดูแลมาเป็นผู้ถูกดูแล และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งบุคลากรสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสม

การปรับตัวเรื่องการทำงานหาเงินซึ่งเป็นการทำบทบาทหน้าที่ด้านเศรษฐกิจของผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงที่จำเป็นต้องลด ละ เลิกการทำงาน ทำให้ขาดรายได้และตกอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น เป็นการตอกย้ำภาวะพึ่งพาในผู้หญิง ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพต่างๆ ทำให้ผู้หญิงมีการแสวงหาการรักษาที่ล่าช้าและส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงได้สูง<sup>(6)</sup> ทำให้ผู้หญิงมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงและควบคุมการใช้ทรัพยากร นอกจากนี้การลด ละ เลิก การทำงานหาเงิน ยังมีผลด้านจิตใจและความมีคุณค่าของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงรู้สึกผิดและไร้คุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ส่วนผู้หญิงที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวและผู้ที่ต้องรับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ยังมีความจำเป็นในการทำงานหาเงินต้องเร่งรีบกลับมาทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเหมือนเดิม ทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำได้สูง

นอกจากนั้น ผู้หญิงส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ซึ่งเป็นการลดการทำบทบาทในสังคมและชุมชนลง โดยปกติผู้หญิงมีบทบาทสำคัญในครอบครัวแต่การทำบทบาทในสังคมต่ำ หลังการเจ็บป่วยยิ่งตอกย้ำบทบาทในสังคมของผู้หญิงให้ลดน้อยลงอีก อย่างไรก็ตาม การทำบทบาทในสังคมมีผลโดยอ้อมต่อการเข้าถึงและควบคุมการใช้ทรัพยากรต่างๆ ดังนั้นหลังการเจ็บป่วยยิ่งตอกย้ำให้ผู้หญิงมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร

สุขภาพต่างๆ ได้ต่ำ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิง โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกล ซึ่งยังมีความไม่เท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น ทำให้ผู้หญิงขาดความตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหัวใจ เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคหัวใจ และมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเบียร์ และการเขี่ยนตีผู้หญิงเพื่อขับไล่ผีปอบ เป็นต้น บุคลากรสุขภาพจึงควรส่งเสริมการให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจแก่ผู้หญิง

จากข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้หญิงยังให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้หญิงที่ดีมากกว่าการดูแลตัวเอง เนื่องจากผู้หญิงได้รับการอบรมและปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ที่ตามความคาดหวังของสังคมจนละเลยการดูแลตนเองถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่อันตรายรุนแรงถึงชีวิตก็ตาม เนื่องจากการทำบทบาทตามความคาดหวังของสังคมมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับอำนาจของผู้หญิงในสังคม ผู้หญิงจึงพยายามรักษาไว้ซึ่งอำนาจโดยการกลับมาทำบทบาทหน้าที่เหมือนเดิม ซึ่งความต้องการกลับมาทำงานบ้านของผู้หญิงทำให้เป็นปัญหาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้หญิง<sup>(25)</sup> ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานเหล่านี้แก่ผู้หญิงอย่างถูกต้องเหมาะสม

## สรุป

การปรับตัวเพื่อให้อยู่กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ของผู้หญิงอีสานมีทั้งการปรับตัวที่สอดคล้องและขัดแย้งกับบทบาทของผู้หญิงและแผนการรักษา โดยผู้หญิงจะต้องรักษาสมดุลระหว่างการทำบทบาททั้งสองให้ดีเพื่อความผาสุกของชีวิตและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ขณะเดียวกันผู้หญิงก็ต้องการความเข้าใจและการสนับสนุนทั้งจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีเฉพาะผู้หญิงอีสานที่นับถือศาสนาพุทธเท่านั้น การนำข้อค้นพบเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้จึงอาจต้องคำนึงถึงการปรับตัวของผู้หญิงในศาสนาอื่นที่อาจมีความแตกต่างจากการศึกษานี้ได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วน และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ท่านที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Holdcroft A. Gender bias in research : how does it affect evidence base medicine?.J The Royal Soc Med

2007;100:1-3.

2. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000;342:1163-70.
3. Kristofflerzon KL, Lofmark. R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing 2004;52 (2):113-24.
4. Hart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review. Journal Cardiovascular Nursing 2005;20(3):170-6.
5. King KB, McGuire MA. Symptom presentation and time to seek care in women and men with AMI. Heart Lung 2007;36:235-43.
6. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. Journal of Advanced Nursing 2002;39(1):17-23.
7. World Health Organization. Gender sensitivity and Gender based analysis in women's health development: historical outlines and case studies of best practice. [serial online] 2003

- [cited 2007 Sep 2]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._)
8. Radley A, Grove A, Wright S, et al. Gender-role identity after heart attack: links with sex and subjective health status. *Psychology and Health* 2000;15:123-133.
  9. Aronsson B, Perk J, Norlen AS, et al. Resuming domestic activities after myocardial infarction: a study in female patients. *Scandinavian Journal of Occupation Therapy* 2000;7:39-44.
  10. Jackson D, Daly J, Davidson P, et al. Women recovering from first-time myocardial infarction: a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(6):1403-1411.
  11. อภิศักดิ์ โสมอินทร์. โลกทัศน์อีสาน. พิมพ์ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม; 2537.
  12. สุขภาวะคนอีสาน 2551. หนังสือประกอบงานอีสานสร้างสุขปี 2551-2552. สำนักงานกองทุน การสร้างเสริมสุขภาพ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2552.
  13. จาดศรี ประจวบเหมาะ, กัมปนาท วีรกุล, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย, และคณะ. ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547. [ค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2552]. จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1191>
  14. สุเพียร โภคทิพย์. การรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงอีสาน บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์สุขภาพ* 2553;33(3):52-9.
  15. สุเพียร โภคทิพย์. การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2555;35(2):43-52.
  16. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
  17. การวิเคราะห์ความเชื่อในสังคมอีสาน. [ค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2557]. จาก [www.silpathai.net](http://www.silpathai.net)
  18. จริญญา วงษ์พรหม. การศึกษาสถานภาพผู้หญิงอีสาน ใน: ธนะจักร เย็นบำรุง, บรรณาธิการ. *ผู้หญิงอีสาน: ทางเลือกศักยภาพและแนวทางพัฒนา*. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
  19. Day W, Batten L. Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all.

- Journal of Advanced Nursing 2006;24(1): 21-6.
20. Kamm-Steigelman L, Kimble LP, Dunbar S, et al. Religion relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing* 2006;27:141-59.
21. Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of qualitative literature, *Journal of Advanced Nursing* 2004;51(4):382-95.
22. Koivunen K, Isola A, Lukkarinen H. Rehabilitations and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:688-97.
23. Sundler AJ, Dahlberg K, Ekenstam C. The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction. *Qualitative Health Research* 2009;19(3):375-87.
24. Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(2):197-205.
25. Hildingh C, Frundlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: meta-synthesis. *Heart & Lung* 2007;36(6):410-7.

# Adaptation of Myocardial Infarction among I-Saan Women

*Supian Pokathip\* Siriporn Chirawatkul\*\**

---

## **Abstract**

This phenomenology study aim was to exploring adaptation of I-Saan women with myocardial infarction based on gender perspective in Ubon Rachathani Province. Twenty-seven women who have been myocardial infarction were purposive sampling as key informants. In-depth interviews and non participant observation were employed for data collections. Data were analyzed by content analysis. Finding of the study found essence themes called “kerd mai tong praptau” (re-birth required adaptation). I-Saan women who reflects must take good balanced between role of good women such as domestic work, sexuality, working in the community and role of good patients. Role of good patients women compose “tong sai jai reung ya (taking medication), “tong kin arhan babb khon kai mae jai toraman (diet control), and getting closer to the religious. In summary, adaptation of I-Sann women with myocardial infarction has both agree and against of gender role of women and good patients.

**Keywords** : myocardial infarction, women, gender, adaptation, living with MI

---

\* *Registered Nurse. Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.*

\*\* *Professor. Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen.*



# ผลการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์สำราญ

สมสวย คำอู\* รุ่งฤดี อ่อนทา\* ฉวี แก้วม่วง\* ศุภยาลักษณ์ บุญเจริญ\* มยุรา โคตะสา\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental, one group pre- and post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์สำราญ ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จาก 8 หมู่บ้าน จำนวน 32 คน โดยนักวิจัยใช้วิธีการสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม การใช้สื่อวีดิทัศน์ การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับการเจาะเลือดปลายนิ้ว จากนั้นติดตามการปฏิบัติ 2 ครั้ง ช่วง 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการเจาะเลือดปลายนิ้วและแบบประเมินทักษะสำหรับ อสม. และความเหมาะสมและความพึงพอใจของผู้รับบริการเจาะเลือด สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการเจาะเลือดด้วย t-test ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการสอนเจาะเลือดสูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะหลังการสอนเจาะเลือดครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยด้านความเหมาะสมของบริการเจาะเลือดโดย อสม. อยู่ในระดับมาก (mean=4.26, SD=0.40) และความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก (mean=4.28, SD=0.44) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการแปลผลให้กับ อสม. โดยใช้วิธีการสอนดังกล่าวร่วมกับการนิเทศติดตามด้วยการให้กำลังใจและการเสริมแรงตามช่วงเวลาที่เหมาะสม สามารถเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความคงทนและยั่งยืนของทักษะปฏิบัติได้

**คำสำคัญ** การสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การเจาะเลือดปลายนิ้ว

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์สำราญ

## บทนำ

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มประเทศแถบตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกที่รวมทั้งประเทศไทยว่าในปี 2556 มีจำนวนผู้ที่เป็นเบาหวาน 138 ล้านคน และคาดว่าในปี 2578 จะเพิ่มขึ้นเป็น 201 ล้านคน<sup>(1)</sup> ซึ่งโรคเบาหวานมีลักษณะสำคัญ คือ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และหากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะจอประสาทตาเสื่อม ภาวะไตวายเรื้อรัง ผลที่เท่าเรื้อรัง รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานจึงมีความสำคัญ ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุดจะเป็นการชะลอความรุนแรงของโรคได้ การตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค และในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การปรับแผนการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลนั้นจะต้องอดอาหารและน้ำเป็นเวลา 8 ชั่วโมง (fasting

plasma glucose, FPG) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมาสถานบริการสุขภาพในช่วงเช้าและรอผลตรวจไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง หรือบางสถานบริการสุขภาพจะนัดผู้ป่วยมาฟังผลตรวจในวันถัดไป การตรวจในลักษณะนี้ต้องทำในห้องปฏิบัติการและต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจ ผู้ป่วยต้องเดินทางมาสถานบริการสุขภาพ ทั้งการตรวจติดตามหรือกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะ diabetic ketoacidosis เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องตรวจระดับน้ำตาลชนิดพกพา (glucometer) จึงเหมาะสมในการติดตามผู้ป่วยเบาหวานอย่างง่ายของสถานบริการสุขภาพ การตรวจด้วยวิธีนี้ไม่ยุ่งยาก ใช้ปริมาณเลือดน้อย และทราบผลการตรวจได้ทันที ซึ่งในปัจจุบันการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาเป็นไปอย่างแพร่หลายทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกต่างๆ ตลอดจนนำไปใช้ในการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชน<sup>(2)</sup>

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากอยู่ในชุมชนและมารับการรักษาของ รพ.สต. มีความจำเป็นต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาลโดยการเจาะปลายนิ้วเช่นกัน แต่ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่น้อยขณะที่ผู้รับบริการมีจำนวนมาก การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านมาก็เพื่อ

ช่วยในการคัดกรองและการประเมินสภาพทั่วไปเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวคิดให้อสม. สามารถเจาะเลือดปลายนิ้วได้ โดยออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวงกรม เทศบาลองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลสุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2556 เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และเพื่อให้การใช้ระเบียบดังกล่าวเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์และเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพจึงได้มีการมอบหมายให้อสม. ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>(3)</sup>

ในปี พ.ศ. 2556 รพ.สต.ราชบุรีสำราญ ได้มีโครงการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และสอนให้อสม.เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือดให้กับผู้ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อสม. ช่วยบริการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่ง รพ.สต.ราชบุรีสำราญ มีผู้ที่

เป็นเบาหวานจำนวน 164 คน และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานจำนวน 1,982 คน ที่ต้องได้รับการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นได้มีการมอบหมายให้อสม. 1 คน ดูแลคนในบ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบ 8-10 ครอบครัว ครอบคลุมชุมชน 8 หมู่บ้าน และได้มอบหมายให้อสม.เจาะเลือดปลายนิ้วด้วย แต่พบว่าในระยะ 2 เดือนมี อสม.ที่ช่วยเจาะเลือดปลายนิ้วเพียง 10 คน จากจำนวน อสม. 103 คน โดย อสม.ให้เหตุผลว่าขาดความมั่นใจ ไม่มีความรู้ไม่กล้าทำกลัวผู้รับบริการไม่เชื่อว่า อสม.จะทำได้ และไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน เป็นผลให้งานบริการเจาะเลือดปลายนิ้วของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ยังคงมาก ดังนั้นการสอนให้อสม.สามารถเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลได้ โดยใช้วิธีสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม (participatory learning) การสอนสาธิต การชมวีดิทัศน์ การใช้คู่มือ รวมทั้งมีการติดตามและเสริมแรงให้กับ อสม. จึงน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ อสม. เกิดความมั่นใจ ช่วยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิรวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาว่าการสอนเจาะเลือดปลายนิ้ว โดยมีการตรวจสอบติดตาม ให้กำลังใจและเสริมแรงตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ให้กับ อสม. ของรพ.สต.ราชบุรีสำราญ เพื่อให้สามารถเจาะเลือดปลายนิ้วให้กับผู้ที่เป็นเบาหวานและประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างปลอดภัย ถูกต้องทั้งด้านเทคนิคและการแปลผลได้ โดยใช้ทฤษฎีการ

## การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.

สมสวย คำอู และคณะ

เสริมแรง (reinforcement theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นการกำหนดให้บุคคลต้องกระทำในสิ่งที่เราต้องการให้เขากระทำ เป็นทฤษฎีการจูงใจที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของ B.F. Skinner มีหลักสำคัญว่าเราสามารถควบคุมพฤติกรรมของคนได้โดยวิธีการให้รางวัลหรือวิธีการเสริมแรง<sup>(4)</sup> ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการเจาะเลือดปลายนิ้วและการติดตาม อสม. จึงควรใช้การเสริมแรงบวก (positive reinforcement) คือ ให้สิ่งตอบแทนที่ดึงดูดใจหรือพอใจเป็นรางวัลเมื่อบุคคลนั้นมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นที่ต้องการ ซึ่งจะช่วยให้จูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ส่วนตารางการเสริมแรงนั้นเน้นระยะเวลาในการให้การเสริมแรงซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้มาก โดยในการศึกษานี้ใช้การเสริมแรงทุกครั้งตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ส่วนคำถามการวิจัยคือ การสอนเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบผู้เรียนมีส่วนร่วมให้กับ อสม. จะช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วและการแปลผลได้หรือไม่

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental, one group pre- and post-test design) ในกลุ่ม อสม. ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ราษฎร์สำราญ ที่มีหน้าที่คัดกรองโรคเบาหวานและเข้ารับการสอนเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล จำนวนรวม 32 คน จาก 8 หมู่บ้าน หมู่บ้าน

ละ 4 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. ของ รพ.สต. ราษฎร์สำราญ มาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) เป็นผู้ที่อ่านออก เขียนได้ มีสุขภาพกายและจิตดี 3) สมัครใจเข้าร่วมการอบรม และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2556 รวม 4 เดือน

แบบแผนการทดลอง ผู้วิจัยได้จัดอบรมการเจาะเลือดปลายนิ้วแก่ อสม. 32 คน โดยมีการทดสอบความรู้เรื่องการเจาะเลือดปลายนิ้วทั้งก่อนและหลังการเรียน สอนบรรยายแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม สาธิต และสาธิตย้อนกลับ ใช้แผนการสอนเรื่องการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลร่วมกับคู่มือการเจาะเลือดปลายนิ้วที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนการพยาบาลพื้นฐานจำนวน 3 ท่าน สำคัญสำคัญ ได้แก่ หลักการเจาะหลอดเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ขั้นตอน/ระยะในการทำกิจกรรมการดูแลและการเก็บอุปกรณ์ และการทำลายขยะร่วมกับการใช้วิธีทัศน์สอนการเจาะหลอดเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาซึ่งผลิตโดยสหภาพเทคนิคการแพทย์<sup>(5)</sup> ความยาว 6.29 นาที สำหรับอุปกรณ์การเจาะเลือดปลายนิ้ว ได้แก่ ชุดเข็มเจาะชนิดใช้ครั้งเดียว เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา ถังมือ สำลีปราศจากเชื้อ แอลกอฮอล์ และเจลล้างมือ

เมื่อผ่านการประเมินทั้งการสอบหลังเรียนและการประเมินทักษะแล้วได้มีการนัดหมายติดตามเยี่ยมและประเมินทักษะขณะ อสม. ให้บริการเจาะเลือดปลายนิ้ว 2 ครั้ง โดยสัปดาห์แรกจะประเมินทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วและการตรวจระดับน้ำตาลของ อสม. แนะนำการปฏิบัติที่ยังทำไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมแรง อสม. สัปดาห์ที่ 2 เป็นการประเมินทักษะครั้งที่ 2 โดยทั้ง 2 ครั้ง มีการสอบถามความเหมาะสมและความพึงพอใจต่อบริการเจาะเลือดปลายนิ้วจากผู้รับบริการทั้งหมดที่มารับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบทดสอบ แบบประเมินทักษะ และแบบประเมินความเหมาะสมและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1.แบบทดสอบความรู้เรื่องการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาล เป็นข้อคำถามที่ตอบถูก ผิด และไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ พัฒนาจากคู่มือวิทยากรระดับจังหวัด หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา<sup>(6)</sup>

2.แบบประเมินทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. เพื่อหาระดับน้ำตาล สร้างโดยผู้วิจัยมีจำนวน 10 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นขั้นตอนของการเจาะเลือดตามลำดับ จนถึงการให้ความรู้แก่ผู้ใช้

บริการและการรายงานผลตรวจแก่เจ้าหน้าที่และการเก็บอุปกรณ์

3.ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความเหมาะสมและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ 3.1)ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และสถานบริการสาธารณสุขที่ใช้บริการในปัจจุบัน 3.2)แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. จำนวน 10 ข้อ 3.3)ความพึงพอใจในบริการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรฐานค่าแบบ Likert ชนิด 5 ระดับ จาก 1 (เหมาะสมน้อยที่สุด/พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (เหมาะสมมากที่สุด/พึงพอใจมากที่สุด) ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ได้มีการทดสอบความตรงของแบบทดสอบและแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2 ท่าน และด้านบริการสุขภาพในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา นิยาม และวัตถุประสงค์ โดยใช้ค่าความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ IOC (Index of item objective) ได้มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะในข้อที่ IOC < 0.67 จนได้ค่า IOC > 0.67 ทุกข้อ สำหรับความเที่ยงของแบบสอบถามใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของ Cronbach กับผู้ที่เป็

## การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. สมสวย คำอู และคณะ

เบาหวานและกลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง=0.77 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 64 คน ได้ค่าความเที่ยง=0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล 1)เปรียบเทียบก่อนและหลังการวัดความรู้ โดยเปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม และเปรียบเทียบคะแนนทักษะครั้งที่ 1 และ 2 โดยใช้สถิติ pair sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.01 2)คะแนนเฉลี่ยของความเหมาะสมและความพึงพอใจมีระดับ ดังนี้ 1.00-1.49=น้อยที่สุด 1.50-2.49=น้อย 2.50-3.49=ปานกลาง 3.50-4.49=มาก 4.50-5.00=มากที่สุด 3)สถิติที่ใช้กับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความเหมาะสมและความพึงพอใจเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้มีการดำเนินการดังนี้

1.อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดให้แก่ อสม. และผู้เกี่ยวข้องว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการสอนเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งการเจาะเลือด อสม. สามารถทำได้ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์โดยระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556

2.กลุ่ม อสม. สามารถออกจากการเป็น

กลุ่มทดลองในงานวิจัยนี้ได้ในขณะที่ทำการทดลอง โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในฐานะ อสม.

3.ชี้แจงว่าทางคณะผู้ทำการวิจัยจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม อสม. เป็นความลับ โดยไม่เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้อื่นผู้ใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ในครั้งนี้ได้รับทราบ

4.คณะผู้วิจัยจะดูแลอุปกรณ์ให้มีความปลอดภัย ไม่มีอันตรายต่อผู้รับบริการเจาะเลือด

5.ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย รวมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ของคณะผู้วิจัยกับ อสม. และผู้รับบริการเจาะเลือดและญาติของผู้รับบริการ สำหรับใช้ในการติดต่อสื่อสาร

### ผลการศึกษา

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 50 ระยะเวลาการเป็น อสม. มากที่สุด คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 37.5) ผลคะแนนความรู้การเจาะเลือดปลายนิ้วสูงสุดของการสอบก่อนสอน 7 คะแนน ต่ำสุด 4 คะแนน เฉลี่ย 5.78 คะแนน ส่วนหลังการสอนมีคะแนนความรู้สูงสุด 10 คะแนน และต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 9.22 คะแนน การทดสอบด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการสอนเจาะเลือดสูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การทดสอบค่าทีของคะแนนสอบก่อนและหลังการสอนเจาะเลือดปลายนิ้ว

การทดสอบ	mean	SD	t-score	p-value*
ก่อนเรียน	5.78	1.01	-21.28	-21.28
หลังเรียน	9.22	.70		

\*p-value < 0.01

ผลประเมินทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้ว พบว่า คะแนนของการประเมินครั้งที่ 1 อยู่ระหว่าง 45-49 คะแนน (เฉลี่ย 48.56 คะแนน) ส่วนคะแนนประเมินทักษะครั้งที่ 2 อยู่ระหว่าง 48-50 คะแนน (เฉลี่ย 49.63 คะแนน) ผลการ

ทดสอบด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินทักษะหลังการสอนเจาะเลือดครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การทดสอบค่าทีของคะแนนประเมินทักษะในติดตามครั้งที่ 1 และ 2

การทดสอบ	mean	SD	t-score	p-value*
ครั้งที่ 1	48.56	1.27	-8.94	-8.90
ครั้งที่ 2	49.63	.75		

\* p-value < 0.01

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เป็นเพศหญิง 51 ราย (ร้อยละ 79.70) เพศชาย 13 ราย (ร้อยละ 20.30) อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 39.1) จบการศึกษาประถมศึกษาเป็น

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.8) สถานภาพคู้อยู่ละ 76.6 ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. ในภาพรวมพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (4.26±0.40) โดยเห็น

การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.

สมสวย คำอู และคณะ

ว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดในเรื่องที่ช่วยให้ผู้รับบริการทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ได้มากขึ้นโดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางหรือรอคอยนานๆ รองลงมาคือ ขั้นตอนของการให้บริการเจาะเลือดปลาย

นิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.มีความถูกต้องตามหลักการ และการได้รับประทานอาหารเร็วขึ้นจากบริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจหาระดับน้ำตาลโดย อสม. (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นความเหมาะสมและความพึงพอใจผู้รับบริการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม.

รายการประเมิน	ความเหมาะสม		ความพึงพอใจ	
	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับ
1.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. มีความเหมาะสมเพราะช่วยประหยัดเวลาของท่าน	4.23 (.58)	มาก	4.31 (.53)	มาก
2.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. มีความน่าเชื่อถือ	4.16 (.62)	มาก	4.20 (.69)	มาก
3.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. มีความปลอดภัย	4.14(.64)	มาก	4.16 (.71)	มาก
4.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. มีการแปลผลเลือดได้ถูกต้อง	4.30 (.72)	มาก	4.31 (.66)	มาก
5.ระยะเวลาของการตรวจเลือดปลายนิ้วและการบอกระดับน้ำตาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว	4.19 (.71)	มาก	4.27 (.54)	มาก
6.ได้รับการตรวจรักษาที่ รพ.สต.เร็วขึ้น	4.06 (.81)	มาก	4.13 (.80)	มาก
7.ได้รับประทานอาหารเร็วขึ้น จากบริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.	4.34 (.47)	มาก	4.38 (.60)	มาก
8.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. มีความคุ้มค่าในการใช้ความสามารถของ อสม.	4.33 (.59)	มาก	4.31 (.50)	มาก
9.ขั้นตอนของการให้บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.มีความถูกต้องตามหลักการ	4.36 (.57)	มาก	4.28 (.70)	มาก
10.บริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.ช่วยให้ท่านทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง หรือรอคอยนานๆ	4.53 (.50)	มากที่สุด	4.50 (.53)	มากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>4.26 (.40)</b>	<b>มาก</b>	<b>4.28 (.44)</b>	<b>มาก</b>

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. ในภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $4.28 \pm 0.44$ ) โดยพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องบริการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจหาระดับน้ำตาลโดย อสม. ช่วยให้ทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางหรือรอคอยนานๆ ( $4.50 \pm 0.53$ ) รองลงมาคือ ได้รับประทานอาหารเร็วขึ้น ( $4.38 \pm 0.60$ ) มีการแปลผลเลือดได้ถูกต้อง ( $4.31 \pm 0.66$ ) และมีความคุ้มค่าในการใช้ความสามารถของ อสม. ( $4.31 \pm 0.50$ )

นอกจากนั้น อสม. ที่เข้าร่วมการศึกษายังได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรจะมีการสอนเจาะเลือดปลายนิ้วให้ อสม. ทุกคน รวมทั้งการทบทวนความรู้ทุกปี เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของเพื่อน อสม. และเจ้าหน้าที่ เป็นการลดขั้นตอนการเข้ารับการตรวจ ช่วยลดระยะเวลารอตรวจรักษา ทั้งยังช่วยให้การตรวจคัดกรองโรคเร็วขึ้น และทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

## วิจารณ์

การเปรียบเทียบความรู้การเจาะเลือดปลายนิ้วพบว่า หลังการสอนเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนสอนเจาะเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าวิธีการสอนการเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นสามารถพัฒนาความรู้ให้กับ อสม. ได้เป็นอย่างดี ซึ่งวิธีการสอนนี้ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการ

ยอมรับความคิดเห็นของผู้สอนและผู้เรียน ซึ่ง ทรธรา นิลวิเชียร<sup>(7)</sup> เสนอว่าวิธีการสอนการเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วมเป็นวิธีสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญจะช่วยให้ผู้เรียนตั้งใจเรียน ใช้สติปัญญาเต็มที่ โดยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมการสอนแบบบรรยายโดยผู้เรียนมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเป้าหมาย

สำหรับสื่อการสอนที่เป็นเอกสารการสอนนั้นมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น กระดาษอาจมีคุณภาพต่ำ ภาพประกอบต่างๆ ไม่สามารถให้รายละเอียดที่จำเป็นได้ ไม่สามารถแสดงขั้นตอนอย่างละเอียดและต่อเนื่องได้ ไม่สามารถยกตัวอย่างหรืออธิบายให้เห็นจริงเพราะเป็นเนื้อหาที่ต้องใช้จินตนาการในการศึกษาทำความเข้าใจ ดังนั้นการสอนด้วยวีดิทัศน์จึงช่วยให้เห็นขั้นตอนของการปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจ สามารถเปิดดูซ้ำได้ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีและมีความสม่ำเสมอในเนื้อหา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธัญญา นวลประสิทธิ์ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่าความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตาต่อกระจกและญาติผู้ดูแลหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมาก รวมทั้งคะแนนก่อนและหลังการสอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้น การศึกษารังนี้ยังใช้การฝึกปฏิบัติโดยตรงด้วยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและความ

## การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม. สมสวย คำอู และคณะ

ตระหนักในการให้บริการสุขภาพประชาชน กล่าวคือ เข้าใจความรู้สึกของผู้ถูกเจาะเลือดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว และความเจ็บปวดที่ผู้ถูกเจาะเลือดจะได้รับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วครั้งที่ 1 และ 2 พบว่าหลังตรวจติดตามให้กำลังใจและเสริมแรงครั้งที่ 2 มีคะแนนสูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าหลังจากการให้ความรู้ สอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับการเจาะเลือดปลายนิ้วแล้ว การติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) ช่วยให้ทักษะการบริการเจาะเลือดปลายนิ้วของ อสม. ดีขึ้นและเกิดความยั่งยืน เนื่องจากในขณะการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นได้มีการให้คำแนะนำ แก้ไข ปรับปรุงการทำงาน อีกทั้งยังมีการให้กำลังใจและเสริมแรง จึงช่วยให้ อสม. ยังคงปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องดังที่ Skinner และคณะ กล่าวว่า พฤติกรรมใดที่มีผลต่อเนื่องเป็นบวก พฤติกรรมนั้นย่อมเกิดขึ้นซ้ำบ่อยครั้ง<sup>(4)</sup> นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีต่อ อสม. ยังช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย วีระกิตติกุล<sup>(9)</sup> ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติบทบาทของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาทักษะใดๆ ของ อสม. ควรมีการติดตามและเสริมแรงเพื่อให้เกิดความคงทนและยั่งยืน

การศึกษาในครั้งนี้ไม่เพียงแต่ให้ความรู้และทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วเท่านั้น แต่ยังสอดแทรกทัศนคติในการบริการสุขภาพ การเป็นจิตอาสา การพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพโดยรวมแก่ อสม. และอาจเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ อสม. มีกำลังใจในการปฏิบัติและพัฒนาทักษะของตนเอง ทั้งนี้รายงานของ พัชณา ศรีเครือดำ และคณะ<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อสม. โดยมีการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองรวมทั้งมีการติดตามนิเทศ พบว่า คะแนนทักษะระยะติดตามสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านความเหมาะสมของบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการเจาะเลือดปลายนิ้วโดย อสม. ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้รับบริการมองว่าการบริการโดย อสม. ที่มีลักษณะเป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลาหรือละทิ้งหน้าที่การทำงานเพื่อมารอตรวจที่สถานบริการสุขภาพ อีกทั้งยังเห็นคุณค่าการทำงานของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นการพัฒนาทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการแปลผลให้กับ อสม. โดยการใช้วิธีการสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม การใช้สื่อวีดิทัศน์ การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ร่วมกับการนิเทศติดตามด้วยการให้กำลังใจและการเสริมแรงตามช่วงเวลาที่เหมาะสม สามารถเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. ให้มี

ความสามารถให้บริการสุขภาพมากขึ้น เป็นการยกระดับคุณภาพของ อสม. และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังทำให้เกิดความภาคภูมิใจในฐานะเป็นคนในชุมชนที่มีจิตอาสาเพื่อชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความคงทนและยั่งยืนของแนวทางปฏิบัติได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งอาสาสมัครในการศึกษาก็ได้จากผู้ที่สมัครใจและมีจิตอาสาอยู่แล้ว ซึ่งอาจส่งผลที่ดีต่อการศึกษาได้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้จึงควรพิจารณาถึงข้อจำกัดดังกล่าวด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.จรรยาศรี มีหนองหว้า ดร.สุภารัตน์ วิสัยพันธ์ และ อ.ลักขณา ขอบเสียง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย แผนการสอนและคู่มือที่ใช้

### เอกสารอ้างอิง

1. IDF: Diabetes Atlas. 6th ed. [monograph on the internet]. Western Pacific at A Glance; 2013 [cited 2013 December 3]. Available from: [http://www.idf.org/sites/default/files/DA6\\_Regional\\_factsheets\\_0.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/DA6_Regional_factsheets_0.pdf).
2. สมเกียรติ โภธิสัตย์, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ,

อรุณี ไทยะกุล และคณะ. การประเมินเทคโนโลยีการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2552 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta\\_doc/6.pdf](http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta_doc/6.pdf).

3. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เล่ม ๑๓๐ ตอนพิเศษ ๖๔๖ ราชกิจจานุเบกษา ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๖ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2556] เข้าถึงได้จาก: <http://www.central-phc.org/ckfinder/userfiles/files.pdf>.
4. McLeod SA. Skinner-Operant Conditioning [monograph on the internet]. 2007 [cited 2013 December 3]. Available from <http://www.simplypsychology.org/operant-conditioning.html>.
5. สภาเทคนิคการแพทย์ ประเทศไทย. สอนเจาะหลอดเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2556] เข้าถึงได้จาก: <http://www.youtube.com/watch?v=N2FmPYm1mUA>.
6. กระทรวงสาธารณสุข, แพทยสภา, สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือวิทยาการระดับ

## การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลโดย อสม.

สมสวย คำอู และคณะ

---

- จังหวัด: หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2556] เข้าถึงได้จาก: [http://kpo.moph.go.th/webkpo/news\\_file/0006220130729095745.pdf](http://kpo.moph.go.th/webkpo/news_file/0006220130729095745.pdf).
7. ทรธษา นิลวิเชียร. เทคนิคการสอนแบบบรรยายโดยใช้กลุ่มร่วมมือ. ข่าวสารวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2551;1:1-2.
  8. สุธัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์, กษิรา จันทรมณี. ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตาต่อกระจกและญาติผู้ดูแล. วารสารสภาการพยาบาล 2553;25:78-86.
  9. ธวัชชัย วีระกิติกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2552.
  10. พัทธนา ศรีเครือดำ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์ วัฒนา, ญัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อสม. จ.สุรินทร์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2556;27:71-82.

# The Outcome of Teaching the Village Health Volunteers on Fingertick Glucose Procedure at Ratsamran Health Promotion Community Hospital

*Somsouy Kum-oo\* Rungreudee Orntha\* Chawee Kaewmuang\**

*Supayaluk Boonjarern\* Mayura Kotasa\**

---

## Abstract

This study aimed to investigate the effects of teaching fingerstick glucose procedure (FSGP) among village health volunteers at Ratsamran health promotion community hospital. A quasi-experimental research with one group pre-test and post-test design was applied to conduct the study. A sample of this study was 32 village health volunteers who worked in 8 villages from September 2013 to December 2013. In the study method, the village health volunteers were taught FSGP by using participatory learning method. After demonstrating the FSGP, the health care volunteers demonstrated back how they would do the FSGP. Then they were monitored of the FSGP twice during the first and second week. The knowledge of FSGP and the skill evaluation of FSGP questionnaire for the village health volunteers, and the appropriateness and satisfaction of FSGP questionnaire for patients were used to collect data. T-test statistics was used to compare the differences of analyze the knowledge and the skill evaluation of FSGP scores. Results of this study showed that mean knowledge score of FSGP was greater than before teaching the FSGP ( $p < 0.01$ ). The mean skill evaluation score of FSGP at the second teaching was greater than the first one ( $p < 0.01$ ). The appropriateness score of FSGP by village health volunteers was in a high level (mean=4.26, SD=0.40). The satisfaction score was also in a high level (mean=4.28, SD=0.44). The study recommended that the developing skill of FSGP should be use participatory learning method, demonstration and return demonstration would increase the village health volunteers' competency. In addition, using supervision with the encouragement and reinforcement over time can increase ability of the village health volunteers and participation in health care service which will certainly contribute to sustainability of the skill.

**Keywords :** participatory learning, village health volunteers, the fingerstick glucose procedure

---

\* *Ratsamran Health Promotion Community Hospital.*



# สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติ ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สุวารี เจริญมุขยันท\* สุรพล ตั้งสกุล\*\* ธนสิทธิ์ สนั่นเมือง†

## บทคัดย่อ

สถานการณ์โลกไร้พรมแดนประกอบกับนโยบายและการดำเนินงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปัจจุบันส่งผลให้ชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น บริการสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านดีและด้านเสีย ในด้านดีทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น แต่ในด้านเสียอาจทำให้มีการใช้บริการสุขภาพมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ขณะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ก็ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ดังจะเห็นจากการมีผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการรองรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2555 และสัมภาษณ์ข้อมูลการจัดบริการในปัจจุบัน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยทุกประเภท ทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง โดยมีผู้ป่วยชาวลาวมาใช้บริการมากที่สุดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สาเหตุการมาใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติ ได้แก่ การคลอด การผ่าตัดทำคลอด และภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการให้บริการก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ตลอด 5 ปีที่ผ่านมาแนวโน้มของจำนวนเงินที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ก็สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ การใช้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยต่างชาติ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน, โลกรไร้พรมแดน

\*นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

\*\*ทันตแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

† นักวิชาการสถิติ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

## บทนำ

ประเทศไทยมีสภาพภูมิศาสตร์ของพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา มาเลเซีย และสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า การที่มีพื้นที่ติดต่อกันทำให้เดินทางข้ามพรมแดนเข้า-ออกระหว่างประเทศได้ง่าย และไม่ว่าการข้ามพรมแดนจะมีวัตถุประสงค์เพื่อมาใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ หรือข้ามพรมแดนจากสาเหตุการเคลื่อนย้ายแรงงาน ก็จะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นเดียวกัน<sup>(1-3)</sup> ไม่เพียงแต่ประเทศเพื่อนบ้านที่มีพื้นที่ติดต่อกันเท่านั้น ชาวต่างชาติที่มีถิ่นฐานในประเทศไทยที่ไม่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศไทยก็สามารถเดินทางเข้าประเทศได้ง่ายและสะดวกเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีจำนวนชาวต่างชาติเข้ามาพำนักในประเทศไทยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมากขึ้น จากปี 2547 ที่มีเพียงไม่ถึงสามล้านคน<sup>(4-5)</sup> ซึ่งลักษณะสถานการณ์การมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยเช่นนี้จะส่งผลต่อกระทบต่อระบบบริการสุขภาพภายในประเทศทั้งด้านการเตรียมความพร้อมด้านอัตรา กำลัง งบประมาณ และศักยภาพการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่การศึกษาศถานการณ์ของการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมให้มีระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในเขตภาคอีสานตอนล่าง อยู่ในจังหวัดที่มีพื้นที่บางส่วนติดต่อกับประเทศลาวและประเทศกัมพูชา อีกทั้งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานและมีชาวต่างชาติที่เกษียณอายุมาพำนักในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง<sup>(6-9)</sup> ส่งผลให้มีชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสม

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เคยมีการทบทวนสถิติการใช้บริการสุขภาพเฉพาะของผู้ป่วยชาวลาวเท่านั้น และพบว่าจำนวนผู้ใช้บริการชาวลาวเพียงเชื้อชาติเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง จำนวนค่าใช้จ่ายที่ต้องให้การสงเคราะห์ด้วยงบประมาณของโรงพยาบาลก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการเพื่อลดผลกระทบทางการเงินของโรงพยาบาล แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีมีการทบทวนสถานการณ์การใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมดอย่างครอบคลุม จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติของโรงพยาบาลต่อไปในอนาคต

### วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยทำการเก็บรวบรวมสถิติการใช้บริการทั้งหมดของผู้ป่วยต่างชาติทุกสัญชาติที่มาใช้บริการทุกประเภทในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตามปีงบประมาณในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2555 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ) จากนั้นทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่การเงิน นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติในปัจจุบัน แล้ววิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และเป็นแนวทางในการ

บริหารจัดการการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติในอนาคต

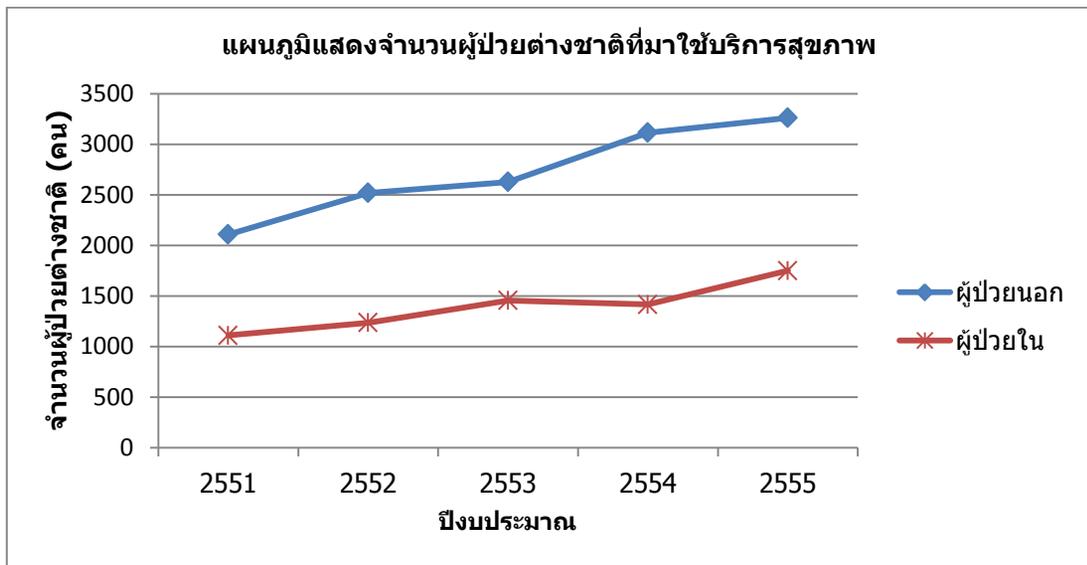
### ผลการศึกษา

การทบทวนข้อมูลใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติจากสถิติของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีอายุเฉลี่ย  $41 \pm 3.4$  ปี โดยกลุ่มอายุที่มาใช้บริการมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ศึกษา คือ ช่วงอายุ 21-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมาคือช่วงอายุที่มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 19) ส่วนช่วงอายุที่มาใช้บริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 7) คือ 0-10 ปี (ตารางที่ 1) ผู้ใช้บริการที่อายุน้อยที่สุดคือ 1 วัน เป็นผู้ป่วยชาวลาว ส่วนอายุมากที่สุดคือ 99 ปี เป็นผู้ป่วยชาวลาว เวียดนาม และจีน

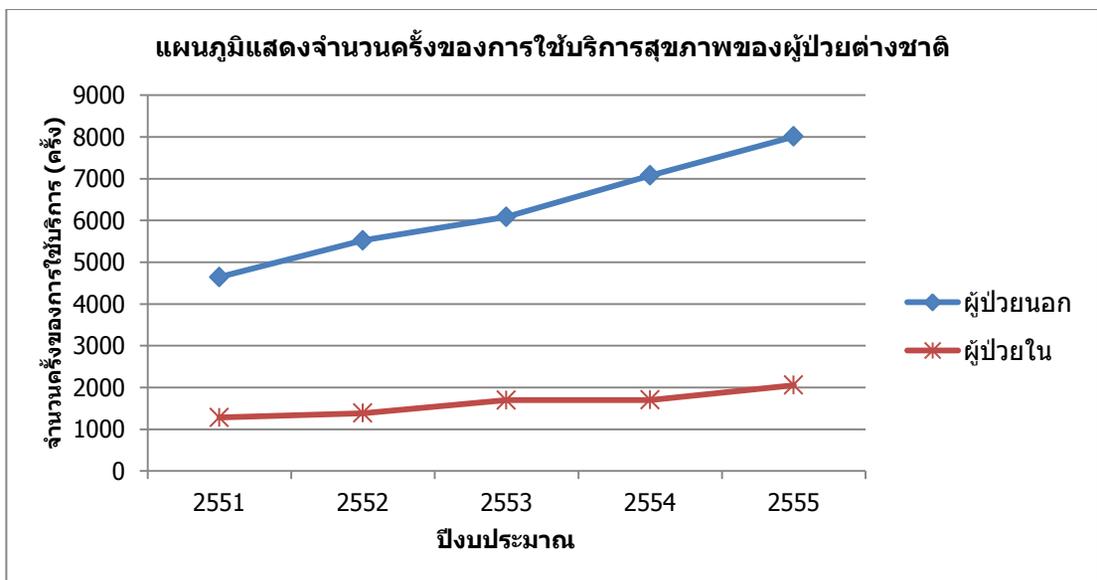
ตารางที่ 1 แสดงช่วงอายุของผู้ป่วยต่างชาติที่มาใช้บริการสุขภาพตามปีงบประมาณ

ปี	อายุเฉลี่ย (ปี)	จำนวนผู้ป่วยต่างชาติ (คน)							รวม
		0-10 ปี	11-20 ปี	21-30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	> 60 ปี	
2551	47	262	354	629	491	443	447	593	3,219
2552	41	309	497	767	531	543	494	615	3,756
2553	39	394	502	833	600	559	574	622	4,084
2554	39	410	601	954	634	561	608	764	4,532
2555	40	515	544	942	752	782	659	818	5,012
รวม	41	1,890	2,498	4,125	3,008	2,888	2,782	3,412	20,603

แผนภูมิที่ 1 แสดงปริมาณผู้ป่วยต่างชาติที่มาใช้บริการสุขภาพตามปีงบประมาณ



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนครั้งของการมาใช้บริการสุขภาพตามปีงบประมาณ



ปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง โดยเพิ่มจำนวนจาก 3,219 คน และมีการใช้บริการ 5,923 ครั้ง ในปี 2551 เป็น 5,012 คน ใช้บริการ 10,064 ครั้ง ในปี 2555 (แผนภูมิที่ 1 และ 2) โดยแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกสูงมากกว่าการใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน

คิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยในประมาณ 2:1

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมากที่สุดทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง คือ ผู้ป่วยชาวลาว (ตารางที่ 2) โดยมีผู้ป่วยชาวตะวันตกได้แก่ สหรัฐอเมริกาและยุโรป ก็มีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 แสดงปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติจำแนกตามสัญชาติ 10 ลำดับแรก

ลำดับที่	สัญชาติ	อายุต่ำสุด	อายุสูงสุด	อายุเฉลี่ย (ปี)	จำนวนคน	จำนวนครั้ง
1	ลาว	1 วัน	27 ปี	46	12,719	35,267
2	จีน	1 ปี	80 ปี	58	163	1,985
3	อังกฤษ	1 ปี	71 ปี	51	165	864
4	ญวนอพยพ	11 ปี	62 ปี	60	74	790
5	สหรัฐอเมริกา	1 ปี	62 ปี	46	184	764
6	พม่า	10 เดือน	36 ปี	34	137	664
7	เยอรมัน	14 ปี	63 ปี	49	107	558
8	เวียดนาม	10 ปี	72 ปี	51	177	477
9	กัมพูชา	1 เดือน	25 ปี	37	171	442
10	ฟิลิปปินส์	1 ปี	70 ปี	61	52	283

การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์

สุวารี เจริญมุขยันท และคณะ

สาเหตุที่นำมาสู่การใช้บริการมากเป็นอันดับแรกคือ การคลอด โดยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับต่อมา โดยเฉพาะสาเหตุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะ 3 ปีหลัง คือ โรคเบา

หวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (non-insulin dependent diabetes mellitus) (ตารางที่ 3) ส่วนเหตุการณ์ที่นำมาสู่การใช้บริการมากที่สุดคือ การผ่าตัดทำคลอด (low cervical cesarean section) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของการใช้บริการสุขภาพในช่วงระยะเวลาปีงบประมาณพ.ศ. 2551-2556 ตามลำดับ

ลำดับที่	การวินิจฉัย	จำนวนคน	จำนวนครั้ง
1	False labour, unspecified	881	967
2	Non-insulin dependent diabetes mellitus	251	872
3	Essential (primary) hypertension	237	757
4	Dyspepsia	586	719
5	Calculus of kidney	224	444
6	Pneumonia, unspecified	324	370
7	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	100	363
8	CA Breast, unspecified	75	341
9	Nephrotic syndrome	72	296
10	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin	240	256

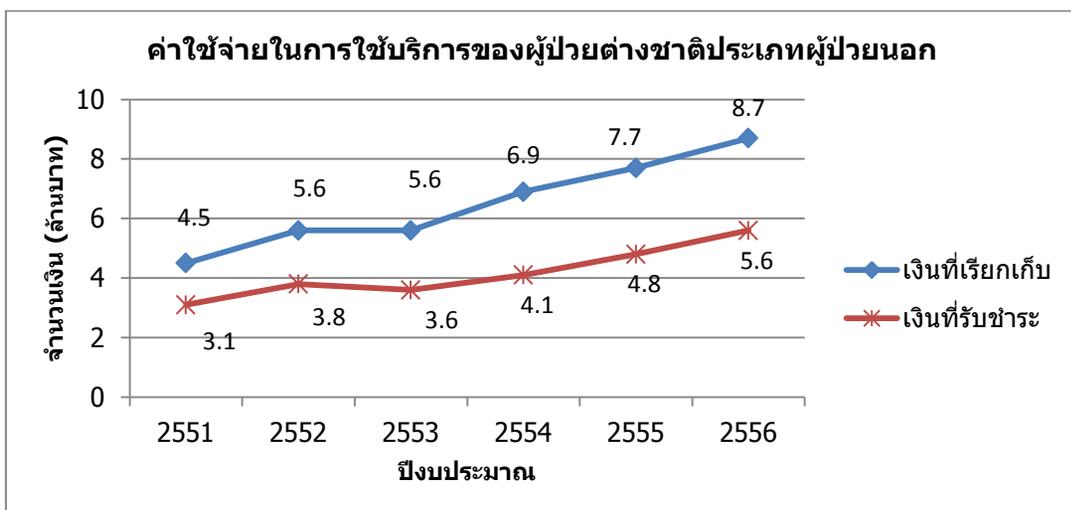
ตารางที่ 4 แสดงเหตุการณ์ที่มาใช้บริการในช่วงระยะเวลาปีงบประมาณพ.ศ. 2551-2556 ตามลำดับ

ลำดับที่	เหตุการณ์	จำนวนคน	จำนวนครั้ง
1	Low cervical cesarean section	364	374
2	Continuous mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours	342	346
3	Transfusion of packed cells	213	296
4	Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance	69	239
5	Computerized axial tomography of head	185	191
6	Excisional debridement of wound, infection or burn	172	181
7	Other transfusion of whole blood	106	175
8	Continuous mechanical ventilation for 96 consecutive hours more	165	169
9	Other appendectomy	153	153
10	Diagnostic ultrasound of abdomen and retroperitoneum	96	98

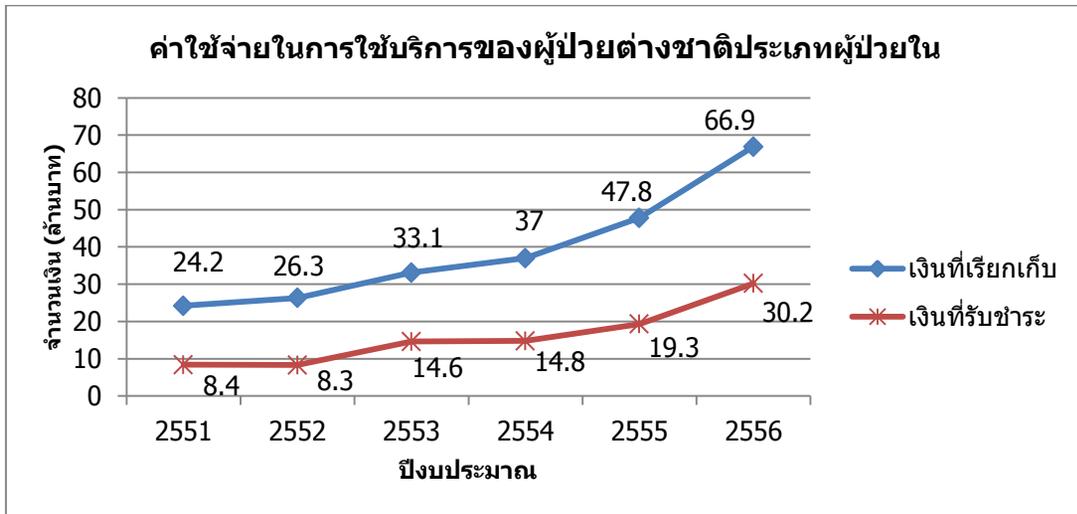
การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยนั้นแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ผู้ป่วยต่างชาติที่ต้องชำระเงินด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีระบบประกันสุขภาพรองรับ และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดย 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยต่างชาติที่มาใช้บริการร้อยละ 74 ต้องชำระเงินเอง สำหรับกรณีไม่สามารถชำระเงินค่าบริการได้ โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้กับผู้ป่วยผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่มีไว้สำหรับผู้ป่วยชาวไทยเป็นหลัก นอกจากนี้ ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้าถึง

เทคโนโลยีสูงขึ้นตามการบริการที่ได้รับ ทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือผ่านระบบสังคมสงเคราะห์มากขึ้น จะเห็นได้จากข้อมูลของโรงพยาบาลที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการประเภทผู้ป่วยในสูงกว่าประเภทผู้ป่วยนอก (แผนภูมิที่ 3 และ 4) และแนวโน้มของจำนวนเงินที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ตลอด 5 ปีที่ผ่านมาสามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการประเภทผู้ป่วยนอกได้เพียงร้อยละ 63.9 และสามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการประเภทผู้ป่วยในได้เพียงร้อยละ 40.7

แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยต่างชาติ



แผนภูมิที่ 4 แสดงค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของผู้ป่วยต่างชาติ



จากการทบทวนข้อมูลพบว่าการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกิน 10,000 บาทต่อครั้ง ในช่วงระยะเวลาปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2555 อันดับแรก คือ มะเร็งต่อมลูกหมาก (malignant neoplasm of prostate) ส่วนการให้บริการประเภทผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกิน 50,000 บาทต่อครั้ง ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

อันดับแรก คือ ภาวะเลือดออกในสมองจากการบาดเจ็บ (traumatic subdural hemorrhage: without open intracranial wound) และ หัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกิน 100,000 บาทต่อครั้ง อันดับแรกคือ ภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องมากกว่า 96 ชั่วโมง (continuous mechanical ventilation for 96 consecutive hours more) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 5 การใช้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง 10 ลำดับแรกของผู้ป่วยต่างชาติ

ประเภทผู้ป่วย	ลำดับที่	การวินิจฉัยโรค	จำนวนคน / ครั้ง
OPD ค่าใช้จ่ายมากกว่า 10,000 บาท	1	Malignant neoplasm of prostate	4 / 24
	2	Essential (primary) hypertension	5 / 16
	3	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	6 / 12
	4	Multiple myeloma	1 / 12
	5	Other osteoporosis: head/neck/rib/skull/trunk/vertebra	2 / 11
	6	CA Breast, unspecified	4 / 10
	7	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	4 / 9
	8	Atherosclerotic heart disease	3 / 9
	9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	4 / 5
	10	Intrahepatic bile duct carcinoma	2 / 4
IPD ค่าใช้จ่ายมากกว่า 50,000 บาท	1	Traumatic subdural haemorrhage: without open intracranial wound	16 / 16
	2	Diffuse brain injury: without open intracranial wound	14 / 14
	3	Septicaemia, unspecified	14 / 14
	4	Focal brain injury: without open intracranial wound	13 / 13
	5	Pneumonia, unspecified	13 / 13
	6	Epidural haemorrhage: without open intracranial wound	12 / 12
	7	Intracerebral haemorrhage, unspecified	11 / 11
	8	Acute lymphoblastic leukaemia	9 / 10
	9	Intrahepatic bile duct carcinoma	9 / 10
	10	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall	9 / 9

การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์  
 สุวารี เจริญมุขพันธ์ และคณะ

ตารางที่ 6 หัตถการในการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง (100,000 บาทขึ้นไป) 10 ลำดับแรก  
 ของผู้ป่วยต่างชาติ

ลำดับที่	หัตถการ	จำนวน คน/ครั้ง
1	Continuous mechanical ventilation for 96 consecutive hours more	41 / 41
2	Coronary arteriography using two catheters	23 / 24
3	Other incision of brain	16 / 16
4	Temporary tracheostomy	13 / 13
5	Excisional debridement of wound, infection or burn	10 / 10
6	Continuous mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours	7 / 7
7	Other replacement of mitral valve	7 / 7
8	Ventriculostomy	7 / 7
9	Lobotomy and tractotomy	5 / 5
10	Insertion of permanent pacemaker	5 / 5

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รูปแบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ พบว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติไม่มีความแตกต่างจากการจัดบริการให้กับคนไทย แต่มีการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการจ่ายค่าบริการสำหรับผู้ป่วยในจากการจ่ายค่าบริการครั้งเดียวเมื่อผู้ป่วยถูก

จำหน่ายกลับบ้าน เปลี่ยนเป็นให้จ่ายค่าบริการทุกวันจนถึงวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับ เนื่องจากการให้ผู้ป่วยจ่ายค่าบริการเพียงครั้งเดียวในวันที่จำหน่ายกลับจะมีจำนวนค่าบริการจำนวนมาก จนอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายค่าบริการ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน

## วิจารณ์

การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างชาติมีปริมาณเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์โลก ปัจจุบันที่มีการเดินทางง่ายและสะดวกมากขึ้น อีกทั้งนโยบายและการดำเนินงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community; AEC) ที่ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านทำได้ง่ายมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการที่มีผู้ป่วยหลากหลายสัญชาติเข้ามาใช้บริการมากขึ้น และผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการมากขึ้น อีกทั้งข้อมูลกลุ่มอายุของผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการมากเป็นช่วงอายุในวัยทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในเบื้องต้นของจังหวัดอุบลราชธานีที่แสดงว่ามีชาวต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามาพำนักในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อมาทำงานมากขึ้น

สำหรับสาเหตุที่นำมาสู่การใช้บริการที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ การคลอດเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ในประเด็นการศึกษาเรื่องการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย<sup>(1)</sup> และการศึกษาของสุวารี เจริญมุขย นันท์ และคณะ ในการศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และ

ตราด<sup>(2,3)</sup> ที่พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งที่นำมาสู่การใช้บริการสุขภาพคือ การคลอດ รวมถึงการผ่าตัดทำคลอດ โดยมีการเจ็บป่วยจากภาวะโรคเรื้อรังนำมาสู่การใช้บริการเป็นอันดับรองลงมา แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของภาวะความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนจากเชื้อโรค มาเป็นการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมสุขภาพ และถึงแม้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีจำนวนคนจะน้อยกว่าการคลอດแต่จำนวนครั้งที่ใช้บริการกลับเป็นจำนวนรวมที่มากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงภาระของโรงพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดตามมา นอกจากนี้ ข้อมูลการใช้บริการสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการมากกว่าความจำเป็นต่อการมาใช้บริการ เนื่องจากการใช้บริการจากสาเหตุเหล่านี้ไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่มีภาวะรุนแรง ซึ่งหากมีการจัดรูปแบบการบริการที่ี้อาจทำให้สามารถควบคุมปริมาณการมาใช้บริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมตามความจำเป็นได้

จากการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกด้วย โดยมีค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในสูงกว่าประเภทผู้ป่วยนอก แนวโน้มของจำนวนเงินที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตลอด 5 ปีที่ผ่านมา สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการประเภทผู้ป่วยนอกได้ประมาณสองในสามของจำนวนเงินที่เรียกเก็บค่า

บริการทั้งหมด และสามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการผู้ป่วยในได้เพียงร้อยละ 40.7 ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บค่าบริการทั้งหมด ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยชาวเอเชียที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้เท่านั้น แต่รวมถึงผู้ป่วยชาวตะวันตกด้วยเช่นกัน

สำหรับปัญหาค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้นั้น เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดที่อยู่ตามพรมแดน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(1-3)</sup> แม้ว่าปัญหาดังกล่าวจะได้รับการจัดการด้วยการออกแบบขั้นตอนการให้บริการให้มีความรัดกุม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลไปได้บ้าง แต่การปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการจัดรูปแบบการให้บริการให้มีความรัดกุมในทุกขั้นตอนเพื่อจัดการปัญหาได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน

สำหรับการศึกษารุ่นต่อไป ควรศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติในโรงพยาบาลเชิงระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายอย่างทั่วถึง โดยมีความเสี่ยงต่อภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด

## สรุป

สถานการณ์การให้บริการของผู้ป่วยต่างชาติที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยทุกประเภท ทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้ง ผู้ป่วยต่าง

ชาติที่มาใช้บริการมากที่สุดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คือ ผู้ป่วยชาวลาว โดยสาเหตุการมาใช้บริการของผู้ป่วยต่างชาติ ได้แก่ การคลอด การผ่าตัด ทำคลอด และภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (non-insulin dependent diabetes mellitus)

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่หน่วยงานข้อมูลและสถิติ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลในการศึกษารุ่นนี้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2555, [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachservices/174/Full-text.pdf>.
2. สุวารี เจริญมุขยพันธ์, ถาวร สกุกพานิชย์, พัทธนี ธรรมวันนา, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด

- [อินเทอร์เน็ต]. 2556, [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/4587>.
3. สุวารีย์ เจริญมุขยพันธ์, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สรันยา เสงพระพรหม, ชาญวิทย์ ทรเทพ. การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2556, [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย>.
  4. กฤตยา อาชวนิจกุล. สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา โครงการการพัฒนาและปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. 2547, [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.archanwell.org/autopage/show\\_page.php?t=1&s\\_id=75&d\\_id=75](http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=75&d_id=75).
  5. กฤตยา อาชวนิจกุล. สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา โครงการการพัฒนาและปรับปรุงฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. 2547, [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/download\\_PublicationBook/2546/269.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/download_PublicationBook/2546/269.pdf).
  6. สุรศักดิ์ ขวายนันท์. ไทยมาแรงครองอันดับหนึ่งเหมาะที่จะเป็นที่อยู่ของต่างชาติหลังเกษียณ จากการสำรวจของธนาคารระดับโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2554, [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oknation.net/blog/surasakc/2011/10/10/entry-1>.
  7. สุรศักดิ์ ขวายนันท์. ไทยมาแรงไม่หยุด ล่าสุดเอกชนเปิดหมู่บ้านรองรับชาวสวิสและชาวเยอรมันที่บุรีรัมย์ไว้พำนักหลังเกษียณหรือไว้รับเชย [อินเทอร์เน็ต]. 2554, [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oknation.net/blog/surasakc/2011/12/07/entry-1>.
  8. ผลวิจัยระบุเชยฝรั่งทุกข์เจอปัญหาเพียบ [อินเทอร์เน็ต]. 2552, [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.komchadluek.net/detail/20090322/6368/ผลวิจัยระบุเชยฝรั่งทุกข์เจอปัญหาเพียบ.html>.
  9. กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั้งราชอาณาจักร ประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555, [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2555.pdf>.

# Health Services Utilization of Foreigner Patients at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

*Suwaree Charoenmukayananta\* Surapon Tungsakul\*\* Thanasith Sananmuang<sup>†</sup>*

---

## Abstract

Globalization and policy of ASEAN Economic Community (AEC) led to foreigners coming into the country easier and more convenient. Health service is an issue that has been affected in both advantage and disadvantage aspects. For the advantages, patients get more accessibility to care. However, they may use health services excessively. Sunpasitthiprasong Hospital is the tertiary hospital and has been affected by these issues. Therefore, it is necessary to study the health services utilization of foreign patients for health service planning and management in the future. The retrospective descriptive study was performed to collect statistical data in fiscal year of 2008–2013 and health service process was explored by interviewing the involved officers. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis. The result showed that health service utilization tends to rise continuously in both inpatients and outpatients. Foreigners who use services the most, both inpatient and outpatient, were Laotian. Causes of health utilization were laboring, low cervical cesarean section, and non-insulin-dependent diabetes mellitus. Likewise, the cost of providing services was likely to increase steadily as well. During the 5 years of study, service fees that were not paid also increasing continuously.

**Keywords :** health services utilization, foreigner patients, AEC, globalization

---

\* *Physical Therapist. Physical Therapy Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.*

\*\* *Dentist. Dental Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.*

<sup>†</sup> *Statistician. Medical Information Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.*