



วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560

VOL. 25 NO. 2 MAY - AUGUST 2017

ISSN 0858 - 6632



วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

เจ้าของ	โรงพยาบาลอุดรธานี	
ที่ปรึกษา	นพ.ธรรมนุญ วิไลรัตนวรรธ นพ.เทียนชัย รัศมีมาสมือง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนา ระบบบริการฯ
บรรณาธิการ	พญ.สุกัญญา ภัยหลีกถึ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
กองบรรณาธิการ	พญ.ปิยรัตน์ โรจน์สง่า พญ.นิษฐา นิภาวงศ์ นพ.ประเสริฐ กลกิจวิวัฒน์ พญ.นิษฐา นิภาวงศ์ นพ.ศรารุช ลอมศรี ทพญ.สิริรัตน์ วีระเศรษฐกุล นางสาวจิรารวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ นางเนาวนิตย์ พลพิณิจ นางสาวพิมพ์รัตน์ พิมพ์ดี นางवासนา วงษ์ศิลป์ ผศ.ดร.กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ ดร.ชลการ ทรงศรี	โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ฝ่ายธุรการประสานงาน	นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว	โรงพยาบาลอุดรธานี
กำหนดออก	ราย ๔ เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม) แจกจ่ายแก่ รพท., รพท., รพท., และคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ	
ส่งต้นฉบับที่	นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ๓๓ ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี ๔๑๐๐๐ โทร. ๐๔๒-๒๔๕๕๕๕ (ต่อ ๓๔๑๙-๒๑)	

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิวิจารณ์ ตลอดจนจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ออกแบบและจัดพิมพ์ ไทยชบา กราฟฟิคเฮ้าส์ เอเจนซี

๔๗๐/๕ ถ.อดุลยเดช ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี โทร. ๐๔๒-๑๘๑๘๔๔

คำแนะนำสำหรับผู้ลงบทความตีพิมพ์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นวารสารการแพทย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยและค้นคว้าวิชาแพทย์ บทความพื้นฐาน การบรรยายพิเศษ รายงานผู้ที่เป็นที่น่าสนใจ เป็นต้น วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน

การลำดับต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word พิมพ์หน้าเดียวกันด้วยกระดาษ A4 คอลัมน์เดียว ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาด ๑๖ รวมแล้วเอกสารไม่ควรเกิน ๑ - ๑๒ หน้า ส่งต้นฉบับ ๒ ชุด พร้อม Diskette หรือแผ่น CD และมีจดหมายเขียนถึงบรรณาธิการ เพื่อส่งต้นฉบับลงพิมพ์และจะต้องลงลายมือชื่อของผู้พิมพ์ทุกคนในจดหมาย

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรกระชับและสื่อความหมายชัดเจนมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อผู้พิมพ์ใช้ระบบชื่อนามสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงานด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่เป็นสิ่งตรวจพบ หลักฐาน และผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต จำนวนคำไม่เกิน ๓๐๐ ตัวอักษร ไม่ควรมีคำย่อหรือไม่มีภาษาอังกฤษเอกสาร

เนื้อเรื่อง ควรเสนอตามลำดับขั้นตอนคือ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอาราบิก(Arabic) เอกสารอ้างอิงไว้บนไหล่บรรทัดด้านขวาไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเติม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ชื่อเรียงตามรูปแบบของ International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก Website http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงหรือใช้ตามเอกสารนั้นๆ

บทความทุกบทความจะได้รับการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ และต่างหน่วยงาน/ต่างสถาบัน อย่างน้อยจำนวน ๒ ท่าน โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์บทความ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

๑. การอ้างอิงจากวารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่ (Vol):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน ๖ คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี ๗ คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง ๖ ชื่อแรกและตามด้วย et al

๑. ลันทิต บุญส่ง. สาเหตุการขาดอากาศของทารกแรกคลอดในโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารกรมการแพทย์ 2540;24:7-16

๒. Apgar. A Proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Anes Analog 1953;32:260

๒. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

๒.๑ หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม
ลำดับที่.ผู้พิมพ์/หน่วยงาน.ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. พรจันทร์ สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร: เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; ๒๕๔๒

๒. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia: WB Saunder; 1997.

๒.๒ หนังสือมีบรรณาธิการ

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อบทความ. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

๑. วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ, สุจริต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพฯ มหานคร: ไชเบอร์เพรส; 2542.

๒. Norman IJ, Reddfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

๒.๓ บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีพิมพ์: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

๑. อีระ ลีลานั้นทกิจ, ชูทิพย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน: เกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๓๖: ๙๖๑-๙๙๖.

๒. Merrill JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. In : DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1986:0368-83.

๓. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference Proceedings)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

๑. Kimura J, Shibasaki H, editors. recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct. 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

๔. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา] ภาควิชา, คณะ. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

๑. พรทิพย์ อุณโกล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและ

ป้องกันโรคในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต] สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

๕. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

๑. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serial-online) 1995; Jan-Mara (cited 1996 Jun 5) :1(1) : [24 screens]. Available from : URL; <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/edi.htm>.

๒. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computer program). Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational systems; 1993.

๖. อื่นๆ

๖.๑ เอกสารอ้างอิงประเภทพจนานุกรม

ลำดับที่. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี. คำศัพท์; หน้า.

๑. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; ๒๕๓๘. ๕๔๕.

๖.๒ การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

๑. ซี ๑๒. ตุลาคมการศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. ๒๕๔๓ พ.ย. ๒๐; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: ๑๒ (คอลัมน์ ๑).

๒. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

สำเนาพิมพ์ (Reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสาร จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน ๒ ชุด

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน จิราวรรณ สีสภาพฒนาพาณิชย์, อรุณี พันธุ์โอกาส	113
ระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู สุภาภรณ์ ปัญหาราช	120
เปรียบเทียบประสิทธิผลของยา ดอมเพอริโดนกับยาประสะน้ำมัน ในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัด ขวัญตา ทุนประเทือง	130
ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อความรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลอุดรธานี ยุพาพร หัตถโชติ	136
ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะกดเงินในโรงพยาบาลอุดรธานี พัชรลณี ประสันนาการ	143
ผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี นุชรินทร์ พันโกฏิ	151
ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด สมศิริ เกษตรเวทิน, ณัฐพัชร์ พรหมมินทร์	162
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมุทรปราการ อลงกรณ์ เถกิงศักดิ์ากุล	171
ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (Patient Controlled Analgesia: PCA) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังโรงพยาบาลอุดรธานี นันทกา เจียรกุล	181

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาผลของการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมเพื่อรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลอุดรธานี รุจิรา อนุสุริยา	190
การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่าน แนวปุ่มกระดูกชนิดมันคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล็อกกับไดนามิกฮิปสกรู ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กริช อีร์ลิกุล	199

ผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน

จิรารวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, อรุณี พันธุ์โอภาส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจโดยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice; BA) และการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกินที่มารับบริการขอคำปรึกษากับศูนย์ NCD กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เดือน ธันวาคม 2557 จำนวน 108 คน เลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างที่คุณลักษณะใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มควบคุมไม่ได้ทำ BA, กลุ่มทดลอง กลุ่ม A และ B ทำ BA 1 และ 3 ครั้ง ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) ไม่บรรทัดวัดแรงจูงใจ และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และผลการตรวจวัดมวลสาร ตรวจความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ เครื่องตรวจวัดมวลสารในร่างกาย, แนวปฏิบัติการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Brief Advice; BA), การติดตามกระตุ้นเตือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยครั้งแรกเดือนธันวาคม 2557 และเมื่อครบ 3 เดือนในเดือนเมษายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน One Way ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัย (1) แรงจูงใจพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการกินของกลุ่มทดลอง A และกลุ่มทดลอง B มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) พฤติกรรมออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ของกลุ่มทดลอง B มากกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) น้ำหนักตัวดัชนีมวลกายและรอบเอวกลุ่มทดลอง B ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ และการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างลดน้ำหนักตัว ลดดัชนีมวลกาย และลดรอบเอว โดยพบว่า แม้ทำเพียงครั้งเดียวก็สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกินได้ แต่เมื่อมีการกระตุ้นเตือนซ้ำมีผลให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงสูงต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ, การแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกาย, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน

The Result of the motivational interviews and interpreting measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outside

Jirawan Leelapattanapanit RN. , Arunee Phunopas RN, Udonthani Hospital

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study ways of motivating by interview and brief advice (BA) and interpretation of measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outside. The population was obese patients with outside waist circumference who received counseling from NCD nurse, Udonthani hospital on December 2014. 108 patients divided to three groups of 36 people; control group, group A and group B were received brief advice (BA) 0, 1, 3 times respectively. Specific sample characteristics nearby with data consisted of Personal information, Three-Oor (3a.) behavior assessment (diet, exercise, emotional), the Motivation measurement ruler, Health data record, Mass spectrometry measurement. Checked validity by experts and validity was tested which Cronbach's alpha was 0.81. Measurements experimental research were measurement of body mass, practice motivational interviews conversation, incentives following. The promptings Preliminary data collected by the researchers on December 2014 and April 2015, after three months, data were analyzed using descriptive statistics, percentage, average, standard deviation, One Way ANOVA statistical inference and the confidence level of 0.05.

Findings (1) Motivation exercise and diet behaviors of group A and B were more than in the control group was statistically significant. (2) Exercise, diet, emotional behavior of group B were more than group A and control group with statistically significant. (3) Weight, Body mass index, and waist circumference in both group A and B had decreased more than control group was statistically significant.

Thus the motivational interviews and interpreting measurement of body mass makes sample weight loss lower body mass index and waist circumference reduction was found that it can increase motivation even one time Brief Advice was done. To modify behavior to those who are overweight and have excess waist circumference whom still high the motivation to change behavior repeat intervention should be done.

Keywords: motivational interviews, Interpreting measurement of body mass, modify behavior, Obese, waist circumference outside.

บทนำ

ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่ม NCDs (Noncommunicable diseases) ได้เปลี่ยนจากประเด็นสุขภาพธรรมดา กลายเป็นวาระโลก เป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของโลก และอันดับหนึ่งของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม กลุ่มโรคหลัก NCDs ประกอบด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวานและกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม 4 ปัจจัยอันได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ กับปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอีก 4 ปัจจัยได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน¹

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือยุ่งยาก ประหยัดเวลาสำหรับประเทศไทยปัจจัยเสี่ยงทางการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีส่วนคร่าชีวิตประชากรสูงสุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้จากการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2555–2557 ยังพบว่าปัญหานี้เพิ่มขึ้น ภาวะอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 23.23 เป็นร้อยละ 26.02 รอบเอวเกินเพิ่มจากร้อยละ 25.37 เป็น ร้อยละ 31.84 สถานการณ์ภาวะอ้วนและรอบเอวเกินในโรงพยาบาลอุดรธานีน่าเป็นห่วงทั้งที่เป็นองค์การที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีการจัดบริการให้ความรู้และฝึกทักษะการลดอ้วน ลดพุง ให้กับบุคลากรและประชาชนอย่างต่อเนื่องทุกปี

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วย NCDs มาเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี พบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน ที่สามารถลดน้ำหนักลดรอบเอวได้อย่างยั่งยืนมีน้อยมาก จากการสัมภาษณ์ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ พบว่าผู้ที่ไม่สามารถลดน้ำหนัก ลดรอบเอวได้อย่างยั่งยืนเป็นผู้ที่มีความรู้ดีแต่ไม่นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ บาง

ส่วนไม่สนใจ ไม่ตระหนักในปัญหาความเสี่ยงของตนเอง บางส่วนมีความลังเลใจในการตัดสินใจปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลจึงสนใจที่จะหาวิธีการให้คำแนะนำแบบสั้นๆ ใช้เวลาไม่นานแต่ให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า คือ สามารถจูงใจให้ผู้ที่มีความอ้วนและรอบเอวเกินให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

เมื่อมีผลการตรวจสุขภาพที่ผลเริ่มผิดปกติหรือมีความเสี่ยง ผู้รับบริการก็มักยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)² ได้เสนอแนะเทคนิคสำคัญในการให้บริการที่ส่งผลจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสนทนากับผู้รับบริการที่โดนใจ ได้แก่ การทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความร้ายแรง รับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองรับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับรู้ถึงอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยอาศัยหลักคิดดังกล่าวในการนำมาใช้ในการให้บริการและเชื่อว่าผลการตรวจวัดมวลสารที่ผลผิดปกติเป็นโอกาสเหมาะที่จะสนทนาเพื่อจูงใจผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ได้เลือกเทคนิคการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจโดยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Belief Advice: BA) เพราะเป็นเทคนิคที่ง่ายตาย สะดวกและใช้เวลาสั้นๆ 5-10 นาที เพียงครั้งเดียวและเป็นเทคนิคที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะนำมาประยุกต์ใช้ประกอบการให้ข้อมูลถึงผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจช่วยทำให้ผู้ที่อ้วนและรอบเอวเกินลดน้ำหนักและรอบเอวได้³ แต่ยังไม่มีการวิจัยในประเทศไทย จึงเป็นที่มาของการศึกษาการวิจัยนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ และแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน

คำจำกัดความ

การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ โดยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice; BA) หมายถึง การให้ข้อมูลเชิงปรึกษาที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 5-10 นาที พัฒนาแนวปฏิบัติกรสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน ศึกษาตัดแปลงมาจากการให้คำปรึกษาในรูปแบบของการให้คำแนะนำแบบสั้นของเทอดศักดิ์ เดชคง² เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายเป็นการคืนข้อมูลผู้รับบริการถึงผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกาย โดยเครื่องวัดมวลสาร TANITA[®] ได้แก่ ปริมาณไขมันในร่างกาย ปริมาณกล้ามเนื้อในร่างกาย ปริมาณไขมันในช่องท้อง ความแข็งแรงของมวลกระดูก โดยการชี้ให้มองเห็นถึงปัญหาหรือความเสี่ยงที่มองข้ามไป เพื่อทำให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ผู้มีภาวะอ้วน⁴ ได้แก่ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ตรม. ผู้มีภาวะรอบเอวเกิน คือ เพศชายมีรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม. หรือ เพศหญิง มีรอบเอวตั้งแต่ 80 ซม.

รูปแบบศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน ที่มารับบริการที่ศูนย์ NCD กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี ในเดือนธันวาคม 2557 แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 36 คน โดยอ้างอิงจากทฤษฎีขีดจำกัดของ Bartz⁵ (เพิ่มร้อยละ 20 จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน) แบ่ง 3 กลุ่มแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มควบคุม (ไม่ได้ทำ BA) กลุ่มทดลอง A (ทำ BA 1 ครั้ง) กลุ่มทดลอง B (ทำ BA 3 ครั้ง) ทดสอบกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองเมื่อสิ้นสุดการวิจัยด้วย One way ANOVA

พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มควบคุมA		กลุ่มควบคุมB		ผลการทดสอบความแปรปรวน
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
อายุ	58.6	14.30	49.94	16.29	51.72	16.65	0.157
น้ำหนักตัว	68.47	10.51	77.94	17.11	79.61	15.78	0.076
ดัชนีมวลกาย	27.34	3.06	30.89	4.97	30.91	4.93	0.083
รอบเอว	90	8.44	95.31	13.38	98.16	9.96	0.208
ร้อยละไขมันในร่างกาย	37	6.41	39.90	8.24	37.80	8.81	0.143
ระดับคะแนนพฤติกรรม	72.30	8.04	71.50	10.32	71.14	8.48	0.457

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์

1.2 แบบบันทึกพฤติกรรม อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรม 3อ.⁴ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

1.3 ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ ประเมินระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกายและอาหาร เกณฑ์การให้คะแนน มีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน ค่าคะแนนที่ต่ำ แสดงถึง ระดับแรงจูงใจต่ำ ค่าคะแนนที่สูง แสดงถึง ระดับแรงจูงใจสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 เครื่องตรวจวัดมวลสารในร่างกาย TANITA[®] Model: BC-545 รับรองมาตรฐานเรื่อง

ความเที่ยงตรง JQA Japan Quality Assurance Organization ตั้งแต่ปี 1994 และต่อเนื่องถึงปัจจุบัน (Inner Scan)

2.2 แนวปฏิบัติการณ์สนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีสภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน ดัดแปลงมาจากการให้คำปรึกษาในรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้นของเทอดศักดิ์ เดชคง^{2,6} ผู้ศึกษาทั้ง 2 คน ผ่านหลักสูตรการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (National Conference on Motivational Counseling) ที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดหลักสูตร โดยมี อ.เทอดศักดิ์ เดชคง และคณะ เป็นวิทยากร

2.3 การติดตามและกระตุ้นเตือนหลากหลายวิธี ได้แก่ พูดคุยรายบุคคล พูดคุยรายกลุ่ม พูดคุยผ่านบุคคลสำคัญ โทรศัพท์ สื่อสารออนไลน์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2557 กลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับ BA) กลุ่มทดลอง A, B ให้ BA เดือน มกราคม 2558 และกลุ่มทดลอง B ให้ BA อีก 2 ครั้ง ในเดือนกุมภาพันธ์ 2558 และมีนาคม 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลผลการศึกษาทั้งหมดในเดือนเมษายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One Way ANOVA ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม จำนวน 6 คน ออกจากการเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากย้ายที่อยู่ จำนวน 4 คน อีก 2 คนไม่สามารถติดตามได้ คงเหลือกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง A จำนวน 4 คน ออกจากวิจัยเนื่องจาก มีอาการบาดเจ็บทางกระดูก จำนวน 2 คน อีก 2 คนย้ายที่อยู่ คงเหลือ

กลุ่มทดลอง A 32 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง B จำนวน 7 คน ออกจากงานวิจัย เนื่องจากเจ็บป่วยเฉียบพลันจากโรกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 2 คน อีก 2 คน ย้ายที่อยู่ ส่วนอีก 3 คนไม่สามารถติดตามได้ คงเหลือกลุ่มทดลอง B 29 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.2 เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบบ่อย (ร้อยละ 38.5) คือ 50-64 ปี สองในสามมีสถานภาพสมรสคู่ สามในสี่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า อาชีพมีความหลากหลายเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มากกว่าครึ่งมีสิทธิรักษาสวัสดิการราชการ ร้อยละ 62.6 มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นกลุ่มโรค NCD สองในห้า เป็นโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² ขึ้นไป) และร้อยละ 86.8 รอบเอวเกินกว่าปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=91)		กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง A (n=32)		กลุ่มทดลอง B (n=29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	Min=23, Max=81, \bar{X} =53.36, SD=16.03							
หญิง	63	69.2	23	76.7	24	75	16	56.2
ชาย	28	30.8	7	23.3	8	25	13	44.8
อายุ (ปี)								
20-49	28	30.7	3	10	14	43.7	11	37.9
50-64	35	38.5	13	43.3	12	37.5	10	34.5
65-80	26	28.6	12	40	8	18.8	8	27.6
80 ขึ้นไป	2	2.2	2	6.7	0	0	0	0
สถานะภาพ								
โสด	15	16.5	3	10	6	18.8	6	20.7
สมรส	60	65.9	19	63.4	20	62.5	21	72.4
หม้าย	14	15.4	7	23.3	5	15.6	2	6.9
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.2	1	3.3	1	3.1	0	0
การศึกษา								
ประถมศึกษา	19	20.8	9	30	5	15.6	5	17.2
มัธยมศึกษาหรือมากกว่า	72	79.2	21	70	27	84.4	24	82.8
อาชีพ								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	26	28.5	12	40	7	21.9	7	24.1
ข้าราชการบำนาญ	15	16.5	5	16.6	3	9.4	7	24.2
ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ	20	22	4	13.3	11	34.4	5	17.3
พนักงานราชการ/พนักงานรัฐ	17	18.7	2	6.7	6	18.8	9	31
อื่นๆ	13	14.3	7	23.4	5	15.5	1	3.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=91)		กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง A (n=32)		กลุ่มทดลอง B (n=29)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา								
พุทธ	89	97.8	30	100	32	100	27	93.1
คริสต์	2	2.2	0	0	0	0	2	6.9
สิทธิการรักษา								
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	18.7	10	33.3	2	6.2	5	17.2
สวัสดิการข้าราชการ	49	53.8	17	56.7	19	59.4	13	44.8
ประกันสังคม	25	27.5	3	10	11	34.4	11	38
โรคประจำตัว								
ไม่มี	34	37.4	9	30	16	50	9	31
มี	57	62.6	21	70	16	50	20	69
-เบาหวาน	2	3.5	0	0	0	0	2	10
-ความดันโลหิตสูง	22	38.6	7	33.3	9	56.3	6	30
-เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	10	17.5	8	38.1	1	6.2	1	5
-หัวใจ	1	1.8	0	0	0	0	1	5
-หลอดเลือดสมอง	2	3.5	0	0	0	0	2	10
-มากกว่า 1 อย่าง (กลุ่ม NCD)	20	35.1	6	28.6	6	37.5	8	40
ดัชนีมวลกาย(กก./ม²)								
25-29.99	54	59.35	26	86.7	15	46.9	13	42.9
มากกว่า 30 ขึ้นไป	37	40.65	4	13.3	17	53.1	16	57.1
รอบเอว								
ปกติ	12	13.2	5	16.7	3	9.4	4	13.8
เกินกว่าปกติ	79	86.8	25	83.3	29	90.6	25	86.2

ข้อมูลผลการศึกษา

(1) แรงจูงใจพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการกินของกลุ่มทดลอง A และ B มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

(2) พฤติกรรม 3อ. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์) ของกลุ่มทดลอง B มากกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

(3) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและรอบเอวของกลุ่มทดลอง B ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง A และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	F	คูที่แตกต่างกัน
พฤติกรรม ออกกำลังกาย	1.กลุ่มควบคุม	7.63	1.43	11.52	1,2
	2.กลุ่มทดลอง A	8.94	1.29		
	3.กลุ่มทดลอง B	9.00	0.96		
พฤติกรรม การกิน	1.กลุ่มควบคุม	7.76	1.36	15.58	1,3
	2.กลุ่มทดลอง A	8.15	0.81		
	3.กลุ่มทดลอง B	9.20	0.82		

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	F	คูที่แตกต่างกัน
พฤติกรรม 3อ.	1.กลุ่มควบคุม	77.09	12.79	5.529	1, 3
	2.กลุ่มทดลอง A	77.4	7.79		
	3.กลุ่มทดลอง B	85	9.71		
น้ำหนักตัว	1.กลุ่มควบคุม	77.04	17.16	3.692	1, 2
	2.กลุ่มทดลอง A	76.77	15.00		
	3.กลุ่มทดลอง B	68.09	10.57		
ดัชนีมวลกาย	1.กลุ่มควบคุม	30.45	4.69	5.326	1, 2
	2.กลุ่มทดลอง A	29.34	4.38		
	3.กลุ่มทดลอง B	27.08	3.12		
รอบเอว	1.กลุ่มควบคุม	95.67	9.00	4.439	1, 2
	2.กลุ่มทดลอง A	94.25	12.36		
	3.กลุ่มทดลอง B	88.53	6.99		

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรค NCD วิถีชีวิตสุขภาพ วิถีดัดแปลงของสำนักวิจัยนโยบาย สร้างเสริมสุขภาพ¹ กลุ่มทดลอง A และกลุ่มทดลอง B มีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของไทยและต่างประเทศ^{3,7} แต่ไม่มีความแตกต่างกัน เรื่องน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวในกลุ่มทดลองเนื่องจากผู้วิจัยให้บุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีส่วนร่วมด้วย จึงอาจเป็นสิ่งแวดล้อมที่คอยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ และการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

ลดน้ำหนักตัว ลดดัชนีมวลกาย และลดรอบเอว โดยพบว่า แม้ทำเพียงครั้งเดียวก็สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกินได้ แต่เมื่อมีการกระตุ้นเตือนซ้ำมีผลให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงสูงต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ดร.สมหมาย คชนาม ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์ อาจารย์สุพัฒน์ สมจิตรสกุล กลุ่มตัวอย่าง และผู้ไม่ได้เอ่ยนามที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ความภาคภูมิใจในงานวิจัยนี้ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอด้วยวาจาในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 และได้รับคัดเลือกให้นำเสนอด้วยโปสเตอร์ในงานประชุมประจำปี 2559 ของสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ งานสถานการณ์โรค NCD วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. ทักษพล ธรรมรังสี, บรรณาธิการ. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
2. เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ Motivational Counseling หลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ. หมอชาวบ้าน: กรุงเทพฯ; 2555.
3. Armstrong MJ, et al. Motivational Interviewing to improve weight loss in overweight and obese patients: A Systematic review and Metaanalysis of randomized controlled trials. Obesity Review 2011; 12 (9): 709-723.
4. วณิชากิจวรพัฒน์. คู่มือพิชิตอ้วนพิชิตพุง. นนทบุรี: สำนักโภชนาการกรมอนามัย; 2555.
5. Bartz, Albert E. Basic Statistical Concept. New Jersey: Prentice-Hall; 1999.
6. เทอดศักดิ์ เดชคง, รัตนา ดรประเสริ.

การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) Reviewing Document Guideline and Evidence Base Practice. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

7. ณัฐวุฒิ ฉิมมา, จินตนา สารายุทธพิทักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการลดน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2557; 9(1): 133-147.

ระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

สุภาภรณ์ ปัญหาราช พย.ม. ปร.ด กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ประชากร คือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่ตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน เมษายน-ตุลาคม 2559 จำนวน 151 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธี Kuder - Richardson (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นด้วยสถิติ Chi-Square และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์มีอายุตั้งแต่ 15 – 19 ปี ส่วนใหญ่อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปีร้อยละ 30.5 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกคือคูรักรหรือแฟนร้อยละ 98.0 สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือต้องการมีบุตรไว้สืบสกุลร้อยละ 40.4 สถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือบ้านคูรักรหรือแฟนร้อยละ 53.0 ส่วนภูมิลำเนาพบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 62.71

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นพบว่า อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับ ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีได้รับ ลำดับที่ของสามี และภูมิลำเนาของวัยรุ่นสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่พบความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่ได้ขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัย อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับ ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีได้รับ ลำดับที่ของสามี รวมถึงภูมิลำเนาของวัยรุ่น ดังนั้นในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนอกจากให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแล้วควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวด้วย

คำสำคัญ: ระบาดวิทยา, วัยรุ่น, การตั้งครรภ์

Epidemiology and Factors Related to Pregnancy among Adolescents in Muang District Nong Bua Lamphu Province

Supapon Panharach M.N.S., Ph.D. Social Medicine Department, Nong Bua Lamphu Hospital

Abstract

This is descriptive study had objected to study the distribution and nature of the problem and the factors relate to adolescent pregnancy in Muang District, Nong Bua Lamphu Province. Populations were 151 pregnant adolescents aged 15 – 19 years old had received antenatal care in Nong Bua Lamphu Hospital during April to October 2016 and stayed in Muang District, Nong Bua Lamphu Province. Tool was questionnaire, with reliability was 0.78 tested by Kuder - Richardson (KR-20). Personal data was analyzed by frequency and percentage. The correlation between personal factors and pregnancy in adolescents was analyzed by Chi-Square test. The difference between sexual risk behavior and knowledge to prevent pregnancy and pregnancy in adolescents was analyzed by using with t-test.

The study reveals that most of pregnant adolescents is 18 years old (30.5%). The age of having first sexual relationship is 15 years old (30.5%). The first sexual relationship is with lover or boyfriend (98.0%). Reason to have the first sexual relationship is to have a baby (40.4%). The place where the first sexual relationship happened is lover's or boyfriend's house. Most of them domiciles in sub-district administration organization's area (62.71%). Factors related to pregnancy among adolescents are the age when having the first sexual relationship, their expenses or income, husband's expense or income, number of husband and the domicile place are related to pregnancy in adolescents with a statistic significance of 0.05.

The results show that adolescent pregnancy is not related to sexual risky behavior and knowledge in preventing adolescent pregnancy, but it depends on the age when having the first sexual relationship, their expense or income, husband's expense or income, number of husband, as well as their domicile place. Thus, to prevent adolescent, besides educating about pregnancy prevention and sexual risky behavior, aforementioned factors shall be focused as well.

Key words: epidemiology, adolescents, pregnancy

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งความวุ่นวาย ด้วยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อย่างมาก ประกอบกับสังคมปัจจุบันที่เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยุ อันมีผลต่อการหล่อหลอมความคิด อารมณ์ สังคม จริยธรรม รวมไปถึงบุคลิกภาพของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศ ดังเช่น ผลการศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 พบว่านักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 21.0 โดยร้อยละ 84.3 มีเพศสัมพันธ์กับคู่อริหรือแฟน นักเรียนหญิงร้อยละ 12.2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และร้อยละ 95.1 มีเพศสัมพันธ์กับคู่อริหรือแฟน¹ นอกจากนี้ร้อยละ 43.4 บอกว่าเมื่อตั้งครรภ์จะทำแท้งหรือไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ส่วนร้อยละ 16.2 เห็นว่าเมื่อตั้งครรภ์ควรทำแท้ง² ทำให้เกิดผลเสียตามมาไม่ว่าจะเป็นปัญหาการติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา เสี่ยงอนาคต ส่งผลให้ประเทศชาติขาดกำลังสำคัญ สูญเสียทรัพยากรในการพัฒนาประเทศ และประเทศไทยมีจำนวนประชากรวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 23.8 ของประชากรทั้งหมด³ ดังนั้นปัญหาเหล่านี้ของวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาที่ควรริหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้วัยรุ่นเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู และนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ

ระหว่าง 15-19 ปี ที่ตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างช่วงเวลาเดือนเมษายน-ตุลาคม 2559 จำนวน 151 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งชุดมีความเชื่อมั่น 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของวัยรุ่นด้วยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นด้วยสถิติ Chi-Square
5. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปีคิดเป็นร้อยละ 30.5 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปีร้อยละ 30.5 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกคือคู่อริหรือแฟนร้อยละ 98.0 สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต้องการบุตรไว้สืบสกุลร้อยละ 40.4 สถานที่ๆ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือบ้านคู่อริหรือแฟนร้อยละ 53.0 อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 55.6 ไม่มีรายได้ร้อยละ 45.6 สามีมีรายระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.8 และได้รับค่าใช้จ่ายจากสามีร้อยละ 34.4 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมตอนต้นร้อยละ 47.7 สำเร็จ

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.7 บิดา สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.9 มารดา สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.5 มี สถานภาพสมรสแต่งงานกันร้อยละ 72.8 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 36.4 สามีประกอบอาชีพรับจ้าง ทั่วไปร้อยละ 57.0 บิดามารดามีสถานภาพสมรสอยู่ ด้วยกันร้อยละ 59.6 บิดาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 61.0 มารดาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 55.7 สถานที่ พักอาศัยอยู่ห่างไกล เดินทางมาสถานที่เสี่ยงลำบาก ร้อยละ 44.4 อยู่ในสังคมที่มีความเจริญและมีสิ่งอำนวยความสะดวกร้อยละ 73.5 ปัจจุบันเป็นการตั้งครุฑ ุฑครั้งที่ 1 ร้อยละ 78.8 โดยตั้งครุฑกับสามีคนที่ 1 ร้อยละ 67.5 สาเหตุของการตั้งครุฑในครั้งนี้ต้องการ มีบุตรโสดร้อยละ 44.4 ส่วนภูมิภานาพบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 62.71 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15 ปี	13	8.6
16 ปี	24	15.9
17 ปี	28	18.5
18 ปี	46	30.5
19 ปี	40	26.5
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
12 ปี	1	0.7
13 ปี	4	2.6
14 ปี	16	10.6
15 ปี	46	30.5
16 ปี	37	24.5
17 ปี	28	18.5
18 ปี	15	9.9
19 ปี	4	2.6
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยคนแรก		
คู่อรักหรือแฟน	148	98.0
เพื่อน	0	0
ผู้ขายบริการทางเพศ	0	0
ผู้ซื้อบริการทางเพศ	0	0
คนที่เพิ่งรู้จักและพึงพอใจ	3	2.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ต้องการมีบุตรโสด	61	40.4
ต้องการผูกมัดฝ่ายชาย เพื่อพิสูจน์รักแท้	8	5.3
เมาสุรา/ใช้สารเสพติด	12	7.9
อยากรู้อยากลอง	3	2.0
แลกกับเงินหรือสิ่งของ	40	26.5
เก็บแถม	26	17.2
0	0	0
อารมณ์หรือสถานการณ์พาไป	1	0.7
สถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
บ้านตัวเอง	38	25.2
บ้านคู่อรักหรือแฟน	80	53.0
บ้านเพื่อน	3	2.0
หอพักหรือบ้านเช่า	11	7.3
หอพักหรือบ้านเช่าเพื่อน	1	0.7
บ้านญาติ	0	0
รีสอร์ทหรือที่พักชั่วคราว	17	11.9
ที่พักอาศัยปัจจุบัน		
บิดาและมารดาบิดา	84	55.6
บิดา	4	2.6
มารดา	16	10.6
ญาติพี่น้อง	9	6.0
คู่อรักหรือแฟน	32	21.2
เพื่อน	1	0.7
อยู่คนเดียว	0	0
อยู่หอพักหรือบ้านเช่า	5	3.3
ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่ท่านได้รับ		
ไม่มีรายได้	69	45.6
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	19.2
3,001-5,000 บาท	24	15.9
5,001-10,000 บาท	19	12.6
10,001-15,000 บาท	10	6.6
ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีได้รับ		
ไม่มีรายได้	35	23.2
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	11.9
3,001-5,000 บาท	34	22.5
5,001-10,000 บาท	36	23.8
10,001-15,000 บาท	19	12.6
15,001-20,000 บาท	8	5.3
มากกว่า 20,000 บาท	1	0.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
พ่อแม่หรือผู้ปกครอง	49	32.5
คู่ครองหรือสามี	52	34.4
พ่อแม่หรือผู้ปกครองของคู่ครองหรือสามี	26	17.2
ทำงานหารายได้เอง	24	15.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	7.9
ประถมศึกษา	12	7.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	72	47.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	44	29.1
อนุปริญญา	1	0.7
กำลังเรียน	10	6.6
ระดับการศึกษาของสามี		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	10.6
ประถมศึกษา	11	7.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	63	41.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47	31.1
อนุปริญญา	5	3.3
ปริญญาตรี	4	2.6
สูงกว่าปริญญาตรี	5	3.3
ระดับการศึกษาของบิดา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.6
ประถมศึกษา	107	70.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	15.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	9.3
อนุปริญญา	2	1.3
ปริญญาตรี	0	0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
ระดับการศึกษาของมารดา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.6
ประถมศึกษา	105	69.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	19.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	5.3
อนุปริญญา	2	1.3
ปริญญาตรี	1	0.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
สถานภาพสมรส		
อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน	35	23.2
แต่งงานกัน	110	72.8
แยกกันอยู่	6	4.0
หม้าย	0	0
หย่าร้าง	0	0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ค้าขาย	23	15.2
รับจ้างทั่วไป	55	36.4
เกษตรกร	5	3.3
พนักงานบริษัทเอกชน/ห้างร้าน	4	2.6
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0
ทำธุรกิจหรือเจ้าของธุรกิจ	2	1.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	22.5
นักเรียนหรือนักศึกษา	28	18.6
สามีประกอบอาชีพ		
ค้าขาย	11	7.3
รับจ้างทั่วไป	86	57.0
เกษตรกร	9	6.0
พนักงานบริษัทเอกชน/ห้างร้าน	11	7.3
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	1.3
ทำธุรกิจหรือเจ้าของธุรกิจ	5	3.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	6.6
นักเรียนหรือนักศึกษา	17	11.2
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	90	59.6
บิดาเสียชีวิต	13	8.6
มารดาเสียชีวิต	4	2.6
บิดามารดาเสียชีวิต	4	2.6
แยกกันอยู่	20	13.2
หย่าร้างหรือหม้าย	20	13.2
บิดาประกอบอาชีพ		
ค้าขาย	11	7.3
รับจ้างทั่วไป	91	61.0
เกษตรกร	33	21.9
พนักงานบริษัทเอกชน/ห้างร้าน	6	4
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	2
ทำธุรกิจหรือเจ้าของธุรกิจ	3	2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2
มารดาประกอบอาชีพ		
ค้าขาย	22	14.6
รับจ้างทั่วไป	84	55.7
เกษตรกร	26	17.2
พนักงานบริษัทเอกชน/ห้างร้าน	7	4.6
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	2.0
ทำธุรกิจหรือเจ้าของธุรกิจ	2	1.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	4.6
การอยู่ใกล้สถานที่เสี่ยง		
อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก	23	15.2
อยู่ไกล เดินทางลำบาก	67	44.4
อยู่ไม่ใกล้ไม่ไกล	61	40.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะทางสังคม		
อยู่ห่างไกลความเจริญ	24	15.9
มีความเจริญและมีสิ่งอำนวยความสะดวก	111	73.5
สะดวกพอควร		
มีความเจริญและมีสิ่งอำนวยความสะดวก	16	10.6
สะดวกมาก		
การตั้งครุฑครั้ง		
ครุฑที่ 1	119	78.8
ครุฑที่ 2	26	17.2
ครุฑที่ 3	5	3.3
ครุฑที่ 4	1	0.7
ตั้งครุฑกับสามัคคี		
สามัคคีที่ 1	102	67.5
สามัคคีที่ 2	49	32.5
สาเหตุของการตั้งครุฑในครั้งนี้		
ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล	67	44.4
ไม่รู้วิธีป้องกันการตั้งครุฑ	3	2.0
ไม่ได้ป้องกันการตั้งครุฑ/คุมกำเนิด	35	23.2
เกิดความผิดพลาดจากการป้องกัน	44	29.1
การตั้งครุฑ/คุมกำเนิด	2	1.4
ต้องการผูกมัดฝ่ายชาย		
ภูมิลำเนา		
เทศบาลเมือง	18	11.86
เทศบาลตำบล	38	25.42
องค์การบริหารส่วนตำบล	95	62.71

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

วัยรุ่นตั้งครุฑมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากที่สุดคือข้อที่ 4 มีเพื่อนที่ตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา (เช่น สุรา เบียร์ ไวน์) ร้อยละ 83.4 รองลงมาคือข้อที่ 8 เคยตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องตี๋มมีนเมาอื่นๆ) ร้อยละ 72.2 และข้อที่ 1 ท่านมีเพื่อนที่ตี๋มเครื่องตี๋มหรือแฟนร้อยละ 67.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่ตั้งครุฑ

ข้อคำถาม	ตอบใช่		ตอบไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านมีเพื่อนที่ตี๋มเครื่องตี๋มหรือแฟน	102	67.5	49	32.5
2. ท่านมีเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว	83	55.0	68	45.0
3. ท่านมีเพื่อนที่ดูภาพยนตร์ วีดีโอ วีซีดี คลิปโป๊ หรือ อินเทอร์เน็ตที่แสดงเนื้อหาและภาพกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ	45	29.8	106	70.2
4. ท่านมีเพื่อนที่ตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา (เช่น สุรา เบียร์ ไวน์)	126	83.4	25	16.6
5. ท่านคบกับเพื่อนที่ใช้สารเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ยาอี เฮโรอีน	11	7.3	140	92.7
6. ท่านมีเพื่อนที่เที่ยวสถานบันเทิงรมย์, ผับ, บาร์, เทค, คารา-โอเกะหรืออยู่ในแหล่งมั่วสุมของวัยรุ่น	51	33.8	100	66.2
7. ท่านเคยมีคูรักรหรือแฟนเป็นเพศเดียวกัน	26	17.2	125	82.8
8. ท่านเคยตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องตี๋มมีนเมาอื่นๆ)	109	72.2	42	27.8
9. ท่านเคยสูบบุหรี่	21	13.9	130	86.1
10. ท่านเคยใช้สารเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ยาอี เฮโรอีน	5	3.3	146	96.7
11. ท่านเคยใช้ยากระตุ้นอารมณ์หรือปลุกอารมณ์ทางเพศ	1	0.7	150	99.3
12. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน	5	3.3	146	96.7
13. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	6	4.0	145	96.0
14. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ท่านพึงพอใจ	35	23.2	116	76.8
15. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หลังจากตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์	49	32.5	102	67.5
16. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หลังจากใช้สารเสพติด	5	3.3	146	96.7
17. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ท่านพึงพอใจในครั้งแรก	27	17.9	124	82.1
18. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ	4	2.6	147	97.4
19. ท่านใช้วิธีป้องกันการตั้งครุฑเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	76	50.3	75	49.7
20. ท่านเคยเที่ยวสถานบันเทิงรมย์, ผับ, บาร์, เทค, คาราโอเกะ	54	35.8	97	64.2

3. ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์

ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือข้อที่ 5 ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาซ้ำใช้ได้อีก (คำตอบคือไม่สามารถนำกลับมาซ้ำใช้ได้) และวัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถตอบถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 99.3 รองลงมาคือข้อที่ 1 การสวมถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ และข้อที่ 2 การสวมถุงยางอนามัยควรสวมขณะที่อวัยวะเพศชายแข็งตัวคิดเป็นร้อยละ 97.4 และอันดับที่ 3 คือข้อที่ 4 ถุงยางอนามัยที่หมดอายุแล้วสามารถใช้ต่อไปได้ถ้าสภาพยังดี ไม่เปื่อย ไม่มีรอยร้าว คำตอบคือใช้ไม่ได้ซึ่งวัยรุ่นตั้งครรภ์ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 94.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

ข้อคำถาม	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การสวมถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	147	97.4	4	2.6
2. การสวมถุงยางอนามัยควรสวมขณะที่อวัยวะเพศชายแข็งตัว	147	97.4	4	2.6
3. การหลังข้างนอกสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้เท่ากับการใช้ถุงยางอนามัยหรือกินคุมกำเนิด	73	48.3	78	51.7
4. ถุงยางอนามัยที่หมดอายุแล้วสามารถใช้ต่อไปได้ถ้าสภาพยังดี	142	94.0	9	6.0
5. ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วสามารถนำกลับมาซ้ำใช้ได้	150	99.3	1	0.7
6. การกินยาคุมกำเนิดเม็ดแรกกินตอนไหนก็ได้แล้วแต่สะดวก ไม่เกี่ยวกับประจำเดือน	121	80.1	30	19.9
7. ลืมกินยาคุมกำเนิด 1 เม็ด นึกขึ้นได้ให้กินทันที 1 เม็ด	85	56.3	66	43.7
8. ถ้าลืมกินยาคุมกำเนิด 2 วัน ให้รอให้มีประจำเดือนก่อนแล้วค่อยเริ่มกินแผงใหม่	59	39.1	92	60.9
9. การฉีดยาคุมกำเนิดไม่ต้องรอมีประจำเดือนสามารถฉีดได้เลย	74	49.0	77	51.0
10. ยาฉีดคุมกำเนิดสามารถคุมกำเนิดได้ 3 เดือน	130	86.1	21	13.9
11. มียาฝังคุมกำเนิดที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 3 ปี	109	72.2	42	27.8

ตารางที่ 3 ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12. การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวไม่ทำให้ท้อง	116	76.8	35	23.2
13. เมื่อมีคูรักรหรือแฟนควรมีเพศสัมพันธ์กันเพื่อแสดงถึงความรัก ความมั่นคงและความจริงจังที่มีต่อกัน	101	66.9	50	33.1
14. การรักรนวลสงวนตัวเป็นคุณค่าของผู้หญิงทั่วไป	51	33.8	100	66.2
15. การนับระยะปลอดภัยหน้าหลัง 7 สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 100 %	51	33.8	100	66.2
16. การมีเพศสัมพันธ์กับคูรักรหรือแฟนเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเป็นแฟนกันไม่เสียหายอะไร	69	45.7	82	54.3
17. การสวนล้างช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้	113	74.8	38	25.2
18. ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินควรกินเม็ดแรกหลังมีเพศสัมพันธ์ไม่เกิน 72 ชั่วโมง	103	68.2	48	31.8
19. การใส่ห่วงอนามัยสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้	128	84.8	23	15.2
20. การใส่ห่วงอนามัยควรใส่ขณะที่เป็นประจำเดือน	35	23.2	116	76.8

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่า อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับ ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีได้รับ ลำดับที่ของสามี และภูมิลำเนาของวัยรุ่นสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ปัจจัย	การตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น		Chi- Square (p-value)
	ครรภ์ที่ 1 (n=119)	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (n=32)	
อายุ			
15 ปี	10.1	3.1	15.950
16 ปี	18.5	6.3	(0.07)
17 ปี	20.2	12.5	
18 ปี	31.9	25.0	
19 ปี	19.3	53.1	
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			
12 - 14 ปี	10.1	29.0	17.587
15 - 17 ปี	75.6	67.7	(0.02)*
18 - 19 ปี	14.3	3.2	
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยคนแรก			
คู่อรัก/แฟน	98.3	96.9	0.270
คนที่เพิ่งรู้จักและพึงพอใจ	1.7	3.1	(0.603)
สาเหตุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			
ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล	40.3	40.6	1.623
ต้องการผูกมัดฝ่ายชาย	5.0	6.3	(0.951)
เพื่อพิสูจน์รักแท้	8.4	6.3	
เมาสุรา/ใช้สารเสพติด	1.7	3.1	
อยากถู้ออยากลอง	25.2	31.3	
อารมณ์พาไป	19.3	12.5	
สถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			
บ้านตัวเอง	24.4	28.1	0.321
บ้านคู่อรัก/แฟน	52.9	53.1	(0.852)
บ้านเพื่อน, หอพัก, รีสอร์ท	22.7	18.8	
ที่พักอาศัยปัจจุบัน			
บิดาและมารดา	58.8	43.8	4.390
บิดา, มารดา, ญาติ, เพื่อน หรือ	23.5	21.9	(0.111)
พ่อพักบ้านเช่า	17.6	34.4	
คู่อรัก/แฟน/สามี			
ค่าใช้จ่าย/รายได้ที่ท่านได้รับ			
ไม่มีรายได้	51.3	25.0	9.629
ต่ำกว่า 3,000 บาท	19.3	18.8	(0.047)*
3,001-5,000 บาท	14.3	21.9	
5,001-10,000 บาท	10.1	21.9	
10,001-15,000 บาท	5.0	12.5	
ค่าใช้จ่าย/รายได้ที่สามีได้รับ			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	63.0	37.5	7.322
5,001-10,000 บาท	15.1	31.3	(0.026)*
มากกว่า 10,000 บาท	21.8	31.3	
แหล่งที่มาของรายได้			
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	35.3	18.8	3.727
คู่อรัก/สามี	31.9	43.8	(0.444)
พ่อแม่/ผู้ปกครองของคู่อรัก/สามี	16.8	18.8	

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น(ต่อ)

ปัจจัย	การตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น		Chi- Square (p-value)
	ครรภ์ที่ 1 (n=119)	ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (n=32)	
ทำงานหารายได้เอง	15.9	18.8	
ระดับการศึกษา			
ระดับประถมศึกษาลงมา	16.0	15.6	1.437
มัธยมศึกษาตอนต้น	46.2	53.1	(0.838)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	29.4	28.1	
อนุปริญญาขึ้นไป	2.5	0.0	
กำลังเรียนอยู่	7	1	
ระดับการศึกษาของสามี			
ระดับประถมศึกษาลงมา	18.5	15.6	5.146
มัธยมศึกษาตอนต้น	38.7	53.1	(0.273)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	31.1	31.3	
อนุปริญญาขึ้นไป	8.4	0.0	
กำลังเรียนอยู่	4	0.0	
ระดับการศึกษามารดา			
ระดับประถมศึกษาลงมา	75.6	65.6	1.363
มัธยมศึกษา	22.7	31.3	(0.506)
อนุปริญญาขึ้นไป	1.7	3.1	
ระดับการศึกษามารดา			
ระดับประถมศึกษาลงมา	71.4	75.0	0.254
มัธยมศึกษา	26.1	21.9	(0.881)
อนุปริญญาขึ้นไป	2.5	3.1	
สถานภาพสมรส			
อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน	25.2	16.1	1.155
แต่งงานกัน	71.4	80.6	(0.561)
แยกกันอยู่, หม้าย, หย่าร้าง	3.4	3.2	
การประกอบอาชีพ			
ประกอบอาชีพ	55.9	71.9	4.210
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22.9	21.9	(0.122)
นักเรียน/นักศึกษา	21.2	6.3	
สามีประกอบอาชีพ			
ประกอบอาชีพ	79.0	93.8	4.263
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12.6	6.3	(0.119)
นักเรียน/นักศึกษา	8.4	0.0	
สถานภาพสมรสของบิดามารดา			
อยู่ด้วยกัน	62.2	50.0	1.555
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	37.8	50.0	(0.212)
บิดาประกอบอาชีพ			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10.1	6.3	2.184
รับจ้าง/พนักงานบริษัทห้างร้าน	56.3	68.8	(0.535)
เกษตรกร	31.9	21.9	
รับราชการ	1.7	3.1	
มารดาประกอบอาชีพ			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16.0	15.6	1.332

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตั้งครุฑของวัยรุ่น(ต่อ)

ปัจจัย	การตั้งครุฑของวัยรุ่น		Chi-Square (p-value) (0.721)
	ครุฑที่ 1 (n=119)	ครุฑที่ 2 ขึ้นไป (n=32)	
รับจ้าง/พนักงานบริษัทห้างร้าน	54.6	62.5	
เกษตรกร	27.7	18.8	
รับราชการ	1.7	3.1	
การอยู่ใกล้สถานที่เสี่ยง			
อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก	15.1	15.6	0.008
อยู่ไกล เดินทางลำบาก	79.1	43.8	(0.996)
อยู่ไม่ใกล้ไม่ไกล	31.8	40.6	
ลักษณะทางสังคม			
อยู่ห่างไกลความเจริญ	16.0	15.6	2.893
มีความเจริญและมีสิ่งอำนวยความสะดวก	75.6	65.6	(0.235)
มีความเจริญและมีสิ่งอำนวยความสะดวกมาก	8.4	18.8	
ตั้งครุฑกับสามีนที่			
สามีนคนที่ 1	95.0	62.5	25.304
สามีนคนที่ 2	5.0	37.5	(0.000)*
สาเหตุของการตั้งครุฑในครั้งนี้			
ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล	46.2	37.5	4.325
ไม่รู้วิธีป้องกัน/ไม่ได้คุมกำเนิด	28.6	18.8	(0.115)
เกิดความผิดพลาดในการป้องกันการตั้งครุฑ	25.2	43.8	
ภูมิลำเนา			
เทศบาลเมือง	7.4	30.4	9.535
เทศบาลตำบล	27.4	17.4	(0.009)*
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	65.3	52.2	

*p-value < 0.05

5. การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑกับการตั้งครุฑของวัยรุ่น

การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑกับการตั้งครุฑของวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑของวัยรุ่นตั้งครุฑที่ 1 กับวัยรุ่นที่ตั้งครุฑที่ 2 ขึ้นไปไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสามารถอนุมานได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑของวัยรุ่นไม่สัมพันธ์กับการตั้งครุฑของวัยรุ่น ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑกับการตั้งครุฑของวัยรุ่น

ปัจจัย	การตั้งครุฑ	X̄	SD	t	p-value
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	ครุฑที่ 1	5.45	2.648	-0.943	0.347
	ครุฑที่ 2 ขึ้นไป	6.00	3.741		
ความรู้ในการป้องกันการตั้งครุฑ	ครุฑที่ 1	13.19	2.307	-0.840	0.402
	ครุฑที่ 2 ขึ้นไป	13.56	1.776		

p-value= 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

วัยรุ่นตั้งครุฑส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปีคิดเป็นร้อยละ 30.5 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี ร้อยละ 30.5 สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) พบว่า ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี⁴ บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกคือคูรักรหรือแฟนร้อยละ 98.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรักและเพศสัมพันธ์: การศึกษาตัวอย่างจากนักเรียน นักศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-ปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 83.9 มีเพศสัมพันธ์กับแฟน² และสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุลร้อยละ 40.4 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะตั้งครุฑไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พบว่า มารดาวัยรุ่นร้อยละ 70.6 มีความพร้อมในการตั้งครุฑ⁵ สถานที่ๆ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือบ้านคูรักรหรือแฟน ร้อยละ 53.0 ส่วนภูมิลำเนาพบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 62.71

ปัจจัยด้านอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่วัยรุ่นตั้งครุฑได้รับ ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีนได้รับ ลำดับที่ของสามีน และภูมิลำเนาของวัยรุ่นสัมพันธ์กับการตั้งครุฑของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาภาวะตั้งครุฑไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะการตั้งครุฑของวัยรุ่น⁵

ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในแอฟริกาใต้พบว่า การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น⁶ แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่อธิบายการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอำเภอแคบปริคอร์น จังหวัดลิมโปโป ประเทศแอฟริกาใต้พบว่า การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น⁷ และความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นดังเช่นการศึกษาปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันของวัยรุ่นหญิงพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ได้⁸ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่อธิบายการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอำเภอแคบปริคอร์น จังหวัดลิมโปโป ประเทศแอฟริกาใต้พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น⁶

แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่ดีขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับ ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ที่สามีได้รับ ลำดับที่ของสามี รวมถึงภูมิฐานะของวัยรุ่น ดังนั้นในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนอกจากให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแล้วควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่านที่ได้สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีขอขอบคุณแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จุฑามาศ สิ้นประจักษ์ผล และ ธนรักษ์ พลพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549. วารสารโรคเอดส์. (2551). 20(1), 11-22.
2. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ . การสำรวจเรื่องความรักและเพศสัมพันธ์: การศึกษา ตัวอย่างจากนักเรียนนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-ปริญญาตรี ในเขต กรุงเทพมหานคร. ค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2551, จาก http://www.loveed.biz/abac_poll.asp. (2547).
3. พิษิต สุขสบาย และ สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือชาวบ้าน. วารสารคลินิก. 278(2). ค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.doctor.or.th/node/6954>. (2551).
4. ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ. การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น(แม่วัยใส). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. (2555). 3(2), 9-11.
5. นพวรรณ มาดารัตน์. ภาวะตั้งครรภ์ไม่พร้อมของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554).
6. Mchunu, G., Peltzer, K., Tutshana, B. & Seutlwadi, L. Adolescent pregnancy and associated factors in South Africa youth. Africa Health Sciences . (2012). 12(4), 426-434.
7. Mothiba, T.M. & Maputle, M.S. Factor contributing to teenage pregnancy in the Capricorn district of the Limpopo Province. Curationis. (2012). 35(1), 1-5.
8. Aruda, M.M. Predictors of Unprotected Intercourse for Female Adolescent Measured at their Request for a pregnancy Test . Journal of Pediatric Nursing . (2011). 26, 216-223.

เปรียบเทียบประสิทธิผลของยา ดอมเพอริโดนกับยาประสะ น้ำนม ในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัด

ขวัญตา ทุนประเทือง พบ.ว., สุนิตาศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปริมาณน้ำนม ระหว่างการใช้ยา Domperidone และยาประสะน้ำนม ต่อปริมาณของน้ำนมมารดาหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาน้ำนมมาช้า ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ช่วงอายุระหว่าง 18-35 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Caesarean Section : C/S) ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2558 โดยการเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบปกปิด (randomized double-blind, controlled trial) จำนวน 54 คน โดยคัดเลือกมารดาหลังคลอดที่น้ำนมมาช้า โดยใช้แบบสัมภาษณ์มารดาหลังจากได้รับยาทั้ง 2 กลุ่มไปแล้ว ติดต่อกัน 3 วัน คือ 0, 24, 48, 72 ชั่วโมง นำเสนอข้อมูลเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์โดย Mann-Whitney U test, Independent t-test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าปริมาณของน้ำนมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หลังจากได้รับยา Domperidone และยาประสะน้ำนมไปแล้ว ใน 0, 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังคลอด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และกลุ่มยาประสะน้ำนมในระยะเวลาหลังคลอด 0 ชั่วโมง พบว่าปริมาณน้ำนมของมารดาในกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม มีปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Domperidone ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.347$) โดยมีค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำนมที่เก็บได้ ในชั่วโมงหลังคลอด 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอด จากมารดาในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone เท่ากับ 18.52, 30.76, 45.64 มิลลิลิตรและกลุ่มยาประสะน้ำนมเท่ากับ 27.06, 44.62, 63.60 มิลลิลิตรตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002, < 0.001, < 0.001$ ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดโดยผ่าตัด (C/S) ที่ได้รับยา พบว่ายาประสะน้ำนม มีประสิทธิผลทำให้มีปริมาณน้ำนมมากกว่ายา Domperidone และช่วยในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และในด้านเพิ่มปริมาณน้ำนมมากขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีมารดาคนใดที่มีอาหารข้างเคี้ยวหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาใดเลย

คำสำคัญ: ดอมเพอริโดน, ยาประสะน้ำนม

Effectiveness Comparison between Domperidone and Galactagogue on Stimulating Milk of Maternal Postpartum with Caesarean Section

Kwanta Tuntratuang M.D. (Obstetrics and Gynecology)

Abstract

Objective : To study the comparison the quantity of milk of maternal postpartum with caesarean section (C/S) between the use of Domperidone and Galactagogue the samples are 54 maternal postpartum (C/S) during October - December 2015 who have problem with milk supply in maternal postpartum ward at Nong Bua Lamphu Hospital. The age of the samples is between 18-35 years old. The double-blind randomize controlled trial (RCT) is used in sampling method. The research tools are interview question and milk record form which is verified the reliability by the experts. The samples filled the personal information in the interview form and record the quantity of milk after taking Domperidone or Galactagogue for 3 day after the C/S continuing at 0, 24, 48 and 72 hours. Percentage, mean, standard deviation, inferential statistics and Mann-Whitney U Test were used in this descriptive analysis with confidence level at 0.05.

Result : The quantity of breast milk was increased continuing after taking Domperidone or Galactagogue at 0, 24, 48 and 72 hours in both groups. Mean of quantity of breast milk at 0 hour has no difference. Mean of quantity of breast milk after 24, 48, and 72 hours in the group using of Domperidone was 18.52, 30.76, 45.64 ml. respectively. Mean of the group using Galactagogue was 27.06, 44.62, 63.60 ml. respectively. Both groups has difference statistical significance ($p=0.002$, <0.001 , <0.001 respectively).

Conclusion : Comparing both Domperidone and Galactagogue, the research has shown that Galactagogue is more effective than Domperidone to stimulate let down reflex and increase quantity of breast milk in maternal postpartum with C/S. There is no side effect and complication this study.

Key words: Domperidone ,Galactagogue

บทนำ

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys: MICS) ในปี พ.ศ. 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการสนับสนุนขององค์การ UNICEF แสดงจากกราฟแบบแผนการกินนมแม่ของทารกตามช่วงอายุ ของประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตียวในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 30, 15 และ 12.3 ตามลำดับเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2549 ในช่วงอายุเดียวกัน อยู่ที่ร้อยละ 11.6, 7.6 และ 5.4 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง ภาพรวมของทารกที่ได้รับนมแม่ ในช่วงอายุ 6-7 เดือนแรกยังอยู่ในระดับที่ดี คือร้อยละ 55 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตียวในทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือนของกรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2556 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 องค์การอนามัยโลกกำหนด ไว้ที่ร้อยละ 35¹

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุด สำหรับทารก ใน น้านมแม่มีสารอาหารครบถ้วน เพียงพอ ซึ่งไม่มีอาหารอื่นใดมาทดแทนหรือเทียบเท่าได้จึงเหมาะสมกับทารก เนื่องจากนมแม่ย่อยง่าย มีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยลดโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้ในทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสำคัญต่อพัฒนาการในด้านสติปัญญา จิตใจ และอารมณ์ลูก นมแม่นอกจากมีคุณค่าทางโภชนาการอย่างสูงแก่ทารกแรกเกิดแล้วยังพบว่า มีประโยชน์ต่อแม่อีกด้วย คือช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ลดโอกาสการเสียชีวิตหลังคลอด ทำให้น้ำหนักแม่ลดลงสู่ปกติได้เร็วและมีผลดีต่อจิตใจแม่ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกถึงความสำเร็จในความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยตนเอง การจะได้รับประโยชน์สูงสุด จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น องค์การอนามัยโลกแนะนำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตียว 6 เดือนเต็ม โดยไม่ให้อาหารอื่นแม่แต่น้ำ หลังจากนั้นให้นมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น²

โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นโรงพยาบาลที่

สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งก็พบปัญหาน้านม มาช้า หรือมาน้อยในมารดาหลังคลอด มักพบในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ทารกป่วยที่ต้องรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต มารดาที่ผ่าคลอดซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ทารกไม่สามารถดูดกระตุ้นเต้านมมารดาได้ จึงทำให้น้านมมาช้า ดังนั้นแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยจึงพยายามที่จะเสาะแสวงหาวิธีกระตุ้นน้านมให้แก่มารดาที่น้านมน้านมมาช้า ไม่ว่าจะเป็นการนวดประคบเต้านม การปั้มนมด้วยเครื่องปั้มนมไฟฟ้า การใช้ยาหรือสารกระตุ้นน้านม เช่น Domperidone, Metoclopramide, ยาประสะน้านม เป็นต้น เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังคลอด

สำหรับการใช้ยา Domperidone เพื่อเป็นสารกระตุ้นน้านม พบว่าแพทย์นิยมใช้ในขนาดสูง 20-40 mg. วันละ 3-4 ครั้ง ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่หวังผลประสิทธิภาพจากอาการข้างเคียง (off label) อ้างอิงจากการทดลองทางคลินิก ซึ่งตามข้อมูลความปลอดภัยใหม่ของคอมเพอริโดน (Domperidone) ที่ถูกทบทวนโดยองค์การยาแห่งสหภาพยุโรป (EMA) พบว่ายานี้มีความเสี่ยงต่อ ภาวะการเกิดโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และมีข้อบ่งชี้เตียวที่พบว่ายานี้ให้ประโยชน์เหนือความเสี่ยงคือการนำไปใช้บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน แม้นำไปใช้ในข้อบ่งชี้นี้ก็ยังคงต้องใช้ยาในขนาดต่ำคือไม่เกิน 3 เม็ดต่อวัน และใช้ด้วยระยะเวลาที่สั้นที่สุด³

ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการใช้สารกระตุ้นน้านม Domperidone และการใช้ยาประสะน้านม ว่าโปรแกรมใดสามารถกระตุ้นการไหลของน้านมได้ดีที่สุดเพื่อให้ทารกได้รับน้านมมารดาเพียงพอ และเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปริมาณของน้านมในมารดาหลังผ่าคลอด ระหว่างการใช้ยา Domperidone และยาประสะน้านมและเพื่อเปรียบเทียบผลของยา Domperidone และยาประสะน้านม ในการกระตุ้นน้านม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมระหว่าง การใช้ยา Domperidone และยาประสะน้ำนม ในมารดาหลังคลอดที่ให้นมมาช้า ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2558 โดยทำการวัดปริมาณน้ำนมเป็นมิลลิลิตร โดยใช้เครื่องปั๊มที่ใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอดตามปกติ การวัดจะกำหนดเป็นที่ 0, 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้มารดากลุ่มตัวอย่างเก็บน้ำนมหลังจากให้นมบุตรในเวลา เช้า กลางวัน เย็น ของวันที่ 0, 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังคลอด แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำนมเป็นมิลลิลิตร ต่อวัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่จะศึกษา คือ มารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด (GA 37-42 wk) อายุระหว่าง 18-35 ปี ที่หลังได้รับการผ่าตัดคลอด (C/S) มีน้ำนมมาน้อย ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2558

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุระหว่าง 18-35 ปี อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Caesarean Section : C/S) มีปัญหาน้ำนมมาช้า หรือไม่มีน้ำนมเลี้ยงทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2558 จำนวน 54 คนวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ชนิดมีกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตัวอย่างแบบปกปิด (randomized double-blind, controlled trial) ที่หลังคลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีน้ำนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ของอายุมารดา และอายุ ส่วนปริมาณน้ำมนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน

สถิติอนุมาน (Inferential statistic) การเปรียบเทียบความแตกต่างใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยแบบ non

parametric เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมที่เก็บได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดของทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบ Mann-Whitney U กำหนดระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ส่วนการเปรียบเทียบอายุมารดาและอายุครรภ์โดยใช้สถิติ independent samples t และเปรียบเทียบจำนวนผู้ตั้งครรภ์ จำนวนผู้เคยให้นมบุตร และจำนวนผู้เจ็บครรภ์ก่อนคลอด โดยใช้สถิติ chi-square

ผลการศึกษา

อายุของมารดาในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 20-24 ปี และ 25-29 ปี ร้อยละ 28 รองลงมาคือ มีอายุ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 5 และ อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 12 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 25.4 ส่วนอายุมารดาในกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้ำนม ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 20-24 ปี ร้อยละ 29.63รองลงมาคือ 25-29 ปี ร้อยละ 25.93 และ อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 18.52 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 25.7 (p = 0.68)

ตารางที่ 1 อายุของมารดาหลังคลอดในระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้ำนม

อายุ	Domperidone (n=25)		ยาประสะน้ำนม (n=29)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
< 20 ปี	5	20.00	4	13.79	
20-24 ปี	7	28.00	9	31.03	
25-29 ปี	7	28.00	7	24.14	
30-34 ปี	3	12.00	7	24.14	
>35	3	12.00	2	6.90	
Median (Min-Max)	25(16-39)		26(17-38)		0.68

*Independent samples t-test

อายุครรภ์มารดาในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone ส่วนใหญ่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 36 รองลงมาคือ มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 32.00 และ 16.00 ส่วนอายุครรภ์ของมารดาในกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้านม ส่วนใหญ่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 44.83 รองลงมาคือ มีอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ และ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 20.69 และ 13.79 ตามลำดับ (p = 0.62) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการแจกแจงความถี่ ของกลุ่มอายุครรภ์มารดาในระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้านม

อายุครรภ์มารดา	Domperidone (n=25)		ยาประสะน้านม (n=29)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
37	8	32.00	10	24.13	
38	9	36.00	13	44.83	
39	4	16.00	2	6.90	
40	4	16.00	6	20.69	
41	0	0.00	1	3.45	
Median (Min-Max)	38 (37-40)		38 (37-41)		0.62

*Independent samples t-test

จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ของมารดา ในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก และครรภ์ 2 ร้อยละ 44 รองลงมา มากกว่าหรือเท่ากับ ครรภ์ 3 ร้อยละ 12.00 โดยส่วนในกลุ่มที่ได้รับยาประสะน้านม ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก และครรภ์ 2 ร้อยละ 41.38 รองลงมา มากกว่าหรือเท่ากับ ครรภ์ 3 ร้อยละ 17.24 (p = 0.69) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละของจำนวนการตั้งครรภ์ในระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้านม

จำนวนการตั้งครรภ์	Domperidone (n=25)		ยาประสะน้านม (n=29)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1	11	44.00	12	41.38	
2	11	44.00	12	41.38	
>=3	3	12.00	5	17.24	
Median (Min-Max)	2 (1-7)		2 (1-3)		0.69

*chi-square test

น้ำหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 3,000 -3,499 กรัม ร้อยละ 60 รองลงมา ช่วง 2,500 - 2,999 กรัม และ มากกว่า 3,500 ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มในกลุ่มยาประสะน้านมก็เช่นกัน อยู่ในช่วง 3,000 -3,499 กรัม ร้อยละ 25 รองลงมา ช่วง 2,500 -2,999 กรัม และ มากกว่า 3,500 ร้อยละ 18 และร้อยละ 9 ตามลำดับ (p = 0.47) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละของกลุ่มน้ำหนักทารกแรกเกิด ในระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้านม

น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	Domperidone (n=25)		ยาประสะน้านม (n=29)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<2,500	0	0.00	2	6.90	
2,500-2,999	8	32.00	10	34.48	
3,000-3,499	15	60.00	10	34.48	
>3,500	2	8.00	7	24.14	
Mean (SD)	3,138.6(301.74)		3,056.72(496.21)		0.47

*chi-square test

ปริมาณน้านมของมารดา ค่าเฉลี่ยของปริมาณน้านมที่เก็บได้ ในชั่วโมงหลังคลอด 0, 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังผ่าคลอด จากมารดาในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone เท่ากับ 0.24, 18.52, 30.76, 45.64 มิลลิลิตร และกลุ่มยาประสะน้านมเท่ากับ 0.51, 27.06, 44.62, 63.60 มิลลิลิตรตามลำดับ (p = 0.347, 0.002, < 0.001, < 0.001 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการแจกแจง ค่ามัธยฐานของปริมาณน้านมที่เก็บได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และยาประสะน้านม

ชั่วโมงหลังคลอด	Median (Min-Max) ของปริมาณน้านม (มล.)/วัน		p-value*
	Domperidone (n=25)	ยาประสะน้านม (n=29)	
0	0 (0-3)	0 (0-5)	0.347
24	16 (11-35)	25 (10-50)	0.002
48	30 (15-70)	45 (19-90)	< 0.001
72	40 (29-90)	60 (40-110)	< 0.001

*Mann-Whitney u test

สรุปและการอภิปรายผล

ในการใช้ยา Domperidone และยาประสะนํ้านม ในการกระตุ้นนํ้านมมารดาหลังผ่าคลอด ในกลุ่มมารดาที่นํ้านมมาน้อย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone และกลุ่มยาประสะนํ้านม ในระยะเวลาหลังคลอดทันที พบว่าค่าเฉลี่ย ปริมาณนํ้านมค่าเฉลี่ยปริมาณนํ้านม ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.347$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และใน ปริมาณนํ้านมของมารดา ค่าเฉลี่ยของปริมาณนํ้านมที่เก็บได้ ในชั่วโมงหลังคลอด 24, 48, 72 ชั่วโมง หลังผ่าคลอด จากมารดาในกลุ่มที่ได้รับยา Domperidone เท่ากับ 18.52, 30.76, 45.64 มิลลิลิตร และกลุ่มยาประสะนํ้านมเท่ากับ 27.06, 44.62, 63.60 มิลลิลิตรตามลำดับ ทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002, < 0.001, < 0.001$ ตามลำดับ) พบว่า ปริมาณนํ้านมในกลุ่มยาประสะนํ้านม มีปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Domperidone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบปริมาณนํ้านมในยา Domperidone และยาประสะนํ้านม พบว่ายาประสะนํ้านม มีประสิทธิผลทำให้มีปริมาณนํ้านมมากกว่ายา Domperidone และช่วยในการกระตุ้นการหลั่งนํ้านม และเพิ่มปริมาณนํ้านมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และการศึกษาคั้งนี้ไม่มีมารดาคนใดที่มีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาใดเลย

ข้อเสนอแนะ

ในการกระตุ้นให้นํ้านมไหลเร็วและไหลมากเพียงพอกับความต้องการของทารก ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ได้อยู่ที่การใช้ยากระตุ้นเท่านั้น ตั้งแต่เตรียมความพร้อมและความมุ่งมั่นของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้อบกอดทารกทันทีหลังคลอด การให้ทารกได้ดูดนมเร็ว ดูปบอย ดูตุ๊กวีธี มารดาไม่เครียด มีสุขภาพแข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจได้รับสารอาหารพอเพียง เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นการหลั่งนํ้านม การที่นํ้านมมาเร็ว ทำให้มารดาได้มีความมั่นใจ ลดความเครียดในการเลี้ยงดูทารก ส่งผลให้เพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

การใช้ยากระตุ้นนํ้านม เป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยในการเพิ่มนํ้านม เป็นทางเลือกที่ช่วยให้มารดา มีความมั่นใจ และลดความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารก การจะเลือกใช้ยาตัวใดที่จะปลอดภัย และให้ผลดีที่สุด ควรจะมีการศึกษาให้หลากหลายปัจจัย และกลุ่มประชากรที่มากกว่านี้ เช่นมารดาหลังคลอด แบบผ่าตัด ร่วมกับมารดาหลังคลอดแบบคลอดเอง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2547). เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1: พิมพ์บริษัทแปลน พับลิชชิ่ง จำกัด.
2. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2551). เลี้ยงลูกด้วยนมแม่วันนี้กับโอกาสสุขภาพในอนาคต. ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่ กรุงเทพเวชสาร.
3. da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret PA. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. CMAJ. 2001 Jan 9;164(1):17-21.

ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อความรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลอุดรธานี

ยุพาพร หัตถโชติ พย.บ.สส.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Stroke unit โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความรู้ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย(กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย stroke unit วันที่ 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม 2559 จำแนกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพิ่มเติมจากปกติ กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired samples t-test บนโปรแกรม SPSS V.16

ผลการวิจัย ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความสามารถในการทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.729, 0.566) หลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และสามารถในการทำกิจกรรมและระดับความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.001, 0.001) และเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00,0.00)

ข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลใน stroke unit โดยพยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน และควรปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเคร่งครัด จะทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วลดภาวะแทรกซ้อนลดจำนวนวันนอน ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป เพื่อให้ตระหนักถึงภัยอันตราย และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมอง

Effects of Discharge Planning program on Knowledge and Activities of Daily Living of Stroke Patients in Stroke Unit Udonthani Hospital

Yupaporn Hattachot: MPH, Advance stroke nurse, stroke unit Udonthani Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge and activities of daily living of stroke patients before and after receiving the discharge planning program, and between the experimental group (receiving the discharge planning program) and control group normal routine care no discharge planning. The samples were stroke patients who had admitted in the stroke unit, Udonthani Hospital from 1st June to 31st July 2016. Sixty patient selected by purposive sampling divided to 2 groups, 30 patients per group. The tools consisted of personal information, discharge planning program, functional assessment by Barthel Index and assess patient's/caregiver's knowledge of stroke. Questionnaires had verified by the experts with Cronbach's alpha reliability was 0.86. Paired samples t-test and independent t-test had purposed to analysis and compare the ability to do activities and knowledge between groups. Results showed that before receiving the discharge planning program both control and experimental groups don't be difference of knowledge and activities of daily living (P-value = 0.72, 0.56). After the use of the discharge planning program, the experimental group had more knowledge activities of daily than the control group significantly (p-value = 0.001, 0.001). In the experimental group, it was found that, after receiving the program, knowledge and activities of daily living was higher than before the experiment (p-value = 0.00, 0.00). Recommendations stroke patients should be cared in a stroke unit by specialist. With standard clinical practice guidelines. Multidisciplinary team should have discharge planning too It will be able to early rehabilitation , reduce complications reduce lent of stay and costs, improve quality of life Health team staff should be health promotion for knowledge of risk factors and stroke symptoms for general public. For prevent stroke.

Key word : discharge planning stroke.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ^{1,4} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มักจะมีคุณภาพการดำเนินชีวิตที่มีผู้ดูแล เป็นภาระของครอบครัว ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนาน ในโรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาตามแนวทางทางการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันของสถาบันประสาท^{5,6} มาตั้งแต่ปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ในปี 2556-2558 จำนวน 1,261, 1,167 และ 1,110 ตามลำดับ⁷ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังเกิดอาการและมาทันภายใน 4.5 ชั่วโมงจะได้รับการพิจารณาเข้ารับระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) เพื่อพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าไม่มีข้อห้าม หลังให้ยาได้ให้เข้าหอผู้ป่วยที่ stroke unit เมื่ออาการของผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระยะการฟื้นฟู แพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวนมาก เต็มไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนการจำหน่าย ยังขาดระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลที่แท้จริง ผลตามมามีผู้ดูแลยังไม่ได้พัฒนาทักษะการดูแลในกิจกรรมที่ซับซ้อนอย่างแท้จริง⁸ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ ใช้แนวคิดแบบดีเมทอท (D-METHOD) ของฮิวส์และคณะ⁹ มีแนวทางการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อวางแผนจำหน่ายดังนี้ Disease: ความรู้เรื่องโรค Medicine: ยาและผลข้างเคียงของยา, Environment: การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม, Treatment: เป้าหมายการดูแลรักษา, Health: ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพ, Out patient: ความสำคัญของการนัด, Diet: อาหารที่เหมาะสม เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึง

ต้องการศึกษาทราบผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยใน stroke unit โรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่กำหนดขึ้นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผนการจำหน่ายปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre – Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit วันที่ 1 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2559 จำนวน 60 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คนรวม 60 คู่ หรือ 120 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษา คู่มือบทบาทของบุคลากรในทีมสุขภาพ คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของทีมสุขภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Barthel index) มี 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0, 5, 10, 15 อาจมีคะแนนเต็มไม่เท่ากันในแต่ละข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนนโดยแบ่งความสามารถในการทำกิจกรรมเป็น

5 ระดับ 10 คือ	
คะแนน 0 - 20	พิการมากที่สุดช่วยตัวเองไม่ได้เลย (Very severity disabled)
คะแนน 25 - 45	พิการมาก (Severity disabled)
คะแนน 50 - 70	พิการปานกลาง (Moderately disabled)
คะแนน 75 - 95	พิการเล็กน้อย (Mildly disabled)
คะแนน 100	ปกติไม่มีความพิการ (Physically independent but not necessary normal or social independent)

แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองเป็นตัวเลือกแบบถูก ผิด จำนวน 20 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โดยแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹¹ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

คะแนน 0 -11	ต่ำ
คะแนน 12 - 15	ปานกลาง
คะแนน 16 - 20	สูง

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ภูมิภาค ภาวะสุขภาพ ประเมินความรุนแรง ความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินความรู้แรกรับและจำหน่าย โดยใช้การสัมภาษณ์ และเวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมและความรู้ ระหว่างกลุ่ม Independent t-test กลุ่มเดียวกันวัดก่อนและหลังใช้ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 68.2 ปี (SD 12.3) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 83.3 ภูมิภาคมาจากต่างอำเภอเป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 66.7 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ มากกว่า 4.5 - 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.3 ลักษณะการจำหน่าย โดยแพทย์อนุญาต ร้อยละ 83.3 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.8 วัน (SD 5.2) จำนวนวันนอนที่พบมากที่สุดคือ 5 - 7 วัน ร้อยละ 37.9 เฉลี่ย 15.36 คะแนน (SD 5.49) โดยเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก 16 - 21 คะแนน ร้อยละ 50.0 โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.7 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = 29,685 บาท (SD 3.27) บาท ส่วนกลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 62.2 ปี (SD 17.7) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.3 ภูมิภาคมาจากต่างอำเภอเป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 76.7 ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ มากกว่า 4.5 - 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 60.0 ลักษณะการจำหน่าย โดยแพทย์อนุญาต ร้อยละ 96.6 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.03 วัน (SD 5.3) จำนวนวันนอนที่พบมากที่สุดคือ 5 - 7 วัน ร้อยละ 33.9 เฉลี่ย 14.63 คะแนน (SD 4.99) โดยเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก 16 - 21 คะแนน ร้อยละ 40.0 โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = 16,651 บาท (SD 1.79)

เมื่อทดสอบความแตกต่างตามลักษณะทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติในเรื่องเพศ อายุ ภูมิภาค ระยะเวลาเกิดอาการ ลักษณะการจำหน่าย จำนวนวันนอน ระดับความรุนแรงของโรค แต่ในกลุ่มควบคุมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.006 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n =30)		กลุ่มทดลอง (n =30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	19	63.3	16	53.3	0.678
หญิง	11	36.7	14	46.7	
	$\bar{X} = 68.2$ SD = 12.3, Max 82, Min 24		$\bar{X} = 66.2$ SD = 17.7, Max 89, Min 21		
อายุ (ปี)					
20 - 39	1	3.3	1	3.3	0.105
40 - 59	4	13.3	9	30.0	
60 ขึ้นไป	25	83.3	19	63.3	
ภูมิลำเนา					
อำเภอเมือง	10	33.3	7	23.3	0.710
ต่างอำเภอ	20	66.7	23	76.7	
	$\bar{X} = 13.33$, SD =1.07, Max 48, Min 1		$\bar{X} = 12.3$, SD = 11.58, Max 48, Min 1		
ระยะเวลาเกิดอาการ (ชั่วโมง)					
0 - 4.5	6	20.0	7	23.3	0.597
>4.5 - 24	16	53.3	18	60.0	
>24	8	26.7	5	16.7	
ลักษณะการจำหน่าย					
แพทย์อนุญาต	26	86.6	29	96.6	0.103
ส่งกลับรพช.	4	13.3	1	3.3	
	$\bar{X} = 7.8$, SD = 5.2, Max 24, Min 3		$\bar{X} = 6.03$, SD = 5.3, Max 25, Min 3		
จำนวนวันนอน (วัน)					
3 - 4	9	31.0	17	44.1	0.097
5 - 7	11	37.9	9	33.9	
> 7	9	31.0	4	22.0	
	$\bar{X} = 15.36$, SD = 5.49, Max 21, Min 5		$\bar{X} = 14.63$, SD = 4.99, Max 21, Min 5		
ระดับความรุนแรง (คะแนนNIHSS)					
4 - 9	6	20.0	6	20.0	0.653
10 - 15	9	30.0	13	43.3	
16 - 21	15	50.0	12	40.0	
	$\bar{X} =29.685$ SD =3.27, Max 158,226 Min 6,911		$\bar{X} =16.651$ SD =1.79, Max 75,682 Min 5,593		
ค่าใช้จ่าย (บาท)					
< 10,000	7	23.3	17	56.7	0.006
10,000 - 15,000	5	16.6	7	23.3	
> 15,000	17	56.7	6	20.0	
ปัจจัยเสี่ยง (บางรายมีมากกว่า 1 โรค)					
ความดันโลหิตสูง	17	56.7	16	53.3	
เบาหวาน	12	40.0	10	33.3	
หัวใจ	3	10.0	5	16.6	
ไขมันมันเลือดสูง	13	43.3	12	40.0	
อื่นๆ	3	10.0	4	13.3	

คะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความรู้ก่อนการทดลองเฉลี่ย 13.1 คะแนน (SD 2.2) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 หลังการทดลองพบว่าระดับความรู้ สูงเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 40 เฉลี่ย 16.6 คะแนน (SD 2.0) กลุ่มทดลองพบว่าระดับความรู้ก่อนการทดลองเฉลี่ย 13.2 คะแนน (SD 2.1) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ 19.3 คะแนน (SD 0.7) ทุกคนมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p-value = 0.729) แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง (p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน)	10 (33.3)	0 (0)	8 (26.7)	0 (0)
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	16 (53.3)	12 (40.0)	16 (53.3)	0 (0)
สูง (16-20 คะแนน)	4 (13.3)	18 (60.0)	6 (20.0)	30 (100)
\bar{X} (SD)	13.1(2.2)	16.6(2.0)	13.2(2.1)	19.3(0.7)
Min-Max	9-18	13-20	10-16	18-20

คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมส่วนมากอยู่ในระดับทำกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ร้อยละ 80 ความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 37.3 คะแนน (SD 16.9) หลังการทดลองส่วนมากอยู่ในระดับทำกิจกรรมได้ปานกลางร้อยละ 36.7 คะแนน ความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 39.7 คะแนน (SD 15.5) ในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองส่วนมากอยู่ในระดับทำกิจกรรมได้น้อยหรือไม่ได้เลย ร้อยละ 76.7 คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 49.8 คะแนน (SD

23.5) หลังการทดลองส่วนมากอยู่ในระดับทำกิจกรรมได้ดี ร้อยละ 73.3 คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 70.3 (SD 21.3) เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง (p -value = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)					
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง				
	จำ ร้อย	จำ ร้อย	จำ ร้อย	จำ ร้อย				
	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ
ทำกิจกรรมได้เองไม่ได้	12	40.0	7	23.3	8	26.7	3	10.0
ทำกิจกรรมได้น้อย	12	40.0	6	20.0	15	50.0	2	6.7
ทำกิจกรรมได้ปานกลาง	5	16.7	11	36.7	6	20.0	3	10.0
ทำกิจกรรมได้ดี	1	3.3	5	16.7	1	3.3	22	73.3
ทำกิจกรรมได้เองทุกอย่าง	0	0	1	3.3	0	0	0	0
\bar{X} (SD)	37.3(16.9)		39.7(15.5)		49.8(23.5)		70.3(21.3)	
Min-Max	20-75		20-100		20-75		20-90	

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนการทดลอง	13.1	2.2	13.2	2.1	-0.298	0.729
หลังการทดลอง	16.6	2.0	19.4	0.7	-6.838	0.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม						
ก่อนการทดลอง	37.3	16.9	49.8	23.5	-0.565	0.566
หลังการทดลอง	39.7	15.5	70.3	21.3	-3.531	.001

วิจารณ์

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันมาก ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เชื่อว่า/คาดว่าความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น เป็นผลจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม กำหนดเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการทำฟื้นฟูสภาพเร็วที่สุดหลังจากเข้าอนโรพยาบาล ไม่เกินวันที่ 2 จึงทำให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ญาติได้รับความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย พร้อมสื่อการสอนที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อที่บ้าน ได้ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ได้รับการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะและได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยก่อนจำหน่าย 1 วัน พยาบาลที่ติดผู้ป่วยติดต่อแจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมจำหน่าย ประสานงานกับพยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับส่งต่อการดูแลไปยังชุมชน

เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่าย โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าหลังการทดลองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่ายพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชาญชัยนิมมวล, ชูยิ่งสกุลทิพย์, ปิ่นนเรศ กาศอุดม ที่ศึกษาในโรงพยาบาลระยอง¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลใน stroke unit และพยาบาลควรปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเคร่งครัด จะทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการวางแผนจำหน่ายของตนเองในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการจำหน่ายและแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ควรมีการวางระบบการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนตระหนักและเข้าถึงบริการมากขึ้น เร็วยิ่งขึ้น ยิ่งมารับบริการเร็วขึ้น จะสามารถลดความพิการได้มากขึ้น

4. ควรมีวิจัยเพิ่มเติม เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลา 3-6 เดือน หรือ ทำการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและกลุ่มที่ไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์มนัส กนกศิลป์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานีในขณะนั้น ที่อนุญาตให้ศึกษาขอคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่ช่วยในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล และขอคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่าย stroke fast track Srinagarind Med J 2013 ; 28 : 315-319
2. อาคม อารยาวิชานนท์.โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ.วารสาร Medical Journal of Ubon hospital ปีที่ 33 : 2556 ; ISBN, 9786163352897
3. Stroke Awareness Among Rural Residents. American Heart Association [AHA]. 2006; National Stroke Association [NSA], 2006: Available from :http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v42n02_05
4. Ministry of public health. Burden of

disease and injuries in Thailand Priority setting for policy 2002;A14 – 16 ,58.

5. นลินี พลุคันธภัค, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, บรรณาธิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานครสถาบันประสาทวิทยา ; 2556

6. ทศนีย์ ดันติฤทธิ์ศักดิ์.แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สถาบันประสาทวิทยา ; 2556

7. ศูนย์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ รายงานผู้ป่วยประจำปี 2557

8. สมนึก สกุลหงส์โสภณ.ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาต. มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2554

9. Mckeetham, K.M., & Coultan, C.J.A system approach to program development for continuity of care in hospital. In Continuity of care : Advance the concept of discharge planning. St Louis Mo: Grune & Stratton Orlando Floride ; 1985

10. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61. Used with permission.

11. Benjamin, S bloom. Learning for mastery . Evaluation comment Center for the study of instruction program. University of California at LOS Angeles. 1986 ; 2:47-67

12. อรุณี ชาญชัยนิ่มนวล, ชูยิ่งสกุลทิพย์, ปิ่นนเรศ กาศอุดม. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับความพึงพอใจในการดูแลตามโปรแกรมของผู้ดูแล/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี: ปีที่ 25: 2557:78

ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินใน โรงพยาบาลอุดรธานี

พัชรลีนี ประสันนาการ (พ.บ.) นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านผือ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลอุดรธานี โดยศึกษาจากผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2559 จากฐานข้อมูลจากโปรแกรม HOMIC (Hospital Operation Management Control) เฉพาะผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยและยืนยันโดยแพทย์ผิวหนังเท่านั้น และบันทึกคำวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินด้วยรหัส ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) ตามมาตรฐาน ICD-10th Reversion-Thai Modification และ WHO (World Health Organization) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคสะเก็ดเงินในปีงบประมาณ 2556 – 2557 เท่ากับ ร้อยละ 0.12 และในปีงบประมาณ 2558 – 2559 เท่ากับ 0.11 อัตราส่วนที่พบในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.33 : 1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 51 – 60 ปี โดยพบในกลุ่ม Psoriasis vulgaris มากที่สุดถึง ร้อยละ 95.07 อุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน พบว่ามีแนวโน้มลดลง จากปีงบประมาณ 2556 ร้อยละ 7.36 ลดลงเหลือ 4.68 ในปีงบประมาณ 2559 และผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินพบโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยร้อยละ 21.75, 5.25 และ 3.41 ตามลำดับ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเกี่ยวกับอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและวิธีปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จึงมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการของโรคให้สงบและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสะเก็ดเงินได้

คำสำคัญ : ความชุก, อุบัติการณ์, โรคสะเก็ดเงิน, โรงพยาบาลอุดรธานี

Prevalence and Incidence of Psoriasis in Udonthani Hospital

Patcharasinee Prasunnakarn MD., Banphue hospital

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to determine the prevalence and incidence of psoriasis at Udonthani hospital. The study performed in the out-patient department in Udonthani hospital since 1st October 2013 to 30th September 2016. The data were collected from Hospital Operation Management Control program (HOMC) which selected just the Thai patients who had been diagnosed as Psoriasis by a dermatologist and made the diagnosis with ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) code from ICD-10th Reversion-Thai modification and WHO (World Health Organization) standard only. The prevalence of Psoriasis in Udonthani hospital in 2013 – 2014 was 0.12% and 2015 – 2016 was 0.11%. Male : female ratio was 1.33: 1 and age group that found the most was between 51-60 years old. They had been diagnosed as Psoriasis Vulgaris about 95.07% of all Psoriatic patients. The incidence of Psoriasis was decreased from 7.36% in 2013 to 4.68% in 2016. The percentage of psoriatic patients with co-morbidity diseases such as essential hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia was 21.75%, 5.25% and 3.41% respectively. So an education for patients about the disease, complications and how to take care of themselves were important and fully empowerment should be done.

Keyword: prevalence, incidence, psoriasis, Udonthani hospital

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ผื่นผิวหนังมีอาการแดง มีขุยหนา โดยเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการอักเสบร่วมกับมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังกำพำเร็วผิดปกติ¹ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่ทำการรักษาเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการของโรคให้สงบได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผื่นสะเก็ดเงินเมื่อหายแล้วจะไม่มีรอยแผลเป็นหลงเหลืออยู่ บางรายอาจมีร่องรอยการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนังในบริเวณที่เคยเป็น ผื่นสะเก็ดเงินมาก่อนหลงเหลืออยู่ แต่จะค่อยๆกลับเป็นปกติ² โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากร พบได้ทั้งเพศชายและหญิง และในทุกช่วงอายุ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคนี้ด้วย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ทราบเพียงว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันและปัจจัยกระตุ้นภายนอก ทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังเร็วผิดปกติ¹ จากข้อมูลรายงานการวิจัยทั่วโลก พบความชุกของโรคสะเก็ดเงิน ตั้งแต่ร้อยละ 0.09–11.43³ ส่วนอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินพบว่าการศึกษาน้อยอยู่ โดยพบว่าในประเทศกลุ่มลาตินอเมริกาและคาริเบียน พบอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน 1,020 รายในผู้ป่วย 100,000 ราย⁴ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบในเด็ก 40.8 รายในผู้ป่วย 100,000 ราย ส่วนผู้ใหญ่ พบ 78.9 ราย ในผู้ป่วย 100,000 ราย และในประเทศอิตาลีพบ 230 รายในผู้ป่วย 100,000 ราย⁵ โดยพบโรคในคนผิวขาวมากกว่าคนเอเชียและคนผิวดำ เพศหญิงและเพศชายพบความชุกของโรคไม่แตกต่างกัน³ สำหรับประเทศไทย⁶ จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยนอก (โรคใหม่) 10 อันดับโรคผิวหนังที่พบบ่อย ปี 2557-2559 ของสถาบันโรคผิวหนัง พบโรคสะเก็ดเงินจำนวน 2,298, 2,070 และ 5,698 รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในปี 2559 จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี 2557 และ 2558

เนื่องจากโรคสะเก็ดเงิน จะมีอาการทาง

ผิวหนังทำให้ผิวหนังผู้ป่วยไม่น่าดู ไม่สวยงาม น่ารังเกียจเพราะสามารถมองเห็นร่องรอยของโรคได้ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรทั่วไป จากการศึกษาของสมใจ ฉันทวรลักษณ์พบว่าตำแหน่งของโรคมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีผื่นผื่นนอกร่มผ้า จะมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 3.7 เท่าของผู้ที่มีผื่นเฉพาะภายในร่มผ้า⁷ ซึ่งจากรายงานการวิจัยพบว่าความเครียดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของโรคนี้ถึง ร้อยละ 34.58 และยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁴

นอกจากนี้โรคสะเก็ดเงินยังมีความสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ ในร่างกายหลายระบบ เช่น ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic Arthritis), Inflammatory bowel disease ยังมีข้อมูลการศึกษาโรคอื่นที่พบเกิดร่วมกับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เช่น โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน (Autoimmune disease), โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) และกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม (Metabolic syndrome) คือกลุ่มโรคที่ประกอบด้วย โรคอ้วน (Obesity) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)^{4,9,10,11} ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีอุบัติการณ์การเกิด metabolic syndrome มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรค และนำไปสู่ cardiovascular disease ตามมาได้ การรักษาและควบคุมโรคเหล่านี้จึงมีความสำคัญ และช่วยลดการกำเริบของโรค และทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นได้

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคผิวหนังในจังหวัดอุดรธานีและในเขตสุขภาพที่ 8 ตลอดจนผู้ป่วยจากประเทศลาว ซึ่งโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่พบได้ไม่น้อย แต่ยังไม่มีการรายงานข้อมูลที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลอุดรธานี ย้อนหลัง 4 ปี งบประมาณ (ปีงบประมาณ 2556 – 2559) เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มของโรค อันจะนำไปสู่วิธีลดความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน รวมถึงแนวทางการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน ในโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 – 30 กันยายน 2559

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณน่าย้อนหลัง (Retrospective Descriptive study) โดยการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินเฉพาะประเภทผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2559 จากฐานข้อมูลจากโปรแกรม HOMIC (Hospital Operation Management Control) เฉพาะผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์ผิวหนังเท่านั้น และบันทึกคำวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินด้วยรหัส ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) ตามมาตรฐาน ICD-10th Revision-Thai Modification และ WHO (World Health Organization)¹² รหัส ICD ที่นำมาศึกษาคือ L40.0 ถึง L40.9 ดังนี้

รหัส L40.0	Psoriasis vulgaris Nummular psoriasis Plaque psoriasis
รหัส L40.1	Generalized pustular psoriasis Impetigo herpetiformis Von Zumbusch's disease
รหัส L40.2	Acrodermatitis contimua
รหัส L40.3	Pustulosis Palmaris et plantaris
รหัส L40.4	Guttate psoriasis
รหัส L40.5	Arthropathic psoriasis
รหัส L40.6	Psoriatic erythroderma
รหัส L40.8	Other psoriasis Flexural psoriasis
รหัส L40.9	Psoriasis, unspecified

และสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 คน (เพศหญิง 5 คน และเพศชาย 5 คน) เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ วิธีการดูแลตนเอง พฤติกรรม และสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่และร้อยละ

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิสำเนา ประวัติการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงิน โรคแทรกซ้อนที่ศึกษา คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ วิธีการดูแลตนเอง พฤติกรรม และสภาวะจิตใจ ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน – สิงหาคม 2560

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 31/2560 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2560

ผลการศึกษา

จากฐานข้อมูลโปรแกรม HOMIC โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงปีงบประมาณ 2556 – 2559 พบผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรายเก่าและรายใหม่ จำนวน 947, 895, 931 และ 1,000 ราย ตามลำดับ และเมื่อคำนวณความชุกของโรคสะเก็ดเงินในปีงบประมาณ 2556 – 2559 พบร้อยละ 0.12 , 0.12, 0.11 และ 0.11 ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรายใหม่ จำนวน 806, 651, 521 และ 514 ราย ตามลำดับ และเมื่อคำนวณอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินในปีงบประมาณ 2556 – 2559 พบร้อยละ 7.36, 6.14, 4.97 และ 4.68 ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของความชุก และอุบัติการณ์ ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ระหว่างปีงบประมาณ 2556 – 2559

	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)
จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินใหม่และเก่า	947	895	931	1,000
จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	732,609	762,403	807,574	871,676
ความชุกของโรคสะเก็ดเงิน (ร้อยละ)	0.12	0.12	0.11	0.11
จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรายใหม่	806	651	521	514
จำนวนผู้ป่วยที่แผนกโรคผิวหนังทั้งหมด	10,957	10,605	10,490	10,972
อุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน (ร้อยละ)	7.36	6.14	4.97	4.68

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายพบได้มากกว่าเพศหญิง โดยอัตราส่วนการพบโรคสะเก็ดเงินระหว่างเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก ภาพรวมในปี 2556 – 2559 พบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.33 : 1 โดยกลุ่มอายุ 51–60 ปี จะพบผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมากที่สุดร้อยละ 24.38 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41–50 ปี พบร้อยละ 23.17 กลุ่มอายุที่พบน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 0–10 ปี ที่พบเพียงร้อยละ 1.19

การวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินตามรหัส ICD-10 พบว่า รหัส L40.0 กลุ่ม Psoriasis vulgaris พบมากที่สุดร้อยละ 95.07 รองลงมาคือรหัส L40.9 กลุ่ม Psoriasis, unspecified ร้อยละ 2.57 และรหัส L40.5 กลุ่ม Arthropathic psoriasis ร้อยละ 1.11 ตามลำดับโรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 21.75, 5.25 และ 3.41 ตามลำดับ

สำหรับภูมิแพ้ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อจำแนกตามจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยมีภูมิแพ้

ในจังหวัดอุดรธานี มากที่สุดร้อยละ 83.28 รองลงมาคือจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 4.66 และอื่นๆ ร้อยละ 4.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ปีงบประมาณ 2556 – 2559 จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	รวม	ร้อยละ
	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)	(ราย)
เพศ						
เพศชาย	540	512	540	564	2,156	57.14
เพศหญิง	407	383	391	436	1,617	42.56
สัดส่วน ชาย:หญิง	1.32:1	1.34:1	1.38:1	1.29:1	1.33:1	
กลุ่มอายุ (ปี)						
0 - 10	15	13	9	8	45	1.19
11 - 20	40	34	41	50	165	4.37
21 - 30	82	83	78	95	338	8.96
31 - 40	141	124	126	121	512	13.57
41 - 50	212	217	213	232	874	23.17
51 - 60	219	204	242	255	920	24.38
61 - 70	152	129	145	159	585	15.51
71 - 80	71	73	68	65	277	7.34
80 ปีขึ้นไป	15	18	9	15	57	1.51

รหัสการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงิน

L40.0	904	862	876	945	3,587	95.07
L40.1	10	2	9	4	25	0.66
L40.2	0	0	1	0	1	0.03
L40.3	4	2	3	3	12	0.31
L40.4	2	1	0	1	4	0.11
L40.5	4	11	5	22	42	1.11
L40.8	0	3	0	1	4	0.11
L40.9	923	875	912	956	3,666	2.60

กลุ่ม Metabolic syndrome ที่พบร่วม

ความดันโลหิตสูง	139	122	100	460	821	21.75
เบาหวาน	40	26	23	109	198	5.25
ไขมันในเลือดสูง	32	12	16	69	129	3.41

ภูมิแพ้

อุดรธานี	790	742	768	842	3,142	83.28
หนองคาย	24	22	25	30	101	2.68
บึงกาฬ	10	13	17	17	57	1.51
สกลนคร	27	25	29	23	104	2.76
เลย	3	2	2	1	8	0.21
นครพนม	7	9	10	6	32	0.85
หนองบัวลำภู	51	45	44	36	176	4.66
อื่นๆ	35	37	36	45	153	4.05
รวม	947	895	931	1,000	3,773	

จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 10 คน พบว่า เมื่อแรกเริ่มมีอาการผื่นแดงเป็นวงบริเวณแขนขา ลำตัว ไหล่ ผื่นมีขุยและคันหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร่วมด้วย โดยตรวจพบพร้อมกับตอนวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงิน สองในสามของผู้ป่วยที่สัมภาษณ์มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงินเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน มีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ เช่น ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง หลีกเลี่ยงการนอนตาก ภาวะเครียด หรือภูมิแพ้ และผู้ป่วยปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด โดยผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกจะมีความเครียดและกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค เนื่องจากบุคคลรอบข้างรังเกียจ แต่เมื่อปรับตัวได้แล้วและทราบว่าไม่ใช่โรคติดต่อ ก็สามารถดูแลตนเองและอธิบายให้บุคคลรอบข้างเข้าใจได้ นอกจากนี้คนในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรครดดังกล่าวได้ เนื่องจากโรคมีความเกี่ยวข้องกับ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคโดยรักษาสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การลดภาวะเครียด เป็นต้น

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลโปรแกรม HOMC โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงปีงบประมาณ 2556 – 2559 พบว่าความชุกของโรคสะเก็ดเงินอยู่ระหว่างร้อยละ 0.11 – 0.12 ใกล้เคียงกับการวิจัยในประเทศไต้หวัน และประเทศอียิปต์ ที่พบความชุกของโรคร้อยละ 0.19^{13,14} แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอังกฤษ และเดนมาร์ก ที่พบความชุกของโรคสูงถึงร้อยละ 3.2 และ 2.2 ตามลำดับ^{15,16} อย่างไรก็ตามโรคสะเก็ดเงินจะพบได้มากในประชากรแถบยุโรปตอนเหนือ และจะพบได้น้อยในประชากรแถบเอเชียตะวันออกเฉียง³ ถึงแม้ว่าความชุกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอาจจะไม่ลดลง แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน มีการดูแล

สุขภาพตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ และสามารถปรับตัวให้กับเข้ากับสังคมและสภาวะแวดล้อมได้ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความชุกของโรคสะเก็ดเงินลดลงในอนาคตได้

ความชุกของโรคสะเก็ดเงินเมื่อจำแนกตามเพศ เพศชายจะพบมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย โดยภาพรวมในปี 2556–2559 พบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.33 : 1 สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่าโรคสะเก็ดเงินพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ³ ถึงแม้ว่าการศึกษาในประเทศจีน⁶ จะพบว่าเพศมีผลต่อความชุกของโรคสะเก็ดเงิน

ความชุกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ 51–60 ปี จะพบมากที่สุด ร้อยละ 24.38 สอดคล้องกับการศึกษาของ Henseler และ Christophers E ที่พบว่าอายุของผู้ป่วยที่เริ่มเกิดโรคมมี 2 ช่วงอายุคือระยะแรกอายุ 16 และ 22 ปี และระยะที่ 2 อายุ 57 และ 60 ปี¹⁷ โดยกลุ่มอายุที่พบน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 0–10 ปี ที่พบเพียงร้อยละ 1.19 สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่พบความชุกในเด็กระหว่าง ร้อยละ 0 (ไต้หวัน) ถึง 2.1 (อิตาลี)⁵

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ระหว่างปีงบประมาณ 2556–2559 พบร้อยละ 7.36, 6.14, 4.97 และ 4.68 ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ แตกต่างจากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยนอก (โรคใหม่) 10 อันดับโรคผิวหนังที่พบบ่อยปี 2557-2559 ของสถาบันโรคผิวหนัง ที่จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเพิ่มขึ้น⁶ จากการศึกษาที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินมีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่น้อยลง หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยรายใหม่ไปทำการรักษาที่อื่น ทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานีลดลงก็ได้

สำหรับกลุ่มโรคสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุดคือกลุ่ม Psoriasis vulgaris พบถึงร้อยละ 95.07 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบ Psoriasis vulgaris ร้อยละ 96.58 โรคสะเก็ดเงินประเภทนี้เป็นประเภทที่พบมากที่สุด เป็นผื่นเรื้อรังเฉพาะที่ โดย

บริเวณที่มีการเสียดสี เช่น ข้อศอก ข้อเข่า หนังศีรษะ เป็นพื้นขนาดใหญ่ ผื่นจะขยายค่อยเป็นค่อยไปและอาจหายได้เองแต่จะช้า²

โรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ที่พบในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง พบว่าปีงบประมาณ 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงกว่าทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบสูงถึงร้อยละ 46.00 ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงและความชุกของโรคสะเก็ดเงิน^{9,10} ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมและดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่ม Metabolic syndrome ได้แล้ว อาจส่งผลให้ความชุกของโรคสะเก็ดเงินสูงขึ้นปีถัดไป

สรุปผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลโปรแกรม HOMC โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงปีงบประมาณ 2556-2559 พบความชุกของโรคสะเก็ดเงินอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.11-0.12 โดยอัตราส่วนพบในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.33 : 1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 51-60 ปี พบในกลุ่ม Psoriasis vulgaris ร้อยละ 95.07 อุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินพบมีแนวโน้มลดลง จากปีงบประมาณ 2556 ร้อยละ 7.36 ลดลงเหลือ 4.68 โดยภาพรวมส่วนใหญ่พบโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินร้อยละ 21.75 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน สามารถดูแลสุขภาพตนเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ และสามารถปรับตัวให้กับเข้ากับสังคมและสภาวะแวดล้อมได้ สำหรับบุคคลในครอบครัวทราบว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคไม่ติดต่อ มีความเข้าใจและให้กำลังใจผู้ป่วย จากการศึกษานี้ถึงแม้จะพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินมีแนวโน้มลดลง การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลทั่วไปยังคงมีความสำคัญ เพื่อให้เข้าใจว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ ผู้ป่วยจะได้ ไม่ถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง ทั้งนี้ญาติและบุคคลใกล้ชิดควรมีความเข้าใจและให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากโรคสะเก็ดเงิน

เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยควรดูแลปฏิบัติตนให้ถูกต้องจะช่วยควบคุมโรคให้สงบได้ ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นซึ่งได้แก่ ความเครียด การพักผ่อนน้อยและการดื่มสุรา รวมถึงยาบางชนิดสามารถกระตุ้นให้โรคกำเริบได้ เช่น ยาลดความดันโลหิตบางชนิด ยาทางจิตเวช (lithium) เป็นต้น สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงหรือการติดเชื้อ เป็นหวัด ในผู้ป่วยบางรายอาจทำให้ผื่นเห่อขึ้นได้ และเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังอาจต้องใช้เวลานานในการรักษา ผู้ป่วยไม่ควรขาดยาหรือหยุดยาเอง และควรมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ชนิษฐา วงษ์ประภารัตน์. โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.dst.or.th/html/index.php?op=article-detail&id=174&cid=12#.WXhy5RXyjs>
2. ประวิตร อัครานนท์. ความจริงเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dailynews.co.th/article/191239>
3. World Health Organization. Global report on PSORIASIS [ออนไลน์]. 2016. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf
4. Hernandez-Vlsquez A, Molinari L, Larrea N, Ciapponi A. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Jun 13.
5. RosaParisi, Deborah P.M.Symmons, Christopher E.M.Griffiths, Darren M.Ashcroft. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. Journal of Investigative Dermatology. 2013 Feb; 133: 377-85.
6. สถาบันโรคผิวหนัง. กราฟสถิติโรคผู้ป่วยนอก 10 อันดับ และผู้ป่วยใน 5 อันดับ เปรียบเทียบ

3 ปี (2557-2559) [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://inderm.go.th/inderm/inderm_pan.php

7. สมใจ ฉันทวรลักษณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินกรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง. วารสารกรมการแพทย์. 2549; 31: 62.

8. Chen K, Wang G, Jin H, Xu J, Zhu X, Zheng M, Gu H. Clinic characteristics of psoriasis in China: a nationwide survey in over 12000 patients. *Oncotarget*. 2017.

9. Kim ES, Han K, Kim MK, Park YM, Baek KH, Moon SD, Han JH, Song KH, Kwon HS. Impact of metabolic status on the incidence of psoriasis: a Korean nationwide cohort study. *Sci Rep*. 2017 May 16; 7(1).

10. Mil i D1,2, Jankovi S3, Vesi S1,2, Milinkovi M1,2, Marinkovi J4, irkovi A4, Jankovi J5. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based cross-sectional study. *An Bras Dermatol*. 2017 Jan-Feb; 92(1): 46-51.

11. Singh S1, Young P, Armstrong AW. Relationship between psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review. *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Dec; 151(6): 663-677.

12. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

13. Chang Y-T, Chen T-J, Liu P-C, Chen Y-C, Chen Y-J, Huang Y-L et al. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol*. 2009; 89(3): 262-6.

14. Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA,

Hofny ERM. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol*. 2003; 42(11): 887-92.

15. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Mar; 70(3): 512-6.

16. Egeberg A, Skov L, Gislasen GH, Thyssen JP, Mallbris L. Incidence and Prevalence of Psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol*. 2017 Jul 6; 97(7): 808-12.

17. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985; 13(3): 450-6.

ผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

นุจรินทร์ พันโกฏิ พยบ. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี ประชากรที่ใช้ในวิจัยคือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 40 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเรื่องผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของโคเฮินและอัฟออฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.97

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 97.5 (เฉลี่ย 42.35 ปี SD 10.84) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.3 รายได้ต่อเดือน 25,001 – 40,000 บาท ร้อยละ 67.5 (เฉลี่ย 30,615 บาท SD 10,431.75) ประสบการณ์การทำงาน 10 – 20 ปี ร้อยละ 40.0 (เฉลี่ย 18.2 ปี SD 10.98) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญีน้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีหน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการแบบปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 65 คะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวม 368 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก (SD = 1.48) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลกับข้อมูลทั่วไป พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน สำหรับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.5 และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริม พบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี และ หน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการจัดตารางการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานมากยิ่งขึ้นและประกอบการพิจารณาคัดเลือกบุคลากรที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารแบบมีส่วนร่วม วิสัญญีพยาบาล

The result of participative management in after-hours practice of anesthetic nurses at Udonthani hospital

Nudjarin Phankot, anesthetic nurses, Udonthani hospital.

Abstract

This a descriptive study about the results of participative management in after-hours practice of anesthetic nurses at Udonthani hospital. The population of this research consisted of 40 anesthetic nurses from Udonthani hospital, during June to August 2015. A questionnaire about the results of participative management in after-hours practice of anesthetic nurses at Udonthani hospital was used as the research instrument, created by the researcher according to the conceptual framework based on the Cohen and Uphoff concept. A validation was carried out by 3 experts, with the reliability by Cronbach's Alpha Coefficient was 0.97.

The research found that 97.5% of the sample group were female, in the age range of 31-45 years. 92.5% had a Bachelor's degree. 57.3% were married. Most of them had a monthly income between 25,001 to 40,000 THB. 40% had work experience between 10-20 years, with 50% had work experience as a anesthetic nurses for less than 10 years. 65% had after-hours responsibilities. The overall score of participative management in after-hours practice was very high (mean 3.68 S.D. 1.48). When comparing the mean scores for participative management in after-hours practice of anesthetic nurses to general data, it was found there was no statistical significant difference on all data. Half of them (52.5%) had high satisfaction level on the team's extra staffing in after-hours of 52.5% was very high. The correlation between personal factors with satisfaction level to administration of team's in after-hours was evaluated, this was statistical significant correlation ($p < .001$) in the person's age, monthly income, work experience, work experience as anesthetic nurses and responsibilities in afterhours.

Suggestions : The result can be used by the Nursing Administration for adjusting after hours practice schedules for nurse anesthetists to better suit the workload and for supporting considerations in recruiting personnel for the nurse anesthesia division.

Keywords: participative management, anesthetic nurses

บทนำ

การพยาบาลวิสัญญี เป็นการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อเลือกวิธีการและดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้ระเบียบ หรือกฎกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และให้การอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก¹

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง² การให้บริการทางด้านสุขภาพจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน ครอบคลุมประชากรทั้งภายในจังหวัด และจังหวัดเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 8 รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย สถิติผู้มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี ปี 2556, 2557, 2558 ผู้ป่วยนอก จำนวน 624,094, 650,718, 689,618 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 69,605, 71,050, 75,100 ราย และผู้ป่วยมารับบริการงานวิสัญญีจำนวน 26,424, 27,490, 28,407 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี ให้การบริการด้านการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ รวมทั้งวันหยุดนักขัตฤกษ์ด้วย มีวิสัญญีพยาบาล จำนวน 40 คน ปฏิบัติงานเป็นเวร แบ่งตามช่วงเวลาดังนี้เวรเช้า (08.00 – 16.00 น.) เวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.) และเวรดึก (24.00 – 08.00 น.) ในการบริหารงานด้านทรัพยากรบุคคลกร ผู้บริหารในองค์กรได้จัดตารางการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยเวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.) มีวิสัญญีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน จำนวน 6 คน ส่วนเวรดึก (24.00 – 08.00 น.) จำนวน 4 คน มีการรับ – ส่งเวรเป็นประจำทุกวัน และมีการประชุมประจำสัปดาห์ระหว่างผู้บริหารในองค์กรและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อปรึกษาหารือ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อพัฒนางาน เป็นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้บริหารองค์กรกับบุคลากรในหน่วยงาน จากการสังเกตการปฏิบัติงาน

ของวิสัญญีพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2557- มกราคม 2558 พบว่า ในช่วงจะสิ้นสุดเวลาการปฏิบัติงานในเวรเช้า แต่ยังคงมีการทำหัตถการผ่าตัดต่อเนื่องอยู่เฉลี่ย จำนวน 9 รายต่อวัน เนื่องจากการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มีความยุ่งยากซับซ้อน หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดด่วน จากอุบัติเหตุการดังกล่าว ทำให้วิสัญญีพยาบาลประจำเวรบ่ายไม่สามารถรับเวร สับเปลี่ยนเวรได้ทั้งหมด ยังคงมีวิสัญญีพยาบาลเวรเช้าที่ยังต้องอยู่ปฏิบัติงานต่อไป เพราะยังไม่มีวิสัญญีพยาบาลเวรบ่ายมารับช่วงงานต่อ เมื่อวิสัญญีพยาบาลต้องอยู่ปฏิบัติงานต่อไปจนกว่าจะมีคนมารับเวรต่อบ่อยๆ ครั้งจึงเกิดความเหลื่อมล้ำ ความไม่พึงพอใจในงาน ความรู้สึกเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน อึดอัด เครียดกับภาระงานที่ยาวนานต่อเนื่อง บั่นทอนขวัญและกำลังใจของบุคลากรในองค์กร รวมทั้งทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน ส่งผลให้คะแนนบรรยากาศองค์กรปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 แนวโน้มลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และต้องปรับปรุง ร้อยละ 82.80, 70.39 และ 56.2 ตามลำดับ รวมทั้งอัตราการลาออกของวิสัญญีพยาบาลในช่วงสามปีพบว่า ขอลาออก 1 ราย ขอโอนย้าย 3 ราย ได้รับการอนุมัติ 2 ราย ขอย้ายหน่วยงานภายใน 1 ราย แต่ไม่ได้รับการอนุมัติ อัตราการงดผ่าตัดสาเหตุจากการผ่าตัดไม่ทัน ปี พ.ศ.2556, 2557 และ 2558 ร้อยละ 1.63, 2.09 และ 1.78 ตามลำดับ เนื่องจากมติดิสสหสาขาวิชาชีพ รพ.อุดรธานี เมื่อปี พ.ศ. 2552 ต้องเริ่มทำผ่าตัดใหญ่ก่อนเวลา 15.00 น. เพราะห้วงเวลาต่อเนื่องของเวรเช้าต่อเวรบ่าย ทีมเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลสามารถให้บริการการระงับความรู้สึกได้เพียง 4 ราย ในห้วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกเลื่อนการผ่าตัดออกไป ส่งผลให้ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดยาวนานขึ้น

ทฤษฎีการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของคณะบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่ร่วมปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการของการให้ผู้ที่บังคับบัญชา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เน้นการมีส่วนร่วม

ของบุคคลอย่างเข้มแข็ง ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของกลุ่มบุคคลในการแก้ปัญหาของการบริหารอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดการแบ่งอำนาจหน้าที่ที่ถือว่าผู้บริหารแบ่งอำนาจหน้าที่การบริหารให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นความพยายามที่จะจูงใจให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบและร่วมมือในการพัฒนางานด้วยความเต็มใจเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจจากแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff)³ ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมได้ครอบคลุม 4 ด้านคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ผู้วิจัยในฐานะเป็นวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน ลดปัญหาความขัดแย้งบุคลากร คณะกรรมการขององค์กรเพิ่มขึ้น และป้องกันการสูญเสียบุคลากรจากความไม่พึงพอใจในงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการกับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนประชากรน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเรื่องผลการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานีประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มี 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาล วิสัญญี และหน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ส่วนที่ 2 การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญี มี 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มี 4 ข้อ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ แบ่งระดับคะแนนโดยใช้สเกล 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert Scale)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริม จำนวน 1 ข้อ แบ่งระดับคะแนนโดยใช้สเกล 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert Scale)

ส่วนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ เป็นการแสดงความคิดเห็นแบบปลายเปิด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาล วิสัญญี จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษา ความครอบคลุมชัดเจนของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล กับคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าสถิติ t-test และ F-test (ANOVA) ค่าสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-

square test) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42.35 ปี เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 25,001 – 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,615 บาท มีประสบการณ์การทำงาน 10 – 20 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18.2 ปี ส่วนใหญ่ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญีน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลวิสัญญี เฉลี่ย 12.32 ปี และมีหน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการแบบปฏิบัติการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลทั่วไป (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.5
หญิง	39	97.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 31	6	15.0
31 - 45	20	50.0
46 - 60	14	35.0
(X= 42.35, S.D. = 10.84, Min = 26, Max = 60)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	37	92.5
ปริญญาโท	3	7.5
สถานภาพสมรส		
โสด	14	35
สมรส	23	57.5
หม้าย/หย่าร้าง	3	7.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 25,000	10	25.0
25,001 - 40,000	16	40.0
มากกว่า 40,000	14	35.0
$(\bar{X}=30,615, S.D.=10,431.75, Min=15,000, Max=70,000)$		
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
น้อยกว่า 10	10	25.0
10 - 20	16	40.0
มากกว่า 20	14	35.0
$(\bar{X}= 18.2, S.D. = 10.36, Min = 2, Max = 36)$		
ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี(ปี)		
น้อยกว่า 10	20	50.0
10 - 20	10	25.0
มากกว่า 20	10	25.0
$(\bar{X}= 12.32, S.D. = 10.98, Min = 1, Max = 36)$		
หน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ		
หัวหน้าเวร	3	7.5
ปฏิบัติกร	26	65
ปฏิบัติทั้งสองหน้าที่	11	27.5

คะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68, S.D.=1.48$) โดยพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11, S.D.=.97$) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.46, S.D.=1.38$) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79, S.D.=2.29$) และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39, S.D.=1.29$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมใน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน รายชื่อ (n=40)

การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	X	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ			
1. ท่านได้ร่วมประชุมประจำสัปดาห์ปรึกษาหารือและแสดงความคิดเห็นเรื่องการจัดอัตรากำลังขึ้นเวรเสริม	3.87	1.04	มาก
2. ท่านทราบว่างานวิสัญญีพยาบาลให้บริการ 16 ห้องผ่าตัด, 4 ห้องพักฟื้น, 1 ห้องสลายนิว	4.37	0.74	มาก
3. ท่านทราบว่ากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในการรับเวรต่อเนื่องช่วงเวรเข้าต่อเวรบ่ายของวันราชการมีห้องผ่าตัดที่ทีมเวรต้องรับเวรเฉลี่ย 9 ห้องต่อวัน	3.95	1.08	มาก
4. ท่านทราบว่าทีมเวรสามารถรับเวรได้เพียง 4 ห้องผ่าตัด	4.57	0.50	มากที่สุด
5. ท่านคิดว่าห้องผ่าตัดอีก5ห้องที่ทีมเวรไม่สามารถรับเวรได้วิสัญญีพยาบาลทุกคนควรรับผิดชอบร่วมกัน	4.10	1.15	มาก
6. ท่านคิดว่าห้องผ่าตัดอีก 5 ห้องที่ทีมเวรไม่สามารถรับเวรได้ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในหน่วยงาน และทีมผ่าตัด	3.80	1.36	มาก
รวม	4.11	0.97	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน			
7. ท่านได้ร่วมกำหนดการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมว่าควรจะเป็นกี่ทีมจึงจะเหมาะสมต่อภาระงาน	3.40	1.35	ปานกลาง
8. ท่านเป็นส่วนหนึ่งในทีมเวรเสริม	3.60	1.49	มาก
9. ท่านเป็นผู้ประสานงานในการรับเวรเสริม	3.10	1.44	ปานกลาง
10. ท่านให้การสนับสนุนทีมเวรเสริมด้วยการให้กำลังใจ	3.75	1.25	มาก
รวม	3.46	1.38	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์			
11. ท่านเป็นผู้ร่วมดำเนินการในการขอรับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเวรเสริม	3.65	3.33	มาก
12. ท่านคิดว่าการปฏิบัติงานเวรเสริมช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงงานวิสัญญีพยาบาลได้มากขึ้น 5 ห้องผ่าตัด	3.77	1.18	มาก
13. ท่านทราบว่ากรเลื่อนผ่าตัดจากการทำผ่าตัดไม่ทันในปี 2557, 2558 เท่ากับ 229, 104ราย ตามลำดับ	3.95	1.43	มาก
14. ท่านคิดว่าการจัดอัตรากำลังเวรเสริมช่วยลดข้อขัดแย้งใน	3.80	3.24	มาก
รวม	3.79	2.29	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของบุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี (n=40) (ต่อ)

การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล			
15. ท่านได้ร่วมประเมินผลมีความเห็นว่าการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมจำนวนกี่ทีมจึงจะเหมาะสมต่อภาระงาน	3.25	1.23	ปานกลาง
16. ท่านชอบว่าการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมช่วยให้ทีมเวรปฏิบัติงานได้สะดวกขึ้น	3.62	1.25	มาก
17. ท่านคาดหวังว่าการเป็นส่วนหนึ่งของทีมเวรเสริมทำให้เพิ่มคุณค่าในตัวของท่านขึ้น	3.32	1.40	ปานกลาง
18. ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริม	3.40	1.29	ปานกลาง
รวม	3.39	1.29	ปานกลาง
รวมทั้งหมด	3.68	1.48	มาก

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี และ หน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ที่แตกต่างกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติในข้อมูลทั่วไปทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	\bar{X}	S.D.	t/F
อายุ (ปี)			0.565
น้อยกว่า 31	3.87	0.40	
31 - 45	3.55	0.72	
46 - 60	3.63	0.58	
เพศ			0.365
ชาย	4.21	-	
หญิง	3.62	0.63	
ระดับการศึกษา			0.253
ปริญญาตรี	3.66	0.64	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	\bar{X}	S.D.	t/F
ปริญญาโท	3.36	0.33	
สถานภาพสมรส			0.233
โสด	3.61	0.57	
สมรส	3.57	0.65	
หม้าย/หย่าร้าง	4.24	0.66	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.424
น้อยกว่า 25,000	3.73	0.52	
25,001 - 40,000	3.56	0.62	
มากกว่า 40,000	4.02	1.15	
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)			0.150
น้อยกว่า 10	3.89	0.45	
10 - 20	3.41	0.64	
มากกว่า 20	3.70	0.68	
ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี(ปี)			0.455
น้อยกว่า 10	3.55	0.61	
10 - 20	3.85	0.68	
มากกว่า 20	3.58	0.67	
หน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			0.272
หัวหน้าเวร	4.03	1.15	
ปฏิบัติการ	3.68	0.59	
ปฏิบัติทั้งสองหน้าที่	3.41	0.58	

พบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในระดับมาก จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดอัตราค่าจ้าง ทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (n=40)

ความพึงพอใจต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริม จำนวน	ร้อยละในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
ความพึงพอใจน้อยที่สุด	5 12.5
ความพึงพอใจน้อย	7 17.5
ความพึงพอใจปานกลาง	1 2.5
ความพึงพอใจมาก	21 52.5
ความพึงพอใจมากที่สุด	6 15

พบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ทัศนคติ และหน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วน เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริม

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความพึงพอใจ		X ²	P
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)			35.77	<.001
น้อยกว่า 31	6(100)	0(0)		
31 - 45	20(100)	0(0)		
46 - 60	1(7.1)	13(92.9)		
เพศ			0.49	1.000
ชาย	1(100)	0(0)		
หญิง	26(66.7)	13(33.3)		
ระดับการศึกษา			1.726	0.242
ปริญญาตรี	26(70.3)	11(29.7)		
ปริญญาโท	1(33.3)	2(66.7)		
สถานภาพสมรส			4.175	0.124
โสด	12(85.7)	2(14.3)		
สมรส	14(60.9)	9(39.1)		
หม้าย/หย่าร้าง	1(33.3)	2(66.7)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			11.29	.004
น้อยกว่า 25,000	10(100)	0(0)		
25,001 - 40,000	17(63.0)	10(37.0)		
มากกว่า 40,000	0(0)	3(100)		
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)			20.88	<.001
น้อยกว่า 10	9(90.0)	1(100)		
10 - 20	15(93.8)	1(6.2)		
มากกว่า 20	3(21.4)	11(78.6)		
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ด้านการพยาบาลวิสัญญี(ปี)			30.43	<.001
น้อยกว่า 10	20(100)	0(0)		
10 - 20	7(70.0)	3(30.0)		
มากกว่า 20	0(0)	10(100)		
หน้าที่รับผิดชอบเมื่อขึ้น ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			12.14	0.002
หัวหน้าเวร	0(0)	3(100)		
ปฏิบัติกร	22(84.6)	4(15.4)		
ปฏิบัติทั้งสองหน้าที่	5(45.5)	6(54.5)		

การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการกับ คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการกับคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

การบริหารแบบมีส่วนร่วมใน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ความพึงพอใจต่อการจัดอัตร ากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติ งานนอกเวลาราชการ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน(r)
ด้านการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	-.056
ด้านการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน	-.002
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์	-.115
ด้านการมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	.134

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ในการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของกลุ่มตัวอย่าง

1. การแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา บางครั้งไม่ได้รับตอบสนองการแก้ไข ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และกลายเป็นคนเห็นแก่ตัว (10 ราย)

2. การจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริม เมื่อมีการประชุมหาข้อตกลงร่วมกัน สมาชิกต้องปฏิบัติตามกติกากำหนดด้วย (5 ราย)

3. การทำผ่าตัดในผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน ไม่ควรเริ่มผ่าตัดหลังจากเวลา 15.00 น. ควรเริ่มผ่าตัดในรายที่จำเป็นเร่งด่วนเท่านั้น และเตรียมทีมให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดฉุกเฉิน (20 ราย)

4. ควรส่งนัดกาผ่าตัดให้เหมาะสมกับระยะเวลาผ่าตัด ทุกคนควรตรงเวลา (15 ราย)

5. ควรเพิ่มทีมเวรเสริมและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อลดความขัดแย้งในการบริการ เพิ่มแรงจูงใจ เป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (18 ราย)

สรุปและการอภิปรายผล

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การที่วิสัญญีพยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารงานในองค์กร ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมองปัญหาได้เด่นชัด การมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมในการลงทุนทั้งในด้านทรัพยากรและแรงงาน การประสานงานและการบริหารงาน ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากภายนอก การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ซึ่งจำเป็นต้องมีการลงมติหรือข้อยุติที่ต้องมาจากความต้องการของบุคคลในองค์กร ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และมีการบูรณาการผสมผสานทั้งจากด้านบนสู่ล่าง มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงานว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังทำให้นักวิชาการทางการแพทย์เกิดความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ รู้สึกตนเองมีคุณค่าและมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้นักวิชาการมีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะแรกจะทำให้บุคคลยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นมีความพร้อมที่จะทำงานร่วมกับผู้บริหารเกิดความพึงพอใจในงานลดการขาดงานการลาออกและโอดย่าย⁵ เมื่อวิสัญญีพยาบาลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการบริหารงานร่วมกับผู้นำทางการแพทย์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดเวรเสริมเป็นมติที่ได้มาจากการประชุมปรึกษาหารือกันของวิสัญญีพยาบาล ทำให้มีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างประเมินการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลได้มีการประชุม ปรึกษาหารือ ร่วมกันในการตัดสินใจหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยการจัดเวรเสริมขึ้นมา 4 ทีม เพื่อรองรับการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในช่วงเวรเช้าต่อเวรบ่าย ในห้องผ่าตัดที่ทีมเวรบ่ายยังไม่สามารถมารับเวรได้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดทางเลือกตัดสินใจความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดและประเมินทางเลือกและการตัดสินใจเลือก ซึ่งเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติทำให้มีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างประเมินการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในช่วงเวรเช้าต่อเวรบ่าย ในห้องผ่าตัดที่ทีมเวรบ่ายยังไม่สามารถมารับเวรได้ไปจนกว่าการผ่าตัดจะสิ้นสุด หรือจะมีทีมเวรบ่ายสามารถมารับเวรต่อได้ ถึงแม้วิสัญญีพยาบาลอาจจะไม่พร้อมที่ขึ้นเวรเสริม หรืออยู่ต่อก็ตาม ทำให้วิสัญญีพยาบาลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และไม่พอใจที่ต้องจำใจปฏิบัติงานต่อโดยไม่ได้วางแผนมาก่อน ทำให้มีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างประเมินการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า วิสัญญีพยาบาลมีความปรารถนาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมือง โดยทำให้ความร่วมมือในการจัดเวรเสริม ซึ่งผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากการให้ความร่วมมือในการจัดเวรเสริมคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอำนาจการเมืองและความรู้สึกว่าตนเองทำงานมีประสิทธิภาพ⁴ การมีส่วน

ร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แตกต่างกันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลออกมาตรงข้ามกับความคาดหวังได้แก้ไข เพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานที่ยังคงมีความต้องการค่าตอบแทนจากการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ วิทยาลัยพยาบาลจึงเต็มใจให้ความร่วมมือในการจัดเวรเสริม ทำให้มีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประเมินการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า วิทยาลัยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินผลการจัดเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบคือการมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อม ในการประเมินผลด้านงบประมาณความพึงพอใจของบุคลากรต่อการจัดเวรเสริม การมีส่วนร่วมวิธีการเข้ามามีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็น เพื่อนำความคิดเห็นไปใช้ปรับปรุงการบริหารงานให้ดีขึ้น แต่เนื่องจากการปฏิบัติงานแบบช่วงเวลามีการหมุนเวียนกันในการปฏิบัติงานร่วมกับระบบการบริหารงานตามสายงานบังคับบัญชา ทำให้วิทยาลัยพยาบาลไม่สามารถมีส่วนร่วมในการประเมินผลได้อย่างเต็มที่ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในทิศทางตรงกันข้ามกับผู้บริหารทางการพยาบาล

ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นในองค์กรลดความไม่มั่นใจของบุคลากรโดยการให้ความรู้ให้ข้อมูลแก่บุคลากรให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้มีการกระจายข้อมูลในองค์กรอย่างอิสระเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมกับผู้บริหาร เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์หลักของหน่วยงาน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ซึ่งจะทำให้บุคลากรรู้สึกมั่นใจและเข้าร่วมในกระบวนการต่างๆมากขึ้น⁶

นอกจากนี้ผู้บริหารควรมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของตนเอง โดยการเพิ่มอำนาจ

ในการตัดสินใจให้แก่บุคลากรมากขึ้น ลดอำนาจของผู้บริหารลง และเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ชี้แนะ ผู้ประสานงานเป็นผู้วางแผนและกำหนดนโยบายแทนผู้บริหาร อาจเตรียมการเพื่อรองรับการมีส่วนร่วมของบุคลากรให้ประสบความสำเร็จ ด้วยการฝึกฝนอบรมบุคลากรให้โอกาสบุคลากรเสนอความคิดเห็นสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และให้ตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานประจำวัน⁷ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรเกิดทักษะใหม่ๆ และมีความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติงานตามทำให้มีคะแนนการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. จากการวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ส่วนใหญ่บอกว่ามีความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในระดับมาก อภิปรายได้ว่าความพึงพอใจในงานเป็นสิ่งสำคัญซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรและต่อองค์กรเพราะความพึงพอใจในงานมีผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงาน ผลดีของความพึงพอใจในงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่องาน และหน่วยงานที่ตนเองทำงาน มีความสุขและมีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความรักผูกพัน นอกจากนี้ความพึงพอใจในงานยังเป็นตัวที่บ่งบอกถึงคุณภาพ ผู้ที่มีความพึงพอใจในงานสูงจะทำให้ผลผลิตของงานสูง⁸ ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางด้านบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลนั้นได้ แต่ทั้งนี้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นกับค่านิยมและประสบการณ์ที่ได้รับ ผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาจะต้องรู้ความต้องการของบุคคลในหน่วยงานเป็นอันดับแรก แล้วจึงค่อยจัดการตอบสนองความต้องการนั้นๆ ฉะนั้นหลังจากที่วิทยาลัยพยาบาลได้มีการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการโดยการจัดเวรเสริมเพื่อรองรับการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในช่วงเวรเช้าต่อเวรบ่ายในวันราชการ เป็นการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานขององค์กรนั้น การที่วิทยาลัย

พยาบาลจะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งจูงใจที่มีอยู่ในหน่วยงานนั้น ถ้าหน่วยงานมีปัจจัยที่เป็นเครื่องจูงใจมาก วิสัยทัศน์พยาบาลย่อมเกิดความพึงพอใจในการทำงานมาก การจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นการสร้างองค์ประกอบเพื่อโน้มน้าวจิตใจให้คนมีความรู้สึกผูกพันกับงาน อยากรักษาปฏิบัติงาน ทุ่มเทและเสียสละเพื่องานและหน่วยงาน^๑ ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดอัตราค่าจ้างทีมเวรเสริมในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการจัดตารางการขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของวิสัญญีพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานมากยิ่งขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการเพิ่มค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อช่วยลดความขัดแย้ง เพิ่มแรงจูงใจ เป็นขวัญและกำลังใจแก่วิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการส่งเสริม สนับสนุนให้วิสัญญีพยาบาลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และตระหนักในคุณค่าแห่งตน

3. นำผลการวิจัยไปประกอบการพิจารณาคัดเลือกบุคลากรที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีต่อไป

4. การวิจัยครั้งนี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นในช่วงรับเวรเข้าต่อป่วย โดยวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อเนื่องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และหน่วยงานอื่นๆ สามารถนำไปเป็นตัวอย่างของทางเลือกที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานของบุคลากรได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. เกณฑ์ภาระงานของสภาการพยาบาล. นนทบุรี: ม.ป.ท.; 2547.
2. ชูติเดช ตาบ-องครักษ์. เอกสารประกอบ

การประชุม เรื่องการขับเคลื่อนองค์กร.ณ ห้องประชุม ชั้น 7 อาคารอำนวยการและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี : 2558.

3. Cohen & Uphoff. Participation of place in rural development: Seeking clarity through Specificity. World development, 1980; 8(3): 21-235.

4. Hetherington, L.T. Becoming involed: The nurse leader's role in encouragine teamwork. Nursing Administratio Quartery, 1998; 23(1): 29-40.

5. David, K andNewstrom, J.W. Human behavior at work: Organization behavior. Singapore nationalprinterl. 1985.

6. Campell. Improving staff nurse participation. Nursing Administration Quartery, 1991; 16(1): 56-61.

7. Peterson, M.E. Motivation staff to participation in dicision making. Nursing Administration Quartery, 1983; 7(2): 63-68.

8. เปรมฤดี ศรีวิชัยและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมวัฒนธรรมองค์การเชิงสร้างสรรค์กับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเพทยา. วารสารสภากการพยาบาล, 2556.

9. Frederick K Herberk. The motivation to work. New York:john Wiley & Sons,In., 1959; 113-119.

ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด

สมศิริ เกษตรเวทิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี
ณัฐพัชร พรหมมินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและนัดเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม ที่ห้องตรวจคัดลอกกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่สื่อวีดิทัศน์เรื่องคำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล และซีเอ็มเอส (Thai HADS) วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t- test

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนผ่าตัดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนวิตกกังวล 10.13 (SD 5.13) และ 9.93 (SD 5.95) ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับข้อมูล 9.26 (SD 4.44) และ 4.20 (SD 2.78) ก่อนได้รับข้อมูลผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่างมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันแต่หลังจากได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูลไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p = 0.001$) และน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปและข้อเสนอแนะ การวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดโดยสื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ดังนั้นพยาบาลควรนำสื่อวีดิทัศน์นี้ไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกคน เพื่อลดวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความวิตกกังวล

Effects of Providing Information on Anxiety In Breast Cancer Patients Before surgery.

Somsiri Kasetwaytin. RN., Udonthani Hospital.

Natthaphat Prommin. RN., Udonthani Hospital.

Abstract

This Quasi experimental study aimed to study the effects of providing information on anxiety in breast cancer patients before surgery. Sample were patients who had diagnosed breast cancer and attended surgical outpatient clinic, Udonthani Hospital during April to June 2017. Sixty patients were divided to 2 groups, control group and experimental group using purpose allocation. The experimental group received providing information via video media while the control group received routine care. The instruments were 1) video media concerning self-care practice both before and after breast surgery, 2) demographic data form and 3) The Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) form. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and statistical t-test on SPSS program

Results: The mean anxiety score in the control and experimental group before and after receiving information were 10.13, 9.53, 9.20, 4.20 (SD 5.13, 5.59, 4.44, 2.78) respectively. There was no difference for mean anxiety score between the control group and the experimental group before the intervention and the mean anxiety score in the experimental group was less after the intervention than before the intervention. This change was statistically significant at 0.001. The mean anxiety score in the experimental group who received providing information via video media was less than in the control group who received routine care. This difference was statistically significant at 0.001

Conclusion and recommendation: These findings indicate that giving information via video media can reduce anxiety of the breast cancer patients. Thus, nurse should use video media for giving information to every breast cancer patients

Keywords: Providing information Breast cancer patients, Anxiety

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society: ACS) พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 ในสตรี¹

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตผู้หญิงทุกคน เริ่มจากเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมผู้ป่วยจะรับรู้ และประเมินว่าตนเองเป็นโรคที่มีความรุนแรงคุกคามต่อชีวิตและนำไปสู่ความตาย² กลัวในสิ่งที่ตนไม่รู้ กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวการให้ยาระงับความรู้สึก กลัวการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เป็นโรคและกลัวตาย³ และพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก⁴ และเมื่อต้องผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลมากขึ้น เนื่องจากการสูญเสีย เอกลักษณะความเป็นหญิง³ โดยเฉพาะในหญิงที่มีคู่สมรสจะมีความวิตกกังวลว่าบทบาทของการเป็นภรรยาจะไม่สมบูรณ์ หรือสามีอาจจะรังเกียจ ในหญิงที่ยังไม่ได้แต่งงานและอายุน้อยกังวลว่าตนเองจะสูญเสียความงาม ความมีเสน่ห์ เกิดความอับอาย² นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด การปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองทั้งในระยะก่อน ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ⁵

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดส่งผลเสียต่อร่างกายโดยเมื่อเกิดความวิตกกังวลแล้วจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง⁶ จนเป็นสาเหตุให้แพทย์ต้องเลื่อนการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกกังวลใจ หวาดหวั่น ตึงเครียด ออยากหลีกเลี่ยง ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ส่งผลทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดลดลง⁷ นอกจากนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้บาดเจ็บแผลหายช้ามี

การติดเชื้อได้ง่าย⁸ ทำให้ระดับความปวดในระยะหลังผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้น และทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น⁹

จากการทบทวนผลการปฏิบัติงาน และอุบัติการณ์ของห้องตรวจศัลยกรรม 6 เดือนที่ผ่านมา (มิถุนายน - พฤศจิกายน 2559) มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมจำนวน 92 ราย พบว่าผู้ป่วยผิวดำ หรือเลื่อนเวลาการผ่าตัดจำนวน 15 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวหลังไม่ตื่น กลัวความพิการและสูญเสียภาพลักษณ์และกลัวหลังผ่าตัดทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดมาก ซึ่งปัจจุบันการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์นัดเข้ารับการผ่าตัดพยาบาลจะให้คำแนะนำด้วยความเร่งรีบเนื่องจากข้อจำกัดของเวลา โดยให้ข้อมูลวันนัดผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อต้องเข้ามารับการผ่าตัด ซึ่งการให้คำแนะนำยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ต่างคนต่างให้ ให้คำแนะนำยังไม่ครบถ้วนและชัดเจน ไม่มีแบบแผนรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่จะนำมาใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยยิ่งสับสนและมีความวิตกกังวลจากปัญหาและผลกระทบดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม เพื่อลดผลกระทบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อผลการรักษาได้ จากการทบทวนข้อมูลทางวิชาการพบว่าในปัจจุบันมีวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล 2 วิธีคือการใช้ยาและไม่ใช้ยา วิธีการไม่ใช้ยาวิธีหนึ่งคือการใช้ข้อมูล¹⁰ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว มีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัด ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ช่วยลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด¹¹ ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การใช้สื่อการสอน¹² ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อน

การผ่าตัด เพื่อนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้และพัฒนาคุณภาพบริการในห้องตรวจศัลยกรรมและเป็นรูปแบบแนวทางเดียวกันในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและเกิดประสิทธิภาพในเวลาที่จำกัด

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง คือผู้ป่วยเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและนัดเข้ารับการผ่าตัด ที่ห้องตรวจศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 20 -60 ปี
2. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่น
4. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการทางจิต

ประสาท

5. ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น การพูด
6. อ่านออก เขียนได้
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุมก่อน จนครบ 30 ราย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง จนครบ 30 ราย ตามลำดับ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond & Snaith ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Thai HADS) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹³ ซึ่งได้ทำการศึกษาเครื่องมือในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 60 ราย ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อคือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมดและแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด ผู้วิจัยเลือกเฉพาะข้อคำถามสำหรับประเมินอาการวิตกกังวล ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเดิมเท่ากับ 0.86 ในข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และมีความไวต่อการประเมินการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเท่ากับ 100% ผู้วิจัยไม่มีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามใดๆ ในแบบสอบถาม แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน

การแปลผลจะนับเฉพาะข้อที่เป็นเลขคี่ (ได้แก่ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 11, 13) โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

- | | | |
|---------|-----------|-------------------------------|
| 0 - 7 | คะแนน คือ | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปกติ |
| 8 - 10 | คะแนน คือ | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปานกลาง |
| 11 - 21 | คะแนน คือ | ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก |

3. สื่อวีดิทัศน์เรื่องคำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสาร วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{14,15,16} มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ขั้นตอนระหว่างการรักษา การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อเตรียมก่อนและหลังผ่าตัดนม การบริหารแขนและข้อไหล่หลังผ่าตัด ข้อควรปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน หลังการผ่าตัดเต้านม นำไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของสื่อวีดิทัศน์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบ

ด้วยคัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลด้านศัลยศาสตร์ ท่าน 1 วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลด้านงานห้องผ่าตัด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดจนความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นจึงนำมาแก้ไขปรับปรุงให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ข้อมูลตามปกติที่เคยปฏิบัติ คือวันนัดผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อต้องเข้ามารับการผ่าตัด โดยพยาบาลวิชาชีพ โดยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนแน่นอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานีและผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความวิตกกังวลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และนัดเข้ารับการผ่าตัด หลังจากนั้นให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ และในวันนัดผู้ป่วยประมาณ 2 อาทิตย์เพื่อมานอนโรงพยาบาลเข้ารับการผ่าตัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้โปรแกรม SPSS ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะหลังให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและนัดเข้ารับการผ่าตัดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 ราย มีรายละเอียดดังนี้กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 สิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 86.7 และมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.3 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 สิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 80.0 และมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ร้อยละ 13.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=60)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ		
20-30 ปี	1(3.30)	1(3.300)
31-40 ปี	7(23.30)	4(13.30)
41-50 ปี	9(30.00)	15(50.00)
51-60ปี	13(43.30)	10(33.30)
สถานภาพสมรส		
คู่	23(76.60)	23(76.60)
โสด	3(10.00)	3(10.00)
หม้าย	2(6.70)	3(10.00)
หย่า	0(0.00)	1(3.30)
แยกกันอยู่	2(6.70)	0(0.00)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=60) (ต่อ)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	(n=30) จำนวน(ร้อยละ)	(n=30) จำนวน(ร้อยละ)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	27(90.00)	21(70.00)
มัธยม	1(3.300)	4(13.30)
ปริญญาตรี	1(3.30)	3(10.00)
สูงกว่าปริญญาตรี	1(3.30)	2(6.70)
อาชีพ		
รับราชการ	3(10.00)	3(10.00)
รับจ้าง	4(13.30)	5(16.70)
ค้าขาย	4(13.30)	5(16.70)
เกษตรกร ทำนา ทำสวน	16(53.30)	7(23.30)
แม่บ้าน	3(10.00)	10(33.30)
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	21(70.00)	21(70.00)
10,001-20,000 บาท	5(16.70)	1(3.30)
20,001-30,000 บาท	2(6.70)	4(13.30)
30,001-40,000 บาท	1(3.30)	3(10.00)
40,001-50,000 บาท	1(3.30)	1(3.30)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	26(86.70)	24(80.00)
ประกันสังคม	1(3.30)	3(10.00)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3(10.00)	3(10.00)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	16(53.30)	24(80.00)
มี (บางคนมีมากกว่า 1 โรค)	14(46.70)	6(20.00)
เบาหวาน	7(23.30)	4(13.30)
ความดันโลหิตสูง	10(33.30)	3(10.00)
อื่นๆ	5(16.50)	2(6.70)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ 10.13 (SD 5.13) และกลุ่มทดลองก่อนได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ คะแนนความวิตกกังวล เฉลี่ย 9.26 (SD 4.44) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง n	ความวิตกกังวล		t	p-value
	\bar{x}	SD		
กลุ่มควบคุม 30	10.13	5.13	6.99	0.488
กลุ่มทดลอง 30	9.26	4.44		

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 9.53 (SD 5.95) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 4.20 (SD 2.78) โดยใช้สถิติสถิติ independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองสื่อวีดิทัศน์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง n	ความวิตกกังวล		t	p-value
	\bar{x}	SD		
กลุ่มควบคุม 30	9.53	5.95	4.417	< 0.001
กลุ่มทดลอง 30	4.20	2.78		

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 10.13 (SD 5.13) และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 9.53 (SD 5.59) เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ pair t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ผล ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.60 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผลต่าง 5.06 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ 9.26 (SD 4.44) และหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ 4.20 (SD 2.78) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์น้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนความวิตกกังวล				ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	t	p-value
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
กลุ่มควบคุม	30	10.13	5.13	9.53	5.95	0.60	0.888	0.382
กลุ่มทดลอง	30	9.26	4.44	4.20	2.78	5.06	7.19	0.000

อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะโดยทั่วไป ใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลของการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด ช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ 10.13 (SD 5.13) และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 9.53 (SD 5.59) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 4.20 (SD 2.78) น้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลเท่ากับ 9.26 (SD 4.44) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลน้อยกว่าก่อนรับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังจากได้รับข้อมูลแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์ 4.20 (SD 2.78) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 9.53 (SD 5.95) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าก่อนการให้ข้อมูลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาครบถ้วน

เรียบเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อนหลัง เพื่อให้เข้าใจง่าย และมีสถานที่ให้ข้อมูลเป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยภายหลังการดูสื่อวีดิทัศน์ นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียงประกอบเป็นสิ่งที่เร้าที่ผ่านการสัมผัสทางตาและทางหูช่วยให้เกิดการเรียนรู้ จำได้ดีขึ้น¹⁷ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการเตรียมใจเพื่อควบคุมความวิตกกังวล ความคิด ตัดสินใจประเมินปัญหาในการผ่าตัดไม่คาดการณ์ไปในทางเลวร้าย ทำให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทฤษฎี¹⁴ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคในระบบทางเดินอาหารพบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณช ฤทธิธรรม¹⁵ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัด ช่องท้องพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวล น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของคงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตรารภรณ์ ความคะเนิง, อติคุณ ธนกิจและเกศชาดา เอื้อโพธิ์โรจน์กิจ¹⁶ ศึกษาผลการให้ความรู้ทางวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายต่อภาวะวิตกกังวลของหญิงที่รอคลอดบุตรพบว่าการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดด้วยวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายนั้นสามารถลดความวิตกกังวลในมารดาที่ทำผ่าตัดคลอดแบบไม่เร่งด่วนได้ทั้งในด้านวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ยังสามารถเพิ่มระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลควรนำสื่อวีดิทัศน์ที่ผลิตขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปใช้ในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม เพื่อลดความวิตกกังวล

2. ด้านการการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาความวิตกกังวลเพิ่มเติม

ระยะภายหลังจากการผ่าตัด เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ประเมินความวิตกกังวลเพียง 2 ครั้ง คือภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคและวันที่แพทย์นัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อติดตามผลของการให้ข้อมูลในระยะยาว

2.2 ควรศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการผ่าตัด เช่นผู้ป่วย One day surgery หรือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลขณะรอรับการรักษาเช่น Bronchoscope, Colonoscope เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม. Retrived August, 2, 2008, form <http://www.nci.go.th>. 2551 ก.
2. สุวลักษณ์ จรรย์โลงศิลป์. ปรากฎการณ์สูญเสียและเศร้าโศก. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก. วารสารพยาบาลรามธิบดี 2546; 9(2): 124-130.
3. สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร, และนันทา เล็กสวัสดิ์. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. พยาบาลสาร 2549; 33(2), 184-194.
4. คณินนิตย์ พงศ์ถาวรกมล, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และจิราภรณ์ มหามนต์. การตอบสนองทางจิตอารมณ์ และภาวะการณืทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด วารสารพยาบาลศาสตร์ 2549; 24(1): 44-56.
5. ดาร์สนี โปธารส. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: พี.เพรส. 2546.
6. ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. ความวิตกกังวล: เทคนิคการลดความวิตกกังวล กระบวนการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2538.
7. นาดยา พึ่งสว่าง. ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.

8. Bailey, L. Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. AORN Journal, 92(4), 445-457. doi:10.1016/j.aorn.2010.04.017.
9. Guo, P., East, L., & Arthur, A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 49(2), 1-9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008.
10. สุจินดา รีมศรีทอง, สุตาพรรณ ธัญจิรา, และอรุณศรี เตชะสงส์. พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. พิมพ์ที่ 2. กรุงเทพฯ. 2550.
11. Stergiopoulou, A., & Vlachos, G. The preoperative education effect on the reduction of patient anxiety. Nosileftiki, 49(1), 26-30. 2010.
12. สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
13. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2539, 18-30.
14. ลิกิจ โหรรุทธิ. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
15. วรนุช ฤทธิธรรม. ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดใน

ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตมหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. 2554.

16. คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล, จิตรารรณ์
ความคานึง, อติคุณ ธนกิจ, และเกษาดา เอื้อ
ไพโรจน์กิจ. ผลการให้ความรู้ทางวีดิทัศน์ร่วมกับการ
อธิบายต่อภาวะความวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัด
คลอดบุตร, การทดลองโดยวิธีสุ่ม. Thai journal of
Anesthesiology, 37(2), 71-79. 2554.

17. โสภา วรรณสุด. การผลิตสื่อการเรียน
การสอนทางพยาบาล. เชียงใหม่: โซตนาพริ้นท์, 2542.

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทพรปราการ

อลงกรณ์ เถกิงศักดิ์กุล, พ.บ., ว.ว., จิตเวชศาสตร์ (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมุทพรปราการ)

บทคัดย่อ

การติดเฮโรอีนเป็นภาวะการติดสารเสพติดที่รุนแรง โดยปัจจุบันการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment: MMT) เป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาการติดเฮโรอีน แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังคงใช้เฮโรอีนร่วมด้วยแม้จะได้รับการรักษาด้วย MMT การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT

รูปแบบของการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ทำในผู้ที่ได้รับ MMT ของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทพรปราการ โดยเก็บข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานบนโปรแกรม SPSS version 24.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ chi-square test และ logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย MMT

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 รายในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.88) อายุเฉลี่ย 43.61 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 36.36) มีงานทำ (ร้อยละ 69.70) อาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน (ร้อยละ 21.21) เคยถูกจำคุก (ร้อยละ 81.82) ถูกจำคุกเฉลี่ย 3.39 ครั้ง (SD 0.63) อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพเฮโรอีน 18.94 ปี (SD 0.75) ก่อนรับการบำบัดเสพยาเฮโรอีนทุกวัน (ร้อยละ 84.85) ก่อนบำบัดใช้เฮโรอีนเฉลี่ยต่อวัน 240.30 มิลลิกรัม (SD 52.53) เคยเข้ารับการบำบัดเฮโรอีนแบบผู้ป่วยใน 16 ราย (ร้อยละ 48.48) รับการบำบัดเฮโรอีนแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.30 ครั้ง (SD 0.33) กลุ่มตัวอย่าง 21 รายยังคงใช้เฮโรอีน (ร้อยละ 63.63) เข้ารับการรักษาด้วย MMT มานานเฉลี่ย 37.03 เดือน (SD 4.53) ได้ปริมาณเมทาโดนเฉลี่ยต่อวัน 61.06 มิลลิกรัม (SD 5.71) โดยปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT คือ การอาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด และการได้รับยากลุ่ม benzodiazepine จากแพทย์ มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.024, 0.012, 0.000$ และ 0.041 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT คือ การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ [odds ratio = 6.19 (95% CI = 1.008 – 38.062); p-value = 0.049]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT คือ การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการวางแผนการรักษาต่อไป

คำสำคัญ: เมทาโดนระยะยาว การยังคงใช้เฮโรอีน โรงพยาบาลสมุทพรปราการ

Factors associated with concurrent heroin use in methadone maintenance treatment patients in psychiatric out-patient-unit at Samutprakan hospital

Alongkorn Takurngsakdakul; MD. Psychiatric department, Samutprakan hospital

Abstract

Heroin dependence is a major substance use problem in Thailand. Methadone maintenance treatment (MMT) is an effective method against heroin dependence. However concurrent heroin use was found among patients receiving MMT program. This study aimed to investigate factors associated with concurrent heroin use in the patients enrolled in MMT program.

In May 2017, cross-sectional descriptive study was conducted in psychiatric out-patient-unit at Samutprakan hospital. Demographic data and substance related data were collected and analyzed by descriptive statistics. Chi-square test and logistic regression analysis on SPSS program were used to identify the factors associated with concurrent heroin use in MMT patients.

In the past 3 months, majority of 33 participants were male (87.88%), mean age 43.61 years old, graduated from junior high school (36.36%) and employed (69.70%). They lived with heroin user (21.21%), had history of incarceration (81.82%) and the mean time of imprisoned was 3.39 (SD 0.63), the mean age of first heroin usage was 18.94 years old. Prior to enrolled in MMT program, they were daily heroin user (84.85%), mean heroin daily dose use was 240.30 milligrams (SD 52.53). Half of them had history of inpatient substance rehabilitation (48.48%) and the average of inpatient substance rehabilitation was 1.30 times (SD 0.33). Two third (63.63%) of patients were found to be concurrent heroin users. Mean time of MMT enrollment was 37.03 months (SD 4.53) and mean dosage of methadone was 61.06 milligrams (SD 5.71). Living with heroin user, intravenous midazolam injection, multiple substances usage and benzodiazepine prescription from physician were found to be statistically significant factor related with the concurrent users (p-value = 0.024, 0.012, 0.000 and 0.041 respectively). Intravenous midazolam usage was found to be statistically significant factor associated with the concurrent users [odds ratio = 6.19 (95% CI = 1.008 – 38.062); p-value = 0.049]

The factor that associated with patients enrolled in MMT program was intravenous midazolam usage. The medical personnel in MMT program should concern about this problem.

Keywords: Methadone maintenance treatment (MMT), Concurrent heroin use, Samutprakan hospital

บทนำ

การติดเฮโรอีนเป็นภาวะการติดสารเสพติดที่รุนแรงส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าโรคนี้อาจมีความชุกตลอดปีอยู่ที่ร้อยละ 0.22¹ สำหรับในประเทศไทยนั้นจากการประเมินในปี พ.ศ. 2552 เชื่อว่ามีผู้ติดเฮโรอีนอย่างน้อย 30,000 ราย โดยส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเพื่อนำบำบัดยาเสพติด²

เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ทางเคมีที่มีฤทธิ์คล้ายกับเฮโรอีน จึงถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อการบำบัดและรักษาผู้ที่ติดเฮโรอีน การให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone maintenance treatment : MMT) เป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาการติดเฮโรอีน ซึ่งช่วยลดความอยากใช้ ลดความทรมานจากอาการถอนพิษเฮโรอีน ปลอดภัยผู้ป่วยจากวงจรการซื้อขายและใช้เฮโรอีน^{3,4} โดยมีหลักฐานยืนยันว่าการรักษาด้วย MMT มีประสิทธิภาพในการลดอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับเฮโรอีน⁴⁻⁶ และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อทางเลือดที่แพร่ผ่านเข็มฉีดยา⁷

จากหลายการศึกษาในประเทศไทยพบมีผู้เข้ารับการบริการ MMT จำนวนน้อยกว่า 1,000 ราย โดยลักษณะของผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วย MMT ส่วนใหญ่มักมีการใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ⁸⁻¹⁰ โดยมักจะไม่เข้ายาบ้า และสุรา⁸

MMT มีจุดหมายเพื่อการหยุดการใช้เฮโรอีนและลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพที่มาจากการใช้เข็มฉีดยา แต่จากหลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยยังคงใช้เฮโรอีนร่วมด้วยแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วย MMT โดยการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย MMT มากกว่าร้อยละ 60 ถึง 71 ยังคงมีการใช้เฮโรอีน^{11, 12} และ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย MMT ร้อยละ 53 ถึง 62 ยังคงมีการใช้เฮโรอีน¹³ จากการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT ได้แก่ โสัด ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 3 ปี มีปัญหาการใช้เฮโรอีนอย่างรุนแรงก่อนเข้ารับการรักษาด้วย MMT มีเพื่อนใช้

เฮโรอีน การรักษาด้วย MMT มากกว่า 2 ปี¹⁵ ปริมาณเมทาโดนที่ได้รับ^{16,17} การใช้โคเคน^{14,16} และ การใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine¹⁸

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT ในประเทศไทยยังมีข้อมูลน้อย ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT เพื่อประโยชน์ในการวางแผนรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเฮโรอีนตามเกณฑ์ของ DSM-5¹⁹ และได้รับการรักษาด้วย MMT ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยทั้งหมดยินดีให้ข้อมูลหลังรับคำชี้แจงจากผู้วิจัยแล้ว

วิธีการเก็บข้อมูล ทำโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับการใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT และการทบทวนเวชระเบียน เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วมทางจิตเวชยาที่ได้รับ ผลการตรวจหาเฮโรอีนในปัสสาวะ และปริมาณเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน

การแปลผลข้อมูลว่าผู้ป่วยใช้เฮโรอีน เมื่อพบข้อมูลว่ามีการใช้เฮโรอีนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. พบผลบวกในการตรวจหาเฮโรอีนในปัสสาวะอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
2. ทบทวนเวชระเบียน : มีประวัติแจ้งว่าใช้เฮโรอีนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา

3. การตอบแบบสอบถาม : ตอบว่ามีการใช้เฮโรอีนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา

ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 24.0 การวิเคราะห์ประกอบด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ด้วย chi-square test และ logistic regression analysis

ผลการศึกษา

ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 มีผู้ที่ได้รับ MMT ของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวนทั้งหมด 39 ราย พบว่ามีผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 33 ราย (สาเหตุของการไม่เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ถูกงดเมทาโดนเนื่องจากทำผิดกฎของคลินิก 3 ราย, อยู่ระหว่างจำคุก 2 ราย และ เสียชีวิต 1 ราย) เป็นเพศชาย 29 ราย (ร้อยละ 87.88) มีอายุเฉลี่ย 43.61 ปี (SD 1.50) อายุน้อยที่สุด คือ 25 ปี มากที่สุด คือ 67 ปี มีคู่สมรส 15 ราย (ร้อยละ 45.45) นับถือศาสนาพุทธ 29 ราย (ร้อยละ 85.29) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 12 ราย (ร้อยละ 36.36) มีงานทำ 23 ราย (ร้อยละ 69.70) อาศัยอยู่กับครอบครัว 28 ราย (ร้อยละ 75.76) อาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน 7 ราย (ร้อยละ 21.21) เคยถูกจำคุก 27 ราย (ร้อยละ 81.82) ถูกจำคุกเฉลี่ย 3.39 ครั้ง (SD 0.63) สถานที่พักห่างจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.98 กิโลเมตร (SD 1.36) มียานพาหนะส่วนตัว 20 ราย (ร้อยละ 60.61)

กลุ่มตัวอย่างเริ่มเสพเฮโรอีนอายุเฉลี่ย 18.94 (SD 0.75) ปี ก่อนรับการบำบัดเสพเฮโรอีนทุกวัน 28 ราย (ร้อยละ 84.85) ก่อนบำบัดใช้เฮโรอีนเฉลี่ยต่อวัน 240.30 (SD 52.53) มิลลิกรัม เคยเข้ารับการบำบัดเฮโรอีนแบบผู้ป่วยใน 16 ราย (ร้อยละ 48.48) จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดเฮโรอีนแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.30 (SD 0.33) ครั้ง ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมามีการใช้เฮโรอีนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง 21 ราย (ร้อยละ 63.64) ใช้ยาบ้า 7 ราย (ร้อยละ 21.21) ใช้กัญชา 3 ราย (ร้อยละ 9.09) ใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ 15 ราย (ร้อยละ 45.45) ใช้สาร

ระเหย 4 ราย (ร้อยละ 12.12) ใช้สุรา 7 ราย (ร้อยละ 21.21) ใช้สารเสพติดอื่นนอกเหนือจากเฮโรอีน 25 ราย (ร้อยละ 75.76) ปัจจุบันใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด 18 ราย (ร้อยละ 54.55) มีโรคร่วมทางจิตเวช 8 ราย (ร้อยละ 24.24) เข้ารับการรักษาด้วย MMT มานานเฉลี่ย 37.03 (SD 4.53) เดือน ได้เมทาโดนปริมาณเฉลี่ยต่อวัน 61.06 (SD 5.71) มิลลิกรัม ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine จากแพทย์ 16 ราย (ร้อยละ 48.48) ซื้อมาใช้เอง 17 ราย (ร้อยละ 51.52) ได้ยาจากกลุ่ม benzodiazepine จากแหล่งใดก็ได้ 22 ราย (ร้อยละ 66.67)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่ใช้เฮโรอีนกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT ได้แก่ การอาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด และการได้รับยากลุ่ม benzodiazepine จากแพทย์ มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.024, 0.012, 0.000$ และ 0.041 ตามลำดับ ตามที่แสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 33)

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)	จำนวนผู้ใช้		p-value
		เฮโรอีน (ร้อยละ)	ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	29(87.88)	18(54.55)	11(33.33)	0.614
หญิง	4(12.12)	3(9.09)	1(3.03)	
อายุ				
	เฉลี่ย 43.61 ปี (SD 1.50)			
21 – 40 ปี	11(33.33)	9(27.27)	2(6.06)	0.075
41 – 60 ปี	20(60.61)	12(36.36)	8(24.24)	
61 – 80 ปี	2(6.06)	0(0)	2(6.06)	
สถานะสมรส				
โสด	14(42.42)	10(30.30)	4(12.12)	0.104
มีคู่สมรส	15(45.45)	7(21.21)	8(24.24)	
หย่าร้าง	4(12.12)	4(12.12)	0 (0)	
ศาสนา				
พุทธ	29(87.88)	19(57.58)	10(30.30)	0.545
คริสต์	4(12.12)	2(6.06)	2(6.06)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 33) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)	จำนวนผู้ใช้ เฮโรอีน (ร้อยละ)	จำนวนผู้ที่ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	p-value
การศึกษา				
< ประถมศึกษาปีที่ 4	4(12.12)	2(6.06)	2(6.06)	0.482
≥ ประถมศึกษาปีที่ 4	29(87.88)	19(57.58)	10(30.30)	
การทำงาน				
ว่างงาน	10(30.30)	5(15.15)	5(15.15)	0.283
มีงานทำ	23(69.70)	16(48.48)	7(21.21)	
ลักษณะการอยู่อาศัย				
อาศัย				
อาศัยอยู่คนเดียว	5(15.15)	4(12.12)	1(3.03)	0.409
อาศัยอยู่กับครอบครัว	28(84.85)	17(51.52)	11(33.33)	
อาศัยอยู่กับผู้เสพยาเฮโรอีน				
ใช่	7(21.21)	7(21.21)	0(0)	0.024*
ไม่ใช่	26(78.79)	14(42.42)	12(36.36)	
ประวัติจำคุก	เฉลี่ย 3.39 ครั้ง (SD 0.63)			
เคยถูกจำคุก	27(81.82)	19(57.58)	8(24.24)	0.088
ไม่เคยถูกจำคุก	6(18.18)	2(6.06)	4 (12.12)	
บ้านห่างจากโรงพยาบาล	เฉลี่ย 6.98 กิโลเมตร (SD 1.36)			
< 5 กิโลเมตร	19(57.58)	10(30.30)	9 (27.27)	0.126
≥ 5 กิโลเมตร	14(42.42)	11(33.33)	3(9.09)	
มียานพาหนะส่วนตัว				
มี	20(60.61)	14(42.42)	6(18.18)	0.346
ไม่มี	13(39.39)	7(21.21)	6(18.18)	

* p-value < 0.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 33)

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)	จำนวนผู้ใช้ เฮโรอีน (ร้อยละ)	จำนวนผู้ที่ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	p-value
อายุที่เริ่มเสพยาเฮโรอีน (ปี)	\bar{X} 18.94 (SD 0.75)			
< 20 ปี	24(72.73)	16(48.48)	8(24.24)	0.555
≥ 20 ปี	9(27.27)	5(15.15)	4(12.12)	
ความถี่ในการเสพยาเฮโรอีนก่อนรับการบำบัด				
ทุกวัน	28(84.85)	16(48.48)	12(36.36)	0.186
3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์	3(9.09)	3(9.09)	0(0)	
1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์	2(6.06)	2(6.06)	0(0)	
ปริมาณเฮโรอีนที่เสพยาวันก่อนรับการบำบัด (มิลลิกรัม)	\bar{X} 240.30 (SD 52.53)			
1 – 200 มิลลิกรัม	23(69.70)	17(51.52)	6(18.18)	0.307
201 – 400 มิลลิกรัม	3(9.09)	1(3.03)	2(6.06)	
401 – 600 มิลลิกรัม	5(15.15)	2(6.06)	3(9.09)	
> 600 มิลลิกรัม	2(6.06)	1(3.03)	1(3.03)	
เคยบำบัดเฮโรอีนแบบผู้ป่วยใน	\bar{X} 1.30 ครั้ง (SD 0.33)			0.895
เคย	16(48.48)	10(30.30)	6(18.18)	
ไม่เคย	17(51.52)	11(33.33)	6(18.18)	
ใช้ยาบ้า-ยาไอซ์				0.171
ใช่	7(21.21)	6(18.18)	1(3.03)	
ไม่ใช่	26(78.79)	15(45.45)	11(33.33)	
ใช้กัญชา				0.170
ใช่	3(9.09)	3(9.09)	0(0)	
ไม่ใช่	30(90.91)	18(54.55)	12(36.36)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 33) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)		จำนวนผู้ใช้		p-value
	เฮโรอีน (ร้อยละ)	ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	เฮโรอีน (ร้อยละ)	ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	
ใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ					0.012*
ใช้	15(45.45)	13(39.39)	13(39.39)	2(6.06)	
ไม่ใช้	18(54.55)	8(24.24)	10(30.30)		
ใช้สารระเหย					0.087
ใช้	4(12.12)	1(3.03)	3(9.09)		
ไม่ใช้	29(87.88)	20(60.61)	9(27.27)		
ใช้สุรา					0.171
ใช้	7(21.21)	6(18.18)	1(3.03)		
ไม่ใช้	26(78.79)	15(45.45)	11(33.33)		
ใช้ยาเสพติดอื่นนอกเหนือจากเฮโรอีน					0.077
ใช้	25(75.76)	18(54.55)	7(21.21)		
ไม่ใช้	8(24.24)	3(9.09)	5(15.15)		
ปัจจุบันใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด					0.000*
ใช้	18(54.55)	18(54.55)	0(0)		
ไม่ใช้	15(45.45)	3(9.09)	12(36.36)		
มีโรคร่วมทางจิตเวช					0.443
มี	8(24.24)	6(18.18)	2(6.06)		
ไม่มี	25(75.76)	15(45.45)	10(30.30)		
รับการรักษาด้วย MMT มานาน (เดือน)	\bar{X} 37.03 (SD 4.53)				0.443
< 24 เดือน	11(33.33)	8(24.24)	3(9.09)		
≥ 24 เดือน	22(66.67)	13(39.39)	9(27.27)		
ปริมาณเมทาดอนที่ได้รับต่อวัน (มิลลิกรัม)	\bar{X} 61.06 (SD 5.71)				0.346
< 60	13(39.39)	7(21.21)	6(18.18)		
≥ 60	20(60.61)	14(42.42)	6(18.18)		
ใช้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่ได้จากแพทย์					0.041*
ใช้	16(48.48)	13(39.39)	3(9.09)		
ไม่ใช้	17(51.52)	8(24.24)	9(27.27)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 33) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)		จำนวนผู้ใช้		p-value
	เฮโรอีน (ร้อยละ)	ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	เฮโรอีน (ร้อยละ)	ไม่ใช้เฮโรอีน (ร้อยละ)	
ใช้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่หาซื้อเอง					0.114
ใช้	17(51.52)	13(39.39)	4(12.12)		
ไม่ใช้	16(48.48)	8(24.24)	8(24.24)		
รวมใช้ยากลุ่ม benzodiazepine จากแหล่งใดก็ได้					0.125
ใช้	22(66.67)	16(48.48)	6(18.18)		
ไม่ใช้	11(33.33)	5(15.15)	6(18.18)		

* p-value < 0.05

เมื่อนำปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT ได้แก่ การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ และการได้รับยา กลุ่ม benzodiazepine จากแพทย์ มาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี logistic regression analysis ส่วนปัจจัยเรื่องการอาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน และการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อ เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีปัจจัยดังกล่าวไม่มีรายใดเลยที่ไม่ใช้เฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ส่งผลให้ข้อมูลไม่สามารถทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อด้วยวิธี logistic regression analysis ได้ พบว่ามีเพียงปัจจัยเรื่องการใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังที่แสดงในตารางที่ 3) โดยผู้เข้ารับการรักษาด้วย MMT ที่ใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำจะมีความเสี่ยงต่อการใช้เฮโรอีนได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ 6.19 เท่า

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT

ปัจจัย	Odds ratio	95% CI	p-value
ใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ	6.194	1.008–38.062	0.049*
ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ที่ได้จากแพทย์	3.333	0.609–18.243	0.165

* p-value < 0.05

วิจารณ์

ผู้รับการรักษาด้วย MMT ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทพรปราการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ร้อยละ 63.64 มีการใช้เฮโรอีน ซึ่งจำนวนดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา¹¹⁻¹³ ปริมาณเมทาโดนเฉลี่ยที่ได้รับต่อวันในการศึกษานี้เท่ากับ 61.06 (SD 5.71) มิลลิกรัม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มาตรฐานแนะนำให้ใช้ในการรักษาด้วย MMT คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิกรัมต่อวัน และใกล้เคียงกับปริมาณเมทาโดนเฉลี่ยในหลายประเทศทั้งในทวีปยุโรปและเอเชีย²⁰⁻²⁴ โดยปริมาณดังกล่าวเป็นขนาดที่มีประสิทธิภาพในการลดการใช้เฮโรอีน แต่จากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างในเรื่องการใช้เฮโรอีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับเมทาโดนมากกว่า 60 มิลลิกรัมเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้น้อยกว่า

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยเรื่องการอาศัยอยู่กับผู้ที่ยังใช้เฮโรอีน และการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด อาจมีอิทธิพลต่อการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT แต่ด้วยข้อจำกัดทางลักษณะข้อมูลจึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์เพื่อสรุปว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่สนใจศึกษา โดยเมื่อพิจารณารายละเอียดของข้อมูลการวิจัยนี้จะพบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใดเลยที่มีปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่งจากสองปัจจัยนี้แล้วไม่ใช้เฮโรอีน ซึ่งอาจบอกลถึงแนวโน้มที่อาจมีความสัมพันธ์ทางสถิติได้หากมีการทำการศึกษาในลักษณะนี้ซ้ำในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีจำนวนมากขึ้น และอาจสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดมีความเกี่ยวข้องกับการยังคง

คงใช้เฮโรอีน และการออกจากโปรแกรมการรักษาด้วย MMT ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการใช้เฮโรอีน^{14,15,25,26}

จากศึกษาอื่นๆ พบว่าการใช้ยากลุ่ม benzodiazepine ในผู้รับการรักษาด้วย MMT มีแนวโน้มสูงขึ้น²⁷ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT¹⁸ ที่มาของยากลุ่ม benzodiazepine มีทั้งจากการจ่ายยาของแพทย์และหาซื้อจากแหล่งอื่น^{28,29} โดยหลายการศึกษาพบว่าผู้รับการรักษาด้วย MMT ที่ใช้ยากลุ่ม benzodiazepine มักมีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และปัญหาการนอน^{28,30,31} แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเรื่องการได้รับยากลุ่ม benzodiazepine จากแพทย์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในการวิเคราะห์ด้วย logistic regression แต่ในทางปฏิบัติควรมีการทบทวนระหว่างความเสี่ยงกับความจำเป็นในการใช้ยากลุ่มนี้ ร่วมกับการประเมินเพื่อค้นหาโรคร่วมทางจิตเวชในผู้รับการรักษาด้วย MMT ทุกราย

การศึกษานี้พบว่าการใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำมีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT โดยการใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำพบมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในการศึกษาในประเทศไทย^{10,32,33} ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมาตรการปราบปรามยาเสพติดที่เข้มงวดส่งผลให้เฮโรอีนมีราคาสูงขึ้น ผู้เสพจึงหาทางเลือกที่ราคาถูกกว่า อีกทั้งยังสามารถจัดหาและพกพาได้โดยไม่ค่อยถูกเพิ่งเล็งจากเจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย^{10,34} ยาดังกล่าวมักถูกจัดหามาโดยไม่ได้รับการจ่ายจากแพทย์เสพโดยการบดเม็ดยาและฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำเพื่อช่วยเสริมการออกฤทธิ์ของเฮโรอีนหรือใช้ทดแทนเฮโรอีนเมื่อหาเฮโรอีนไม่ได้^{10,34} การฉีด midazolam เข้าเส้นเลือดดำส่งผลต่อปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อของเนื้อเยื่อ ปัญหาของเส้นเลือด พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากฤทธิ์หลงลืม (amnesic effect) ของยาที่นำไปสู่การใช้เฮโรอีนในปริมาณมาก และการใช้ยาเสพติดพร้อมกันหลายชนิด^{32,34} จากผลการศึกษานี้บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงปัญหาสุขภาพดังกล่าว และทำการตรวจประเมินอย่าง

สม่ำเสมอเพื่อสามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งปัญหาการใช้เฮโรอีน และ midazolam แบบฉีด ด้วยการบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด ร่วมกับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ที่ยังคงมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดแบบฉีดโดยการให้ความรู้เรื่องทักษะการหาเส้นเลือดที่เหมาะสม เทคนิคการฉีดที่ปลอดภัย การเฝ้าระวังการติดเชื้อของเนื้อเยื่อและการจัดหาเข็มฉีดยา อีกทั้งยังควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์หลงลืมของยา midazolam เพราะมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าฤทธิ์หลงลืมดังกล่าวมักนำไปสู่ความเสี่ยงในการใช้เฮโรอีนปริมาณมาก และใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จึงควรแนะนำผู้เสพให้หลีกเลี่ยงการเสพยาโดยลำพังเนื่องจากอาจเกิดปัญหาการเสพยาเกินขนาดได้^{10,35,36}

ข้อจำกัดบางประการในการวิจัยนี้ คือ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวางทำให้ได้แค่ข้อมูลของช่วงเวลาหนึ่ง โดยไม่สามารถกำหนดทิศทางของความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้ จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยมีไม่มากนัก ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้รับการรักษาด้วย MMT ทั่วประเทศได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มขนาดของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้มากขึ้น อีกทั้งข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบเอง ในหัวข้อที่ถามถึงเหตุการณ์ในอดีต ผู้ตอบอาจตอบไม่ตรงความจริงเนื่องจากความทรงจำที่คลาดเคลื่อน (recall bias) และในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดซึ่งเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ตอบอาจตอบไม่ตรงความจริงได้

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงใช้เฮโรอีนในผู้รับการรักษาด้วย MMT คือ การใช้ midazolam แบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการวางแผนทางรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Degenhardt L, Charlson F, Mathers B, Hall WD, Flaxman AD, Johns N, et al.

The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. *Addiction*. 2014;109(8):1320-33.

2. Barrett M, Perngparn U. Rapid assessment and response: preparation for the scale-up of comprehensive harm reduction services in Thailand: Bangkok province. Chulalongkorn University. 2010.

3. Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet*. 1999;353(9148):221-6.

4. Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT). *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2000.

5. Loughlin AM, Schwartz R, Strathdee SA. Prevalence and correlates of HCV infection among methadone maintenance attendees: implications for HCV treatment. *International Journal of Drug Policy*. 2004;15(2):93-101.

6. Flynn PM, Joe GW, Broome KM, Simpson DD, Brown BS. Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *The American Journal on Addictions*. 2003;12(5):398-411.

7. Thiede H, Hagan H, Murrill CS. Methadone treatment and hiv and hepatitis band C risk reduction among injectors in the seattle area. *Journal of Urban Health*. 2000;77(3):331-45.

8. Fairbairn N, Hayashi K, Kaplan K, Suwannawong P, Qi J, Wood E, et al. Factors associated with methadone treatment among injection drug users in Bangkok, Thailand. *Journal of substance abuse treatment*. 2012;43(1):108-13.

9. Hayashi K, Suwannawong P, Ti L,

Kaplan K, Wood E, Kerr T. High rates of midazolam injection and associated harms in Bangkok, Thailand. *Addiction*. 2013;108(5):944-52.

10. Kerr T, Kiatying-Angsulee N, Fairbairn N, Hayashi K, Suwannawong P, Kaplan K, et al. High rates of midazolam injection among drug users in Bangkok, Thailand. *Harm Reduction Journal*. 2010;7(1):7.

11. Best D, Gossop M, Stewart D, Marsden J, Lehmann P, Strang J. Continued heroin use during methadone treatment: relationships between frequency of use and reasons reported for heroin use. *Drug and alcohol dependence*. 1999;53(3):191-5.

12. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 2002;97(10):1259-67.

13. Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML. Moderate-vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *Jama*. 1999;281(11):1000-5.

14. Termorshuizen F, Krol A, Prins M, Geskus R, van den Brink W, van Ameijden EJ. Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and alcohol dependence*. 2005;79(2):231-40.

15. Li L, Lin C, Wan D, Zhang L, Lai W. Concurrent heroin use among methadone maintenance clients in China. *Addictive behaviors*. 2012;37(3):264-8.

16. Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA, Kline J, Davenny K, Klein RS, et al. Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and

cocaine use. *American Journal of Public Health*. 1995;85(1):83-8.

17. CAPLEHORN JR, Bell J, Kleinbaum DG, Gebiski VJ. Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*. 1993;88(1):119-24.

18. Kamal F, Flavin S, Campbell F, Behan C, Fagan J, Smyth R. Factors affecting the outcome of methadone maintenance treatment in opiate dependence. *Irish medical journal*. 2007;100(3):393-7.

19. Sadock BJ, Sadock, V. A., & Ruiz, P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition). 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

20. Kimber J, Dolan K, Wodak A. Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and alcohol review*. 2005;24(1):21-4.

21. Mohamad N, Bakar NH, Musa N, Talib N, Ismail R. Better retention of Malaysian opiate dependents treated with high dose methadone in methadone maintenance therapy. *Harm reduction journal*. 2010;7(1):30.

22. Sheikh Fathollahi M, Torkashvand F, Najmeddin H, Rezaeian M. Predictors of One-Year Retention in Methadone Maintenance Treatment (MMT) in Iran, Rafsanjan. *Int J High Risk Behav Addict*. 2016;5(3):e29121.

23. Roncero C, Fuste G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FJ, et al. Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Practice*. 2011;3:29.

24. Sarasvita R, Tonkin A, Utomo B, Ali R. Predictive factors for treatment retention in methadone programs in Indonesia. *Journal of substance abuse treatment*. 2012;42(3):239-46.
25. Magruder KM, Ouyang B, Miller S, Tilley BC. Retention of under-represented minorities in drug abuse treatment studies. *Clinical trials*. 2009;6(3):252-60.
26. Magura S, Nwakeze PC, Demsky S. RESEARCH REPORT Pre and in treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*. 1998;93(1):51-60.
27. Lankenau SE, Sanders B, Bloom JJ, Hathazi DS, Alarcon E, Tortu S, et al. Prevalence and patterns of prescription drug misuse among young ketamine injectors. *Journal of Drug Issues*. 2007;37(3):717-35.
28. Chen KW, Berger CC, Forde DP, D'Adamo C, Weintraub E, Gandhi D. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):90.
29. Peles E, Adelson M, Shaul Schreiber M. Benzodiazepine usage during 19.5 Years in methadone maintenance Treatment patients and its Relation to Long-Term Outcome. *israel journal of psychiatry*. 2014;51(4):285.
30. Gelkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: a 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Drug and alcohol dependence*. 1999;55(1):63-8.
31. Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction*. 1999;94(10):1533-40.
32. Kiatying-Angsulee N, Kulsomboon V, Kittisopee T, Patcharapisarn N, Sriwiriyanuparb W, Sirisinsuk Y, et al., editors. Midazolam use in injecting drug users (IDUs) in Bangkok: Preliminary result of a qualitative study. The 15 th International AIDS Conference Bangkok, Thailand; 2004.
33. Wattana W, van Griensven F, Rhucharoenpornpanich O, Manopaiboon C, Thienkrua W, Bannatham R, et al. Respondent-driven sampling to assess characteristics and estimate the number of injection drug users in Bangkok, Thailand. *Drug and alcohol dependence*. 2007;90(2):228-33.
34. Van Griensven F, Pitisuttithum P, Vanichseni S, Wichienkuer P, Tappero JW, Sangkum U, et al. Trends in the injection of midazolam and other drugs and needle sharing among injection drug users enrolled in the AIDS VAX B/E HIV-1 vaccine trial in Bangkok, Thailand. *International Journal of Drug Policy*. 2005;16(3):171-5.
35. Kerr T, Fairbairn N, Hayashi K, Suwannawong P, Kaplan K, Zhang R, et al. Difficulty accessing syringes and syringe borrowing among injection drug users in Bangkok, Thailand. *Drug and alcohol review*. 2010;29(2):157-61.
36. Milloy M, Fairbairn N, Hayashi K, Suwannawong P, Kaplan K, Wood E, et al. Overdose experiences among injection drug users in Bangkok, Thailand. *Harm reduction journal*. 2010;7(1):9.

ผลของการให้ความรู้ที่มีแบบแผน ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (Patient Controlled Analgesia: PCA) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลอุดรธานี

นันทกา เจียรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

ที่มา ความเจ็บปวดเป็นภาวะหนึ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการผ่าตัดซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การระงับความปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการบริหารจัดการความปวดด้วยตัวเอง การนำเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองมาใช้กับผู้ป่วยจึงต้องมีวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ และความพึงพอใจต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง โดยมีรูปแบบการให้ความรู้แตกต่างกัน ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีแบบแผนและแบบปกติ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการระงับความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองทำการเก็บข้อมูล 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน 2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง ให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง และกลุ่มควบคุมให้ความรู้แบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติวิเคราะห์ Independent t - test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดขณะพักของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบเวลา 24, 48, 72 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และขณะขยับของกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบเวลา 24, 48 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนคะแนนความปวดขณะขยับของกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.527$) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการระงับความปวดของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป การให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระงับความปวดหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่องานบริการการระงับความปวด

คำสำคัญ: ความรู้ที่มีแบบแผน, การระงับความปวด, ความพึงพอใจ, เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง

The effects of formal education on pain management with patient controlled analgesia (PCA) in post-operative orthopedic in Udonthanihospital.

Nantaka Jiankun. RN. Department of anesthesia. Udonthani hospital.

Abstract

Background: Pain is a consequent from surgery which cannot be avoided. Pain control is essential for patient who underwent surgery. The patients should have knowledge to control post-operative pain. The usage of patient controlled analgesia (PCA) needed to educate the patients.

Objective: To study the effects of formal education and satisfaction on pain management with PCA. Formal and informal education was applied in the subjects. The best practice should be developed from the result of this study.

Methods: The quasi experimental study was conducted. Data was collected between September to December 2016. Purposive sampling was performed from 60 patients. The subjects were divided into 2 groups: control and experimental groups. Knowledge about conventional pain management was provided to experimental group. While the routine practice of patient education was applied to control group. Continuous data was presented by a percentage, mean and standard deviation, Independent t-test was used for category data.

Result: Pain at rest score of experimental group was lower than the control group at 24, 48 and 72 post-operative hours, with statistical difference. While pain at moving score of experimental group was significant lower than the control group at 24 and 48 hours post surgery. Mean scores of knowledge on pain management and satisfaction of experimental group were higher than control group with statistical different.

Conclusion: Formal education of pain management with PCA gave the appropriate postoperative pain management with high satisfaction and well knowledge.

Key words : formal education, pain management, satisfaction, patient controlled analgesia (PCA)

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีแล้วความเจ็บปวดเป็นภาวะหนึ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากการผ่าตัดซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 92 มีความปวดและเป็นความปวดระดับปานกลางและรุนแรง¹ ซึ่งหากปวดมากอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันภาวะความผิดปกติของกระดูกสันหลังที่ต้องได้รับการผ่าตัดได้แก่ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกระดูกสันหลังเคลื่อนกระดูกสันหลังหักจากภาวะกระดูกบาง² ความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 ที่ต้องให้ความสำคัญ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงควรให้ความสำคัญในการระงับความปวดของผู้ป่วย การระงับความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและต่อองค์กร ด้านผู้ป่วย ความปวดทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการไอ การหายใจลึกๆ หรือการเคลื่อนไหว เพราะกลัวว่าจะทำให้ปวดมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ลิ่มเลือดอุดตัน ปอดอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือดและแผลหายช้า ด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด เครียดวิตกกังวล และซึมเศร้า สูญเสียการควบคุมตนเองและสิ้นหวัง สำหรับองค์กร ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ช้า ทำให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เกิดความไม่พึงพอใจต่อการรักษาส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กร³ การบำบัดความปวดได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴ ตั้งแต่ ค.ศ. 1989 มีการใช้เทคนิคการบริหารยาระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเอง พบว่าสามารถควบคุมความปวดได้ดี และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสูง⁵ ในปี พ.ศ. 2550 หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลอุดรธานี ได้นำเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA) มาใช้ในการระงับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกรายแต่วิธีการให้ความรู้ในการจัดการความปวดไม่มีความชัดเจน วิสัญญีพยาบาลที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดจะให้ความรู้โดยการอธิบายวิธีการจัดการความปวดด้วยเครื่องควบคุม

ความปวด หรือให้ความรู้ที่ห้องผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้เห็นเครื่องควบคุมความปวดมีลักษณะอย่างไร จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีจำนวน 208, 219 และ 220 ราย ในปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับใช้วิธีการประเมินความปวดด้วยแบบวัดตัวเลขเพียงอย่างเดียว (numeric rating scale: NRS)¹ จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดที่รุนแรงและมีปัญหาไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องควบคุมความปวด มีการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนโดยการใช้สื่อการสอนช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีกว่าการสอนโดยไม่ใช้สื่อ⁶

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิสัญญีมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้วิสัญญีพยาบาลทุกคนนำไปปฏิบัติรูปแบบเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพในการบริหารระงับความปวดได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและแบบปกติต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง มี ASA class 1-3 อายุ 15 ปีขึ้นไป พูดและฟังภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับ L-spine และ S-spine ตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป ได้รับการใส่อุปกรณ์ยึดหลังแบบภายในชนิดต่างๆ (instrument) ได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA)

และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) ชนิดใส่ท่อหายใจ (endotracheal tube) มารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างวันที่ 1 กันยายนถึง 30 พฤศจิกายน 2559 เก็บข้อมูลในช่วงเวลา 09.00 - 18.00 น. โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบกำหนดล่วงหน้า (elective case)

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มต้องได้รับการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองภายหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง จนกว่าจะหยุดให้ยาเมื่อคะแนนความปวดน้อยกว่า⁴

กลุ่มควบคุม: ให้ความรู้แบบปกติต่อการจัดการความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ได้แก่ ให้ความรู้โดยการอธิบายวิธีการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง โดยมีเนื้อหาเช่นเดียวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน แต่ไม่มีเครื่องมือประกอบการให้ข้อมูล

กลุ่มทดลอง: ให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อการจัดการความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ได้แก่ การอธิบาย แจกคู่มือ การใช้แผ่นพับ สมุดภาพ และการสาธิตด้วยตัวเครื่องจริง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุระดับ ระดับการศึกษาอาชีพ
2. แบบประเมินระดับความปวด ผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตนเองแบบง่ายโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงเป็นตัวเลข¹ (numerical ratingscale: NRS) คะแนน 0 คือไม่ปวด 1-9 คะแนน หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้นจนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด
3. แบบบันทึกการได้รับข้อมูลต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ
4. แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการระงับความปวดหลังผ่าตัดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยสำรวจผู้ป่วยจากแผ่นตารางการผ่าตัดแล้วคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดในป่วยวันก่อนการผ่าตัด เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมเมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2559

วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ independentt-test

ผลการวิจัย

ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (patient controlled analgesia: PCA) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ณ โรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2559 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คนผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลตามลำดับดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 ช่วงอายุระหว่าง 45 - 60 ปี ร้อยละ 56.7 จบประถมศึกษา ร้อยละ 70 ทำงานด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ช่วงอายุระหว่าง 45 - 60 ปี ร้อยละ 60 จบประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ทำงานด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 43.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ				
ชาย	16	53.3	12	40
หญิง	14	46.7	18	60
อายุ (ปี)				
< 45	3	10.0	5	16.7
45 - 60	17	56.7	18	60.0
> 60	10	33.3	7	23.3
	X̄=55.93 SD =10.04 Min=25 Max =74		X̄=52.27 SD =10.82 Min=20 Max=77	
การศึกษา				
ระดับประถมศึกษา	21	70.0	22	73.3
ระดับมัธยม/ปวช.	5	16.7	41	3.4
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	-	-	-	13.3
ระดับปริญญาตรี	4	13.3	3	10.0
อาชีพ				
แม่บ้าน	4	13.3	9	30.0
เกษตรกร	13	43.3	13	43.3
รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	6	20.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.7	2	6.7

2. การเปรียบเทียบคะแนนความปวดต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม (ให้ความรู้แบบปกติ) มีคะแนนเฉลี่ยความปวด ขณะพัก หลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่อการระงับความปวดด้วยการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง คือ 5.97, 4.57 และ 3.10 ตามลำดับ และขณะขยับ หลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง คือ 6.23, 5.13 และ 3.23 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลอง (ให้ความรู้แบบมีแบบแผน) มีคะแนนเฉลี่ยความปวด ขณะพัก หลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง คือ 3.23, 2.20 และ 0.93 ตามลำดับ และขณะขยับ หลังผ่าตัด

24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง คือ 1.87, 0.73 และ 3.07 ตามลำดับ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดขณะพักของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ทุกช่วงเวลาหลังผ่าตัด และคะแนนเฉลี่ยความปวดขณะขยับของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ในช่วงเวลา 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนคะแนนเฉลี่ยความปวด ขณะขยับ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.527$) ในช่วงเวลา 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดดังแสดงในตารางที่ 2, 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ขณะพักและขณะขยับ หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	ขณะพัก	ขณะขยับ
	X̄ (SD)	X̄ (SD)
กลุ่มควบคุม (n = 30)		
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	5.97(2.23)	6.23 (2.32)
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	4.57 (1.97)	5.13 (1.75)
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.10 (1.42)	3.23 (0.50)
กลุ่มทดลอง (n = 30)		
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.23 (1.79)	1.87 (2.03)
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	2.20 (1.37)	0.73 (1.11)
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0.93 (0.90)	3.07 (1.33)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ขณะพักและขณะขยับ หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n = 60)

เวลาขณะประเมิน/กลุ่ม	ระดับความปวด		t-test	p-Values
	\bar{X}	SD		
ขณะพัก				
ครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	5.97	2.23	5.22	< 0.001*
กลุ่มทดลอง (n =30)	3.23	1.79		
ครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	4.57	1.97	5.38	< 0.001*
กลุ่มทดลอง (n =30)	2.20	1.37		
ครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	3.10	1.42	7.03	< 0.001*
กลุ่มทดลอง (n =30)	0.93	0.90		
ขณะขยับ				
ครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	6.23	2.32	7.74	< 0.001*
กลุ่มทดลอง (n =30)	1.87	2.03		
ครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	5.13	1.75	11.59	< 0.001*
กลุ่มทดลอง (n =30)	0.73	1.11		
ครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
กลุ่มควบคุม (n =30)	3.23	0.50	0.63	0.527
กลุ่มทดลอง (n =30)	3.07	1.33		

3.การเปรียบเทียบคะแนนการได้รับข้อมูลต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้ยังมีแบบแผนและแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม (ให้ความรู้แบบปกติ) และกลุ่มทดลอง (ให้ความรู้ยังมีแบบแผน) มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการบอกระดับความปวดของตนเองเท่ากับ 2.50 และ 3.23 คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีระงับความปวด เท่ากับ 2.50 และ 3.23 และคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนของยาบรรเทาปวด เท่ากับ 2.50 และ 3.77 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n=60)

หัวข้อที่ประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการบอกระดับความปวดของตนเอง	2.50	0.63	3.23	0.50
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีระงับความปวด	2.50	0.63	3.23	0.50
3. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนของยาบรรเทาปวด	2.50	0.63	3.77	0.43

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม (ให้ความรู้แบบปกติ) และกลุ่มทดลอง (ให้ความรู้ยังมีแบบแผน) มีคะแนนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (7.50 และ 10.23 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า การได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	t-test	p-values
กลุ่มควบคุม (n = 30)	7.50	1.88	-6.69	<0.001*
กลุ่มทดลอง (n = 30)	10.23	1.19		

4. การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้ยังมีแบบแผนและแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม (ให้ความรู้แบบปกติ) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมาก (3.50 คะแนน) ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองโดยการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการประเมินความปวดแผล

ผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดและการประเมินความปวดซ้ำเป็นระยะๆ (หัวข้อ 1.3 และ 3.4) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยถึงปานกลางต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง โดยประเมินการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากความปวดแผลผ่าตัด การประเมินลักษณะความรุนแรงของความปวดและการประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมความปวด (หัวข้อ 1.4, 3.2 และ 3.3) ในขณะที่กลุ่มทดลอง (ให้ความรู้อย่างมีแบบแผน) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมาก (4.00 คะแนน) ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง โดยประเมินการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากความปวดแผลผ่าตัด การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดและการซักถามถึงอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวด (หัวข้อ 1.4, 4.1 และ 4.2) และส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากในทุกหัวข้อ ยกเว้นหัวข้อ 3.1 และ 3.2 (การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเมื่อมาถึงหอผู้ป่วย และการประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมความปวด) (3.13 และ 3.17 คะแนน ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n=60)

หัวข้อที่ประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ด้านการให้ข้อมูลการระงับความปวดในระยะก่อนผ่าตัด				
1.1 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุความปวดและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด	3.80	0.40	3.40	0.49
1.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ตำแหน่งแผลและการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด	3.93	0.25	3.40	0.49
1.3 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการประเมินความปวดแผลผ่าตัด โดยการใช้เครื่องมือประเมินความปวด	3.33	0.47	3.50	0.50
1.4 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากความปวดแผลผ่าตัด	4.00	0.00	2.80	0.71

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองในหอผู้ป่วย (n=60) (ต่อ)

หัวข้อที่ประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.5 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดและอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาความปวด	3.77	0.43	3.47	0.50
1.6 การมีโอกาสบอกความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด	3.97	0.18	3.00	0.00
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการระงับความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา				
2.1 การมีโอกาสการบอกความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด	3.73	0.45	3.00	0.00
2.2 พยาบาลรับฟังความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่	3.87	0.34	3.03	0.18
2.3 การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจในการระงับความปวด	3.97	0.18	3.07	0.24
3. ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด				
3.1 การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเมื่อท่านมาถึงหอผู้ป่วย	3.13	3.13	3.03	0.18
3.2 การประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมความปวด	3.17	3.17	2.47	0.57
3.3 การประเมินลักษณะความรุนแรงของความปวด	3.93	3.93	2.67	0.71
3.4 การประเมินความปวดซ้ำเป็นระยะๆ ของพยาบาล	3.80	3.80	3.50	0.50
3.5 เมื่อมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ทีมผู้รักษาเข้ามาประเมินความปวดทันทีอย่างใกล้ชิด	3.77	3.77	3.00	0.00
3.6 การพูดปลอบโยน ให้กำลังใจเมื่อมีความปวดแผลผ่าตัด	3.97	3.97	3.00	0.00
4. ด้านการได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อมีความปวดหลังผ่าตัด				
4.1 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด	4.00	4.00	3.43	0.50
4.2 การซักถามถึงอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวด	4.00	4.00	3.43	0.50

การเปรียบเทียบความพึงพอใจ ต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ระหว่างกลุ่มที่ให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและแบบปกติ
 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุม (ให้ความรู้แบบปกติ) และกลุ่มทดลอง (ให้ความรู้แบบมีแบบแผน) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (50.20 และ 60.50 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า การได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (n=60)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-Values
กลุ่มควบคุม(30)	50.20	4.93	10.21	<0.001*
กลุ่มทดลอง(30)	60.50	2.47		

อภิปรายผลและสรุปผล

จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับวิธีการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (patient controlled analgesia: PCA) ต่างกันที่วิธีการให้ความรู้กลุ่มควบคุมให้ความรู้ตามปกติแบบเดิม และกลุ่มทดลองให้ความรู้แบบมีแบบแผน พบว่า กลุ่มทดลองผู้ป่วยระงับความปวดได้เป็นอย่างดีทั้งขณะพัก และขณะขยับเคลื่อนไหว คะแนนเฉลี่ยความปวดจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทุกช่วงเวลาหลังผ่าตัด ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความปวดขณะขยับเมื่อครบเวลา 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.527$) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้ยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเอง (PCA) หลังการผ่าตัดใหญ่ พบว่าประสิทธิผลระงับปวดได้ดีตลอด 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเฉพาะขณะพักผู้ป่วยมี

ความปวดเล็กน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภาดาบพลอ่อน⁸ ที่ศึกษาถึงผลของการจัดการความปวดโดยใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่า 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำมีระดับความปวดเล็กน้อย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดอย่างมีแบบแผน สามารถระงับความปวดหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ตามปกติการประเมินการได้รับข้อมูลต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองของกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลอยู่ระดับดีกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ⁹ ที่ศึกษาถึงการประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลัน ซึ่งพบว่าความพึงพอใจของการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับเรื่องการประเมินและบอกระดับความปวดของตนเองกับทีมสุขภาพในระดับดี

การประเมินความพึงพอใจต่อการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเองของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ วรวัฒนละเอียด¹⁰ และรัฐพลแสงรุ่ง, อนรรฆพร น้อมนุช และศิริพร เป้าเพชร¹¹ ที่ศึกษาประสิทธิผลการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA) ในการระงับปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่า มีระดับความพึงพอใจสูง

ข้อเสนอแนะ

- นำผลการศึกษาค้นคว้านี้มาพัฒนาคุณภาพการระงับความปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง เพิ่มความตระหนักของพยาบาลในการประเมิน

ความปวดอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความพึงพอใจในการ
ระงับความปวดในงานวิสัญญี

2. จัดทำคู่มือ แผนภาพวิดิทัศน์ เกี่ยวกับการ
ใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA) ประกอบ
การเย็บก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการระงับความ
ปวดด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA)
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นและสามารถนำไปใช้
ในการระงับความปวดได้อย่างเหมาะสม

3. นำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อพิจารณาใน
การบริหารระยะเวลาการระงับความปวดหลังผ่าตัด
ด้วยเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (PCA)

4. นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารเพื่อของบ
ประมาณในการจัดซื้อเครื่องควบคุมความปวดด้วยตัว
เอง (PCA) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระงับความปวด
แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด

5. ควรมีการศึกษาการระงับความปวดใน
กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป เพื่อบริหารการระงับความ
ปวดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
ไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่ง
ประเทศไทย. Clinical Guidance for Management
of Acute Postoperative Pain .กรุงเทพฯ:สำนัก
หอสมุดแห่งชาติ;2554

2. Gordon,D.B.,Dahl, J.L., Miaskowski,
C., McCarberg,B., Todd, K. H., Paice, J. A., et
al. American Pain Society recommendations
for improving the quality of acute and cancer
painmanagement: American Pain Society quality
of care task force. Archive of Internal Medicine
2005;165:1574-80.

3. Berry, P. H and Dahl, J . The new
JCAHO pain standards: Implementations for
pain management nurses. Pain Management
Nursing 2000;1: 3-12.

4. Joshi, G. P. Pain management after
ambulatory surgery. Ambulatory Surgery

1999;7:3-12.

5. Eisenach JC, Grise SC, Dewan
DM. Patientcontrolled analgesia following
cesarean section: a comparison with epidural
and intramuscular narcotics. Anesthesiology
1989;68:444-8.

6. อรวรรณ ลีอนุวัชรชัย. การคิดอย่างมี
วิจรรณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์
กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนกราฟฟิค;2543

7. Wu CL, Cohen SR, Richman JM,
RowlingsonAJ,Courpas GE, Cheung K, et al.
Efficacy of postoperative patient-controlled
and continuous infusion epidural analgesia
versus intravenous patient-controlled analgesia
with opioids. Anesthesiology 2005;103(5):1079-
88.

8. รุ่งนภา ดาบพลอ่อน.ผลของการจัดการ
ความปวดโดยใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง
(PCA) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่ว
ร่างกาย โรงพยาบาลสกลนคร.การค้นคว้า อิศระ.
วารสารโรงพยาบาลสกลนคร;2558

9. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี ,สุธีรา จักรกุล
เหลือสุขเจริญ.การประเมินผลการจัดการความปวด
เฉียบพลัน โรงพยาบาลรามาริบัติ.การค้นคว้าอิสระ.
วารสารโรงพยาบาลรามาริบัติ;2552

10. ศิริลักษณ์ วรรณละเอียด.ประสิทธิผล
การบริหารความปวดโดยใช้เครื่องควบคุมความปวด
ด้วยตัวเอง (PCA) ในผู้ป่วยคลอดที่ได้รับการระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลอุดรดิติ. การ
ค้นคว้าอิสระ.วารสารโรงพยาบาลอุดรดิติ;2556

11. รัฐพล แสงรุ่ง, อนุกรมพร น้อมนุช
และศิริพร เป้าเพชร.ประสิทธิผลของการให้ยาระงับ
ปวดทางหลอดเลือดดำโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วย
ตนเองหลังการผ่าตัด .การค้นคว้าอิสระ. พุทธชินราช
เวชสาร;2555

การศึกษาผลของการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมเพื่อรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลอุดรธานี

รุจิรา อนุสุริยา พ.บ. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม (morphine syrup) ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการโดยการติดตามผลระดับอาการหายใจลำบาก หลังการรักษาเพื่อการบรรเทาอาการในแผนการรักษาของผู้ป่วยระยะท้ายหน่วยเมตดารักษ์ ในโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้วิธีการประเมินอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการจัดการอาการด้วยยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective descriptive study) โดยการศึกษาเก็บข้อมูลผลการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมในการรักษาบรรเทาอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยติดตามผลลัพธ์ ก่อนและหลังการจัดการอาการด้วยยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม

การเก็บข้อมูล: โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่ให้อำนาจยินยอมในงานวิจัยที่ได้รับการพิจารณาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลอุดรธานีเริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2560

เครื่องมือ: โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ดังนี้ 1) แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (Baseline characteristic) 2) แบบเก็บข้อมูลอาการหายใจลำบาก (dyspnea) ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยการประเมินก่อนและหลังให้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม 30 นาที ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้อยู่ในแนวทางการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนตามความเป็นจริงและนำมาแบ่งเป็นระดับของอาการหายใจลำบากเป็นลำดับต่อไปตามแนวทางของ Global Therapy for dyspnea

ผลการวิจัย : พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก 125 รายพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 76 ราย ร้อยละ 70.6 มีระดับ PPS (palliative performance scale) 40 -70 จำนวน 67 ราย ร้อยละ 64.2 และมีพยาธิสภาพดังนี้ (1) ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 106 ราย ร้อยละ 84.8 โดยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งปอด ร้อยละ 44.3 และ 24.5 ตามลำดับ มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน และภรรยา ร้อยละ 46.4 และ 33.6 ตามลำดับ PPS level เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง 106 รายส่วนใหญ่อยู่ที่ level 40 -70 ราย ร้อยละ 64.2

ผลการประเมินภาวะหายใจลำบาก เมื่อแบ่งระดับอาการหายใจลำบาก พบว่า ก่อนการรักษาอาการหายใจลำบากระดับปานกลาง (moderate dyspnea: NRS 4 - 7) จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 82.4) หลังการรักษาอาการระดับของอาการหายใจลำบากลดลงเหลือแค่ระดับต่ำ (mild dyspnea: NRS 1- 3) 81 ราย (ร้อยละ 74.6) และระดับปานกลาง (moderate dyspnea: NRS 4-7) 43 ราย (ร้อยละ 42.2) ประเมินค่าคะแนนจาก dyspnea NRS ผลการศึกษาพบว่า การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายก่อนการรักษาอาการหายใจลำบาก มีค่าคะแนนระหว่าง 3 - 9 คะแนน เฉลี่ย 6.10 (SD 1.269) หลังการจัดการอาการโดยให้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม พบว่า อาการหายใจลำบากลดลงโดยมีคะแนนเฉลี่ย (mean) 3.14+1.259 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

สรุปการศึกษา: การใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมเพื่อรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าระดับของอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรพัฒนารูปแบบและนำไปใช้ในวงกว้างต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะท้าย อาการหายใจลำบาก มอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

The Effect of Morphine Syrup for Dyspnea in Palliative Care Patient at Udonthani Hospital Thailand.

Rujira Anusuriya, MD.

Abstracts

Objective: To study the effect of morphine syrup on dyspnea management in terminal patients with dyspnea at Udonthani Hospital.

Study Design: Retrospective descriptive study aimed to study effect of morphine syrup on dyspnea in palliative care patient, Udonthani Hospital from April – July 2017.

Data collection: The tools used in research (1) Patients data collection of demographic characteristics and palliative performance score (PPS). (2) Dyspnea evaluation by dyspnea NRS categorized by Global Therapy of dyspnea. Data collected before and 30 minute after morphine syrup treatment. Data analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation and pair t-test with statistically significant at 0.05.

Results: 125 cases were recruited in this study. Most of them were male (70.6%). 106 case were diagnosed terminal stage of cancer which 64.2% of this group had palliative performance score (PPS) at level 40-70.

Before treatment 103 cases (82.4%) had moderate dyspnea (NRS 4-7). Thirty minute after morphine syrup treatment found that moderate dyspnea (NRS 4-7) decrease to 42.2% and changed to mild dyspnea (NRS 1-3) 74.6%. Average score of dyspnea NRS before and after morphine syrup treatment was decrease from 6.10 (SD 1.269) to 3.14 (SD 1.259), this was statistical significant ($p = 0.000$)

Conclusion: Morphine syrup can reduce the dyspnea scores in palliative care patients then should be implement to other palliative care centers.

Key word: palliative care patients, Dyspnea, Morphine Syrup. Anesthesiologist, UdonthaniHospital .

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) นั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ คำจำกัดความว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตรวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่มีหรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทาง ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล¹ อยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย^{2,3} การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบันเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกแห่งเพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี¹ โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลที่มีการจัดการบริการมาเป็นระยะเวลาหนึ่งจากสถิติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายปีพ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีจำนวน 427 ราย 465 ราย และ 496 รายตามลำดับและในปี 2559 พบสถิติผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบากร่วมด้วยจำนวน 182 ราย⁴ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายมีจำนวนมากขึ้นแต่ละปีและมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นถึงร้อยละ 45

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิตได้แก่ ความปวด อาการหายใจลำบาก และอื่นๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมีปัญหาด้านกายหลายอย่างร่วมกันซึ่งพบว่าอาการหายใจลำบากพบได้ประมาณร้อยละ 39-61^{5,6} ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก มักมีเมื่อยและเสมหะในลำคอในปริมาณมาก ทำให้หายใจไม่เต็มปอดและอาจเหนื่อยมากขึ้นเมื่อต้องพูดคุยกับญาติ

หรือบุคคลอื่นๆ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งจากอาการหอบเหนื่อย และทุกข์ใจที่ไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนได้¹ ปัญหาที่มีผลต่อการเผชิญกับความตายและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งผู้ป่วยและครอบครัวคือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ซึ่งเป็นอาการที่มาจากประสบการณ์และความรู้สึกเฉพาะบุคคล^{2,7} เป็นอาการที่พบได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยระยะท้าย แม้ว่ามีเพียงร้อยละ 4-5 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดหรือมีการแพร่กระจายในปอด โดยผู้ป่วยจะบอกแพทย์ว่ามีความลำบากในการหายใจด้วยการบรรยายความรู้สึกที่แตกต่างกันไป ดังนั้น อาการหายใจลำบาก จึงไม่ใช่สิ่งที่แพทย์ตรวจพบ (objective findings) และอาจไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับอาการที่แสดงออก เช่น การใช้ accessory muscles ในการหายใจ, pulmonary function test, อัตราการหายใจหรือแม้แต่ oxygen saturation ของผู้ป่วยเอง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาขึ้นกับอาการของผู้ป่วยและการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา

ในการประเมินได้มีการใช้เครื่องมือจากการบอกจำนวนตัวเลข (Visual Analogue Scale :VAS) 0-10 คะแนนและนำมาแบ่งระดับความรุนแรง Global therapy for dyspnea (Hospice Palliative Care Program: Symptom Guidelines, 2009)^{8,9} เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- (1) No dyspnea score 0
- (2) Mild dyspnea score 1-3
- (3) Moderate dyspnea score 4 - 6
- (4) Severe dyspnea score 7-10

แนวทางการดูแลและบรรเทาอาการหายใจลำบาก ในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยทั่วไปนั้นมีการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้การประเมิน palliative performance scale (PPS) ซึ่งหมายถึงระดับของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง^{3,8} และประเมินอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เพื่อหาแนวทางบรรเทาอาการเหล่านั้นให้เหมาะสม นิยมใช้การประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PPS) เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการ

ดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย palliative care PPS มีการแบ่งระดับ ตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)¹⁰

แนวทางการดูแลรักษาและบรรเทาอาการหายใจลำบากนั้น มีการใช้ยาในการบรรเทาอาการคือยาในกลุ่ม opioid โดยเชื่อว่ามึลกลไกไปลด sensation of breathlessness ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการหายใจลำบาก นอกจากนั้นฤทธิ์ของยาที่สามารถระงับปวดอาจจะทำให้อาการปวดบริเวณทรวงอกลดลง ทำให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น วิธีการให้ยาในกลุ่มนี้ หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาในกลุ่ม opioid มาก่อนจะเริ่มต้นให้เริ่มขนาดน้อยที่สุดเหมือนกับการให้ opioid เพื่อระงับอาการปวด โดยเริ่มแรกอาจจะให้เป็นครึ่งคราวตามอาการก่อนทุก 1-2 ชั่วโมง แล้วประเมินดูว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาอย่างไร หากผู้ป่วยต้องการยาตามอาการมากกว่าสามครั้งต่อวันก็อาจจะพิจารณาให้เป็น ตามเวลากำหนด (around-the-clock dose) ร่วมด้วย โดยที่ขนาดยาที่ให้ตามอาการ (prn dose) เท่ากับ 10 เปอร์เซ็นต์ของปริมาณยาที่ควรได้รับต่อวัน ทำการปรับขนาดยาขึ้นไปทุกสองสามวันจนกว่าผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จากการศึกษาของ Jennings และคณะ¹¹ ซึ่งทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมและทางหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ในทางที่ตีขึ้นกับอาการหายใจลำบาก แต่งานวิจัยที่ทำการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กซึ่งได้เสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ และเป็นองค์ความรู้ที่นำมาอ้างอิงนำมาใช้ในการทำแนวทางการรักษาต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยพบว่า ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบากร่วมด้วย จึงได้มีความสนใจในการค้นคว้าหาองค์ความรู้ เพื่อให้ได้ความรู้ความเข้าใจที่สามารถนำมาเป็นข้อสรุปและการยืนยันทฤษฎีการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมเพื่อจัดการอาการ

หายใจลำบากในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานีและในโรงพยาบาลอื่นๆที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการดังกล่าว โดยการติดตามผลระดับอาการหายใจลำบาก

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Prospective descriptive study) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม 2560 ณ โรงพยาบาลอุดรธานีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรธานี แล้วขอความยินยอมจากผู้ป่วยระยะท้ายทุกราย ตามแบบฟอร์มการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอุดรธานีแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เดือน เมษายน ถึงเดือน กรกฎาคม 2560 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายทั้งเพศชายและหญิง
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาดังกล่าว
4. ได้รับการรักษาอาการ dyspnea ครั้งแรกด้วยมอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและ

สามารถประเมินอาการหายใจลำบากของตนเองได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ประชากรสามารถกำหนดได้จากลักษณะธรรมชาติของประชากรจริง โดยใช้สูตรทางสถิติ12 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = 125$$

เมื่อ N = ขนาดของประชากรผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมด้วย 182 ราย⁴
e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 0.05

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล

1. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางประชากร (baseline characteristic) และการประเมินผู้ป่วย palliative care scale (PPS)¹⁰

2. ประเมินอาการหายใจลำบาก (dyspnea) ในผู้ป่วยระยะท้าย แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยให้ตอบเป็นตัวเลขจำนวน (numerical rating scale: NRS) โดยการประเมินก่อนให้ยาและหลังให้ยามอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อม 30 นาที ระดับคะแนน 0-10 คะแนน และนำมาแบ่งกลุ่มเพื่อจัดลำดับความรุนแรง ตาม Global therapy for dyspnea^{8,9} ดังนี้

- | | |
|---------------------|------------|
| 1) No dyspnea | score 0 |
| 2) Mild dyspnea | score 1-3 |
| 3) Moderate dyspnea | score 4-6 |
| 4) Severe dyspnea | score 7-10 |

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) นำเสนอเป็น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและช่วงของข้อมูล ส่วนกรณีที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) นำเสนอค่าความถี่ และร้อยละ

2. สถิติวิเคราะห์ ผลลัพธ์การใช้ยามอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อมโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน ทดสอบสมมติฐานของผลลัพธ์การรักษาจากคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนและหลังได้รับยาด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ paired t-test¹²

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ยามอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อมในการบรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานีที่มีอาการหายใจลำบาก ในเดือน เมษายน 2560 เป็นต้นมาจำนวน 125 ราย โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ผลการศึกษา นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป (n = 125 คน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก 125 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 76 ราย (ร้อยละ 70.6) นับถือศาสนาพุทธ 124 ราย (ร้อยละ 99.2) มีลูกหลานดูแล ร้อยละ 46.4 รองลงมา คือ ภรรยา ร้อยละ 33.6 มีพยาธิสภาพดังนี้ (1) ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 106 ราย (ร้อยละ 84.8) โดยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 44.3) รองลงมาเป็นโรคมะเร็งปอด 26 ราย (ร้อยละ 24.5) (2) โรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็งอีก 19 ราย (ร้อยละ 15.2) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 56.0 มีระดับ PPS level 40 -70 จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 64.2) PPS level 80 - 100 จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 24.5) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 125 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	76	70.6
- หญิง	49	39.2
ศาสนา		
- พุทธ	124	99.2
- คริสต์	1	0.8
ผู้ดูแล (caregiver)		
- สามี	14	11.2
- ภรรยา	42	33.6
- พ่อ แม่	3	2.4
- ลูกหลาน	58	46.4
- อื่นๆ	8	6.4
การวินิจฉัยโรค		
1) โรคมะเร็ง	106	84.8
- มะเร็งท่อน้ำดี	47	29.6
- มะเร็งปอด	26	20.8
- มะเร็งรังไข่	12	9.6
- มะเร็งลำไส้	11	8.8
- มะเร็งเต้านม	7	4.0
- มะเร็งผิวหนัง	3	2.4
2) โรคอื่นๆ		
- โรคหัวใจ	19	15.2
- ไตวายเรื้อรัง	5	4
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	2	1.6
- SLE	2	1.6
- เลือดออกผิดปกติระบบทางเดิน	3	2.4
อาหาร	3	2.4
- อื่นๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง แผลติดเชื้อ	4	3.2
โรคร่วม		
- ไม่มี	70	56.0
- มี	55	44.0
ปอด	20	16.0
หัวใจ	11	8.8
ความดันโลหิตสูง	14	11.2
เบาหวาน	10	8.0
PPS level		
(เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง 106 ราย)		
PPS 0-30	13	12.2
PPS 40 -70	67	64.2
PPS 80 - 100	26	24.5

2) อาการหายใจลำบาก dyspnea

2.1 ระดับของอาการ dyspnea level ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีการประเมินก่อนและหลังการรักษาด้วย มอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อม

- dyspnea pre treatment ก่อนการรักษา พบระดับ moderate dyspnea (NRS 4-7) คิดเป็นร้อยละ 82.4 ระดับ severe dyspnea (NRS >7) คิดเป็นร้อยละ 16 ระดับ mild dyspnea (NRS 1- 3) เป็นร้อยละ 16 และ No dyspnea ร้อยละ 0

- dyspnea post treatment ประเมินหลังการรักษาด้วย มอร์ฟีนชนิดน้ำเชื่อม พบว่า ค่าคะแนนของการหายใจลำบากคือ mild dyspnea (NRS1-3) เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 74.6) moderate dyspnea (NRS 4-7) คิดเป็นร้อยละ 42.2 และไม่พบ severe dyspnea (NRS>7) (ร้อยละ 0) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของอาการ dyspnea level pre – post treatment ในผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีการประเมินก่อนการรักษาและหลังการรักษาด้วย Morphine Syrup 30 นาที

Dyspnea level	NRS (0 -10)	จำนวน (n=125)			
		Pre-treatment		Post-treatment	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
No dyspnea	0	0	0	1	0.8
mild dyspnea	(1 - 3)	2	4.0	81	74.6
moderate dyspnea	(4 - 7)	103	82.4	43	42.2
severe dyspnea	(>7)	20	16.0	0	0

2.2 คะแนน dyspnea ในผู้ป่วยระยะท้าย (n = 125 ราย) พบว่ามีค่าคะแนนการหายใจลำบากก่อนรักษา มีคะแนนระหว่าง 3 - 9 คะแนน เฉลี่ย 6.10 มีค่าคะแนนการหายใจลำบากหลังรักษา เฉลี่ย 3.14 ระหว่าง 0 - 6 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ของคะแนน Dyspnea ในผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการรักษา (n = 125)

Dyspnea NRS	mean	S.D.	Min	Max
pre	6.10	1.269	3	9
post	3.14	1.259	0	6

df = 1, p = 0.000

การอภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานีที่มีอาการหายใจลำบาก 125 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.6) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 84.8 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติที่พบว่าผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเกิดจากพยาธิสภาพจากโรคมะเร็งมากที่สุด โดยมากกว่าร้อยละ 70^{6,13,14}

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยมีการประเมินระดับ PPS level เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง มีจำนวน 106 ราย PPS level 0-30 จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2 PPS level 40-70 จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.2 และ PPS level >70 จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Arif และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มมีอาการหายใจลำบากและรับรู้สามารถบอกค่าคะแนนได้มี PPS Level 40-70 เป็นส่วนใหญ่

การประเมินอาการภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้าย โดยประเมินจากค่าคะแนน (dyspnea NRS) อยู่ระหว่าง 3 - 9 คะแนน เฉลี่ย 6.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 1.269 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elina และคณะ ลงตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2007¹⁶ พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการหายใจลำบากร่วมด้วย โดยมีระดับความรุนแรงเฉลี่ย 6 คะแนน

หลังการจัดการอาการโดยให้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม พบว่ายาามีผลต่ออาการหายใจลำบาก จากการประเมินอาการค่าคะแนนหายใจลำบากเฉลี่ย 0 - 6 คะแนนเฉลี่ย 3.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 1.259 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการให้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ Elina¹⁶ ซึ่งพบว่าผลของการรักษาอาการหายใจลำบากด้วย opioid ทำให้อาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.003) ค่าคะแนนหายใจลำบากเฉลี่ยลดลงภายหลังการให้ยา opioid ระหว่าง 4 -10 คะแนน เป็น 1-5 คะแนน และสอดคล้องกับการศึกษาและงานวิจัยที่มีการใช้มอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมรักษาอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบประเมินแบบ NRS ของสันต์¹⁷ และ Arif และคณะ¹⁵ รวมทั้ง จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Viola¹⁸

อาการหายใจลำบาก (NRS > 7) ก่อนการรักษาจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0 ลดลงเหลือ 0 ราย คือ ไม่พบอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรงเลย หลังการรักษาระดับปานกลาง (NRS 4-7) ลดลงจากร้อยละ 82.4 เป็นร้อยละ 42.2 อธิบายได้ว่าการใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมช่วยรักษาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายโดยลดระดับความรุนแรงลง

สรุป

การใช้ยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อมเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ผลดีโดยประเมินจากระดับของอาการหายใจลำบากที่ลดลงก่อนและหลัง การได้รับยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม โดยพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) จึงควรนำมาใช้ประกอบการรักษาผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1) อาการหายใจลำบากสามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยยามอร์ฟินชนิดน้ำเชื่อม สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติของการดูแลรักษาในผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลอุดรธานี และนำไปเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ต่อไป

2) นำไปพัฒนารูปแบบการทำงาน และประเมินอาการหายใจลำบากโดยมีการติดตามและประเมินผู้ป่วยระยะท้ายทุกรายอย่างถูกต้องและแม่นยำซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบากเพื่อนำตัวแปรนั้นมาวางแผนการจัดการได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายมีทั้งพยาธิสภาพโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งทำให้การประเมินผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในบางด้าน เช่น ค่า PPS ไม่นิยมนำมาประเมินในผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเนื่องจากไม่มีความแม่นยำ ซึ่งหากต้องการลดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยอาจใช้เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเดียวกันคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการหายใจลำบาก

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี บจก; 2554.
2. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life CARE. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ จำกัด; 2550.
3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. สถิติผู้ป่วยระยะท้าย (พ.ศ. 2558 - 2559).หน่วยเมตตารักษ์ โรงพยาบาลอุดรธานี ; 2559.
5. บุญทิศา สุวิทย์ และคณะ. บทความวิชาการการประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. Songklanagarind Journal of Nursing .2005; 35:
6. กติพล นาควิโรจน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต] ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [เข้าถึงเมื่อ4 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: [liative2th](http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/FM/doctorpal-</div><div data-bbox=)

7. ลดารัตน์ สาภินันท์ .คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. บริษัทกลางเวียงพิมพ์ จำกัดเชียงใหม่; 2556.
8. Bruce K. Hospice Palliative Care Program: Symptom Guidelines. Fraser Health 2009. 13:1-15.
9. Bausewein C, Booth S, Higginson IJ. Measurement of dyspnoea in the clinical rather than the research setting. Curr Opin Support Palliat Care 2008; 2: 95-9.
10. World health organization. WHO Definition of Palliative Care.[cited 2007 March 11], Available from: <http://www.who.int.Cancer-palliative>
11. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. Thorax 2002 ; 57: 939-44.
12. สังวาล รัชฎ์เฝ้า. ระเบียบวิจัยและสถิติวิจัยทางคลินิก: โครงการตำราแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
13. Wen-Yu Hu,Ching-Yu Chen, Shao-Yi Cheng,Tai-Yuan Chiu. Morphine for dyspnea control in terminal cancer patients: is it appropriate in Taiwan. Journal of Pain and Symptom management .2004; 28: 356-63.
14. Patama G, Steven Z. Management of Moderate-to-Severe Dyspnea in Hospitalized Patients Receiving Palliative Care. Journal of Pain and Symptom management 2013; 45: 885-91.
15. Arif HK, Jennifer MM, Jane LK, David CC, Amy PA. Dyspnea Review for palliative care. Journal of Palliative Medicine 2012; 15: 106-14.

16. KatriElina C, Eberhard K. Symptomatic Therapy of Dyspnea with Strong Opioids and Its Effect on Ventilation in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom management* 2007; 33. 473-81.

17. สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี; 2552.

18. Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, Mackay JA, Wilson J, Wong RK. The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2008; 16: 329-57.

การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกชนิดมั่นคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคกับไดนามิกอิพสกรูในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กริช วีรลีกุล พ.บ. ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก (intertrochanteric fracture) อันเนื่องมาจากกระดูกพรุนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ การรักษามีทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด วิธีการผ่าตัดที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและถือเป็นมาตรฐานในการผ่าตัดปัจจุบันคือการผ่าตัดโดยใช้วัสดุยึดตรึงกระดูกไดนามิกอิพสกรู (Dynamic Hip screw: DHS) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดวิธีนี้ก็ยังมีรายงานว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มาก จึงได้มีการพัฒนารูปแบบเหล็กยึดกระดูกรูปแบบอื่น ๆ ขึ้นมาเพื่อรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก การใช้แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค (proximal femoral locking plate: PFLP) เป็นหนึ่งในนั้น อย่างไรก็ตาม ผลการรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคงเมื่อเปรียบเทียบกับไดนามิกอิพสกรูยังคงไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกชนิดมั่นคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคกับไดนามิกอิพสกรูในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก ที่เข้ามารักษาใน ร.พ.ศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558 - 31 ธันวาคม 2559 โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน พัล์มเอ็กซ์เรย์ เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกชนิดมั่นคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคกับไดนามิกอิพสกรู เปรียบเทียบข้อมูลจากทั้งสองกลุ่ม สถิติ ที่ใช้คือ Chi square and Fisher's Exact probability test ในตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และ independent student t-test ในตัวแปรที่เป็นค่าต่อเนื่อง และมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 95 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่รักษาด้วยไดนามิกอิพสกรู 59 ราย กลุ่มที่รักษาด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค 36 ราย โดยกลุ่มที่รักษาด้วยไดนามิกอิพสกรูใช้เวลาในการผ่าตัด เสียเลือดระหว่างการผ่าตัดและสายระบายเลือด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001, 0.004, 0.015 และ 0.042 ตามลำดับ) ในแง่ผลของการรักษา กลุ่มที่รักษาด้วยไดนามิกอิพสกรูจะมีระยะเวลาที่กระดูกติด (healing time) สั้นกว่า มี Harris Hip Scores ที่ 1 และ 3 เดือนเหนือกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มที่รักษาด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคแล้ว ไดนามิกอิพสกรูยังคงเป็นมาตรฐานในการรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคง

คำสำคัญ : กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก, แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค, ไดนามิกอิพสกรู

Comparative between proximal femoral locking plate (PFLP) versus dynamic hip screw (DHS) for stable intertrochanteric femoral fractures, two years cohort study, Sisaket Hospital

Krit Teeraleekul M.D. Orthopaedics Surgeon, Sisaket Hospital

Abstract

Background: Intertrochanteric fracture due to osteoporosis is a major public health problem. Treatment is both surgical and non-surgical. The most popular and standard surgical procedure is dynamic hip screw fixation. However, this implant has also been reported to cause many complications. Other forms of bone fixation have been developed to treat intertrochanteric fracture. The use of proximal femoral locking plate is one of them. However, the treatment effect in stable intertrochanteric fracture compared to the current dynamic hips screw is still unclear.

Objective: To compare the outcome of stable intertrochanteric fracture treatment between proximal femoral locking plate and dynamic hip screw in Sisaket Hospital

Materials and Methods: This retrospective study was carried out on patients who were admitted to Sisaket Hospital with stable intertrochanteric fractures of femur from 1st January 2015 – 31st Dec 2016. Medical records and postoperative radiographs of patients treated with either the DHS or PFLP devices were used to compare the results of surgical treatment. Analytic statistics were Chi square and Fisher's Exact probability test, for continuous variables using independent student t-test and statistically significant at p-value <0.05.

Results: Stable intertrochanteric fracture who undergone these surgical treatment were 95 cases, 59 patients treated with dynamic hip screws (DHS) and 36 patients treated with proximal femoral locking plate (PFLP). Patients treated with the DHS device had shorter operative time, lower intra-operative blood loss and amount of blood from radivac drain and shorter hospital stay than those treated with PFLP device with statistically significant (p value <0.001, 0.004, 0.015 and 0.042 respectively). Furthermore, patients treated with the DHS device had slightly shorter healing time, higher Harris Hip Scores at 1 and 3 months than those treated with PFLP device, but had no statistically significant.

Conclusions: When compare with proximal femoral locking plate, use of the DHS device remains the preferred treatment for stable intertrochanteric fractures.

Key words: intertrochanteric femoral fractures, proximal femoral locking plate, dynamic hip screw

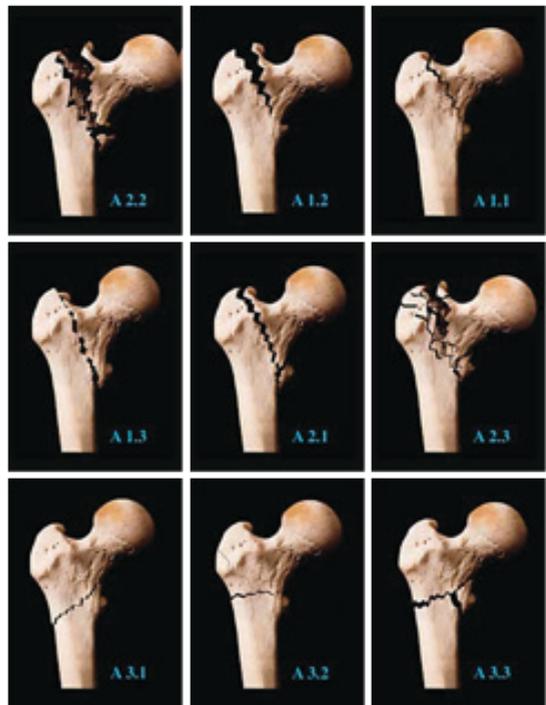
บทนำ

กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก (intertrochanteric fracture) อันเนื่องมาจากกระดูกพรุนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การวิจัยสำรวจอุบัติการณ์การเกิดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักคือ 185.2 รายต่อประชากร 100,000 ราย¹ พบว่าอุบัติการณ์กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหัก ในเอเชียได้เพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2593 จะเกิดกระดูกหักทั่วโลกประมาณ 6.3 ล้านครั้ง และมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเกิดในทวีปเอเชีย² ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดกระดูกหักคือการหกล้ม³ พบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่อยู่ในบ้านพักคนชรา มักจะเกิดการหกล้ม⁴ กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก ในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูง การศึกษาอัตราการตายในโรงพยาบาลเชียงใหม่ 2.1% และอัตราการตายในหนึ่งปี 37%¹ อุบัติการณ์การตายจะสูงสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกหัก⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากกระดูกหัก ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ถึงร้อยละ 20-50 ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องการคนดูแล⁶

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก มีทั้งการรักษาโดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด การรักษาแบบไม่ผ่าตัดส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ มักจะมึผลแทรกซ้อนตามมา ซึ่งมีผลให้อัตราการตายสูงมากขึ้น รวมทั้งกระดูกหักผิดรูป ทำให้การรักษาแบบไม่ผ่าตัดไม่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก โดยการผ่าตัดถือเป็นวิธีรักษามาตรฐานยกเว้นเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถผ่าตัดได้เท่านั้น การผ่าตัดมีจุดประสงค์เพื่อทำให้กระดูกที่แตกหักกลับเข้าที่และร่างกายฟื้นกลับสู่

สภาพเดิม ให้เร็วที่สุด

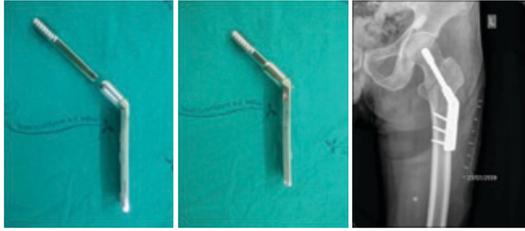
การผ่าตัดรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก ทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับลักษณะการหักของกระดูกและสภาพของผู้ป่วย ความพร้อมของโรงพยาบาล รวมไปถึงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด ลักษณะการหักของกระดูกต้นขาบริเวณข้อสะโพกสามารถใช้วิธีจำแนก (classification) ได้หลายวิธี วิธีที่ได้รับการอ้างอิงถึงมากที่สุดในปัจจุบันคือ AO/OTA classification (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 AO/OTA classification

โดยทั่วไปแล้ว การหักแบบ OTA 31-A1.1 จะมีความมั่นคงสูงสุด OTA 31-A1.2 มีความมั่นคงน้อยลงมา จนถึง OTA 31-A3.3 มีความมั่นคงน้อยที่สุด

วิธีการผ่าตัดที่ได้รับการนิยมนิยมมากที่สุดและถือเป็นมาตรฐาน (gold standard) ในการผ่าตัดปัจจุบันคือการผ่าตัดโดยใช้วัสดุยึดตรึงกระดูก dynamic hip screw (DHS) หรือ sliding hip screw (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 Dynamic hip screw

มีรายงานการใช้ DHS ครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507⁷ dynamic hip screw สามารถทำให้บริเวณที่กระดูกหักยึดกันได้นานกว่าแบบอื่น อย่างไรก็ตามการผ่าตัดวิธีนี้ก็ยังมีรายงานว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ เช่น สกรูทะลุที่หัวกระดูก (cut out, perforate) หรือ ภาวะล้มเหลวของการยึดตรึงกระดูก (fixation failure) เพราะสกรูเลื่อนสไลด์มากเกินไปทำให้กระดูกไม่ติด (non-union) เกิดอาการเจ็บปวดและขาสั้นลงได้⁸⁻¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากใส่ในการหักชนิดไม่มั่นคง (unstable fracture) ยิ่งทำให้ภาวะแทรกซ้อนหรือล้มเหลวจาก dynamic hip screw สูงขึ้น (ร้อยละ 14 และร้อยละ 3)¹¹ มีการศึกษาพบว่าภาวะล้มเหลวจากการใส่ dynamic hip screw ที่เกิดตอนเจาะกระดูกด้านข้างเพื่อใส่เหล็ก (barrel of side plate) (รูปที่ 3) แล้วมีการทำลายกระดูกสูงถึง 15%¹² จึงได้มีการพัฒนารูปแบบเหล็กยึดกระดูกรูปแบบอื่นๆขึ้นมาเพื่อรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก



รูปที่ 3 อุปกรณ์เจาะกระดูกด้านข้างเพื่อใส่เหล็ก (Barrel of side plate)

จากความสำเร็จในการใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล็อกที่กระดูกต้นขาส่วนปลาย (distal femur) ทำให้เกิดแนวความคิดในการรักษาแบบเดียวกันในกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก¹³ หลังจากการใช้แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล็อก (proximal femoral locking plate, PFLP) ในยุคแรกๆพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนมาก แต่ได้มีการพัฒนารูปแบบของเหล็กมาเรื่อยๆ จนในปัจจุบันมีผลการรักษาดีขึ้น แต่ผลการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับ dynamic hip screw ยังคงไม่ชัดเจน¹⁴⁻¹⁷



รูปที่ 4 Proximal femoral locking plate

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกชนิดมั่นคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล็อก (PELP) กับไดนามิกฮิปสกรู (DHS) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลแบบติดตามย้อนหลัง (retrospective cohort study) ในผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก ที่เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย พิล์มเอ็กซเรย์ เพื่อเปรียบเทียบ วิธีการรักษาและผลการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกชนิดมันคงระหว่างแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล็อก (Y-Better, รูปที่ 4) กับไดนามิกอิพลกฐ (Sushrut 135, รูปที่ 2)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกที่หักแบบมันคง (OTA 31-A1.1- OTA 31-A2.1) ทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดใส่แผ่นเหล็กตามกระดูกที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วงเวลาดังกล่าว

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกเกิดจากอุบัติเหตุอื่น ๆ นอกจากหกล้ม (Fall) หรือ พยาธิสภาพอื่นๆ (Pathological Fracture)
2. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกที่มีการบาดเจ็บบริเวณอื่นร่วมด้วย (Multiple trauma)
3. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ DHS และ PFLP เช่น แกนตามกระดูก Proximal Femoral Nail Antirotation (PFNA)
4. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกที่มีการหักแบบไม่มันคง (unstable fracture, OTA 31- A2.2, A2.3, A3.1, A3.2, A3.3)

การเก็บข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลทั่วไป

เพศ อายุ ช่วงที่หัก ลักษณะการหัก (AO/OTA classification)¹⁸, ASA (American Society of Anes-

thesiologists) classification¹⁹ โดยเลือก ASA ตั้งแต่ 1-4

2. ข้อมูลด้านการรักษา

2.1 ข้อมูลการผ่าตัด

เวลาดังแตนอนโรงพยาบาลจนถึงเวลาผ่าตัด (Length of hospital stay before surgery) หน่วยเป็นชั่วโมง

เวลาในการผ่าตัด (Duration of surgery) หน่วยเป็นชั่วโมง

เลือดที่เสียในการผ่าตัด (Operative blood loss) และสายระบายเลือด (Radivac drain) หน่วยเป็นมิลลิลิตร

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (Length of hospital stay) หน่วยเป็นชั่วโมง

ข้อมูลในการติดตามผู้ป่วยโดยมีการนัดผู้ป่วยมาที่เวลา 1 เดือน, 2 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน หลังผ่าตัด

เวลาที่ใช้งานกระดูกติด (Time to union) หมายถึงระยะเวลาที่ใช้จนกระทั่งเอ็กซเรย์เห็น bridging callus คือเห็น callus เชื่อมต่อตรงรอยหักหรือเห็น bone trabeculae เชื่อมต่อกัน ผ่านรอยหักเดิม

Harris hip score²⁰ การประเมินของ Harris Hip Score เป็นการประเมิน function หรือประเมินประสิทธิภาพของข้อสะโพกหลังการผ่าตัดประกอบไปด้วย การประเมินความปวด (pain), อุปกรณ์ช่วยเดิน (support), ระยะทางที่เดินได้ (distance walked), การเดินปวกเปียก (limp), กิจกรรมใส่รองเท้าหรือขึ้นบันได (activities-shoes, stairs), การขึ้นรถสาธารณะ (public transportation), การนั่ง (sitting), ภาวะขาสั้นยาวไม่เท่ากัน (limb length discrepancy), การเคลื่อนไหว (motions) โดยแบ่งระดับออกเป็น ช่วงคะแนน (คะแนนเต็ม 100 โดยแบ่งออกเป็น แย่ (Poor < 70), พอใช้ (Fair 70-79), ดี (Good 80-89), ดีมาก (Excellent 90-100) มีการประเมินผู้ป่วยโดย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ 1 เดือน, 3 เดือนหลังผ่าตัด

2.2 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน (complication)

- 1) ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น ปอดติดเชื้อ (pneumonia) แผลกดทับ (pressure sore)

รวมไปถึงการเสียชีวิต

2) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะเหล็กยึดตรึงกระดูกทะลุออกนอกกระดูก (screw cut out, รูปที่ 5) ภาวะเหล็กยึดตรึงกระดูกล้มเหลว (implant failure, รูปที่ 6) ภาวะขา 2 ข้างสั้นยาวไม่เท่ากัน โดยข้างผ่าตัดสั้นกว่าอีกข้างมากกว่า 1 ซม. (femoral shortening) ภาวะกระดูกข้อสะโพกโค้งงอเข้ามากกว่า 10° (coxa varus $>10^{\circ}$)



รูปที่ 5 screw cut out



รูปที่ 6 implant fatigue failure

หลังผ่าตัดจะมีการวางแผนจำหน่ายอย่างเคร่งครัดร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยทุกรายจะถูกนัดมาเพื่อติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ทุกๆ เดือน โดยในแต่ละเดือน จะได้รับการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ของขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด และการประเมินทางคลินิก ผู้ป่วยจะเริ่มเดินลงน้ำหนักที่ขาข้างผ่าตัดได้เมื่อลักษณะที่ปรากฏของภาพถ่าย

เอ็กซเรย์แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการสร้างก้อนกระดูกชนิดแรกเริ่ม (solid callus) ขึ้นมาใหม่รอบบริเวณที่หัก และให้เพิ่มน้ำหนักไปที่ละน้อย ติดตามไปจนกระทั่งเนื้อกระดูกที่สร้างขึ้นมาใหม่มีการเชื่อมต่อง่ายอย่างชัดเจน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติในการเปรียบเทียบตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ใช้สถิติ Chi square and Fisher's Exact probability test ในตัวแปรที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้สถิติ Independent student t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$
3. สถิติถดถอยเชิงเส้นแบบหลายตัวแปร (multiple linear regression) ในกรณีที่ตัวแปรต้นมีระดับความแตกต่างกันเมื่อเริ่มต้นก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อให้การวิเคราะห์ผลการรักษามีความยุติธรรม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต ไม่ได้มีการสุ่มเพื่อเลือกการรักษาให้ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้รับเอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย เลขที่ COE No. 009/2560

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูก (Intertrochanteric fracture) ที่เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 189 ราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 133 ราย หักแบบมั่นคง (stable fracture) 117 ราย ได้รับการรักษาโดยใส่ dynamic hip screw (DHS) 59 ราย ได้รับการรักษาโดยใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค (proximal femoral locking plate, PFLP)

36 ราย ได้รับการรักษาโดยใส่ เหล็กตามด้วยแกนตามกระดูก (proximal femoral nail antirotation, PFNA) 22 ราย ได้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเฉพาะในผู้ป่วยที่ใส่เหล็กสองชนิดแรก

พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างในด้านเพศและอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มที่รักษาด้วย DHS มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าและมีอายุโดยเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย PFLP ส่วนข้อมูลเรื่องข้างที่หัก AO/OTA classification และ ASA classification ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=95)

ลักษณะทั่วไป	ผ่าตัด DHS	ผ่าตัด PFLP	p-value
	(n=59)	(n=36)	
	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
เพศ			
- ชาย	13 (22.03)	16 (44.44)	0.038
- หญิง	46 (77.97)	20 (55.56)	
อายุ(ปี) mean+SD	77.97±6.96	71.58±10.89	<0.001
Min - Max	60 - 92	50 - 90	
ข้างที่หัก			
- ขวา	29 (49.15)	13 (36.11)	0.287
- ซ้าย	30 (50.85)	23 (63.29)	
AO/OTA classification (%)			
- OTA 31-A1.1	18 (30.51)	6 (16.67)	
- OTA 31-A1.2	24 (40.68)	13 (36.11)	0.249
- OTA 31-A1.3	5 (8.47)	4 (11.11)	
- OTA 31-A2.1	12 (20.34)	13 (36.11)	
ASA classification			
- 1	0 (0.00)	2 (5.56)	
- 2	9 (15.25)	7 (19.44)	0.172
- 3	47 (79.66)	27 (75.00)	
- 4	3 (5.08)	0 (0.00)	

เมื่อพิจารณาในข้อมูลจากการผ่าตัดพบว่า เวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดและสายระบายเลือด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่รักษาด้วย DHS น้อยกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย PFLP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนถึงเวลาผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=95)

ข้อมูลการผ่าตัด	ผ่าตัด DHS	ผ่าตัด PFLP	p-value
	(n=59)	(n=36)	
เวลาดังแต่นอนโรงพยาบาล	82.36±47.24	103.00±58.88	0.063
จนถึงเวลาผ่าตัด(ชม.)			
เวลาในการผ่าตัด(นาที)	36.61±11.80	49.03±14.33	<0.001
ปริมาณเลือดที่เสียในการผ่าตัด(มล.)	87.63±63.82	137.22±99.73	0.004
ปริมาณเลือดในสายระบายเลือด(มล.)	49.32±54.26	80.56±67.90	0.015
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล(ชม.)	184.92±80.37	219.89±80.15	0.042

กลุ่มที่รักษาด้วย DHS จะมีระยะเวลาที่กระดูกติด (healing time) สั้นกว่า มี Harris Hip Scores ที่ 1 และ 3 เดือนมากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย PFLP เล็กน้อย โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลเรื่องภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95)

ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน	ผ่าตัด DHS (n=59) \bar{x} (SD)	ผ่าตัด PFLP (n=36) \bar{x} (SD)	p-value
ผลการรักษา			
เวลาที่ใช้จนกระดูกติด (สัปดาห์)	10.17±2.71	10.63±3.21	0.461
Harris Hip Scores at 1 month	46.42±5.81	44.25±6.04	0.063
Harris Hip Scores at 3 month	77.04±4.41	75.98±4.85	0.279
ภาวะแทรกซ้อน			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เสียชีวิต	0 (0.00)	1 (2.78)	0.379
ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)	4 (6.78)	5 (13.89)	0.292
ติดเชือรอบทางเดินปัสสาวะ	3 (5.08)	2 (5.56)	1.000
แผลกดทับ	2 (3.39)	1 (2.78)	1.000
ปอดติดเชื้อ	3 (5.08)	0 (0.00)	0.286
หลอดเลือดดำอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)	1 (1.69)	0 (0.00)	1.000
ภาวะเหล็กยึดตรึงกระดูกล้มเหลว (Implant Failure)	0 (0.00)	3 (8.33)	0.052
ภาวะเหล็กยึดตรึงกระดูกทะลุออกนอกกระดูก (Cut out)	3 (5.08)	2 (5.56)	1.000
ภาวะกระดูกข้อสะโพกโค้งเข้ามากกว่า (Varus collapse) > 10°	5 (8.47)	7 (19.44)	0.201
ข้างผ่าตัดสั้นกว่าอีกข้าง >1 cm	9 (15.25)	7 (19.44)	0.587

วิจารณ์

การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกมีได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสียและข้อบ่งชี้ที่แตกต่างกัน ในการเลือกจะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับลักษณะการหักของกระดูกสภาพของผู้ป่วยความพร้อมของโรงพยาบาลรวมถึงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด

ชนิดของเหล็กยึดตรึงกระดูกที่ถือเป็นมาตรฐานและใช้กันมาอย่างยาวนานโดยเฉพาะกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคง (stable fracture) ก็คือ dynamic hip screw²¹ ซึ่งผลการรักษาด้วย dynamic hip screw ที่ออกมาดีที่สุดจะพบในกลุ่มที่มีการหักแบบมั่นคง (OTA 31- A1) ที่มีการจัดกระดูกให้เข้าที่ (anatomical reduction) โดยลักษณะของเหล็กยึดที่มีการออกแบบให้มีการอัดของรอยแตก จะช่วยให้กระดูกติดได้ดีและลดภาวะล้มเหลวของเหล็กยึดตรึงกระดูก (implant failure) หากการยุบตัวของกระดูกมีไม่มากจนเกินไป²² ในขณะที่มีรายงานภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ dynamic hip screw ในกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบไม่มั่นคง (unstable fracture) เป็นจำนวนที่สูง (3-26%)²³

การรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกใช้แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค (proximal femoral locking plate) ได้มีการพัฒนารูปแบบมาเรื่อยๆ แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคใช้หลักการในการรักษากระดูกหักที่แตกต่างจาก dynamic hip screw โดยสิ้นเชิง การที่กระดูกถูกคว้านออกน้อยกว่าเพื่อใส่เหล็ก ระบบเกลียวล๊อคที่ทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูกใต้เหล็กยึดได้ดีกว่า รวมถึงระบบของเหล็กยึดที่มีความแข็งแรง น่าจะทำให้รักษากระดูกที่มีการแตกอย่างละเอียด (comminuted fracture) ร่วมกับมีภาวะกระดูกพรุน osteoporosis) ได้ดีกว่า dynamic hip screw²⁴⁻²⁶ ข้อบ่งชี้หลักในการใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคคือกระดูกหักแบบละเอียดและผนังกระดูกด้านข้างแตก (lateral wall failure)²⁷ อย่างไรก็ตามหลักฐานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าการใช้แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อครักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคงได้ดีกว่าหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับ dynamic hip screw¹⁴⁻¹⁷

จากผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่ากลุ่มที่ใช้ DHS ในการรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคงใช้เวลาในการผ่าตัด การเสียเลือดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า

กลุ่มที่รักษาด้วย PFLP นอกจากนี้ยังได้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่รักษาด้วย PFLP ไม่ว่าจะในแง่ของระยะเวลาที่กระดูกติด Harris Hip score หรือในแง่ของภาวะแทรกซ้อน

อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบในแง่ข้อมูลทั่วไปของคนไข้ที่นำมาเปรียบเทียบกันระหว่างสองกลุ่ม จะเห็นว่ากลุ่มที่รักษาด้วย DHS จะมีสัดส่วนของเพศหญิงและอายุโดยเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย PFLP แต่หากนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบใหม่ทั้งสองกลุ่มโดยปรับอายุและเพศใหม่ด้วยวิธี Multivariable Gaussian Regression analysis จะได้ผลใกล้เคียงเดิม นั่นคือกลุ่มที่รักษาด้วย DHS จะมี Healing time ที่สั้นกว่า Harris Hip Scores 1, 3 month ที่มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย PFLP แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผล adjust effect ของกลุ่มที่รักษาด้วย DHS ต่อ Healing time, Harris Hip Scores 1, 3 month ด้วยวิธี Multivariable Gaussian Regression analysis

	Difference*	Difference* 95% confidence interval	p-value
Healing time (week)	-0.71	-2.05, 0.62	0.608
Harris Hip Scores at 1 month	2.42	-0.30, 5.14	0.237
Harris Hip Scores at 3 month	1.37	-0.74, 3.49	0.564

*เปรียบเทียบกับกลุ่มที่รักษาด้วยPFLPโดยควบคุมอิทธิพลของอายุ เพศ AO/OTA classification ASA classification

สรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มที่รักษาด้วยไดนามิกฮิปสกรูใช้เวลาในการผ่าตัด เสียเลือดระหว่างการผ่าตัดและสายระบายเลือด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล น้อยกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ให้ผลของการรักษา ทั้ง

ในแง่ระยะเวลาที่กระดูกติด (healing time) Harris Hip Scores และภาวะแทรกซ้อนใกล้เคียงกับกลุ่มที่รักษาด้วยกลุ่มที่รักษาด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อค

เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกแบบเกลียวล๊อคแล้ว ไดนามิกฮิปสกรูยังคงเป็นมาตรฐานในการรักษากระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักผ่านแนวปุ่มกระดูกแบบมั่นคง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบติดตามย้อนหลัง มีจุดอ่อนด้านข้อมูลทั่วไปและจำนวนของคนไข้ที่นำมาเปรียบเทียบกันระหว่างสองกลุ่ม ที่อาจไม่เท่ากันทั้งหมด นอกจากนี้ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่สามารถศึกษาตัวแปรที่สนใจที่ไม่มีการบันทึกได้ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Rojanasthien S, Luevitoonvechkij S. Epidemiology of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai 2005;88(Suppl 5):S105-9.
2. Cooper C, Campion G, Melton LJ, 3rd. Hip fracture in the elderly; a world-wide projection. Osteoporos Int 1992;2:285-9.
3. Melton LJ, 3rd, Riggs BL. Risk factor for injury after a fall. Clin Geriatr Med 1985;1:525-39.
4. Luukinen H, Koski K, Honkanen R, Kivela SL. Incidence of injury-causing falls among older adults by place of residence: a population-based study. J Am Geriatr Soc 1995;105:373-86.
5. Weiss NS, Liff JM, Ure CL, Ballard JH, Abbott GH, Darling JR. Mortality in women following in hip fracture. J Chronic Dis 1983;36:879-82.
6. Bonar SK, Tinetti ME, Speechley M, Cooney LM. Factors associated with short –

versus long-term skilled nursing facility placement among community-living hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1139-44.

7. Clawson DK. Trochanteric fractures treated by the sliding screw plate fixation method. *J Trauma* 1964;4:737-5.

8. Davis TRC, Sher JL, Hersman A, Simpson M, Peter BB, Cheketts RG. Intertrochanteric femoral fractures. Mechanical failure after internal fixation. *J Bone Joint Surg [Br]* 1990;72:26-31.

9. den Hartog BD, Bartal E, Cooke F. Treatment of the unstable intertrochanteric fractures. Effect of the placement of the screw, its angle of insertion and osteotomy. *J Bone Joint Surg [Am]* 1991;73:726-33.

10. Mains CC, Neuman RJ. Implant failure in patients with proximal fracture of the femur treated with a sliding screw device. *Injury* 1989;20:98-100.

11. Watson JT, Moed BR, Cramer KE, et al. Medial migration of intramedullary hip fixation devices: A biomechanical analysis. *Arch Surg* 1902;36(5):746-61.

12. Gotfried Y. The lateral trochanteric wall: A key element in the reconstruction of unstable pertrochanteric hip fracture. *Clic Orthop Ralat Res* 2004;(425):82-6.

13. Hasenboehler EA, Agudelo JF, Morgan SJ, et al. Treatment of complex femoral fractures with the proximal femur locking compression plate. *Orthopedics* 2007;30:618-23.

14. Zha GC, Chen ZL, Qi XB, et al. Treatment of pertrochanteric fractures with a proximal femur locking compression plate. *Injury* 2011;42(11):155-62.

15. Zhou F, Zhang ZS, Yang H, et al. Less invasive stabilization system(LISS)

versus proximal femoral nail anti-rotation(PFNA) in treating proximal femoral fractures: A prospective randomized study. *J Orthop Trauma* 2012;26(3):155-62.

16. Wirtz, C, Abbassi F, Evangelopoulos DS, et al. High failure rate of trochanteric fracture osteosynthesis with proximal femoral locking compression plate. *Injury* 2013;44(6):751-6.

17. Streubel, P, Moustoukas, M, Obremskey, W. Mechanical failure after locking plate fixation of unstable intertrochanteric femur fractures. *J Orthop Trauma* 2013;227(1):22-8.

18. Classification/AO OTA. Orthopaedic trauma association fracture and dislocation compendium. *J Orthop Trauma* 2007;21(10):S31-S32.

19. Dripps RD. New classification of physical status. *Anesthesiol* 1963;24:111.

20. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969 Jun;51(4):737-55.

21. Kyle RF, Gustilo RB, Premer RF. Analysis of six hundred and twenty-two intertrochanteric hip fractures. *J Bone Joint Surg Am* 1979;61(2):216-21.

22. Bendo JA, Weiner LS, Strauss E, et al. Collapse of intertrochanteric hip fractures fixed with sliding screws. *Ortho Rev* 1994; (suppl):30-7.

23. Yong C, Tan C, Penafort R. Dynamic hip screw compared to condylar blade plate in the treatment of unstable fragility intertrochanteric fractures. *Malays orthop J* 2009;3:13-8.

24. Egol KA, Kubiak EN, Fulkerson E, Kummer FJ, Koval KJ. Biomechanics of locked plates and screws. *J Orthop Trauma* 2004;18(8):488–93.

25. Kregor PJ, Obremskey WT, Kreder HJ, Swiontkowski MF. Unstable pertrochanteric femoral fractures. *J Orthop Trauma* 2005;19(1):63–6.

26. Whitelaw GP, Segal D, Sanzone CF, Ober NS, Hadley N. Unstable intertrochanteric/subtrochanteric fractures of the femur. *Clin Orthop Relat Res* 1990;(252):238–45.

27. Rockwood CA, Green DP, Bucholz RW. *Rockwood and Green's fractures in adults*. 8th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2015.



วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

UDONTHANI HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

โรงพยาบาลอุดรธานี 33 ถ. เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000

